

HJEMMESYGEPLEJEN

BETÆNKNING II

*afgivet af det af sundhedsstyrelsen
nedsatte udvalg vedrørende revision af sundhedsplejerske -
og hjemmesygeplejeordningen*



ex. 2

BETÆNKNING NR. 648

1972

ISBN 87 503 1311 8
Statens trykningskontor
In 02-393-bet

Indholdsfortegnelse

	Side
<i>Bilagsfortegnelse</i>	4
<i>Litteraturliste</i>	5
Kapitel 1. <i>Indledning</i>	7
1.1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium	7
1.2. Sammenfatning	9
Kapitel 2. <i>Hjemmesygeplejen i Danmark, historie og nuværende ordning</i> .	18
2.1. Før 1957	18
2.2. Lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje	19
2.3. Hjemmesygeplejevirksohmheden	23
2.4. Økonomi	26
Kapitel 3. <i>Undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes virksomhed, marts</i>	
1971.	29
3.1. Den anvendte fremgangsmåde	29
3.2. Oplysninger om det samlede antal patienter, skema I	29
3.3. Individualoplysninger om patienterne, skema II	30
3.4. Konklusion	35
Kapitel 4. <i>Personalesituationen</i>	36
4.1. Antallet af sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen	36
4.2. Hjemmesygeplejerskernes aldersfordeling	37
4.3. Hjemmesygeplejerskernes faglige kvalifikationer	38
Kapitel 5. <i>Samarbejdsformer og udviklingstendenser i hjemmesygeplejen</i> .	44
5.1. Samarbejdsformer med læge/sygehus	44
5.2. Sygehjælpere	48
5.3. Samarbejdsformer med sociale faggrupper	49
5.4. Hjemmesygepleje kombineret med spædbørns- og skole-	
sundhedspleje	52
5.5. Sammendrag af udviklingstendenser i hjemmesygeplejen	53

Kapitel 6.	<i>Hjemmesygeplejen i andre lande.</i>	54
6.1.	Sverige	54
6.2.	Norge	55
6.3.	Finland	57
6.4.	England	57
6.5.	Konklusion	58
Kapitel 7.	<i>Udvalgets forslag.</i>	60
7.1.	Formål med hjemmesygeplejen ud fra en helhedsvurdering	60
7.2.	Hjemmesygeplejens opgaver	61
7.3.	Hjemmesygeplejens organisation	67
7.4.	Depoter	72
7.5.	Personalemæssige forudsætninger for forslagens gennemførelse	73
7.6.	Forslagets økonomiske konsekvenser	76

Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje	79
Bilag 2:	Indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958 om hjemmesygepleje	81
Bilag 3:	Indenrigsministeriets cirkulære af 2. januar 1965 om mønsterinstrukser for hjemmesygeplejersker, fremskaffelse af statistiske oplysninger m.v.	97
Bilag 4:	Sundhedsstyrelsens cirkulære til embedslægerne om hjemmesygepleje (udsendt 30. maj 1958)	105
Bilag 5:	Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 35 af 29. januar 1970 af lov om hjemmesygepleje	111
Bilag 6:	Undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes virksomhed, marts 1971	113
Bilag 7a:	Spørgeskema I	131
Bilag 7b:	Spørgeskema II	133
Bilag 8:	Spørgeskema vedrørende tællingen af hjemmesygeplejersker den 10. februar 1970.	137
bilag 9a:	Sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen fordelt efter stillingens art og amtsinddelingen før 1. april 1970	139
Bilag 9b:	Sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen fordelt efter stillingens art og amtsinddelingen efter 1. april 1970	140
Bilag 10:	Lov nr. 227 af 27. maj 1970 om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender	141
Bilag 11:	Udvalgets forslag til opgavefordelingen inden for hjemmesygeplejen	145

Litteraturliste

Attachment of Nursing Services in General Practice. Report of the Joint Working Party on Group Attachment. Hemel Hempstead, 1970.

Bagger, E., Rübner Jørgensen, E. og Nehm, J. Hjemmesygeplejens placering og funktion i det engelske sundheds- og socialvæsen. Tilknytningsordninger i almen praksis. Fra Sundhedsstyrelsen 1971:5:330-336.

Betænkning om omsorgen for ældre og for pensionister. Statens Trykningskontor, 1972. Betænkning nr. 630.

Betænkning vedrørende hjemmesygeplejen, husmoderafløsningen, hjemmehjælpen m.v. i Københavns kommune. Afgivet af det af magistratens 2. og 3. afdeling nedsatte udvalg. U. st. 1968.

Betænkning vedrørende hjemmesygeplejen i Danmark. Afgivet af det af indenrigsministeriet nedsatte udvalg. J. Jørgensen & Co. 1953.

Forsøg med kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje i Skanderborg amt i årene 1953-58. Sundhedsstyrelsen, København 1960.

Hockey, Lisbeth.: Care in the Balance. A study of collaboration between hospital and community services. Cambridge, Queen's Institute of District Nursing, 1968.

Hockey, Lisbeth.: Feeling the Pulse. A study of district nursing in six areas. Cambridge, Queen's Institute of District Nursing, 1968.

Magnussen, G.: Hvordan skal vi i lys af kommunalreformen og socialreformen organisere det forebyggende, det behandlende og efterbehandlende arbejde med sindslidende. Ugeskr. Læg. 1971:29:1422.

Opgavefordelingen mellem staten og kommunerne. Sekretariatet for opgave- og byrdefordelingsudvalget oktober 1970. Statens Trykningskontor.

Den praktiserende læges stilling i fremtidens sundheds- og socialvæsen. Betænkning afgivet af Foreningen af yngre Læger's praksisudvalg, maj 1971. Ugeskr. Læg. 1971:32:1591.

Perspektivplanlægning 1970-1985. Redegørelse fra den af regeringen i november 1968 nedsatte arbejdsgruppe. Sundhedsvæsenet, 2. del s. 78-97. Sociale service-ydelser og indkomstoverførsler, 2. del s. 98-133. J.H. Schultz, 1971.

Samarbejde mellem sygehusene og almen praksis. Betænkning af 30. juni 1971 udarbejdet af Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af sygehusoverlæger i provinsen. Ugeskr. Læg. 1971:32:1575.

Socialreformkommissionens 1. betænkning. Det sociale trykkesystem. Struktur og dagpenge. Statens Trykningskontor, 1969. Betænkning nr. 543.

Sundhedsplejerskeinstitutionen. Betænkning I afgivet af det af sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg vedrørende revision af sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejeordningen. Statens Trykningskontor, 1970. Betænkning nr. 573.

Uddannelse til omsorg. Statens Trykningskontor, 1970. Betænkning nr. 571 fra Socialuddannelseskommissionen.

Udvalgsbetænkning om den primære lægetjenestes målsætning og udvikling. Afgivet af et af Praktiserende Lægers Organisation nedsat udvalg 28. oktober 1971. Ugeskr. Læg. 1971:45:2257.

Kapitel 1

Indledning

1.1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium

Sundhedsstyrelsen nedsatte ved skrivelse af 14. juni 1967 et udvalg med den opgave at stille forslag til styrelsen om fremtidige retningslinier for sundhedsplejerskernes virksomhed, idet udvalget herunder skulle overveje spørgsmålet om sundhedsplejerskevirksomhedens forhold til andre områder inden for sundheds- og sygeplejen. Udvalget afgav betænkning i august 1970 betitlet: Sundhedsplejerskeinstitutionen, Betænkning I, afgivet af det af sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg vedrørende revision af sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejeordningen. Som titlen antyder, blev udvalgets kommissorium udvidet under arbejdet til også **at** omfatte en gennemgang og vurdering af den nuværende hjemmesygeplejeordning med henblik på at foreslå tidssvarende retningslinier for hjemmesygeplejevirkomheden, herunder dennes forhold til andre områder inden for sundheds- og sygeplejen. Som motivering for nedsættelsen af udvalget anførte sundhedsstyrelsen følgende i skrivelse af 26. februar 1969 til indenrigsministeriet:

"Det har vist sig, at den i årene efter lovens ikrafttræden etablerede ordning af hjemmesygeplejen lider af visse - og et stigende antal - mangler som følge af de senere års udvikling på det medicinske og samfundsmæssige område.

I henhold til loven kan således administrationen af hjemmesygeplejen overlades til flere forskellige administrative instanser. Dette forhold har haft til følge, at hjemmesygeplejens formål, for så vidt angår aflastning af sygehusene, ikke bliver tilgodeset i tilstrækkeligt omfang, idet den derfor nødvendige koordination og kommunikation vanskeligt lader sig etablere under de nuværende forhold.

Endvidere har det vist sig, at embedslægernes tilsyn med hjemmesygeplejeordningen bør udbygges, således at en række funktioner, herunder undervisning, rådgivning m.m. kan blive varetaget. Enkelte spredte initiativer til at bøde på disse forhold har været helt utilstrækkelige.

Under hensyn til de ovennævnte forhold og til bl.a. det stigende behov for hjemmesygepleje til de ældre i samfundet finder sundhedsstyrelsen det påkrævet, at der finder en udvalgsbehandling sted med den opgave at gennemgå og vurdere den nuværen-

de hjemmesygeplejeordning med henblik på at foreslå tidssvarende retningslinier for hjemmesygeplejevirkomheden, herunder dens forhold til andre områder inden for sundheds- og sygeplejen".

Udvidelsen af kommissoriet fandt med indenrigsministeriets godkendelse sted ved sundhedsstyrelsens skrivelse af 18. april 1969. Samtidig udpegedes som særligt sagkyndige på hjemmesygeplejeområdet følgende medlemmer:

Amtssundhedsplejerske Johanne Ascanius, Roskilde, nu Ribe amt,
Førstelærer Alfred Hansen, Holbæk, Formand for Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirkomheder i Danmark,
Vicestadslæge Inge Jespersen, København,
Oversygeplejerske, nu hjemmesygeplejekonsulent, Elisabeth Rübner, sundhedsstyrelsen,
Sekretær Finn Hansen, indenrigsministeriet, udpegedes til at yde udvalget særlig sekretærbistand.

Udvalget bestod iøvrigt af følgende:

Læge K.O. Christensen, København,
Kredslæge, nu amtslæge, Otto Christiansen, Århus amt,
Rektor Bodil Dyhre, Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet,
Sundhedsplejerske Anny Gudum, Nordjyllands amt,
Overlæge dr. med. H. Kreutzfeldt, sundhedsstyrelsen,
Forstanderinde Eli Magnussen, sundhedsstyrelsen (formand),
Kontorchef Jens Sørensen, sundhedsstyrelsen,
Kontorchef N. Øhlenschläger, sundhedsstyrelsen.

Hjemmesygeplejerske Anne Marie Søndergaard, Holstebro, har været medlem af udvalget fra juni 1969 til maj 1971. Iøvrigt er under arbejdet rektor Bodil Dyhre, sundhedsplejerske Anny Gudum og kontorchef Jens Sørensen udtrådt, medens hjemmesygeplejerske Gerda Ajslev, Kirke Hyllinge, fuldmægtig Erna Frandsen, sundhedsstyrelsen, og undervisningsleder Vibeke Rosenkrands, Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, er indtrådt i udvalget. Under arbejdets afsluttende fase har konsulent Ole Asmussen og socialrådgiver Lise From, socialstyrelsen, ydet udvalget sagkyndig bistand.

Som sekretariat for udvalget under arbejdet med nærværende betænkning II har følgende medarbejdere i sundhedsstyrelsen fungeret:

Sundhedsplejerskeinspektør Else Bagger,
Ekspeditionssekretær Johs. Nehm,
Hjemmesygeplejekonsulent Elisabeth Rübner og
Assistent Else Wiese.

Udvalget har afholdt 14 møder. Med bistand af styrelsens medicinal-statistiske afdeling foretoges en landsomfattende undersøgelse af hjemmesygeplejearbejdet i marts måned 1971, ligesom udvalget har modtaget og drøftet en række rapporter om forsøgsordninger bl.a. med tilknytning af hjemmesygeplejersker til lægepraksis. Udvalget har aflagt besøg i et nyetableret lægehus, og en arbejdsgruppe har besøgt England for at indhente oplysninger om arbejds- og organisationsformer, uddannelsessystemet og planlagte reformer. Tilsvarende oplysninger er modtaget fra Finland, Norge og Sverige.

1.2. Sammenfatning

I betænkningens kapitel 2 gennemgås hjemmesygeplejens udvikling her i landet, siden private foreninger i slutningen af det 19. århundrede oprettede lokale hjemmesygeplejevirksomheder. Ved socialreformen i 1933 blev de første lovregler givet om hjemmesygeplejens forhold, idet kommunerne fik pligt til at sørge for en forsvarlig ordning af hjemmesygeplejen i kommunen, evt. ved afslutning af overenskomst med sygekasser, menighedsplejer, private sygeplejeforeninger, nabokommuner el. lign. Det sociale udvalg var forpligtet til om fornødent — særlig hvis sygehusindlæggelse kunne undgås — at yde kommunal sygepleje i trangstiftælde efter lægerekvitation, og det kunne i sygekassernes vedtægter fastsættes, at der skulle ydes hjemmesygepleje til medlemmerne.

Et i 1947 nedsat udvalg afgav i 1953 "Betænkning vedrørende hjemmesygeplejen i Danmark". På grundlag af udvalgets forslag gennemførtes den nuværende hjemmesygeplejeordning ved lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje (bilag nr. 1). Loven pålægger enhver kommunalbestyrelse at sørge for en forsvarlig hjemmesygeplejeordning i kommunen, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje efter lægehenviisning og uanset patientens økonomiske forhold; herved blev hjemmesygeplejen i princippet en kommunal foranstaltning, og samtidig blev hjemmesygeplejen overført fra socialministeriets til indenrigsministeriets ressort. Retningslinier for tilrettelæggelse og godkendelse af hjemmesygeplejeordningen blev udsendt af indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen i 1958 (bilag nr. 2, 3 og 4). Administrationen af ordningen kan efter lovens § 1, stk. 3, varetages af kommunerne, af sygekasser med selvstændig hjemmesygepleje eller af hjemmesygeplejeforeninger o. lign. med eller uden samarbejde med sygekasser. Godkendelse af hjemmesygeplejeordningerne påhviler efter 1. april 1970 amtsrådene, for Københavns og Frederiksberg« vedkommende indenrigsministeren. Ifølge indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958 vil en hjemmesygeplejerske i byerne normalt kunne overkomme et distrikt med 4.000 - 5.000 indbyggere og på landet et distrikt med 2.500 - 3.000 indbyggere, her under forudsætning af at der stilles motorkøretøj til rådighed.

Loven påbyder ikke ansættelse af ledende hjemmesygeplejersker, men det forudsættes ved indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958, at der f.eks. inden for et amt kan ansættes en ledende hjemmesygeplejerske, der vil have mulighed for at formidle et nærmere samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen

samt bidrage til at fremme en nøjere kontakt med sygehuset. Hidtil er ledende hjemmesygeplejersker kun ansat i København, Frederiksberg og nogle få andre kommuner. Ved lov om sundhedsplejerskeordningen af 31. maj 1963 er der imidlertid skabt hjemmel for oprettelse af stillinger som amtssundhedsplejerske bl.a. med den opgave at varetage tilsynet med hjemmesygeplejeordninger, og der er ved udgangen af 1971 besat stillinger i 9 amter, medens godkendte amtssundhedsplejerskestillinger i 4 amter er ubesat.

Retningslinier for hjemmesygeplejerskens arbejde er optaget i indenrigsministeriets cirkulære af 2. januar 1965 (bilag nr. 3). Hjemmesygeplejersken står under udøvelse af sin virksomhed under sundhedsstyrelsen og er undergivet embedslægens tilsyn. Sundhedsstyrelsen har løbende udsendt retningslinier for arbejdet bl.a. om barselplejen, injektionsgivning, sterilisering af instrumenter og behandling af allergisk chok.

Om arbejdets omfang viser statistiske opgørelser bl.a., at der i 1962 var ialt 288.000 patienter, medens patienttallet i 1968 var 204.000, en nedgang på ca. 30 %. Fordelt efter alder er gruppen 65 år og derover steget fra 35,3 % til 42,6 %, medens andelen for øvrige aldersgrupper har været faldende. Derimod har antallet af besøg været omtrent konstant, idet der i samme periode har været en nedgang på kun ca. 4 %. Antallet af besøg til gruppen 65 år og derover steg fra 51,8 % til 60,2 % af samtlige besøg. Det gennemsnitlige antal besøg pr. patient er steget fra 16,3 til 22,1, hvilket formentlig skyldes nye medicinpræparater og øgede behandlingsmuligheder, der har bevirket, at behandling oftere kan foregå i hjemmet, hvor der før krævedes sygehusindlæggelse.

En oversigt over omkostningerne viser, at kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen er steget fra 30,1 **mill.** kr. i 1961/62 til 88 **mill.** kr. i 1969/70. Statens tilskud er i samme periode steget fra 4,4 **mill.** kr. til 5 **mill.** kr. og udgør efter 1. april 1970 12-13 **mill.** kr. årligt eller ca. 14 % af udgifterne. Det forventes, at dækningsprocenten vil falde, hvis refusionsreglerne, der går ud fra et fast beløb pr. indbygger, ikke ændres.

/ *kapitel 3* behandles et af sundhedsstyrelsen på udvalgets foranledning tilvejebragt statistisk materiale vedrørende patienter, tilset af hjemmesygeplejerskerne i marts 1971. Undersøgelsen har omfattet 10 % af samtlige distriktssygeplejersker og betragtes som repræsentativ for hele landet. Den omfatter 3.999 patienter, heraf 1 % under 15 år, 44 % fra 15 - 64 år (incl. barselpatienter 3 %) og 55 % på 65 år og derover. I undersøgelsesmåneden har hver sygeplejerske tilset gennemsnitlig 31 patienter og aflagt 345 besøg, men store variationer forekommer. I gennemsnit henvises 11 % af patienterne direkte fra sygehus, varierende fra 28 % i København til 3 % i 3 jyske amter. 67 % af patienterne er henvist af læge, 4 % af jordemoder, medens 18 % er henvist af andre end læge/jordemoder/sygehus. Det fremhæves, at det af hensyn til patienterne er afgørende, at henvisning sker direkte fra læge/sygehus til sygeplejerske, idet henvisningen bør indeholde oplysninger om patientens sygdom, begrundelsen for henvisningen, den ordinerede behandling - herunder medikament, samt en plejevurdering. Kontakten mellem læge/sygehus og hjemmesygeplejersker i forbindelse med henvisningen har kun været etableret for ca. 60 % af de henviste,

hvilket tyder på, at kontakten er for ringe til at sikre en effektiv udnyttelse af hjemmesygeplejen. Andre resultater af undersøgelsen viser, at samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og hjemmehjælp/husmoderafløsning ikke findes tilstrækkeligt udbygget, at en meget stor gruppe oppegående patienter får en behandling, der ikke nødvendigvis behøver at udføres i hjemmene; at det er et spørgsmål, om behovet for pleje af ældre ikke-mobile patienter i eget hjem tilgodeses i nødvendigt omfang; at der forekommer store variationer i fordelingen af patienterne og derved også i den enkelte sygeplejerskes arbejdsbyrde, og at mulighederne for at bedre patienternes tilværelse og lette de pårørendes og hjemmesygeplejerskernes arbejde ved benyttelse af hensigtsmæssige hjælpemidler ikke udnyttes i tilstrækkeligt omfang.

/ *kapitel 4* gennemgås personalesituationen bl.a. på grundlag af et af udvalget tilvejebragt statistisk materiale, omfattende 2.218 hjemmesygeplejersker, aktive pr. 10. februar 1970. Det fremgår heraf, at der beskæftiges forholdsvis få unge sygeplejersker i hjemmesygeplejen, medens der er en jævn fordeling på aldersklasserne fra 31 år og derover. Af en oversigt over hjemmesygeplejerskernes faglige kvalifikationer fremgår, at 92 % har gennemgået grunduddannelse efter sygeplejerskeloven af 1933, medens 8 % har gennemgået uddannelsen på grundlag af den nugældende uddannelsesordning efter 1956-loven. For ansættelse i hjemmesygeplejen er det en betingelse, at den pågældende er autoriseret sygeplejerske, medens loven ikke giver hjemmel til at stille krav om efter- eller videreuddannelse. Det er dog ønskeligt, at sygeplejersken før ansættelse i hjemmesygeplejen har erfaring i visse sygeplejespecialer af betydning for arbejdet f.eks. ved ansættelse på specialafdeling for hud- og kønssygdomme, psykiatri og fødeafdeling. En opgørelse viser, at 27 % af hjemmesygeplejerskerne ikke har erfaring inden for de nævnte specialer. 16 % af sygeplejerskerne har været borte fra sygeplejen i 2-4 år og 22 % i 5 år og derover fra autorisationstidspunktet og indtil ansættelse i hjemmesygeplejen. Videregående uddannelse ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole er gennemgået af 28 hjemmesygeplejersker, 46 aktive hjemmesygeplejersker har gennemgået et kortere suppleringskursus på sygeplejerskehøjskolen, medens et betydeligt ikke registreret antal hjemmesygeplejersker har gennemgået korte faglige kurser tilrettelagt af Dansk Sygeplejeråd. Efter at der siden 1963 er ansat amtssundhedsplejersker, er der i flere amter etableret forskellige former for ajourføringskurser for hjemmesygeplejersker.

Kapitel 5 omfatter samarbejdsformer og udviklingstendenser i hjemmesygeplejen med udgangspunkt i, at en effektiv hjemmesygepleje forudsætter et samarbejde mellem hjemmesygeplejerskerne og andre faggrupper. Det er belyst i kapitel 3, at den direkte kontakt mellem sygeplejersker og læge/sygehus kun har et begrænset omfang, hvilket formentlig skyldes mindre egnede henvisningsformer, og at især sygehusene ofte er uden kendskab til, hvilken hjemmesygeplejerske der skal pleje en bestemt patient. Henvisning til hjemmesygeplejersken formidles enten direkte eller via sygeplejerske på hjemmesygeplejens kontor, ved skriftlig besked formidlet af patienten, ved mundtlig underretning via ikke-sygeplejerskeuddannet personale på f.eks. socialkontor eller sygekasse eller ved henvendelse fra patienten selv eller dennes familie. Af landsundersøgelsen fremgår, at henvisning formidlet af andre end læge/sygehus/jordemoder finder sted i varierende grad, i et enkelt amt i 58 % af

tilfældene. Der er dog i flere amter med bistand af embedslægen, amtsundhedsplejerske eller ledende hjemmesygeplejerske truffet forholdsregler til at forbedre kommunikationen. I udvalgets betænkning I er omtalt fordelene ved en integrering af praktiserende lægers, hjemmesygeplejerskers og sundhedsplejerskers arbejde i fælles geografiske områder, evt. ved direkte tilknytning af sygeplejerskepersonalet til almen lægepraksis. Der beskrives 4 eksempler på et sådant udvidet samarbejde. Hjemmesygeplejens samarbejde med sygehusvæsenet beskrives med hensyn til somatiske afdelinger, psykiatriske afdelinger og den geriatriske afdeling ved Odense sygehus. Endvidere beskrives samarbejdet med sygehjælpere, særlig i en forsøgsordning påbegyndt 1965 i København, ligesom samarbejdet med husmoderafløsning, hjemmehjælp og andre sociale faggrupper omtales.

Loven om sundhedsplejerskeordninger af 1963 åbner mulighed for, at samme sygeplejerske fungerer både i hjemmesygeplejen og i spædbørns- og skolesundhedsplejen. 6 sygeplejersker var ifølge en sundhedsplejersketælling i 1969 beskæftiget i et sådant kombineret arbejde, men det er udvalget bekendt, at de pågældende nu virker alene som sundhedsplejersker. Udviklingen i sundhedsplejerskearbejdet ved inddragelse af børn over 1 år og koncentreret af arbejdet om familier med børn, der har særlige sundhedsmæssige problemer, nødvendiggør, at hjemmesygeplejersker, der tillige skal udføre sundhedsplejerskearbejde, gennemgår den fulde uddannelse som sundhedsplejerske.

/ *kapitel 6* omtales hjemmesygeplejeordningen i Sverige, Norge, Finland og England. En arbejdsgruppe fra udvalget har besøgt England og gjort sig bekendt med organisationen af hjemmesygepleje ved besøg i nogle distrikter i bl.a. London og Birmingham, ligesom man har ført samtaler med ledelsen af hjemmesygeplejen i ministeriet og modtaget materiale om tilrettelæggelsen af hjemmesygeplejerskeuddannelsen. Det er udvalgets konklusion, at de mest effektive og veludbyggede uddannelsesordninger findes i Sverige og England-, her er introduktionskurser, efter- og videreuddannelse under central styring taget op i større regioner under den regionale ledelse af sygeplejen uden for sygehusene. I England har udvalget især bemærket sig, at tilknytningen af hjemmesygeplejersker til lægepraksis nu omfatter mere end halvdel af hjemmesygeplejerskerne, og denne ordning synes i høj grad at være fremmende for samarbejdet mellem medicinalpersonalegrupperne.

Kapitel 7 indeholder forslag til en ændret hjemmesygeplejeordning. Udvalget har formuleret hjemmesygeplejens formål således:

Hjemmesygeplejen har som formål at medvirke til, at der som led i den samlede patientbehandling ydes syge- og sundhedspleje til patienter, hvis pleje og behandling henhører under den primære sundhedstjeneste, og at der skabes det fornødne samarbejde med andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger.

Efter en beskrivelse af sygeplejerskens principielle opgaver omtales hjemmesygeplejens opgaver i relation til almen praksis, til sygehuse og til andre sundhedsmæssige og sociale personalegrupper. For så vidt angår den primære lægetjeneste skønnes, at ca. 85 % af det samlede patienttal, der henvender sig i almen- og speciallægepraksis,

færdigbehandles her. I denne forbindelse henvises til betænkningerne fra 1971 om "Den primære lægetjenestes målsætning og udvikling", afgivet af et udvalg nedsat af Praktiserende Lægers Organisation, samt "Den praktiserende læges stilling i fremtidens sundheds- og socialvæsen", afgivet af Foreningen af yngre Lægers praksisudvalg. Heri omtales nødvendigheden af en udbygning af almen praksis med mulighed for at overføre en del af sygehusenes opgaver, og det foreslås, at der på lokalplanet etableres teams bestående af alment praktiserende læger, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, socialt uddannet personale og evt. jordemødre og fysio- og ergoterapeuter.

I en tredje betænkning "Samarbejde mellem sygehus og almen praksis", afgivet i 1971 af et udvalg nedsat af Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af sygehusoverlæger i provinsen, foreslås et udvidet samarbejde mellem sygehuslæger og praktiserende læger om patienten før, under og efter indlæggelse. Sideløbende med udbygningen af det lægelige samarbejde må der ske en tilsvarende udbygning af det sygeplejemæssige samarbejde, og nærværende udvalg foreslår, at der i tilknytning til sygehusvæsenet oprettes en særlig sygeplejerskestilling med det formål at centralisere ansvaret for kommunikation og samarbejde mellem sygehusets afdelinger og hjemmesygeplejen for herved at tilstræbe kontinuitet i sygeplejen i og uden for sygehuset. Den pågældende sygeplejerske kan tillige medvirke ved undervisningen af sygeplejelever vedrørende samarbejde mellem sygehus og hjemmesygeplejen.

Udvalget tilslutter sig i princippet kombination af hjemmesygeplejen og sundhedsplejen - forudsat, at sygeplejersken har gennemgået en uddannelse som sundhedsplejerske; for de allerede ansatte hjemmesygeplejersker er gennemførelse af uddannelsen dog forbundet med praktiske og økonomiske vanskeligheder. Udvalget finder, at der ved en kommende revision af sygeplejerskeuddannelsen bør sigtes mod, at sygeplejersken ved uddannelsens afslutning skal kunne udøve en selvstændig funktion - i og uden for institutionerne - inden for de forskellige grene af syge- og sundhedsplejen, der ikke forudsætter særlig videreuddannelse.

I relation til andre medicinske og sociale personalegrupper gør udvalget opmærksom på, at pleje af ikke-mobile patienter i eget hjem formentlig vil kunne finde sted i større omfang end hidtil med assistance af bl.a. sygehjælpere, ligesom en forstærket indsats af husmoderafløsere og hjemmehjælpere yderligere vil kunne bidrage hertil. Et udvidet samarbejde vil endvidere gøre det muligt for sygeplejersken at træde mere aktivt ind i vurderingen af hjemmehjælpsbehovene, idet hun kan fungere som faglig støtte i de tilfælde, hvor hun i forvejen kommer i hjemmet. Endelig fremhæver udvalget det ønskelige i, at der etableres et nært samarbejde mellem hjemmesygeplejen og de andre klientbehandlende personalegrupper under kommunens social- og sundhedsforvaltning.

Med sygekassernes ophævelse 1. april 1973 og forventet bortfald af ordninger, der administreres af hjemmesygeplejeforeninger, er der skabt grundlag for en mere ensartet administration af den kommende hjemmesygeplejeordning.

Udvalget har overvejet, hvorvidt hjemmesygeplejen vil kunne varetages bedst gennem en amtskommunal eller en kommunal organisation. Der påpeges væsentlige fordele af arbejdsmæssig og ledelsesmæssig karakter ved en amtskommunal organisa-

tion, men udvalget erkender, at en sådan løsning ikke vil harmonere med principperne for opgavefordelingen mellem amtskommuner og kommuner, omtalt i socialreformkommissionens betænkning og i en redegørelse af maj 1971 fra regeringen til folketinget. I henhold hertil er udgangspunktet for opgavefordelingen, at kommunerne varetager de opgaver, som bør være dagligt tilgængelige for borgeren, herunder hovedparten af de offentlige opgaver, som hjemmesygeplejersken har nær berøring med, f.eks. hjemmehjælp og husmoderafløsning, familievejledning og socialrådgivning, medens amtskommunerne varetager koordinerende og planlæggende opgaver i forhold til kommunerne. Endvidere henvises til, at hjemmesygeplejen i loven om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender er indpasset i det almindelige styrelses- og forvaltningssystem for sociale og sundhedsmæssige områder (bortset fra sygehus- og embedslægevæsenet), hvilket betyder, at hjemmesygeplejen administreres af kommunernes sociale udvalg og forvaltning.

Udvalget har ikke ment at kunne tage stilling til ændrede normtal for befolkningsgrundlaget i en sygeplejerskes virksomhedsområde, men peger på, at der ved vurderingen heraf i højere grad bør tages hensyn til befolkningens aldersfordeling end til indbyggertallet. Det fremhæves, at en effektiv ordning forudsætter, at sygeplejersken har mulighed for at benytte bil også i bydistrikter. Med hensyn til geografiske distriktsgrenser foreslås på baggrund af erfaringer fra enkelte forsøgsordninger samt fra England, at arbejdet i de enkelte ordninger tilrettelægges således, at den enkelte hjemmesygeplejerske får sammenfaldende patientkreds med relativt få praktiserende læger, der virker inden for den pågældende kommune. Den nuværende adgang for flere kommuner til at slutte overenskomst om fælles hjemmesygeplejeordning bør opretholdes. Man henviser til et af socialministeriet i 1971 nedsat udvalg vedrørende den stedlige social- og sundhedstjeneste. Det er dette udvalgs opgave at foretage en nærmere belysning af spørgsmålet om det stedlige samarbejde mellem praktiserende læger og social- og sundhedsvæsenet, herunder sygehusvæsenet, og det forventes, at der opstilles modeller for et sådant samarbejde, som vil kunne fremme en løsning med helt eller delvist sammenfaldende patientkredse, som skitseret.

For så vidt angår hjemmesygeplejerskens placering, foreslås det at søge lokalemæssig tilknytning enten til et evt. lægehus eller til kommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning, hvilket i begge tilfælde vil fremme samarbejdet mellem personalegrupperne om den enkelte patient og modvirke den enkelte sygeplejerskes faglige isolation.

Udvalget omtaler hjemmesygeplejens depoter af forbindsstoffer, engangsmaterialer, senge m.v. og finder, at det for gennemførelse af en forsvarlig pleje og behandling af patienter i eget hjem må være en forudsætning, at hjemmesygeplejersken kan disponere over hjælpemidler af samme standard, som anvendes på sygehusene, og henstiller, at der etableres depoter, der i nødvendigt omfang indeholder de sygeplejerskvisitter og hjælpemidler, som hjemmesygeplejersken har brug for i en udvidet hjemmesygepleje, og at transport af større hjælpemidler til og fra patientens hjem varetages af kommunen. I det omfang det er nødvendigt at anvende mere specielle hjælpemidler, end der normalt vil være brug for i den enkelte kommune, peges på muligheden af at oprette en hjælpemiddelcentral i hver amtskommune.

Nogle af de mangler i hjemmesygeplejen, der i særlig grad har gjort sig gældende, har været den faglige isolation og den manglende kontakt med andre foranstaltninger inden for det sociale og sundhedsmæssige område. En væsentlig forudsætning for at kunne imødegå disse forhold vil være en styrkelse af de vejledende, undervisende og koordinerende sygeplejefunktioner på det amtskommunale plan. Udvalget foreslår derfor, at der til amtssundhedsplejerskeembedet knyttes en eller flere sygeplejersker, hvoraf en har uddannelse som sygeplejelærer.

Det vil endvidere være nødvendigt med faglig ledelse af hjemmesygeplejen på primærkommunalt plan. Hvorvidt der vil være behov for en heltidsbeskæftiget faglig leder, eller en af sygeplejerskerne kan varetage opgaverne ved siden af det almindelige arbejde, vil afhænge af de lokale forhold. Ved afgørelse af dette spørgsmål bør det overvejes, om de ledende funktioner alene skal omfatte hjemmesygeplejen, eller det vil være hensigtsmæssigt at samle hjemmeplejen (d.v.s. hjemmesygeplejen, husmoder-afløsningen og hjemmehjælpen) f.eks. under en sygeplejefaglig ledelse. Som følge af den nære relation mellem hjemmesygeplejen og sundhedsplejen og for at opnå et så nært samarbejde som muligt foreslår udvalget som en anden mulighed en fælles ledelse af disse grene af sygeplejen.

Sygeplejersker, der ansættes i ledende stillinger, må have gennemgået 1. del af uddannelsen ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole; hvor stillingen omfatter ledelse af et større personale og flere personalegrupper, bør sygeplejersken tillige have gennemgået 2. del af uddannelsen. Denne del af uddannelsen omfatter administration og undervisning.

Andre forudsætninger af betydning for forslaget gennemførelse vil være bedre uddannelsesmuligheder for det ansatte personale og fastlæggelse af krav om erfaring som sygeplejerske forud for ansættelse i hjemmesygeplejen. Udvalget foreslår en systematisk efteruddannelse for samtlige hjemmesygeplejersker omfattende ajourførende kurser af 2 ugers varighed og kontinuerlig personalevejledning, incl. et introduktionsprogram for nyansatte sygeplejersker. Endvidere foreslås kompletteringskursus af 3 måneders varighed for hjemmesygeplejersker, der får pålagt særlige opgaver, f.eks. at introducere nyansatte i arbejdet, medvirke ved uddannelsen af sygeplejeelever og andet personale og som evt. deltidsbeskæftiget leder. Det forudsættes ved udgiftsberegningen, at der ydes løn og vikarhjælp under disse uddannelser.

Udvalget har ikke med de fremlagte forslag sigtet mod en forøgelse på nuværende tidspunkt af det samlede antal udøvende hjemmesygeplejersker. Derimod medfører forslaget om nyoprettede stillinger på amtskommunalt plan en årlig merudgift på ca. 2,5 mill. kr. Forslaget om efteruddannelse af de kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker medfører en merudgift på ca. 9 mill. kr. incl. vikarudgifter; beløbet vil være en engangsudgift over mere end 1 år. Endvidere vil udvalgets forslag indebære udgifter til faglig ledelse på kommunalt plan, oprettelse af kontorer, udbygning af depot-beholdninger m.m., men da disse spørgsmål formentlig vil blive løst forskelligt, afhængigt af de lokale forhold, vil det ikke være muligt at anslå omfanget heraf.

For statens vedkommende vil krav om videregående uddannelse for de sygeplejersker, der ansættes i ledende stillinger i de enkelte kommuner og ved amtssundheds-

plejerskens kontor, nødvendiggøre en udvidelse af kapaciteten på Danmarks Sygeplejerskehøjskole og dermed visse merudgifter.

København, juni 1972

Gerda Ajslev
Otto Christiansen
Inge Jespersen
Vibeke Rosenkrands

Johanne Ascanius
Erna Frandsen
H. Kreutzfeldt
Elisabeth Rübner

K.O. Christensen
Alfred Hansen
Eli Magnussen (formand)
N. Øhlenschläger

Else Bagger Finn Hansen
Johs. Nehm Else Wiese
(Sekretariat)

Kapitel 2

Hjemmesygeplejen i Danmark, historie og nuværende ordning

2.1. For 1957

Hjemmesygeplejen er her i landet etableret på privat initiativ i slutningen af forrige århundrede ved dannelse af særlige foreninger, som oprettede lokale hjemmesygeplejevirkksomheder. Senere kom sygekasserne med i arbejdet, og efterhånden blev det almindeligt, at også kommunerne ydede tilskud til hjemmesygeplejevirkksomhederne.

Først ved socialreformen i 1933 blev der givet lovregler om hjemmesygeplejens forhold. Ved lov om offentlig forsorg af 20. maj 1933, § 33, fik kommunerne "pligt til at drage omsorg for en forsvarlig ordning af sygeplejen i kommunen, eventuelt kunne der slutes overenskomst med sygekasser, menighedsplejer, private sygeplejeforeninger, nabokommuner eller lignende". Ordninger skulle for landkommuners vedkommende godkendes af amtsrådet og for de øvrige kommuner af socialministeren. I medfør af samme lovs § 274, stk. 1, var det sociale udvalg forpligtet til om fornødent, og særlig hvis sygehusindlæggelse derved kunne undgås, at yde kommunal sygepleje i trangstiltælde efter en læges rekvisition. Endelig havde loven i § 22 en bestemmelse om, at det i sygekassernes vedtægter kunne fastsættes, at der skulle ydes hjemmesygepleje til medlemmerne.

I 1947 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg, der fik til opgave at undersøge og redegøre for hjemmesygeplejens erhvervs- og arbejdsforhold og på grundlag heraf fremkomme med forslag til en ændring af disse, eventuelt således at hjemmesygeplejen knyttedes til landets sygehusvæsen. Endvidere var det pålagt udvalget at overveje, hvorledes hjemmesygeplejens økonomiske grundlag burde tilrettelægges, samt hvilken økonomisk støtte der fra det offentlige side burde ydes hjemmesygeplejen.

Baggrunden for udvalgets nedsættelse var i første række de økonomiske vanskeligheder, der var opstået for hjemmesygeplejevirkksomhederne som følge af en væsentlig lønforhøjelse i 1946. I forbindelse med overvejelsen af, hvorledes disse vanskeligheder kunne løses, fandt man det ønskeligt at foretage en nærmere undersøgelse af hjemmesygeplejens erhvervs- og arbejdsforhold for at sikre, at disse blev tilrettelagt på den bedste og mest økonomiske måde.

I den af udvalget i 1953 afgivne "Betænkning vedrørende Hjemmesygeplejen i Danmark" er der nærmere redegjort for disse spørgsmål samt givet en vurdering af den daværende hjemmesygeplejeordning.

Det fremgår heraf, at interessen for hjemmesygeplejen blandt befolkningen var stor, og at der på frivillig basis udførtes et stort og påskønnelsesværdigt arbejde, men at ordningen var forbundet med visse mangler. Fra "Bemærkninger til lov om hjemmesygepleje" skal følgende citeres:

"Der peges således på, at der, uanset bestemmelsen i forsorgslovens § 33, der pålægger kommunalbestyrelsen at drage omsorg for en forsvarlig ordning af hjemmesygeplejen, fortsat findes et betydeligt antal sognekommuner, som ikke har tilvejebragt en egentlig hjemmesygeplejeordning. Pr. 1. juli 1952 manglede der således hjemmesygepleje i 236 sognekommuner med et indbyggertal på godt 1/4 million. Men hertil kommer, at hjemmesygeplejen i mange kommuner ikke omfatter alle kommunens indbyggere, idet den foruden trangpatienter kun omfatter dem, som gennem medlemskab af sygekasse eller hjemmesygeplejeforening har sikret sig adgang til hjemmesygepleje.

Udvalget peger endvidere på, at der i mange tilfælde består en uhensigtsmæssig distriktsinddeling, idet der forekommer såvel virksomheder med for få indbyggere som virksomheder med et så stort indbyggertal, at sygeplejersken ikke vil kunne overkomme at yde hjemmesygepleje i alle de tilfælde, hvor der er ønske og behov herfor. I samme forbindelse fremdrager udvalget spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes befordringsmiddel, som tidligere udelukkende var cykel. For hjemmesygeplejersker i landdistrikter med store afstande er det indlysende, at denne befordring er såvel anstrengende som tidskrævende for sygeplejersken.

Spørgsmålet om afhjælpning af disse mangler står i nøje sammenhæng med spørgsmålet om hjemmesygeplejens fremtidige organisation. Den nuværende hjemmesygeplejeordning er som anført stærk decentraliseret, idet som regel hver kommune har sin egen hjemmesygeplejeordning. Da de påpegede mangler til en vis grad er en følge af den decentraliserede organisation, har udvalget overvejet at søge manglerne afhjulpet gennem en mere centraliseret opbygning af hjemmesygeplejen. Udvalget har i denne forbindelse bl.a. overvejet at etablere en amtsvis ordning af hjemmesygeplejen. Udvalget har dog ikke ment at burde stille forslag herom, idet der har været et stærkt ønske om at bevare den umiddelbare kontakt mellem hjemmesygeplejen og den lokale befolkning

Da det endvidere må anses for muligt at afhjælpe manglerne inden for den bestående organisations rammer, har udvalget foreslået, at den nuværende organisation principielt opretholdes."

2.2. Lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje

Den nuværende hjemmesygeplejeordning er gennemført ved lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje, udarbejdet på grundlag af ovennævnte udvalgs forslag (bilag nr. 1).

Ved lovens § 1 pålægges der enhver kommunalbestyrelse pligt til at drage omsorg for, at der til enhver tid findes en forsvarlig hjemmesygeplejeordning i kommunen, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje efter lægehenvisning. Flere kommuner kan slutte overenskomst om en fælles hjemmesygeplejeordning, jf. § 1, stk. 2.

Efter denne lov er hjemmesygeplejen i princippet en kommunal foranstaltning, idet det påhviler kommunalbestyrelsen at drage omsorg for, at hjemmesygeplejeordningen er tilrettelagt eller udbygget således, at hjemmesygepleje efter lægehenvielse kan ydes enhver af kommunens indbyggere uanset økonomiske forhold. I konsekvens af denne ændring blev hjemmesygeplejens forhold overført til indenrigsministeriets ressort, hvorved det understregedes, at hjemmesygeplejen naturligt må placeres som et led i det almindelige sundhedsvæsen, idet den - forsvarligt organiseret - i vidt omfang aflaster sygehusvæsenet og de praktiserende læger.

Retningslinier for tilrettelæggelse og godkendelse af hjemmesygeplejeordninger er udsendt i cirkulærer fra indenrigsministeriet af henholdsvis 10. april 1958 og 30. september 1959 til kommunalbestyrelserne, ændret ved cirkulære af 2. januar 1965, og fra sundhedsstyrelsen i maj 1958 og oktober 1959 til embedslægerne (bilag nr. 2,3 og 4).

Cirkulærene indeholder bl.a. vejledning vedrørende distriktsstørrelser, godkendelse og tilsyn, bestemmelser om indberetning om hjemmesygeplejen, mønsterinstruks for hjemmesygeplejersker og fortegnelse over depotartikler.

2.2.1. Administration og organisation

Selv om ansvaret for en forsvarlig hjemmesygeplejeordning er pålagt kommunen, kan administrationen i henhold til lovens § 1, stk. 3, overlades til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser, menighedsplejer eller lignende, d.v.s., at ordningen ligesom før lovens gennemførelse kan drives under en eller flere af følgende 4 organisationsformer:

1. Hjemmesygeplejeforeninger eller lignende uden samarbejde med sygekasser
2. Hjemmesygeplejeforeninger eller lignende i samarbejde med sygekasser
3. Sygekasser med selvstændig hjemmesygepleje
4. Rent kommunal hjemmesygepleje.

Fra Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksohmheders årsberetninger, hvoraf uddrag offentliggøres i bladet "Sygeplejen", fremkommer følgende oplysninger om virksomhedernes administration pr. 31. december i årene 1960, 1969, 1970 og 1971, jf. tabel 1.

Ordet sygeplejersker i tabellen dækker hovedsagelig fastansatte distriktssygeplejersker, men også nogle fastansatte fuldtidsbeskæftigede afløsere; desuden var der pr. 31. december 1971 beskæftiget ca. 600 fastansatte deltidsbeskæftigede afløsere.

Af årsberetningen fremgår ikke, hvor mange sygekasser der administrerer hjemmesygepleje, men sygekassedirektoratet har på forespørgsel oplyst, at der ved udgangen af 1969 var 71 sygekasser af ialt 1.004, der varetog hjemmesygepleje, heraf 6 sygekasser i hovedstadsområdet og 65 i det øvrige land.

Det ses af oversigten, at hjemmesygeplejevirksohmheden i stigende omfang administreres af kommunerne som en naturlig følge af, at hovedparten af udgifterne påhviler disse. Ved udgangen af 1969 udgjorde antallet af kommunale virksomheder ca. 75% af det samlede antal under Centralforeningen, medens det ved udgangen af 1971 - efter kommunalreformens gennemførelse - er steget til ca. 90%.

Tabel 1

Hjemmesygeplejevirkksomheder fordelt efter administrationsform

	Foreninger uden samarbejde med sygekasser		Foreninger i samarbejde med sygekasser		Kommunale virksomheder		Ialt ¹⁾	
	Antal		Antal		Antal		Antal	
	virksomheder	sygeplejersker	virksomheder	sygeplejersker	virksomheder	sygeplejersker	virksomheder	sygeplejersker
1960	13	20	429	601	338	399	780	1.020
1969	3	21	159	323	478	764	640	1.108
1970	4	28	42	200	255	872	301	1.100
1971	1	3	24	149	259	935	284	1.087

1) Omfatter ca. 98% af samtlige hjemmesygeplejevirkksomheder uden for København og Frederiksberg.

2.2.2. Godkendende myndigheder

Før den 1. april 1970 skulle ifølge lovens § 2, stk. 1, hjemmesygeplejeordninger i sognekommuner godkendes af amtsrådet og i bykommuner af indenrigsministeren. Efter kommunalreformens gennemførelse er denne bestemmelse ændret, således at ordningen i Københavns og Frederiksberg kommuner godkendes af indenrigsministeren, medens godkendelsen i alle andre kommuner hører under amtsrådet, jf. lovbekendtgørelse nr. 35 af 29. januar 1970 (bilag nr. 5).

De godkendende myndigheder skal påse, at ordningen er rationelt tilrettelagt under hensyn til distriktets størrelse og befolkningstæthed, og hvis dette ikke er tilfældet, skal de ved forhandling med de interesserede parter søge manglerne afhjulpet, jf. § 2, stk. 3. I forbindelse med ordningens godkendelse indhentes udtalelse fra den stedlige embedslæge.

2.2.3. Distrikternes størrelse

I henhold til indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958, afsnit IV, stk. 3, vil en hjemmesygeplejerske i byerne normalt kunne overkomme et distrikt på 4.000-5.000 indbyggere og på landet et distrikt med 2.500-3.000 indbyggere, her dog kun under forudsætning af, at der stilles motorkøretøj til hendes rådighed.

En distriktsinddeling har herefter fundet sted efter disse retningslinier, men har dog ikke kunnet gennemføres overalt i landet, bl.a. som følge af personlige hensyn til allerede ansatte hjemmesygeplejersker og i tilfælde, hvor det ikke har været muligt for kommunen at slutte overenskomst med en nabokommune om en fælles hjemmesygeplejeordning.

Den pr. 1. april 1970 ændrede kommunale inddeling muliggør en mere hensigtsmæssig fordeling af hjemmesygeplejerskepersonalet efter ovennævnte retningslinier, og det er udvalget bekendt, at der i mange kommuner er foretaget eller er ved at blive foretaget en regulering af distrikterne.

2.2.4. Tilsyn med hjemmesygeplejen

Tilsynet med hjemmesygeplejen udøves på de godkendende myndigheders vegne af embedslægen, jf. lovens § 2, stk. 4, og sundhedsstyrelsens cirkulære til embedslægerne af maj måned 1958. I henhold hertil pålægges det embedslægerne at føre tilsyn med, at ordningen virker tilfredsstillende, at medvirke til påkrævede forbedringer og at føre tilsyn med den enkelte sygeplejerskes arbejde og beholdning af sygeplejerkvisitter.

På steder, hvor der ikke findes en ledende hjemmesygeplejerske, skal embedslægen i særlig grad være opmærksom på, om hjemmesygeplejen udøves fuldt effektivt og tilfredsstillende. Endvidere skal han med passende mellemrum afholde møder med hjemmesygeplejerskerne om faglige emner.

2.2.5. Faglig ledelse

Lov om hjemmesygepleje påbyder ikke ansættelse af ledende hjemmesygeplejersker. Cirkulæret af 10. april 1958 har dog i afsnit IV, stk. 8, en omtale af fordelene ved f.eks. inden for et amt at ansætte en ledende hjemmesygeplejerske. Foruden tilsyns- og instruktionsopgaver fremhæves især hendes mulighed for at kunne formidle et nærmere samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen samt bidrage til at fremme en nøjere kontakt med sygehusene, hvilket særligt vil være af betydning i forbindelse med en hurtigere udskrivning af patienterne.

Bortset fra hjemmesygeplejerskerne i Københavns og Frederiksberg kommuner og nogle få andre kommuner arbejder hjemmesygeplejerskerne dog fortsat uden sygeplejefaglig ledelse, jf. kapitel 4, vedrørende personalesituationen.

Ved lov om sundhedsplejerskeordninger af 31. maj 1963, § 5, stk. 2, sidste punktum, er der med hensyn til faglig ledelse skabt grundlag for en helt ny udvikling ved adgangen til oprettelse af stillinger som amtssundhedsplejerske. Udover opgaver med planlægning, instruktion og koordination vedrørende sundhedsplejerskeordningen varetager amtssundhedsplejersken tillige andre tilsynsopgaver, f.eks. med hjemmesygeplejeordninger og med pleje- og alderdomshjem. Med hensyn til hjemmesygeplejen arrangerer hun faglige møder og lokale kurser for de ansatte hjemmesygeplejersker, jf. kapitel 4.3.5., bistår dem i videst mulig udstrækning med faglige problemer, effektiviserer henvisningssystemet mellem sygehusene, de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne, jf. kapitel 5.1.1., samt bistår embedslægerne med at belyse hjemmesygeplejens forhold i de pågældende amter.

Da hjemmesygeplejen alene er et primærkommunalt anliggende, har amtssundhedsplejerskens opgaver over for hjemmesygeplejerskerne hidtil været af konsultativ art også over for de kommunale myndigheder i de tilfælde, hvor der er behov for gennemførelse af ændringer og forbedringer i ordningernes tilrettelæggelse og funktion.

Ved udgangen af 1970 var der ansat amtssundhedsplejersker i Frederiksborg, Roskilde, Vestsjællands, Storstrøms, Vejle, Ringkøbing og Nordjyllands amter. I 1971 er stillinger i Fyns, Århus og Ribe amter besat, medens godkendte stillinger i Københavns, Roskilde, Sønderjyllands og Viborg amter er ubesatte. Oprettelse af amtsundhedsplejerskestilling mangler således kun i Bornholms amt.

2.3. Hjemmesygeplejevirkksomheden

2.3.1. Retningslinier for hjemmesygeplejerskens arbejde

Retningslinier for hjemmesygeplejerskens arbejde er indeholdt i en mønsterinstruks, der som bilag er optaget i indenrigsministeriets cirkulære af 2. januar 1965 om mønsterinstrukser for hjemmesygeplejersker og fremskaffelse af statistiske oplysninger m.v. (bilag nr. 3).

Det fremgår heraf, at det er hjemmesygeplejerskens opgave at varetage plejen af syge i hjemmet og efter fødsler at yde barselpleje. Hun må kun tage patienter i pleje efter lægehenvielse og må ikke ændre den af lægen ordinerede behandling, ligesom hun skal underrette lægen, såfremt patientens tilstand tilsiger det.

I særlige tilfælde, og hvor forholdene taler derfor, kan hjemmesygeplejersken efter aftale med lægen udføre den ordinerede behandling af patienter fra hendes distrikt uden for disses hjem.

Hjemmesygeplejersken bør i samarbejde med det administrative organ, der koordinerer hjemmesygeplejerskers, husmoderafløseres og hjemmehjælperes virksomhed, tilrettelægge sit arbejde således, at sygeplejen udføres så rationelt som muligt. Endvidere skal hun føre optegnelser vedrørende hver patient på dertil bestemte formularer i overensstemmelse med den af sundhedsstyrelsen udarbejdede vejledning herom. Hun afgiver indberetning (måned- og årsberetning) om sin virksomhed til kommunalbestyrelserne.

Endelig anføres, at hjemmesygeplejersken med hensyn til udøvelsen af sin sygeplejegering står under sundhedsstyrelsen, jf. § 4, i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse nr. 182 af 23. juni 1932 med senere ændringer, og er undergivet tilsyn af embedslægen.

Løvrigt skal hjemmesygeplejersken følge de anvisninger, der er givet i de af sundhedsstyrelsen udarbejdede retningslinier vedrørende specielle forhold inden for hjemmesygeplejen.

Sundhedsstyrelsen har i årenes løb udsendt forskellige vejledninger og retningslinier til brug i hjemmesygeplejen.

Efter lovens gennemførelse blev det således reglen, at hjemmesygepleje også ved normalt forløbende fødsler kun måtte udføres af autoriserede sygeplejersker, medens plejen i sådanne tilfælde i et vist omfang havde været overladt til andre. Denne bestemmelse medførte, at hjemmesygeplejersker blev stillet over for opgaver, som de igennem længere tid ikke havde haft anledning til at udføre, og sundhedsstyrelsen udsendte derfor i oktober 1959 "Vejledning i barselpleje i hjemmene", revideret 1964.

Fra forskellig side fremsattes endvidere ønske om en vejledning i fremgangsmåder ved injektionsgivning, sterilisering af instrumenter og lignende. Et cirkulære herom udsendtes i september 1962.

På given foranledning udarbejdede sundhedsstyrelsen "Retningslinier for hjemmesygeplejerskens administration af injektionsvæsker, der er omfattet af indenrigsministeriets bekendtgørelse af 27. marts 1966", jf. sundhedsstyrelsens cirkulære af 3. august 1966 til hjemmesygeplejerskerne.

For at give hjemmesygeplejerskerne mulighed for omgående behandling af alvorlige komplikationer (allergisk chok) opstået i tilslutning til indgift af penicillin eller B-vitaminpræparater udsendtes i marts 1968 "Instruks for hjemmesygeplejersker vedrørende behandling af akut, allergisk chok med injektion af adrenalin".

2.3.2. Statistiske oplysninger om hjemmesygeplejen

I tilslutning til lovens gennemførelse fremsatte sundhedsstyrelsen over for indenrigsministeriet ønske om, at kommunerne medvirker til at indsamle visse statistiske oplysninger om hjemmesygeplejen, for at man derigennem kunne følge udviklingen på dette område, jf. indenrigsministeriets cirkulære af 30. september 1959, som ændret ved cirkulære af 2. januar 1965.

I medicinalberetningen har sundhedsstyrelsen fra og med kalenderåret 1962 på grundlag af de indsendte årsberetninger om hjemmesygeplejen offentliggjort oplysninger om hjemmesygeplejevirkomheden.

I det følgende er der i tabellerne 2,3 og 4 givet en oversigt over antallet af patienter og besøg samt det gennemsnitlige antal besøg pr. patient i årene 1962 til 1968.

Tabel 2

Antal patienter og disses procentvise fordeling efter alder 1962 - 1968

	Ialt patienter	Heraf i %				
		0-14 år	15-64 år	65 år og over	Barselptt.	Ialt
1962	288.000	5,3	49,1	35,3	10,3	100
1963	274.600	5,1	47,9	35,8	11,2	100
1964	269.200	5,0	46,8	37,2	11,0	100
1965	236.500	4,5	45,7	37,8	12,0	100
1966	225.200	3,9	44,9	39,5	11,7	100
1967	215.200	4,0	45,5	40,8	9,7	100
1968	204.000	4,1	44,9	42,6	8,4	100

Det årlige antal patienter, der i 1962 var ialt 288.000, var i 1968 faldet til 204.000, en nedgang på ca. 30%, der i absolutte tal har gjort sig gældende inden for hver af de enkelte aldersgrupper. Patienttallet ialt udgjorde i de tilsvarende år henholdsvis 6,2% og 4,2% af landets samlede indbyggertal.

Den procentvise fordeling af patienterne efter alder viser, at antallet af patienter i gruppen 65 år og derover udgør en stadig stigende andel af det samlede patienttal, medens den procentvise andel for samtlige øvrige aldersgrupper er faldende.

Med hensyn til antallet af barselpatienter skal bemærkes, at antallet af levendefødte pr. 1.000 indbyggere i hele landet er faldet fra 16,7 i 1962 til 15,3 i 1968, og at antallet af fødsler i hjemmet er stærkt faldende fra 43,2% i 1962 til 23,4% i 1968.

Antallet af patienter i aldersgruppen 0-14 år er ligeledes faldet stærkt, fra 15.250 i 1962 til 8.250 i 1968. I denne forbindelse skal bemærkes, at mange sygdomme som

følge af behandling med nye medicinpræparater ikke i samme udstrækning nødvendigvis hjemmesygeplejerskens bistand i hjemmet.

Tabel 3

Antal besøg og disses procentvise fordeling efter patienternes alder, 1962 -1968

	Ialt besøg	Heraf til personer i alderen				Ialt
		0-14 år	15-64 år	65 år og over	Barselptt.	
1962	4.693.900	1,8	40,2	51,8	6,2	100
1963	4.675.400	1,6	38,9	53,1	6,4	100
1964	4.721.300	1,5	38,2	54,2	6,1	100
1965	4.642.600	1,3	36,6	56,1	6,0	100
1966	4.599.200	1,1	36,0	57,4	5,5	100
1967	4.566.800	1,1	36,1	58,5	4,3	100
1968	4.502.100	1,1	35,1	60,2	3,6	100

Det samlede antal besøg aflagt i 1962 udgjorde 4.693.900 og i 1968 4.502.100, en nedgang på ca. 4%.

Antallet af besøg til patienter i aldersgruppen 65 år og derover viser en stærk stigning, fra 2.433.500 besøg i 1962 til 2.708.700 i 1968 og udgør en fortsat stigende andel af det samlede besøgstal. For de øvrige aldersgruppers vedkommende er antallet af besøg faldende, men opvejes tildels af stigningen i antallet af besøg til ældre. Hjemmesygeplejerskernes besøgstal har således stort set holdt sig konstant.

Tabel 4

Det gennemsnitlige antal besøg pr. patient efter køn og alder, 1962 -1968

	0-14 år		15-64 år		65 år og over		Barsel-patienter	Gennem-snitlig ialt pr. patient
			M	K	M	K		
1962	5,5	12,6	13,6	22,2	24,9	9,8		16,3
1963	5,5	13,1	14,1	23,3	26,4	9,7		17,0
1964	5,3	13,8	14,5	23,6	26,7	9,7		17,5
1965	5,7	15,5	15,8	27,0	30,4	9,8		19,6
1966	5,8	16,5	16,4	28,0	30,6	9,6		20,4
1967	5,9	16,9	16,8	28,6	31,5	9,4		21,2
1968	5,9	17,8	17,1	29,5	32,0	9,4		22,1

Det ses af tabel 4, at det gennemsnitlige antal besøg pr. patient er stigende inden for alle grupper bortset fra barselpatienter. Stigningen er størst i de ældre aldersgrupper og mindst i gruppen under 15 år.

Årsagen til det faldende patienttal, men stigende antal besøg pr. patient skyldes formentlig nye medicinpræparater og øgede behandlingsmuligheder. Medens der f.eks. tidligere henvistes et stort antal patienter til behandling med penicillininjektioner i kortere perioder, kan behandlingen i dag gives med præparater f.eks. i tabletform. På den anden side er antallet af patienter med længere varende sygdoms- og behandlingsperioder i dag forholdsvis større end tidligere, idet de forbedrede behandlingsmetoder har bevirket, at behandling oftere kan foregå i hjemmet, hvor der før krævedes sygehusindlæggelse.

Til yderligere belysning af patienternes aldersfordeling er den samlede befolkningsfordeling i de pågældende aldersgrupper vist i tabel 5. Ved at sammenholde med aldersfordelingen i tabel 2 og 3 ses tydeligt, at aldersgrupperne 0-14 og 15-64 år relativt lægger beslag på en langt mindre andel af hjemmesygeplejerskernes arbejdskraft, medens omvendt aldersgruppen 65 år og derover kræver en langt større indsats, end befolkningens aldersfordeling skulle tilsige.

Tabel 5

Det samlede indbyggertal og den procentvise fordeling efter alder, 1962 - 1968

	Ialt indbyggere	Heraf i %			Ialt
		0-14 år	15-64 år	65 år og over	
1962	4.629.600	24,4	64,7	10,9	100
1963	4.665.800	24,1	64,9	11,0	100
1964	4.703.200	23,9	64,9	11,2	100
1965	4.741.000	23,8	64,9	11,3	100
1966	4.776.900	23,8	64,7	11,5	100
1967	4.817.800	23,9	64,5	11,6	100
1968	4.852.900	23,8	64,4	11,8	100

Aldersgruppen 0-14 år udgjorde således 23,8% af den samlede befolkning i 1968, medens kun 4,1% af hjemmesygeplejerskernes samlede antal patienter tilhørte denne gruppe. Samme år udgjorde aldersgruppen 15-64 år ialt 64,4% af den samlede befolkning, medens samme gruppe (15-64 år + barselpatienter) udgjorde 53,3% af hjemmesygeplejerskernes patienter. Aldersgruppen 65 år og derover repræsenterede 11,8% af den samlede befolkning i 1968, men gruppen udgjorde ikke mindre end 42,6% af hjemmesygeplejerskernes patienter. Samme tendens ses ved at sammenholde den samlede befolknings aldersfordeling med antal besøg i tabel 3.

2.4. Økonomi

Finansieringen af udgifterne til hjemmesygeplejen blev efter loven tilrettelagt således, at kommunerne kunne anmelde et maksimalt beløb pr. indbygger til refusion, 2,50 kr. eller 4,50 kr., afhængig af, om der var godkendt befordring med bil for sygeplejersken, jf. 2.2.3. Af de refusionsberettigende udgifter blev 3/10 refunderet af den

fælleskommunale udligningsfond, medens 4/10 var genstand for mellemkommunal refusion. Den enkelte kommune afholdt således selv direkte 3/10 af udgifterne. Fra finansåret 1958/59 overtog staten den fælleskommunale udligningsfonds forpligtelser, og fra 1. april 1970 blev den mellemkommunale refusion ophævet. Den gældende finansieringsordning deler således de refusionsberettigende udgifter mellem staten (7/10) og vedkommende kommune (3/10), jf. bekendtgørelse nr. 35 af 29. januar 1970 af lov om hjemmesygepleje.

De refusionsberettigende maksimumbeløb - 2,50 og 4,50 kr. pr. indbygger - blev fastsat på grundlag af beregninger i betænkningen vedrørende hjemmesygeplejen i Danmark over de gennemsnitlige udgifter til driften af hjemmesygeplejevirkksomheder, som var tilrettelagt i overensstemmelse med de af udvalget angivne retningslinier. Efter loven kan indenrigsministeren efter forhandling med folketingets finansudvalg forhøje eller nedsætte de maksimale refusionsbeløb, såfremt der måtte indtræde ændringer med hensyn til kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen. Denne adgang er ikke benyttet, uanset kommunernes udgifter er steget betydeligt siden lovens ikrafttræden 1. april 1957. De maksimale refusionsbeløb er ikke længere udtryk for de gennemsnitlige udgifter til hjemmesygeplejen. I bemærkningerne til lovforslaget om hjemmesygepleje er der skønsmæssigt regnet med, at kommunerne maksimalt vil kunne anmelde 15 mill. kr. til refusion. Dette beløb har kun undergået mindre ændringer, idet der i de senere år er anmeldt mellem 16,5 og 17 mill. kr. til refusion. Forhøjelsen skyldes navnlig en udvidelse i antallet af ordninger med bilbefordring godkendt samt stigning i folketallet.

Kommunernes faktiske udgifter til hjemmesygeplejen i perioden 1961/62 - 1969/70 fremgår af følgende oversigt*):

	mill. kr.
1961/62	30,1
1962/63	39,3
1963/64	41,0
1964/65	47,0
1965/66	56,6
1966/67	64,8
1967/68	70,2
1968/69	79,0
1969/70	88,0

Statens tilskud har i samme periode vist en stigning fra 4,4 mill. kr. til ca. 5 mill. kr. Efter refusionsændringen pr. 1. april 1970 udgør statens tilskud 12-13 mill. kr. årligt. Selv under den ændrede refusionsregel får kommunerne dog kun et tilskud på ca. 14% af de faktiske udgifter til hjemmesygeplejen, og dækningsprocenten vil falde yderligere, dersom der ikke sker regulering af de maksimale beløb, der kan anmeldes til refusion.

Udover det almindelige tilskud blev der tidligere af statskassen ydet et særligt til-

*)Kilde: Statistiske efterretninger.

skud til øer og enkelte andre isoleret beliggende kommuner med ekstraordinært høje hjemmesygeplejeudgifter.

Tilskuddet, der udgjorde 163.000 kr. i 1968/69 og 196.000 kr. i 1969/70, er blevet ophævet pr. 1. april 1970 som led i byrdefordelingsreformen, jf. § 9 i lov nr. 236 af 4. juni 1969 om ændringer i forskellige lovbestemmelser om statstilskud og refusioner til kommunerne.

Kapitel 3

Undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes virksomhed, marts 1971

Som omtalt i kapitel 2 har sundhedsstyrelsen siden 1962 på grundlag af de indsendte årsberetninger om hjemmesygeplejen kunnet offentliggøre oplysninger om antallet af patienter og besøg samt disses fordeling efter visse aldersgrupper.

Andre oplysninger om hjemmesygeplejerskernes virksomhed kan derimod ikke udledes af årsberetningerne. Sundhedsstyrelsen har derfor på udvalgets anmodning tilvejebragt et statistisk materiale om patienter tilset af hjemmesygeplejersker i marts måned 1971 for bl.a. at kunne belyse, hvilke patientkategorier der henvises til hjemmesygeplejen, samt hvilke opgaver hjemmesygeplejerskerne har i forbindelse med patientbehandling og -pleje.

I det følgende redegøres for undersøgelsen, som mere udførligt er beskrevet i bilag nr. 6.

3.1. Den anvendte fremgangsmåde

I undersøgelsen har medvirket 128 sygeplejersker svarende til ca. 10% af samtlige distriktssygeplejersker. Oplysningerne er indsamlet på to sæt spørgeskemaer, hvoraf skema I indeholder nogle summariske oplysninger om ialt 3.999 patienter og skema II individualoplysninger om ialt 3.132 patienter (bilag nr. 7a og 7b).

Sammenligninger mellem tallene i undersøgelsesskemaerne og i årsberetningerne viser så god overensstemmelse, at patientmaterialet må antages at være repræsentativt for samtlige patienter i hjemmesygeplejen.

3.2. Oplysninger om det samlede antal patienter, skema 1

Oplysningerne omfatter ialt 3.999 patienter, hvoraf godt 2/3 var kvinder og knap 1/3 mænd. Fordelt efter alder var 1% under 15 år, 44% mellem 15 og 64 år, incl. barselpatienter 3%, og 55% var 65 år og derover.

Af undersøgelsen fremgår, at det relative antal patienter i aldersgruppen 65 år og derover er væsentlig højere i København og på Frederiksberg, henholdsvis 72% og 87%, end i det øvrige land, hvor det varierer fra 39% til 61% (bilag nr. 6, tabel 4).

Dette kan tildels forklares ved, at de to kommuners indbyggere i denne aldersklasse pr. 1. januar 1971 udgjorde henholdsvis 18% og 21% af befolkningen, medens procenten i det øvrige land varierede fra 7% i Københavns amt til 15% i Storstrømsamtet.

Det fremgår endvidere, at antallet af besøg til patienter i alderen 15-64 år er relativt højere i København og på Frederiksberg end i resten af landet. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at hjemmesygeplejersker i København og på Frederiksberg ikke må rekvireres til at give injektion til patienter, der selv er i stand til at befordre sig til lægen. Dette betyder formentlig, at helbredstilstanden hos de patienter, der henvises til hjemmesygepleje, gennemgående er ringere, hvorfor disse patienter kræver flere besøg.

Antallet af patienter og besøg pr. sygeplejerske kan give et vist indtryk af den enkelte sygeplejerskes arbejdsbyrde. I undersøgelsesmåneden har hver sygeplejerske tilset gennemsnitlig 31 patienter og aflagt 345 besøg, men der forekommer store variationer (bilag nr. 6, tabel 2). Disse kan bl.a. skyldes svingninger i befolkningens sygelighed, men også at en hensigtsmæssig regulering af distriktsstørrelserne endnu ikke er gennemført overalt, jf. kapitel 2.2.3. Variationerne kan også afhænge af, i hvilket omfang praktiserende læger og sygehuse benytter sig af hjemmesygeplejen.

I undersøgelsesmåneden henvistes ialt 1.494 patienter til hjemmesygepleje. Heraf blev 11% henvist direkte fra sygehus, men henvisningsprocenten i de enkelte områder varierer fra 28% og 25% i henholdsvis København og på Frederiksberg til 3% i tre jyske amter.

67% af patienterne er henvist af læge og 4% af jordemoder. 18% er ikke henvist af læge/sygehus/jordemoder, og andelen af disse patienter varierer fra 0% til 58%. I seks amter udgør denne henvisningsgruppe mere end 20% (bilag nr. 6, tabel 6). *Dette kunne tyde på, at såvel læger som sygehuse i de pågældende amter er mindre opmærksomme på hjemmesygeplejens muligheder end i de øvrige amter samt i København og på Frederiksberg.*

3.3. Individualoplysninger om patienterne, skema II

Vedrørende de enkelte patienter, ialt 3.132, er der redegjort for årsager til henvisning, patientens tilstand og alder og behandlings- og plejeopgaver i relation hertil, samt plejens varighed. Endvidere er redegjort for, i hvilket omfang behandlings- og plejeopgaver er udført til særlige patientgrupper: oppegående, midlertidigt sengeliggende og ikke-mobile. Endelig omtales opgaver i forbindelse med dødsfald.

3.3.1. Henvisningsårsager fordelt efter sygdomsgrupper

Opgørelsen over årsager til henvisning er afgrænset til at omfatte patienter henvist i marts 1971, ialt 1.166 patienter. I bilag nr. 6, afsnit 3.1.1. er der redegjort for fremgangsmåden ved inddelingen af henvisningsårsagerne i 16 af de 17 sygdomsgrupper, der hviler på de 99 numre anvendt i sygehusstatistikken, S-listen.

Det fremgår herefter, at henvisningsårsagerne for ca. halvdelen af patienterne kan henføres til sygdomme inden for følgende sygdomsgrupper (bilag nr. 6, tabel 8):

Sygdomsgruppe	Antal patienter
VII. Sygdomme i kredsløbsorganer.	118
III. Endokrine sygdomme, ernærings sygdomme og stoffskiftesygdomme (heraf 87 med sygdoms- betegnelsen "Vitaminmangel").	110
VIII. Sygdomme i åndedrætsorganer.	103
IX. Sygdomme i fordøjelsesorganer.	88
VI. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer.	85
X. Sygdomme i urin- og kønsorganer.	83
lait	587

lait har 197 patienter måttet rubriceres under "Symptomer og mangelfuldt defineret tilstand", og 77 patienter er henvist til barselpleje efter fødsel uden komplikation. Det bemærkes, at hos 129 patienter var handicap i over- eller underekstremitet eller vedrørende syn/tale medvirkende årsag til sygeplejerskens besøg.

I en del tilfælde har sygeplejerskerne på spørgsmålet om årsag til henvisning ikke anført en sygdomsbetegnelse. Årsag hertil kan være, at læge/sygehus ikke har oplyst diagnosen til sygeplejersken, evt. fordi henvisningerne er formidlet gennem sygekasse/socialkontor og af andre f.eks. patienten selv eller familien.

Direkte kontakt mellem læge og sygeplejerske i forbindelse med patienternes henvisning finder sted i begrænset omfang. Det er således oplyst, at sygeplejerskerne i tilslutning til de 1.166 patienters henvisning i undersøgelsesmåneden har haft 606 kontakter med læge og 125 med sygehus, omfattende ialt ca. 700 patienter eller kun ca. 60 % af de henviste (bilag nr. 6, tabel 19).

Dette tyder på, at kontakten mellem læge/sygehus og hjemmesygeplejersker i forbindelse med henvisning er for ringe til at sikre en effektiv udnyttelse af hjemme-sygeplejen.

Af hensyn til patienterne er det af afgørende betydning, at henvisningen sker direkte fra læge / sygehus til sygeplejerske, idet den bør indeholde oplysning om patientens sygdom, begrundelsen for henvisning, den ordinerede behandling, herunder medikament, samt en plejevurdering.

3.3.2. Patienternes tilstand og arten af behandlings- og plejeopgaver

Om de 3.132 patienters fysiske tilstand er oplyst, at 66% var oppegående. Kun 9% af patienterne var midlertidigt sengeliggende, fortrinsvis i de yngre aldersgrupper, medens 21% karakteriseredes som ikke-mobile, heraf flest blandt de ældre (bilag nr. 6, tabel 10).

Hvad angår den psykiske tilstand, kunne 78% betegnes som klare og orienterede, 12% uklare i perioder, 6% var demente og 6 patienter bevidstløse. Af patienterne døde 49 eller 2%. For andre 2% forelå ingen oplysninger.

Arten af behandlings- og plejeopgaver udført af hjemmesygeplejerskerne er vist i nedenstående tabel, jf. iøvrigt bilag nr. 6, tabel 11.

Tabel 6

Patienter fordelt efter arten af behandling og pleje

	Behandling alene				Pleje og behandling			Uoplyst	Ialt
	Injek- tion alene	For- binds- skift alene	Anden be- handl. eller flere be- handl. er	Ialt	Pleje alene	Pleje og be- handl.	Ialt		
Ialt									
ptt.	1.443	422	411	2.276	348	496	844	12	3.132
pct.	46	14	13	73	11	16	27	0	100

Behandling alene er udført til 73% af samtlige patienter og er således den hyppigste årsag **til**, at lægen henviser til hjemmesygepleje. Injektion og forbindsskiftning alene udgør henholdsvis 46% og 14%, og det er også disse to behandlinger, der oftest forekommer sammen med andre opgaver. Anden behandling omfatter medicin pr. os, blæreskylning, indhældning, skylning af øje, øre og trachealkanyle samt skiftning af colostomipose.

De øvrige 27% af patienterne har enten fået pleje alene, 11%, eller pleje kombineret med behandling, 16%.

Der er registreret 106 patienter med kateter à demeure og 66 med colostomi, hvoraf 32 får regelmæssig hjælp af hjemmesygeplejerske. Endvidere har sygeplejerskerne givet medicin pr. os til ca. 250 patienter, fortrinsvis ældre, der tillige får anden behandling eller pleje.

Hjemmesygeplejerskerne har udført plejeopgaver til ialt 844 patienter, og til ca. 250 af disse har de fået hjælp af hjemmehjælper, husmoderafløser eller familie. Herudover er der til ca. 260 patienter ydet fuld eller delvis hjælp til dagligt toilette, fortrinsvis af familie og i begrænset omfang af hjemmehjælpere. Plejeopgaver har således været ydet til godt 1/3 af samtlige patienter i undersøgelsesmateriale. Kun for 76 patienter har der været aftale mellem hjemmesygeplejerske og husmoderafløser/hjemmehjælper om tidspunkt for besøg, heraf sammenfaldende tidspunkt hos 33 og ikke-sammenfaldende tid hos 43 patienter.

Undersøgelsen synes således at vise, at samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen samt husmoderafløsningen ikke er tilstrækkeligt udbygget. Dette kan bl.a. skyldes, at hjemmesygeplejen og husmoderafløsning/hjemmehjælp i de enkelte kommuner administreres af forskellige myndigheder, og at der ikke alle steder er hjemmehjælpere og husmoderafløsere disponible i fornødent omfang.

Plejeperiodens varighed

	Ialt ptt.	%
Under 1 måned	1.166	37
1-3 måneder	731	24
4 måneder - 3 år	948	30
4-6 år	159	5
7 år eller mere	116	4
Uoplyst	12	0
Tilsammen	3.132	100

Det ses, at 39% af patienterne i den undersøgte måned har været under tilsyn af hjemmesygeplejerske i 4 måneder eller mere.

Det må imidlertid bemærkes, at det af supplerende oplysninger om den enkelte patient synes at fremgå, at en del patienter har haft behandlingsfrie perioder inden for "indeværende henvisningsperiode".

\ undersøgelsesmåneden blev udskrevet 975 patienter.

3.3.3. Behandlings- og plejeopgaver i relation til særlige patientgrupper

For yderligere at indkredse behandlings- og plejeopgaverne har man søgt at belyse, i hvilket omfang de er udført til oppegående, midlertidigt sengeliggende og ikke-mobile patienter.

Der var ialt 2.071 *oppegående patienter* eller 66% af samtlige, men andelen i de enkelte amter varierede fra 51% til 75%. 1.831 eller 89% har fået behandling alene, medens de øvrige har fået behandling kombineret med pleje eller pleje alene. Der er således i denne patientkategori et mindre antal, der ikke ubetinget er selvhjulpne.

De oftest forekommende behandlinger - injektion og forbindsskiftning - er givet til henholdsvis 1.130 og 341 patienter, hvoraf ca. 2/3 er mellem 15 og 69 år. *Undersøgelsen viser således, at en meget stor gruppe af oppegående patienter får en behandling, der ikke nødvendigvis behøver at udføres i hjemmene.*

I København og på Frederiksberg, hvor hjemmesygepleje til disse to behandlingsformer ikke må rekvireres til selvhjulpne og mobile patienter, har bl.a. dette forhold medvirket til et betydeligt fald i antallet af patienter og besøg. Før ordningens gennemførelse i 1960 aflagde hjemmesygeplejerskerne i København i 1959/60 ialt 565.024 besøg til 20.692 patienter. En opgørelse fra 1961/62 viser, at besøgstallet var faldet til 461.274 og patienttallet til 14.542, således at der var en nedgang på 103.750 besøg og 6.150 patienter.

Af de *midlertidigt sengeliggende* patienter, ialt 285, er der relativt flest i alderen 15-44 år, denne aldersgruppe omfatter 77 barselpatienter. Flertallet af patienterne, 72%, er henvist i undersøgelsesmåneden, fortrinsvis for akutte sygdomstilfælde som f.eks. pneumoni og influenza.

Behandlingsopgaver er udført til 197 af patienterne, hvoraf 45 tillige får hjælp til dagligt toilette. Plejeopgaverne er domineret af barselpatienterne, der normalt får

besøg af hjemmesygeplejerske i 8-10 dage, men de omfatter også nogle bevidstløse patienter med diabetes eller morbus cordis.

I gruppen *ikke-mobile* patienter er 402 oppegående med besvær, 208 oppe i stol og 56 fast sengeliggende, ialt 666, hvoraf 74% er 65 år og derover. Det er den mest plejekrævende af patientgrupperne, idet 63% får pleje alene eller pleje kombineret med behandling. Ca. halvdelen af patienterne har enten husmoderafløser eller hjemmehjælper, som har medvirket ved en eller anden form for daglig pleje for nogle af patienterne.

Denne patientgruppe udgør 21% af samtlige patienter, men andelen i de enkelte amter varierer fra 12% til 40%. *Dette forhold rejser spørgsmålet, om behovet for pleje af ældre ikke-mobile patienter i eget hjem tilgodeses i nødvendigt omfang.*

Man har undersøgt, hvorledes antallet af disse patienter har været fordelt på den enkelte sygeplejerske (bilag nr. 6, tabel 18). Det fremgår heraf, at af de 128 sygeplejersker har 62 tilset højst 4 patienter, medens 49 har tilset fra 5-9 og 17 fra 10-16 patienter.

Der forekommer således store variationer i fordelingen af patienterne og dermed også i den enkelte sygeplejerskes arbejdsbyrde.

Vedrørende hjælpemidler er der til 120 af 200 patienter med incontinens af urin og/eller fæces formidlet brug af engangsbleer og lån af stiklagner m.v. Til de 666 patienter er udlånt ialt 12 senge og 15 patientløftre.

Undersøgelsen tyder på, at udlån og hjælpemidler til ikke-mobile patienter ydes i et utilstrækkeligt omfang, hvilket kan skyldes manglende kendskab til de økonomiske muligheder og til hjælpemidlerne samt visse steder upraktiske distributionsforhold.

I marts måned døde 42 af samtlige tilsete patienter og herudover tilkaldtes sygeplejerske til 7 afdøde patienter, der ikke havde været under hjemmesygepleje.

3.3.4. Omfanget af besøg efter kl. 19

Der er aflagt besøg efter kl. 19 til ialt 82 patienter svarende til 2,6% af samtlige, heraf modtog 66 indtil 4 aftenbesøg, 4 fik 5-9 besøg, medens de øvrige 12 fik 10 eller flere aftenbesøg. Til enkelte patienter blev der aflagt flere besøg på en aften.

3.3.5. Hjemmesygeplejerskernes kontakter med medicinske og sociale instanser

I afsnit 3.3.1. er omtalt, i hvilket omfang hjemmesygeplejerskerne i forbindelse med patienternes henvisning har haft kontakt med læge/sygehus. Herudover er der for samtlige patienter, 3.132, givet oplysning om kontakter i forbindelse med patientplejen i hele undersøgelsesmåneden (bilag nr. 6, tabel 19), hvor årsag til kontakt er fordelt efter hvilke instanser, der har været kontakt med. Det fremgår heraf, at sygeplejerskerne har talt med læge om 38% af patienterne, med sygehus om 6%, med socialkontor om 5% og med andre om 7%. Dette svarer til 52% af samtlige patienter, idet der kan have været flere kontakter om en patient.

3.4. Konklusion

Efter udvalgets opfattelse viser undersøgelsen, at den nuværende hjemmesygeplejeordning er behæftet med en række mangler:

- 1) Hjemmesygeplejerskerne har en meget uens arbejdsbyrde både med hensyn til antal besøg og antal stærkt plejekrævende patienter.
- 2) Kontakten mellem læge/sygehus og hjemmesygeplejersker i forbindelse med henvisningen er mange steder for dårlig, hvilket er til skade for patienterne og hæmmende for hjemmesygeplejerskernes arbejdsindsats.
- 3) Hjemmesygeplejerskerne yder mange steder behandling i hjemmet til selvhjulpne patienter, hvor denne vil kunne udføres andet sted.
- 4) Samarbejde mellem hjemmesygeplejerskerne og hjemmehjælpere/husmoderafløserne er ikke tilfredsstillende udbygget overalt.
- 5) Mulighederne for at bedre patienternes tilværelse og lette de pårørendes og hjemmesygeplejerskernes arbejde ved benyttelse af hensigtsmæssige hjælpemidler udnyttes ikke i tilstrækkeligt omfang.

Kapitel 4

Personalesituationen

For godkendelse af en hjemmesygeplejeordning kræver loven, jf. § 2, stk. 2, at der til den egentlige sygepleje kun ansættes statsautoriserede sygeplejersker. Sundhedsstyrelsen kan dog i særlige tilfælde meddele dispensation fra dette krav. I forbindelse med lovens ikrafttræden har sundhedsstyrelsen ved ordningernes godkendelse meddelt sådanne dispensationer til enkelte ansatte hjemmesygeplejersker og til afløserne i hjemmesygeplejen. Dispensationerne har i de fleste tilfælde været tidsbegrænsede, som regel for en periode af 5 år, eller indtil de pågældende kunne afgå på grund af alder. Der er fortsat beskæftiget sygeplejersker med dispensation, jf. tabel 7.

Som nævnt i kapitel 2 indeholder loven ikke bestemmelser, der tager sigte på ansættelse af ledende hjemmesygeplejersker, og sådanne stillinger er kun oprettet i beskeden omfang, jf. tabel 7.

Personalesituationen belyses i det følgende på grundlag af statistisk materiale, udvalget har tilvejebragt. Materialet er indsamlet af sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske afdeling, der har udarbejdet spørgeskemaer til tælling af personalet beskæftiget i hjemmesygeplejen pr. 10. februar 1970 (bilag nr. 8). Spørgeskemaet udsendes direkte til den enkelte hjemmesygeplejerske, der efter udfyldelsen returnerede det til sundhedsstyrelsen. Af de udsendte 2.518 skemaer blev 2.218 tilbagesendt i udfyldt stand af aktive hjemmesygeplejersker, 244 skemaer returneredes med oplysning om, at vedkommende enten var ophørt at fungere, bortflyttet til udlandet eller død, medens kun 56 skemaer (2,2%) ikke er modtaget retur.

4.1. Antallet af sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen

I tabel 7 er vist det samlede antal sygeplejersker, der ifølge tællingen var beskæftiget i hjemmesygeplejen pr. 10. februar 1970, fordelt efter stillingens art.

Undersøgelsen omfatter ialt 2.218 sygeplejersker, hvoraf 2.185 er statsautoriserede, medens 33 er meddelt dispensation fra kravet om statsautorisation, heraf 11 med tysk uddannelse beskæftiget ved menighedssygepleje blandt det tyske mindretal i Sønderjylland.

Tabel 7

Sygeplejersker i hjemmesygeplejen fordelt efter stillingens art

	Ledende hjemmesyge- plejerske	Fastansat hjemmesyge- plejerske (distrikt- sygeple- jerske)	Fastansat afløser		Ikke fast- ansat (løs) afløser	Andre	Ialt
			fuld- tid	del- tid			
Autoriserede sygeplejersker	22	1.225	239	427	240	32	2.185
Sygeplejersker med dispensation	-	12	10	8	3	-	33
Ialt	22	1.237	249	435	243	32	2.218
Pct.	1,0	55,8	11,2	19,6	11,0	1,4	100,0

Sygeplejerskernes fordeling efter stillingens art viser, at 22 har administrativt arbejde, heraf 1 i sundhedsstyrelsens sygeplejeafdeling, 14 enten som forstanderinde eller oversygeplejerske i ordninger med mere end 10 sygeplejersker., medens 7 er ansat som oversygeplejersker i ordninger med 10 sygeplejersker og derunder. Kun godt halvdelen, 55,8%, er fastansatte hjemmesygeplejersker med distrikter, 30,8% er fastansatte afløsere, hvorved forstås den sædvanlige afløser på fridage, i ferier og under sygdom, og 11% beskæftiges lejlighedsvis som afløsere.

De 32 sygeplejersker anført i rubrikken "Andre" er ansat enten som menigheds-sygeplejersker eller som tilsynsførende for husmoderafløsere og hjemmehjælpere.

Af bilag nr. 9a fremgår personalets størrelse i hovedstaden og amterne efter ind-
deling gældende før den 1. april 1970 og i bilag nr. 9b efter den nye amtsinddeling,
idet dog bemærkes, at distrikterne er forudsat uændrede.

4.2. Hjemmesygeplejerskernes aldersfordeling

I tabel 8 er vist antallet af samtlige sygeplejersker i hjemmesygeplejen fordelt efter alder.

Det ses, at der findes forholdsvis få ganske unge sygeplejersker, medens de øvrige aldersklasser fra 31 år og opefter er fordelt meget jævnt. For aldersklasserne fra 61 år og derover, som udgør ca. 13%, kan man inden for de nærmeste år forvente afgang på grund af alder, idet dog bemærkes, at hjemmesygeplejersker ofte først afgang efter det 65. år.

Endvidere fremgår det, at sygeplejersker, der har modtaget dispensation fra kravet om autorisation, fortrinsvis findes i de ældre aldersgrupper, hvorfor de vil afgå inden for en kortere årrække.

Tabel 8

Sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen fordelt efter alder

Alder	Autoriserede sygeplejersker	Sygeplejersker med dispensation	Tilsammen	
			ialt	pct.
25 år og under	16	-	16	0,7
26-30 år	84	1	85	3,8
31-35 år	233	-	233	10,5
36-40 år	329	-	329	14,9
41-45 år	325	2	327	14,7
46-50 år	320	1	321	14,5
51-55 år	316	10	326	14,7
56-60 år	293	6	299	13,5
61-65 år	194	6	200	9,0
66 år og over	75	7	82	3,7
Tilsammen	2.185	33	2.218	100,0

4.3. Hjemmesygeplejerskernes faglige kvalifikationer

4.3.1. Grunduddannelse

Sygeplejersker kan være autoriseret i henhold til lov om sygeplejersker af 26. april 1933 eller lov om sygeplejersker af 25. maj 1956.

I tabel 9 er vist antallet af hjemmesygeplejersker autoriseret i henhold til hver af de nævnte love.

Tabel 9

Hjemmesygeplejersker fordelt efter stillingens art og autorisationsår

	Autorisation i henhold til lov om sygeplejersker af:										Til- sam- men
	25. maj 1956			26. april 1933							
	1966- 70	1961- 65	ialt	1956- 60	1951- 55	1946- 50	1941- 45	1936- 40	1934- 35	ialt	
Ledende sygeple.	-	-	-	1	2	3	8	4	4	22	22
Fastansat sygeple.	6	30	36	160	238	217	242	197	135	1.189	1.225
Afløser, fastansat	23	68	91	142	135	99	100	72	27	575	666
Afløser, ikke fast.	9	30	39	60	56	35	28	13	9	201	240
Andre	-	3	3	3	4	4	8	4	6	29	32
Ialt	38	131	169	366	435	358	386	290	181	2.016	2.185
Pct.			8							92	100

Det ses, at 92% er autoriseret i henhold til loven af 1933 og 8% i henhold til 1956-loven.

For sygeplejersker autoriseret efter 1933-loven gælder, at deres uddannelse til sygeplejerske har haft et meget forskelligartet indhold - teoretisk som praktisk.

Med hensyn til det teoretiske omfang af sygeplejerskeuddannelsen før 1956 fremgår følgende af betænkning III fra 1954: "Uddannelse af sygeplejersker m.m.", afgivet af det af indenrigsministeriet under 9. februar 1946 nedsatte udvalg om sygeplejerskemanglen:

"Undervisningens omfang afviger stærkt fra sted til sted. Det samlede antal undervisningstimer er således ved de 3-årige uddannelsessteder: i København, 313-701 timer, ved centralsygehuse, 138-627 og ved blandet medicinske-kirurgiske sygehuse, 100-378. Ved adskillige uddannelsessteder er undervisningen endog meget beskeden og slet ikke på højde med de krav, der er forudsat i sundhedsstyrelsens vejledning af 1939".

Loven af 1956 indebar en omfattende ajourføring af sygeplejerskeuddannelsen både med hensyn til sygdomsbehandling, sygdomsforebyggelse og på det sociale område, ligesom uddannelsen i hovedsagen tilrettelagdes ensartet overalt i landet. Den teoretiske uddannelse skal i henhold til kgl. anordning af 30. januar 1957 omfatte mindst 1.040 undervisningstimer.

4.3.2. Supplerende uddannelse

Som betingelse for ansættelse i hjemmesygeplejen stilles alene krav om, at pågældende er autoriseret sygeplejerske. Det er dog ønskeligt, at sygeplejersken før ansættelsen i hjemmesygeplejen har erfaring i visse sygeplejespecialer af betydning for arbejdet, som f.eks. fra specialafdelinger for hud- og kønssygdomme, psykiatri og fødeafdelinger. Hvor arbejdet forestås af en ledende hjemmesygeplejerske, vil dette som regel blive krævet.

Tabel 10

Hjemmesygeplejersker fordelt efter tidligere ansættelse på specialafdeling

	Specialafdeling				Ialt
	Hud- og kønssygdomme	Psykiatri	Fødeafdeling	Ingen supplerende uddannelse	
København, ialt pct.	122 72,6	143 85,1	140 83,3	12 7,1	168
Øvrige land, ialt pct.	381 18,9	1.248 61,9	1.291 64,0	577 28,6	2.017
Hele landet, ialt pct.	503 23,0	1.391 63,7	1.431 65,5	589 27,0	2.185

I tabel 10 er vist, hvor mange af samtlige hjemmesygeplejersker, der har været ansat ved en eller flere af de nævnte specialafdelinger.

Det ses, at 28,6% af hjemmesygeplejerskerne uden for København ikke har erfaring eller supplerende uddannelse inden for de nævnte sygeplejespecialer, medens den tilsvarende procent for sygeplejerskerne i Københavns kommune er 7,1%.

Med hensyn til de enkelte specialer ses, at 61,9% af hjemmesygeplejerskerne uden for København har haft ansættelse på psykiatrisk afdeling, 64% på en fødeafdeling og 18,9% på en afdeling for hud- og kønssygdomme. Sammenligner man tallene med de tilsvarende tal fra Københavns kommune ses, at flere af de københavnske hjemmesygeplejersker har erfaring i de nævnte specialer.

4.3.3. Virksomhed som sygeplejerske forud for nuværende ansættelse

Af tabel 11 fremgår, hvilken beskæftigelse hjemmesygeplejerskerne har haft inden nuværende ansættelse.

Tabel 11

Hjemmesygeplejersker fordelt efter stillingens art og beskæftigelse som sygeplejerske forud for nuværende ansættelse

	Beskæftigelse som sygeplejerske ved:					Ingen beskæftigelse	Ialt
	Sygehus			Andet ¹⁾	Uoplyst		
	alene	+ udland	+ andet ¹⁾				
Ledende sygepl.e.	1	7	13	1	-	-	22
Fastansat sygepl.e.	384	220	428	108	1	84	1.225
Afløser, fastansat	274	87	217	46	4	38	666
Afløser, ikke fast.	109	30	81	7	1	12	240
Andre	12	3	12	4	-	1	32
Ialt	780	347	751	166	6	135	2.185
pct.	35,7	15,9	34,4	7,5	0,3	6,2	100

¹⁾ Omfatter hjemmesygepleje, plejehjem, lægekonsultation, børnehjem m.m.

Som det ses, har beskæftigelse som sygeplejerske før den nuværende ansættelse i hjemmesygeplejen fortrinsvis fundet sted ved sygehus, hvilket tyder på, at sygeplejersker først efter en vis tid efter uddannelsens afslutning søger ansættelse uden for sygehusområdet.

Et mindre antal - 135 eller 6,2% - har angivet ikke at have virket som sygeplejerske før den nuværende ansættelse, d.v.s., at de enten umiddelbart efter endt uddannelse eller efter midlertidig at have forladt sygeplejen har søgt ansættelse i hjemmesygeplejen.

I hvilket omfang, hjemmesygeplejersker har været uden beskæftigelse som sygeplejerske fra autorisationsåret indtil ansættelse i den nuværende stilling, er meddelt i tabel 12.

Tabel 12

Hjemmesygeplejersker fordelt efter stillingens art og antal år uden beskæftigelse som sygeplejerske

	Antal år uden beskæftigelse som sygeplejerske:						Ialt
	0 år	< 2 år	2-4 år	5-9 år	10 år og over	Uoplyst	
Ledende sygepl.e.	19	3	-	-	-	-	22
Fastansat sygepl.e.	758	158	156	88	61	4	1.225
Afløser, fastansat	213	57	136	114	135	11	666
Afløser, ikke fast.	69	20	52	40	48	11	240
Andre	22	2	3	1	3	1	32
Ialt	1.081	240	347	243	247	27	2.185
pct.	49,5	11,0	15,9	11,1	11,3	1,2	100

Af tabellen fremgår, at halvdelen har virket ved sygeplejen efter autorisationen uden afbrydelser, medens 11% har haft afbrydelse i mindre end 2 år. For de øvrige hjemmesygeplejerskers vedkommende har 16% ikke været beskæftiget som sygeplejerske i 2-4 år og 22% ikke i 5 år og derover.

4.3.4. Videregående uddannelse og efteruddannelse

Ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole har 28 hjemmesygeplejersker gennemført videregående uddannelse, 15 ved sundhedsplejerskelinien og 13 ved linien for ledende/undervisende sygeplejersker, heraf er 6 ansat i ledende stillinger.

På opfordring fra Dansk Sygeplejeråd og for at imødekomme hjemmesygeplejerskernes ønske om en specialuddannelse opnåedes i 1954 finanslovbevilling til etablering af et 3 måneders suppleringskursus for erfarne hjemmesygeplejersker ved kursus ved Aarhus Universitet for sundhedsplejersker og for ledende og undervisende sygeplejersker, nu Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Dette kursus tilsigtede at ajourføre hjemmesygeplejerskernes kundskaber og opøve dem i nye behandlingsmetoder samt forberede dem til at kunne orientere sygeplejeelever i hjemmesygepleje og varetage den praktiske uddannelse af vordende hjemmesygeplejersker.

I dette kursus, der afholdtes en gang årligt i perioden 1954/55 til 1958/59, deltog ialt 75 sygeplejersker, hvoraf 46 fortsat er aktive i hjemmesygeplejen, heraf 4 i ledende stillinger. Kurserne måtte imidlertid ophøre som følge af manglende tilslutning, bl.a. fordi mange sygeplejersker ikke kunne få bevilget orlov til deltagelse i kursus og/eller fordi det var vanskeligt at opnå tjenestefrihed med løn, således at hjemmesygeplejerskerne selv i det væsentlige måtte bære den økonomiske byrde.

Spørgsmålet om en specialuddannelse for vordende hjemmesygeplejersker har af

Dansk Sygeplejeråd været rejst over for sundhedsstyrelsen flere gange, sidst i 1964. I denne forbindelse har man henvist til det i Betænkning om undervisning ved Institut for Syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet, side 68, fremsatte forslag om, at første del af undervisningen (et semester) - helt eller delvis - antagelig ville kunne tjene som specialuddannelse, f.eks. for vordende hjemmesygeplejersker, idet man samtidig gjorde opmærksom på de anførte optagelsesbetingelser.

Imidlertid er tilrettelæggelsen af uddannelsen ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole ændret således, at muligheden for at tilbyde hjemmesygeplejersker eller andre en uddannelse i løbet af et semester ikke længere er til stede.

4.3.5. *Faglige kurser*

Dansk Sygeplejeråd har igennem mange år tilrettelagt faglige kurser af 1 uges varighed for hjemmesygeplejersker. Fra 1961 bedredes hjemmesygeplejerskernes muligheder for at kunne deltage i kurserne, idet der i overenskomsten mellem Dansk Sygeplejeråd og Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksohmeder i Danmark indgik følgende bestemmelse: "Efter ansøgning kan der ydes tjenestefrihed med løn til deltagelse i faglige kurser i indtil 1 uge hvert 2. år". Bestemmelsen omfattede alene de fastansatte hjemmesygeplejersker.

Med virkning fra 1. april 1967 udvidedes overenskomstens bestemmelse således, at fastansatte hjemmesygeplejersker efter ansøgning inden for hver 2-årig ansættelsesperiode kan ydes tjenestefrihed med løn i indtil 2 uger til en af overenskomstens parter anerkendt faglig dygtiggørelse i form af planlagte studieophold inden for syge- og sundhedspleje og af kursus. Kursusafgift og rejseudgifter afholdes af virksomheden. I lighed med hjemmesygeplejerskerne fik de timelønnede afløsere samme mulighed for at få tjenestefrihed, således at eventuel tabt arbejdsfortjeneste erstattes af virksomheden, der ligeledes afholder kursusafgift og rejseudgift.

Udover kurser af 1 uges varighed har Dansk Sygeplejeråd siden 1968 tillige tilrettelagt 14 dages kurser for hjemmesygeplejerskerne. I disse kurser har deltaget ialt 120 sygeplejersker.

Med bevilling fra Københavns kommune har rådet i 1971 tilrettelagt et 2 ugers kursus med det formål at give hjemmesygeplejersker i Københavns kommune mulighed for at udvide deres grundlæggende viden om patientens behov og udbygge deres kundskaber vedrørende principper for arbejdsledelse og undervisning med henblik på uddannelse af sygehjælpere i hjemmesygeplejen. I dette kursus deltog 17 hjemmesygeplejersker, heraf 12 fra Københavns kommune, 2 fra Odense og 1 fra hver af ordningerne i Gladsaxe, Århus og Esbjerg kommuner.

Endelig har Dansk Sygeplejeråd tilrettelagt 2 kurser af hver 1 uges varighed for ledende og undervisende hjemmesygeplejersker, heraf 1 kursus i 1966 med 24 deltagere og 1 i 1971 med 32 deltagere.

Med ansættelse af amtssundhedsplejersker, jf. lov om sundhedsplejerskeordninger af 31. maj 1963, § 5, stk. 2, sidste punktum, er der flere steder i landet taget initiativ til etablering af forskellige former for ajourføringskurser for hjemmesygeplejersker. Eksempelvis skal nævnes Ringkøbing amt, hvor amtsrådet har bevilget under-

visningsudgifter til afholdelse af foreløbig 2 kurser af 14 dages varighed begyndende i efteråret 1971. Med 2 årlige kurser over 3 år vil samtlige hjemmesygeplejersker i amtet have mulighed for at gennemgå denne efteruddannelse.

Kapitel 5

Samarbejdsformer og udviklingstendenser i hjemmesygeplejen

En effektiv hjemmesygepleje forudsætter et samarbejde mellem hjemmesygeplejerskerne og andre faggrupper. Således understreger indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958, afsnit II, at hjemmesygeplejen - for så vidt den er forsvarligt organiseret - i vidt omfang vil kunne aflaste sygehusvæsenet og de praktiserende læger. Endvidere peger cirkulæret på det ønskelige i, at der etableres et koordineret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen, evt. ved etablering af en fælles administration for de to institutioner.

5.1. Samarbejdsformer med læge/sygehus

5.1.1. *Henvisning af patienter*

Af loven og mønsterinstruksen for hjemmesygeplejersker fremgår, at hjemmesygeplejersken kun må tage patienter i pleje efter lægehenvi-
sing, og at hun ikke må ændre den af lægen ordinerede behandling, samt at hun skal underrette lægen, såfremt patientens tilstand tilsiger det.

Dette forudsætter, at der af læge henholdsvis sygehus gives oplysning til sygeplejersken om årsag til patientens henvi-
sing, herunder diagnose og ordineret behandling samt orientering om patientens tilstand. Endvidere forudsættes regelmæssig kontakt mellem læge og sygeplejerske under plejeforløbet.

Direkte kontakt mellem hjemmesygeplejerske og læge/sygehus finder imidlertid kun sted i begrænset omfang, jf. kapitel 3.2.4.

Årsag til det begrænsede antal kontakter i forbindelse med henvi-
sing af patienter kan skyldes mindre egnede henvisningsformer, samt at specielt sygehusene ofte mangler viden om, hvilken hjemmesygeplejerske der skal pleje en bestemt patient.

Henvi-
sing fra læge/sygehus formidles på følgende måder:

1. Direkte til hjemmesygeplejersken i lægens henholdsvis sygeplejerskens telefon-
træffetid, eller via sygeplejerske på hjemmesygeplejens kontor
2. Skriftlig besked formidlet af patienten
3. Mundtlig besked via ikke-sygeplejerskeuddannet personale på socialkontor/syge-
kasse eller andet offentligt kontor
4. Henvendelse fra patienten selv eller dennes familie

Den førstnævnte fremgangsmåde giver sygeplejersken mulighed for at modtage relevante oplysninger før første besøg aflægges, medens de tre sidstnævnte nødvendigvis gør en efterfølgende kontakt mellem lægen og sygeplejersken. Skriftlig besked har sin betydning, hvor utvetydig besked er nødvendig, f.eks. i forbindelse med medicinordination, men som oftest indeholder den ikke oplysning om patientens sygdom og tilstand. Denne henvisningsform har endvidere den ulempe, at sygeplejersken først får orientering om patienten, når hun er i hjemmet, hvorefter følger, at behandlingen evt. forsinkes.

I flere amter er der med bistand af embedslæge, amtssundhedsplejerske og evt. ledende hjemmesygeplejerske truffet forskellige forholdsregler med henblik på at bedre kommunikationen mellem hjemmesygeplejerskerne og læge/sygehus. Gennem mødevirksomhed har man søgt at skabe forståelse for betydningen af direkte kontakt, og samtidig har man eksempelvis indført fælles telefontræffetid for samtlige sygeplejersker i amtet og udarbejdet fortegnelser over hjemmesygeplejerskernes distrikter m.m. for derved at gøre det lettere at opnå den ønskede kontakt.

Et rundspørge i det tidligere Sorø amt, hvor de nævnte forholdsregler er gennemført, viser, at antallet af henvisninger formidlet gennem patienter og administrative organer er faldende og at de oplysninger, sygeplejerskerne modtager - skriftligt eller mundtligt - er fyldigere, men der er dog fortsat enkelte læger, der undlader at anføre diagnose.

Det fremgår dog af landsundersøgelsen, jf. kapitel 3.2., at henvisning formidlet af andre end læge/sygehus/jordemoder fortsat finder sted i udstrakt grad varierende i de enkelte amter fra 0% til 58%.

5.1 .2. Almen lægepraksis

I betænkning nr. 573/1970 om sundhedsplejerskeinstitutionen er der givet en beskrivelse af de fordele, der - for såvel patienter som læger, hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker - opnås gennem en integrering af de pågældende medicinalpersoners arbejde i fælles geografiske områder, evt. tillige ved direkte tilknytning af sygeplejerskepersonalet til almen lægepraksis.

Tendensen blandt praktiserende læger til at etablere gruppepraksis og oprette lægehuse har enkelte steder medført en øget interesse for at gennemprøve sådanne samarbejdsformer med henblik på en effektivisering af arbejdet.

Udvalget har fra 4 lægepraksis i Jylland modtaget redegørelser for foreløbige erfaringer og overvejelser vedrørende et udvidet samarbejde, hvorefter følgende skal anføres:

I en lægepraksis med to læger i *Støvring kommune* har et samarbejde været gennemført i ca. 1 1/2 år under medvirken af hjemmesygeplejerske, sundhedsplejerske, jordemoder, familievejleder og efter behov revalideringskonsulent samt nær kontakt med kommunens socialkontor, der ligger i en bygning over for lægehuset.

Støvring kommune har et befolkningstal på 8.800. Lægetjenesten varetages af de *to læger i lægehuset*, to læger i enkeltmandspraksis samt læger fra to nabokommuner. Til lægehuset er tilmeldt ca. 3.000 patienter, som har bopæl inden for en radius af 10 km.

Sundhedsplejersken varetager samtlige sundhedsplejerskeopgaver i de to lægers patientkredse og tilser herudover patienter/klienter tilmeldt andre læger. Med hensyn til hjemmesygepleje er de geografisk afgrænsede distrikter bibeholdt, således at opgaverne er fordelt på flere hjemmesygeplejersker, hvoraf en er inddraget i det specielle samarbejde.

Samarbejdet er organiseret på den måde, at *hjemmesygeplejersken* daglig i ca. 1 time modtager patienter, herunder også patienter fra andre læger, til behandling i lægehusets skadestue i den tid, hvor lægerne har telefontræffetid. *Sundhedsplejersken* medvirker 4 gange ugentlig ved børnehelbredsundersøgelserne hos lægerne, og mødrene har tillige lejlighed til at konsultere sundhedsplejersken alene. *Jordemoderen* udnytter konsultationsfaciliteterne en gang ugentlig på et tidspunkt, hvor den normale arbejdsdag er ved at slutte, men til trods herfor har hun nærmere kontakt med lægerne, end hvis hun havde selvstændig konsultation. *Familievejlederen* træffes i lægehuset en gang ugentlig eller efter behov, f.eks. aftales kontakt med vejlederen i de tilfælde, hvor klienten ikke har været motiveret for at søge bistand gennem direkte henvendelse til socialkontoret.

Alle samarbejdende parter benytter sig i den udstrækning, det er nødvendigt, af lægehusets 3 heltidsbeskæftigede *sekretærer*.

Nyordningen har givet de bedste erfaringer med samarbejdet, bl.a. er fremhævet betydningen af, at alle har deres gang i samme bygning. Da ordningen tidsmæssigt er tilpasset de forskellige aktiviteter, er der for alle parter en arbejdsmæssig besparelse, hvortil kommer, at den løbende kontakt giver de bedste muligheder for samarbejde og gensidig orientering. Man fremhæver, at den opnåede arbejdsform kan accepteres af alle kategorier, og at patienter og klienter har givet udtryk for megen tilfredshed.

Det bemærkes, at samarbejdet har kunnet etableres uden nogen form for direkte meromkostninger, idet det ikke har medført lokaleforandringer.

Af afgørende betydning er først og fremmest de samarbejdende personers indstilling, og at de bygningsmæssige forhold er hensigtsmæssige.

I de øvrige lægepraksis, som er beliggende i *Tim* og *Bøvlingbjerg*, der indgår i Ringkøbing og Lemvig kommuner, samt *Bredstrup* kommune, praktiseres andre samarbejdsformer.

Lægerne gør opmærksom på, at antallet af såvel læger som sygeplejersker under de nuværende forhold er så stort, at samarbejdet vanskeliggøres. En af lægerne understreger specielt dette forhold, idet han henviser til, at han gennem en årrække har kunnet etablere et meget snævert samarbejde med hjemmesygeplejerskerne, idet han stort set kun skulle have kontakt med to sygeplejersker. En omlægning af hjemmesygeplejedistrikterne i forbindelse med kommunesammenlægningen har imidlertid begrænset de hidtidige samarbejdsmuligheder.

Uanset disse forhold har samtlige læger daglig eller ofte kontakt med hjemmesygeplejerskerne, enten telefonisk eller personligt i konsultationen, og en læge udtaler, at hjemmesygeplejersken har fuld adgang til alle journaler vedrørende de patienter, hun har under behandling.

For yderligere at forbedre samarbejdet deltager flere praktiserende læger i det samarbejdende personales efteruddannelse. Ca. hver 14. dag indbydes samtlige hjemmesygeplejersker samt sundhedsplejerske og jordemoder til møde, hvor emner af faglig interesse gennemgås og eventuelle problemer drøftes. Under disse møder orienteres hjemmesygeplejerskerne om, hvorledes lægerne ønsker observation, kontrol og behandling af patienter gennemført, således at såvel læger som sygeplejersker har samme opfattelse med hensyn til behandlingsprincipperne.

Med henblik på fremtiden udtaler lægerne i de pågældende praksis, at lægens og hjemmesygeplejerskens patientkredse bør være sammenfaldende. Endvidere foreslår de, at hjemmesygeplejersken får lokale fællesskab med lægen, således at hun efter behov kan modtage patienter til behandling i lægehuset. Gennem disse ændringer vil der kunne opnås meget væsentlige forbedringer i den primære lægetjeneste bl.a. i behandlingskontrollen, som i dag forsømmes på grund af svigtende kontakt mellem læge og hjemmesygeplejerske.

5.1.3. Sygehuse

Af samtlige patienter henvist i marts måned 1971 er gennemsnitlig 11% henvist direkte til hjemmesygeplejen efter sygehusindlæggelse, varierende fra 3% til 28% i de enkelte amter, jf. kapitel 3.2. Af oplysningerne fremgår, at yderligere 9% har været indlagt forud for henvisningen, men denne er for disse patienters vedkommende ikke formidlet af sygehus. Endelig er det oplyst, at ialt 11% af de tilsete patienter i samme måned blev indlagt i sygehus.

Somatiske afdelinger

I flere amter (Frederiksborg, Roskilde, Vestsjællands, Århus, Vejle, Ribe og Nordjyllands amt) er der forsøgsvis etableret et skriftligt rapportsystem fra sygehus til hjemmesygeplejerskerne vedrørende patienter, der henvises til fortsat pleje i eget hjem.

I rapporten anføres oplysning om behandling, evt. diagnose og andre medicinske oplysninger, samt forskrifter givet patienten angående sengeleje, optræning, medicin, diæt o.l., således at kontinuitet i patientens pleje og behandling sikres.

Af det tidligere omtalte rundspørge i Sorø amt fremgår, at rapporten anvendes i stort omfang, og at kommunikationen mellem sygehus og hjemmesygeplejerskerne er bedret væsentligt efter indførelsen af dette system.

På tilsvarende måde opfordres hjemmesygeplejerskerne visse steder til at give sygehuset orientering om patienter ved indlæggelse, men endnu finder dette kun sted i begrænset omfang.

Med enkelte sygehuse er der - i de tilfælde, hvor patienten må fortsætte med en mere speciel behandling i hjemmet - truffet den ordning, at afdelingssygeplejersken, nogle dage før patienten udskrives, kontakter hjemmesygeplejersken, som derefter i den pågældende afdeling overværer patientens behandling og gennemgår dennes journal.

I en del amter tilbydes hjemmesygeplejerskerne observationsdage på sygehusene, hvilket bl.a. åbner mulighed for større forståelse af samarbejdets betydning.

Psykiatriske afdelinger

Udviklingen inden for behandling af patienter med psykiske lidelser har helt ændret de kronisk sindslidendes muligheder for at klare sig i deres sædvanlige miljø og ofte også på en arbejdsplads. Det gælder især patienter med schizofreni og patienter, som lider af abnorme stemningssvingninger - de manio-depressive. Forudsætningen for, at patienten kan klare sig uden for institutionsmiljøet, er dog, at pågældende over en meget lang periode, måske resten af livet, fortsætter med den medikamentel-

le behandling efter udskrivning fra hospitalet, og at gennemførelse af behandlingen sikres igennem tilsyn af patienten i dennes hjem.

I 1963 etableredes efter forhandling mellem Statshospitalet i Glostrup, embedslæger, praktiserende læger og hjemmesygeplejersker et samarbejde mellem statshospitalet og hjemmesygeplejerskerne, således at patienter med psykiske lidelser på lige fod med somatisk syge kan tilses regelmæssigt i eget hjem.

Som koordinator mellem hospitalet, patienterne og hjemmesygeplejerskerne har hospitalet ansat 2 specialuddannede sygeplejersker. Hospitalets læger ordinerer tilsyn af hjemmesygeplejerske, hvorefter det praktiske arrangement i forbindelse med patientens udskrivning og fortsatte tilsyn i hjemmet varetages af den koordinerende sygeplejerske, til hvem hjemmesygeplejersken kan henvende sig om fornøden faglig støtte.

I oktober 1971 tilså 39 hjemmesygeplejersker i hospitalets modtageområde ialt 42 patienter, der uden dette tilsyn ville have været hospitaliseret.

Et lignende samarbejde har siden 1963 været etableret mellem Sankt Hans Hospital og Københavns kommunale hjemmesygepleje, der på samme tidspunkt tilså 85 udskrevne patienter.

Geriatrisk afdeling

Fra april 1969 er der i Odense som led i kommunens omsorgs- og plejehjemsforanstaltninger for de ældre indledt et samarbejde mellem kommunens geriatriske afdeling, socialforvaltningen og hjemmesygeplejen. Til alle patienter, der udskrives fra den geriatriske afdeling, aflægges besøg af hjemmesygeplejersker med det formål at hjælpe patienterne gennem omstillingen fra institutionsmiljøet til de hjemlige forhold, for - om muligt - at forebygge tilbagefald hos patienterne og derved fornyet indlæggelse i afdelingen eller anbringelse på plejehjem. Hjemmesygeplejersken besøger patienten daglig den første uge efter udskrivningen og aftrapper derefter besøgene efter patientens behov.

Ved patientens udskrivning får hjemmesygeplejersken tilsendt kopi af udskrivningsbrev. En gang månedlig afholdes konference på afdelingen med repræsentanter for de praktiserende læger samt hjemmesygeplejerskerne.

5.2. Sygehjælpere

De senere års udvikling på det medicinske område tillige med den herskende sygeplejerskemangel har nødvendiggjort inddragelse af nye personalegrupper i sygeplejen med henblik på en mere hensigtsmæssig fordeling af arbejdsopgaverne, således at arbejdet fordeles på personalegrupperne efter disses kvalifikationer. En sådan opgavefordeling har længe været gennemført inden for sygehusområdet, bl.a. ved ansættelse af sygehjælpere.

Sygehjælpere er personer, der har gennemgået sygehjælperuddannelsen i henhold til sundhedsstyrelsens cirkulære af 4. marts 1960 "Retningslinier for uddannelse m.v. af sygehjælpere". Uddannelsen finder sted ved sygehuse og lignende institutio-

ner og har til formål at udruste sygehjælperne med de fornødne tekniske færdigheder og forudsætninger iøvrigt, således at de bliver i stand til -under sygeplejerskens ledelse og tilsyn - at bistå ved plejen af patienter og andet arbejde på afdelingen.

Beskæftigelse af sygehjælpere også i hjemmesygeplejen er så småt begyndt at gøre sig gældende, f.eks. i Københavns kommune, hvor anvendelsen af sygehjælpere er et led i. en forsøgsordning, der påbegyndtes den 1. maj 1965 efter aftale mellem magistraten og sundhedsstyrelsen under hensyn til den herskende sygeplejerskemangel. Sygehjælperne skal have gennemgået den oven for nævnte sygehjælperuddannelse og modtager herudover ca. 1 uges instruktion af en hjemmesygeplejerske, jf. "Betænkning vedrørende hjemmesygeplejen, husmoderafløsningen, hjemmehjælpen m.v. i Københavns kommune", afgivet i 1968 af det af magistratens 2. og 3. afdeling nedsatte udvalg.

Sygehjælperne arbejder under en hjemmesygeplejerskes ledelse og bistår fortrinsvis ved plejen af gamle og patienter med kroniske sygdomme. Ved udgangen af 1970 var der beskæftiget 20 sygehjælpere i Københavns kommune, 6 på Frederiksberg og 6 i Odense.

5.3. Samarbejdsformer med sociale faggrupper

5.3.1. *Husmoderafløsning og hjemmehjælp*

Som tidligere omtalt, er der i indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958 peget på det ønskelige i, at der etableres et koordineret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen. Siden da er hjemmehjælpsordningen indføjet i loven om husmoderafløsning, jf. lov nr. 230 af 6. juni 1968 om husmoderafløsning og hjemmehjælp.

Der er for begge områder lovmæssig hjemmel for, at kommunen kan overlade administrationen til en privat eller offentlig institution. Grundlaget for en fælles administration af hjemmesygeplejen og husmoderafløsning/hjemmehjælp er således til stede, men kun få kommuner har hidtil etableret en sådan ordning.

I Perspektivplanlægningen 1970-1985, 2. del, side 91, peges på, at der skulle "være mulighed for at såvel sygehusvæsenet som den praktiserende læge kan blive aflastet gennem et udvidet samarbejde mellem sundhedstjenesten og socialtjenesten, bl.a. ved en udvidet hjemmesygepleje. Ved hjemmesygepleje forstås lægeordineret pleje af syge i hjemmet. Sygdommen må ikke være mere alvorlig end, at plejen kan klares ved et til to daglige besøg af sygeplejersker og resten af døgnet med bistand af pårørende. Det er endvidere en forudsætning, at boligen er stor nok til forsvarlig pleje. En af vanskelighederne for en udvidet hjemmesygepleje er at få tilstrækkelig hus-hjælp og bistand til at holde lejligheden i orden og bistå patienten med hans fornødenheder til enhver tid.

Ved en udvidet indsats gennem husmoderafløsning og hjemmehjælp skulle det være muligt at udvide antallet af patienter under hjemmesygeplejeordningen".

I det følgende gives eksempler på, hvorledes samarbejdet mellem hjemmesygepleje og husmoderafløsning/hjemmehjælp er organiseret i tre kommuner.

Frederiksberg kommune

Siden 1949 har Frederiksberg Menighedssygepleje administreret både hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen samt hjemmehjælpen under fælles ledelse af en forstanderinde. Som tilsynsførende for husmoderafløsere og hjemmehjælpere er ansat sygeplejersker, der besøger hjemmene og i samarbejde med lægerne sørger for hjælp af sygeplejerske og/eller husmoderafløser/hjemmehjælper, og for, at der efter behov ændres på hjælpens art og varighed.

Københavns kommune

Hjemmesygeplejen i Københavns kommune sorterer under magistratens 2. afdeling, medens husmoderafløsning/hjemmehjælp hører under 3. afdeling og administreres af Sammenslutningen af Sygekasser i København og Frederiksberg.

I den tidligere omtalte betænkning vedrørende hjemmesygeplejen, husmoderafløsningen, hjemmehjælpen m.v. i Københavns kommune anføres, at der savnes en planlagt koordinering af de forskellige opgaver, og at kontakten mellem de involverede grupper ofte er utilstrækkelig. Endvidere, at der ikke altid er mulighed for at løse grænsetilfælde, hvor der f.eks. kan være tvivl om, hvorvidt det bør være en hjemmesygeplejerske, en sygehjælper eller en hjemmehjælper/husmoderafløser, der skal hjælpe i det enkelte tilfælde. Endelig anføres, at det for de praktiserende læger og for patienterne er uhensigtsmæssigt, at henvendelse om hjælpeforanstaltninger skal ske flere steder.

Som en konsekvens heraf er der med virkning fra 1. april 1970 under ledelse af magistratens 2. og 3. afdeling og i samarbejde med sygekassesammenslutningen etableret en forsøgsordning dækkende sygekassen "Brønshøj"s geografiske område. Formålet med forsøget er, dels at forbedre kvaliteten af den samlede pleje i hjemmene af syge og ældre, dels at indhente erfaringer vedrørende den administrative og praktiske gennemførelse af et koordineret system.

Den daglige ledelse af forsøgsordningen, der benævnes "Hjemmeplejen", varetages af en ledende sygeplejerske, og det udøvende personale omfatter hjemmesygeplejersker, hjemmesygehjælpere, husmoderafløsere og hjemmehjælpere samt tilsynsførende uden sygeplejerskeuddannelse. Alle henvendelser om rekvirering af hjemmepleje rettes til den ledende sygeplejerske, der i samråd med hjemmesygeplejerskerne og/eller de tilsynsførende vurderer omfanget og arten af den hjælp, den enkelte patient har behov for. Der afholdes dagligt konferencer mellem den ledende sygeplejerske og de tilsynsførende, og endvidere deltager hjemmesygeplejerskerne med regelmæssige mellemrum.

De implicerede personalegrupper har udtalt, at de gennem konferencerne har fået større indsigt i patienternes helhedssituation, og at det nære samarbejde har gjort det lettere at tilpasse hjælpen efter patientens aktuelle behov.

Kontakten med læger, hospitaler, plejetilsyn, socialkontorer m.fl. har fungeret godt, især er der udtrykt tilfredshed med, at alle henvendelser om hjælp skal rettes til samme kontor.

I januar 1971 udvidedes forsøget til også at omfatte sygekassen "Strand" og i november samme år til sygekassen "Nørreport"s geografiske områder.

En endelig rapport over forsøgets resultater er, efter forsøgsperiodens afslutning i januar 1972, under udarbejdelse, og det må forventes, at de indhøstede erfaringer vil være retningsgivende for etablering af tilsvarende samarbejdsformer i de øvrige områder inden for Københavns kommune.

Hjørring kommune

Den pr. 1. april 1970 ændrede kommunale inddeling, der indebærer større og mere bæredygtige administrative enheder, har flere steder åbnet mulighed for ansættelse af ledende hjemmesygeplejerske samtidig med, at man har benyttet lejligheden til at etablere det ønskede samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsning/hjemmehjælp.

I Hjørring kommune med ca. 32.000 indbyggere er således hjemmesygeplejen sammen med de nævnte sociale hjælpeforanstaltninger samlet under samme administration fra den 1. april 1970. Ved ordningen, der forestås af en ledende hjemmesygeplejerske, er beskæftiget 11 sygeplejersker, ca. 30 husmoderafløsere og ca. 120 hjemmehjælpere. Der er endvidere ansat 2 sygeplejersker som tilsynsførende med husmoderafløsningen/hjemmehjælpen .

Alle henvendelser - incl. lægehenvisninger - om pleje og hjælp sker til hjemmeplejens kontor, hvorfra en sygeplejerske formidler den fornødne hjælp. De tilsynsførende sygeplejersker aflægger jævnligt besøg i hjemmene og foranlediger hjælpen reguleret efter behov. Endvidere undersøger og bedømmer de alle andragender om installation og/eller tilskud til telefon. Hjemmeplejeordningen har et nært samarbejde med ergoterapeuter, familievejledere, omsorgskonsulenter, socialrådgiver, alderdomshjem og plejecenter m.v.

Lægerne har udtrykt megen tilfredshed med, at alle henvendelser nu rettes til samme sted.

5.3.2. Andre faggrupper

Lovgivningen på det sociale område omfatter en række serviceforanstaltninger for familier med børn og unge, samt invalide- og folkepensionister, specielt kan nævnes loven om børne- og ungdomsforsorg, herunder reglerne om familievejledning, samt omsorgsloven.

Et stort antal patienter i hjemmesygeplejen henhører under de grupper i befolkningen, der er omfattet af de to love, især af omsorgsloven som følge af det stigende antal ældre. En hensigtsmæssig udnyttelse af de hjælpemuligheder lovene indebærer, forudsætter et systematiseret samarbejde mellem hjemmesygeplejen og omsorgspersonalet, men som følge af, at de pågældende faggrupper henhører under forskellige administrative instanser, har samarbejdet de fleste steder hidtil været begrænset til afholdelse af møder.

På initiativ af socialforvaltningen indbydes hjemmesygeplejerskerne i en del kommuner til at deltage i regelmæssige konferencer, hvor individuelle og generelle spørgsmål af social-medicinsk art tages op til behandling.

5.4. Hjemmesygepleje kombineret med spædbørns- og skolesundhedspleje

I den i 1953 afgivne "Betænkning vedrørende hjemmesygeplejen i Danmark" rejstes spørgsmålet, om hjemmesygeplejen med det omfang, den havde fået her i landet, fortsat kunne siges at opfylde sit formål, eller om der var anledning til at søge gennemført en udbygning, således at hjemmesygeplejerskernes virke også kom til at omfatte sundhedsplejerskeopgaver. Udvalget drøftede muligheden af at kombinere hjemmesygeplejen med spædbørns- og skolesundhedsplejen ud fra den betragtning, at en kombination af disse tre beslægtede områder måtte formodes at kunne indebære betydelige arbejdsmæssige og økonomiske fordele, og anbefalede, at der gennem praktiske forsøg tilvejebragtes et materiale til belysning af hele dette spørgsmål.

I årene 1953-58 blev der i samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og nogle kommuner i Skanderborg amt iværksat en forsøgsordning for at undersøge mulighederne for en kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje, således at disse arbejdsgræne alle varetoges af en og samme person.

Erfaringerne viste, at en kombination af de 3 arbejdsområder med visse fordele lod sig gennemføre under de givne betingelser, jf. betænkningen "Forsøg med kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje i Skanderborg amt i årene 1953-58", udsendt af sundhedsstyrelsen i 1960.

Forsøgets resultater gav anledning til, at der ved § 3 i lov om sundhedsplejerskeordninger af 1963 er givet hjemmel til at etablere ordninger, hvor hjemmesygeplejen ønskedes kombineret med spædbørns- og skolesundhedspleje, dog under forbehold af, at det med hensyn til distrikternes størrelse forudsattes, at hjemmesygepleje og sundhedsplejerskearbejde udførtes efter de på daværende tidspunkt gældende retningslinier. Endvidere er der i § 4, stk. 2, givet hjemmesygeplejersker mulighed for at gennemgå en specielt tilrettelagt sundhedsplejerskeuddannelse, og i § 4, stk. 3, adgang til, at statskassen afholder udgifterne til vikarer, medens hjemmesygeplejersken er på kursus.

Udviklingen inden for sundhedsplejerskearbejdet med inddragelse af børn over 1 år og koncentrationen om familier med børn, der er truede af helbredsmæssige problemer, har imidlertid skabt en ændret situation, hvad angår kombination af de to arbejdsområder. Foranlediget heraf er kravene til såvel arbejdets indhold og udførelse som til uddannelsen øget, og man finder derfor, at også hjemmesygeplejersker, der skal virke i 3-kombinerede ordninger, bør gennemgå den fulde sundhedsplejerskeuddannelse.

Ifølge sundhedsplejersketællingen den 22. april 1969 virkede 6 sygeplejersker både som hjemmesyge- og sundhedsplejerske. Herudover har 5 hjemmesygeplejersker i det tidligere Skanderborg amt i 1969/70 gennemgået den fulde sundhedsplejerskeuddannelse ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole med henblik på at skulle virke i 3-kombinerede ordninger. Efter kommunalreformens gennemførelse med sammenlægning af kommunerne er disse ordninger imidlertid efterhånden ophørt, og de pågældende sygeplejersker virker nu alene som sundhedsplejersker.

5.5. Sammendrag af udviklingstendenser i hjemmesygeplejen

Den udprægede decentralisering med særskilte administrationer samt det forhold, at faglig vejledning i yderst begrænset omfang har været til rådighed for de ansatte sygeplejersker, har bl.a. haft til følge, at hjemmesygeplejens koordinering til og samarbejde med andre sociale og medicinske faggrupper hidtil har været tilgodeset i ringe omfang.

I de seneste år er der dog med bistand fra embedslæger, amtsundhedsplejersker og eventuelt ledende hjemmesygeplejersker i flere amter truffet visse administrative forholdsregler for at bedre kommunikationen og samarbejdet mellem hjemmesygeplejen, de praktiserende læger og sygehusene, eksempelvis indførelse af skriftlige rapporter i forbindelse med henvisning af patienter, regelmæssige kontaktmøder og konferencer mellem hjemmesygeplejersker og læger, tværfaglige møder samt observationsdage på sygehusenes forskellige afdelinger.

Endvidere gennemprøves nye samarbejdsformer, som f.eks. hjemmesygeplejerskers tilknytning til lægehus med lokalefællesskab og etablering af en fælles administration af hjemmesygeplejen, husmoderafløsningen og hjemmehjælpen med henblik på en samordning af disse arbejdsgræne.

For så vidt angår samarbejdet mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejersker er det fra lægeside foreslået, at begge parter patientkredse bør være sammenfaldende. Gennem denne ændring vil der kunne opnås meget væsentlige forbedringer i den primære lægetjeneste, bl.a. vil hjemmesygeplejerskerne i større omfang kunne inddrages i patientbehandlingen, f.eks. til opgaver i forbindelse med behandlingskontrol.

På initiativ af enkelte psykiatriske og geriatriske afdelinger er hjemmesygeplejersker inddraget i efterbehandling af udskrevne patienter, herunder behandlingskontrol og observation, med det formål at forebygge tilbagefald og fornyet indlæggelse.

Med hensyn til kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje har udviklingen inden for sundhedsplejerskearbejdet stillet ændrede og øgede krav til arbejdets udførelse og dermed også til uddannelsen. Heraf følger, at hjemmesygeplejersker, der tillige skal virke som sundhedsplejersker, bør gennemgå den fulde sundhedsplejerskeuddannelse.

Kapitel 6

Hjemmesygeplejen i andre lande

Hjemmesygepleje i offentlig eller privat regie findes i adskillige lande. Detaillerede oplysninger er indhentet fra Sverige, Norge og Finland, ligesom udvalget ved en i marts 1971 udsendt arbejdsgruppe har gjort sig bekendt med forholdene i England.

6.1. Sverige

Grundlaget for ordningen er Medicinalstyrelsens "Normalinstruktion för Distriktsköterska" af 30. juli 1964, hvorefter det påhviler hjemmesygeplejersken (distriktsköterskan) under lægens ledelse at udøve sygepleje i hjemmene og i egen konsultation, at have kontakt med og bistå patienter med psykiske lidelser, at udøve almindelig sundhedsoplysende virksomhed, at medvirke i den forebyggende sundhedspleje for mødre og børn samt i skolesundhedsplejen, at medvirke i bekæmpelsen af smitsomme sygdomme og at virke for god bolighygiejne samt iøvrigt at bistå syge, rekonvalescenter, handicappede og alkoholskadede. Hjemmesygeplejerskerne er berettigede til at rekvirere en lang række hjælpemidler til handicappede, jf. socialstyrelsens hjælpemiddelfortegnelse af 6. oktober 1969, Kungl. Maj:ts kungörelse af statstilskud til visse hjælpemidler for handicappede af 10. maj 1968 samt Socialstyrelsens cirkulære herom af 14. juni 1968. Herefter ydes statstilskuddet til lenene (amterne), de større byer samt en lang række specialinstitutioner, hvortil rekvisition kan indsendes af bl.a. hjemmesygeplejerskerne. Af cirkulæret og bekendtgørelsen fremgår, at visse hjælpemidler udleveres af institutionerne, medens andre, f.eks. forbrugsartikler som bandager og katetere, udleveres af de firmaer, der har truffet aftale med institutionen.

Organisatorisk hører hjemmesygeplejen under landstingene (svarende til amtsråd i Danmark), medens den daglige ledelse påhviler den ledende hjemmesygeplejerske, der p.t. er placeret på lensplanet, men evt. vil blive tilknyttet et sygehus i hvert len; hjemmesygeplejerskerne er knyttet til provinsiallægerne*), stadslægerne**) og de lægelige ledere af helsecentre. Tilsynet er knyttet til embedslægerne (lenslægerne).

*) offentligt ansatte, alment praktiserende læger med visse opgaver for det offentlige.

**) embedslæger i større byer.

I socialstyrelsens cirkulære af 6. februar 1970 vedrørende sygeplejerskers og jordemødres beføjelser bemærkes, at hjemmesygeplejerskerne arbejder relativt selvstændigt, hvorfor kravet om specialkundskab udover grunduddannelsen må opretholdes efter indførelsen af en ny sygeplejerskeuddannelse. Denne sorterer under landstingene og består af en ca. 2-årig grunduddannelse samt som regel en 1-årig specialuddannelse. Specialuddannelsen i hjemmesyge- og sundhedspleje er ialt 570 timer bestående af 6 ugers teoretisk undervisning i ledelse og administration, hygiejne, socialmedicin, voksen-psykiatri, industrisundhedspleje, sundhedsplejeinstruktion og pædagogik; derefter 9 ugers blandet teori og praksis og afsluttende 3 ugers teori, hvorefter diplom udstedes, hvis uddannelsen er gennemført tilfredsstillende. Adgangsbetingelse til specialuddannelse er autorisation som sygeplejerske samt 6 måneders praksis. Hjemmesygeplejen er på lokalt og regionalt plan placeret i sundhedssektoren, medens hjemmehjælp m.v. er placeret i den sociale sektor. Socialstyrelsen omfatter begge områder og opmuntrer til forsøgsordninger med udgangspunkt i helsecentre, hvortil både sundheds- og socialektorens personale er knyttet, men endnu er en sammenlægning uden for centralplanen ikke besluttet.

6.2. Norge

Grundlaget for hjemmesygeplejeordningen er Sosialdepartementets Retningslinjer for oprettelse af Hjemmesygeplejevirkomhet, der er gældende fra 1. januar 1972, og som for hjemmesygeplejevirkomhedens vedkommende afløser Departementet for familie- og forbrukersakers Retningslinjer for statsstøttede hjelpeordninger for hjemmene af 1. juli 1969, hvorved der indførtes fælles ledelse af hjemmesygeplejen, hjemmehjælpen og husmoderafløsningen.

Hjemmesygeplejevirkomhedens opgave defineres som "at yde sygepleje i hjemmet, når patientens læge finder, at behandling og/eller observation på forsvarlig medicinsk måde kan finde sted uden for sygehus eller anden helseinstitution, som omfattes af sygehusloven". I lovens anmærkninger udtales, at hjemmesygepleje skal være et supplement og alternativ til institutionsindlæggelse og skal indgå som et led i en servicekæde strækkende sig fra sygehuset via plejehjem, poliklinikker, helsecentre til hjemmesygepleje og andre hjemmehjælpsordninger.

Om planlægning, tilsyn og daglig ledelse fastsættes, at kommuner evt. i samarbejde med private organisationer ansætter en daglig leder, der skal være autoriseret sygeplejerske og have ansvaret for virksomhedens økonomi. I små kommuner, eller hvor forholdene ellers taler for det, kan ledelsen kombineres med andre opgaver i sundheds- og socialektoren og f.eks. samordnes med et helse- og socialcenter eller evt. tilknyttes et sygehjem eller sygehus. Socialudvalget er det folkevalgte organ for hjemmesygeplejevirkomheden, og den ledende sygeplejerske giver møde og forelægger sager vedrørende hjemmesygeplejen for udvalget. Den offentlige læge (distriktslæge), der er formand for helserådet (svarende til sundhedskommissionen i Danmark), fører det lægelige tilsyn og fylkeslægen (amtslægen) det overordnede tilsyn med virksomheden. Det påhviler socialudvalget i samarbejde med den offentlige læge og helsesøster (svarende til sundhedsplejerske i Danmark) at tilvejebringe en plan for

virksomheden. Planen skal godkendes af fylkeslægen, før den vedtages af kommunalbestyrelsen. Årsberetning udarbejdes af hjemmesygeplejevirkomheden og sendes via socialudvalget og den offentlige læge til fylkeslægen, der optager en oversigt over hjemmesygeplejevirkomheden i fylket i medicinalberetningen. Hjemmesygeplejevirkomheden skal arbejde i nær kontakt med helsesøsteren og den offentlige læge, der i mange kommuner vil være både behandlende og henvisende læge. En kortfattet rapport om patientens tilstand bør vurderes af den behandlende læge mindst en gang i kvartalet. Det anbefales, at der søges oprettet et løbende system for information og kommunikation f.eks. ved regelmæssige møder, og tilsvarende ordninger bør etableres med bl.a. sygehuset og andre hjælpeordninger i hjemmene, hvis hjemmesygeplejevirkomheden og hjælpeordningen ikke har fælles leder. Det er vigtigt for hjemmesygeplejerskens behandlingsplan, at flest mulige oplysninger om patienten foreligger så tidligt som muligt, hvad enten patienten kommer fra sygehus eller henvises fra lægen-, hvis hjemmesygeplejevirkomheden skal blive helseinstitutionernes "forlængede arm", er det nødvendigt at have et vel-fungerende system for flervejsinformation.

Hjemmesygepleje ydes efter lægehenviisning, hvilket ikke betyder, at den første anmodning om hjælp altid kommer fra en læge. Anmodningen kan også komme fra patienten, dennes familie eller naboer, socialudvalg, plejehjem, sygehus eller helsesøster, men i sådanne tilfælde må den ledende sygeplejerske sørge for at etablere den nødvendige kontakt med lægen, ligesom det påhviler lederen at foretage den nødvendige prioritering af henvisningerne.

Kommunerne skal sørge for kontor til lederen og de øvrige ansatte, gerne i tilknytning til kommunens øvrige social- og helseadministration, hvilket vil gøre det lettere at etablere et effektivt samarbejde og gøre det enklere for patienterne. I tilslutning til kontoret bør være lokaler for depot, pakning og enklere laboratorieundersøgelser. Sygeplejepersonalet skal enten være autoriserede sygeplejersker eller godkendte sygehjælpere, med mindre fylkeslægen meddeler dispensation herfra. Det anslås, at der i kommuner med 6-10.000 indbyggere gennemsnitlig vil være behov for en leder (evt. i kombineret stilling), en sygeplejerske, 3 sygehjælpere og 1 kontoruddannet medarbejder. I større kommuner vil lederens opgaver væsentlig være af administrativ karakter, medens lederen i mindre kommuner også vil kunne deltage i sygeplejen.

Mangelen på hjemmesygeplejersker er stor. Ifølge statistisk sentralbyrå, Oslo, var der i 1969 i Norges 451 kommuner husmoderafløsning i 420, hjemmehjælp i 401, men hjemmesygepleje kun i 247 kommuner. Således var 100 af de 138 kommuner i Finmark, Troms, Nordland og Trøndelag fylker uden hjemmesygepleje. Af de 3,84 mill. indbyggere boede 830.000 i kommuner uden hjemmesygepleje. Samtidig forudses en betydelig forøgelse af behovet for hjælpeordningerne i hjemmene som følge af befolkningens ændrede aldersfordeling; således ventes antallet af personer over 70 år at stige fra 296.100 i 1965 til 435.300 i 1980, en stigning på 47%. Specialuddannelse som forudsætning for ansættelse er ikke etableret.

6.3. Finland

Uden for de større byer varetages hjemmesygeplejen, hvor den findes, af kommunalt ansatte sundhedsplejersker (hälsosystrar), således at de yder førstehjælp i hjemmene og instruktion til de familiemedlemmer, der plejer den syge. I de fleste større byer findes en kommunalt organiseret hjemmesygepleje under sundhedsudvalget (hälsovårdsnämnden) og under stadslægens tilsyn. Sygepleje ordineres af lægerne og udføres af sundhedsplejersker og sygeplejersker og i et par byer tillige af gymnasieelever i den medicinske linie; derimod er ingen sygehjælper ansat. Visse kommunale hjemmesygeplejebureauer formidler også hjemmehjælp. Udgifterne dækkes - bortset fra et mindre gebyr fra bemedlede patienter - af kommunerne.

Medicinalstyrelsen oplyser, at det svageste punkt i hjemmesygeplejen er den svigende kommunikation mellem lægerne og sygeplejen, som giver sig udslag i, at patienten selv må anmode om hjælpen. Den praktiserende læge og sygehuset sætter sig ikke i forbindelse med det kommunale hjemmesygeplejekontor eller vejleder patienten herom. En del af hjemmesygeplejen udøves af diakonisser.

En lov om syge- og sundhedsplejen (folkhälsolagen) er trådt i kraft den 1. april 1972. Et af hovedpunkterne er, at tyngdepunktet i sygeplejen overføres til den primære sundhedstjeneste med udgangspunkt i helsecentraler for omkring 10.000 - 15.000 indbyggere. I loven forudsættes, at små kommuner kan danne kommuneforbund om denne opgave; helsecentralerne er kommunale institutioner med statstilskud. Til bemanding af helsecentralerne foreslås 4-6 læger, 2-3 tandlæger, 1 dyrlæge, 8 sundhedsplejersker og jordemødre, 8 sygeplejersker, 3-4 laboratorieassistenter, 2 røntgensygeplejersker, 1-2 fysioterapeuter, 2 tandplejeassistenter, 1-2 helseinspektører samt 14-15 personer til administrationen. Under helsecentralens ledelse tænkes placeret de små blandede sygehuse, sundheds- og skolesundhedspleje med rådgivningskontor, jordemodervæsenet og hjemmesygeplejen. Specialuddannelse finder ikke sted.

6.4. England

Grundlaget for hjemmesygeplejeordningen er § 25 i the National Health Service Act fra 1946 med senere ændringer. Det påhviler herefter de stedlige sundhedsmyndigheder (amts- og byråd) at sørge for hjemmesygepleje til befolkningen og at uddanne hjemmesygeplejersker m.v. hertil. Rådenes udgifter refunderes af sundheds- og socialministeriet.

I de fleste områder er udnævnt en ledende sygeplejerske, der så vidt muligt har fælles kontorfaciliteter med amts- eller stadslægen og et nært samarbejde med denne. I enkelte områder har man en funktionel organisationsform med adskilt ledelse af hjemmesygepleje, sundhedspleje og jordemodervirksomhed samt af uddannelsen, koordineret af en fælles ledende sygeplejerske. I områder, hvor man har valgt et geografisk organisationsmønster, er ledelsen af alle 3 grene forenet hos 1 ledende sygeplejerske inden for et geografisk afgrænset område med en fælles ledende sygeplejerske for hele ordningen. Den sidstnævnte organisationsform anbefales i Mayston-rap-

porten (1969) om ledelsesstrukturen i sygeplejen uden for sygehusene og var gennemført bl.a. i Berkshire, som besøgte af en arbejdsgruppe fra udvalget i april, 1971.

Ministeriet tilråder, at hjemmesygeplejerskerne tilknyttes lægepraksis, hvad enten disse er enkeltmandspraksis (22% af samtlige) eller gruppepraksis, således at hjemmesygeplejersken følger de til praksis tilmeldte patienter og har regelmæssige konferencer med lægerne om arbejdet. I tilknytningsordningerne, der er oprettet i 146 af de 157 amter og byer, arbejder hjemmesygeplejerskerne både i klinikken, dette dog fortrinsvis i gruppepraksis og helsecentre, hvor lokaleforholdene bedst indrettes hertil, og i patienternes hjem. Tilknytning til praksis, hvor lægen selv har ansat en kliniksygeplejerske (med 70% refusion fra det offentlige af lønudgifterne) kan give problemer, men man har dog ikke ment at kunne gå så vidt som til at fratage lægen retten til refusion.

Ministeriet oplyste over for arbejdsgruppen, at 37,4% af hjemmesygeplejerskerne var tilknyttet praktiserende læger i 1969, og at andelen i 1970 var steget til 51,8%. Det har vist sig, at tilknytningsordningen forøger arbejdet både for lægerne og sygeplejerskerne, idet hidtil ikke erkendte behov for behandling og pleje kommer for dagen. Det fastholdes, at hjemmesygepleje kun udføres efter lægeordination, men som regel uden at lægen går i detaljer vedrørende plejen af patienten, og man giver et vidt spillerum for arten af besøg: enten sammen med lægen, eller efter at lægen har undersøgt patienten, eller som første besøg, hvor hjemmesygeplejerskens opgave er at vurdere patientens tilstand og rapportere til lægen, i princippet uden at stille diagnose.

Specialuddannelsen til hjemmesygeplejerske påhviler by- og amtsrådene under tilsyn og vejledning af ministeriet og et af ministeren nedsat 11-mandsråd, Panel of Assessors, bestående af sygeplejersker, læger og pædagoger, der også er ansvarligt for udarbejdelse af eksamensopgaverne. Eksamen afholdes 3 gange årligt ved de 57 godkendte uddannelsescentre efter en ca. 4 måneders uddannelsesperiode, hvorunder de nyansatte hjemmesygeplejersker hver uge har 1 å 2 dage ugentlig med teoretisk undervisning, efter at de i 1 måned har fulgt en af de erfarne hjemmesygeplejersker i arbejdet. Uddannelse til forskellige administrative stillinger finder sted, bl.a. i principper for ledelse. Der er flere steder ansat forbindelsessygeplejersker i hjemmesygeplejen til varetagelse af kommunikationen mellem denne og specielle sygehusafdelinger, bl.a. børneafdelinger, geriatriske afdelinger og lungemedicinske afdelinger; ministeriet opmuntrer denne tendens. Hvad angår kombination af sundhedsplejerske og hjemmesygeplejeuddannelsen, opmuntrer man ikke hertil, men foretrækker specialisering og samarbejde - så vidt muligt inden for tilknytningsordningernes rammer - med hyppige konferencer og evt. overdragelse af patienterne fra den ene gruppe til den anden efter behandlingsbehovet.

6.5. Konklusion

Udvalget har særlig hæftet sig ved de effektive og veludbyggede uddannelsesordninger, som findes i Sverige og England. Under en central styring er introduktionskur-

ser, efter- og videreuddannelse taget op i større regioner under den regionale ledelse af sygeplejen uden for sygehusene. I England har udvalget især bemærket sig, at tilknytningen af hjemmesygeplejersker til lægepraksis nu omfatter mere end halvdelen af hjemmesygeplejerskerne, en ordning som i høj grad synes at være fremmende for samarbejdet mellem medicinalpersonalegrupperne.

Kapitel 7

Udvalgets forslag

7.1. Formål med hjemmesygeplejen ud fra en helhedsvurdering

Udviklingen inden for sundhedsvæsenet har de sidste årtier været præget af en række forhold, der dels er affødt af samfundsudviklingen, f.eks. det stigende antal personer i den ældre aldersgruppe, dels af den lægevidenskabelige udvikling.

De forhold, der især har gjort sig gældende i forbindelse med patientbehandlingen er, foruden den store ekspansion inden for sygehusvæsenet, specialiseringen inden for de forskellige fagområder, hvilket har medført, at den samlede viden i dag er fordelt på et stigende antal sagkyndige, der behersker et større eller mindre specialområde inden for en større helhed. Skal de sagkyndiges viden derfor komme befolkningen til gode i fuldt mål, må der ske en samordning af den indsats, der ydes inden for de forskellige specialområder.

Behovet for samarbejde understreges yderligere i det efterhånden anerkendte synspunkt, at den enkelte klients situation må betragtes som en helhed, og at sociale, psykiske og fysiske symptomer må vurderes i forhold til denne helhed, jf. socialreformkommissionen: "Det sociale trykkesystem - struktur og dagpenge" (betænkning nr. 543/1969) side 60.

Inden for sundhedsvæsenet indebærer dette, at patientbehandlingen må baseres på en samlet vurdering af patientens situation, hvori ikke alene hans sygdom, men også hans levevilkår og de dermed forbundne sociale og psykiske forhold m.v. inddrages.

Gennemførelsen af en sådan patientbehandling er betinget af en systematiseret koordinering af de forebyggende, behandlende og revaliderende opgaver. Hertil kommer, at de øgede krav til patientbehandling, pleje og revalidering i stigende grad gør det nødvendigt, at flest mulige opgaver løses uden for det egentlige sygehusvæsen. Samarbejdet må derfor yderligere udbygges mellem den primære sundhedstjeneste og det somatisk/psykiatriske sygehusvæsen, mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet og med andre instanser, hvis virksomhed har betydning for patientbehandlingen.

Sygehusvæsenets funktion forudsættes også i fremtiden at være afhængig af den praktiserende læges funktion, således at diagnostiske og terapeutiske opgaver i videst muligt omfang løses i den primære sundhedstjeneste. Derfor vil udviklingen yderligere øge og ændre kravene til den primære læge tjeneste, og nødvendiggøre en udbyg-

ning af hjemmesygeplejen og sundhedsplejen samt af samarbejdet med en række sociale serviceorganer.

En tilrettelæggelse af patienternes behandling og pleje efter princippet "afpasset patientpleje" vil ligeledes kræve et sådant udbygget samarbejde. Dette system indebærer en gruppering af patienterne i forskellige led - i og uden for sygehusområdet - afpasset efter den enkelte patients tilstand og behov for behandling og pleje. Hjemmeplejen, navnlig hjemmesygeplejen, er et af leddene i denne plejeform. En forudsætning for, at hjemmesygeplejen kan fungere som et effektivt led i dette system, vil imidlertid være, at hjemmesygeplejen koordineres med sygehusene på den ene side og med de praktiserende læger og de sociale serviceorganer på den anden side.

En sådan koordinering vil bevirke, at hjemmesygeplejen kan tage nye opgaver op i patientbehandling og -pleje uden for sygehusene og medvirke til, at patienter - i det omfang, det er medicinsk og socialt forsvarligt - kan passes i deres eget hjem under sygdom.

Overensstemmende med en sådan forventet udvikling og det sigte den indebærer, har udvalget afgrænset hjemmesygeplejens formål således:

Hjemmesygeplejen har som formål at medvirke til, at der som led i den samlede patientbehandling ydes syge- og sundhedspleje til patienter, hvis pleje og behandling henhører under den primære sundhedstjeneste, og at der skabes det fornødne samarbejde med andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger.

7.2. Hjemmesygeplejens opgaver

Sygeplejerskens opgaver består - uanset om de udføres inden for eller uden for sygehussektoren - dels i sygeplejemæssige opgaver, afpasset efter den enkelte patients behov for pleje, observation og omsorg i videste forstand, dels i tekniske funktioner i forbindelse med iværksættelse og udførelse af undersøgelser og behandlinger efter lægelig ordination.

De sygeplejemæssige funktioner henhører til sygeplejerskens selvstændige kompetence. I princippet påhviler det således hende at drage omsorg for, at løsningen af disse opgaver bliver tilgodeset. Dette indebærer væsentlige opgaver af pædagogisk art over for patient og pårørende samt medarbejdere med mindre sygeplejefaglige kvalifikationer, f.eks. oplysning af sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende art, samt vejledning, instruktion og aktivering som en ofte væsentlig forudsætning for, at behandling og revalidering gennemføres.

Endvidere vil der med et udbygget samarbejde med andre faggrupper, herunder sygehjælpere, påhvile sygeplejersken visse lederfunktioner, f.eks. vil det være sygeplejerskens ansvar at bedømme hvilke opgaver, der i den enkelte patients situation er behov for at udføre, og at fordele disse opgaver efter de pågældende kategoriers kvalifikationer.

Den foran beskrevne undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes virksomhed viser, at hjemmesygeplejerskerne fortrinsvis udfører behandlingstekniske opgaver, ofte hos selvhjulpne og mobile patienter, der selv kunne have befordret sig til behandling hos lægen, og kun i begrænset omfang hos plejekrævende patienter, jf. kapitel 3.3.3.

Derimod anvendes hjemmesygeplejerskerne så godt som ikke til sygeplejeopgaver i forbindelse med almindelig sygdomsdiagnostik og -behandling, herunder klinisk observation af patienten og i tilslutning hertil opgaver af vejledende, kontrollerende, aktiverende og revaliderende art.

Dette skyldes formentlig mangelfuldt samarbejde mellem læge og sygeplejerske samt hjemmesygeplejerskernes utilstrækkelige efteruddannelsesmuligheder og deraf følgende mangelfulde viden om og forståelse for nye behandlingsprincipper.

Skal hjemmesygeplejen udfylde sin plads i den primære sundhedstjeneste, må der skabes mulighed for en bedre efteruddannelse af hjemmesygeplejerskerne, således at disse kan udøve en mere aktiv rolle inden for sygeplejerskens selvstændige funktionsområder. De vil herved kunne bidrage til en bedre udnyttelse af de lægelige fremskridt, og deres viden vil kunne udnyttes bedre i samarbejdet med lægerne og andre personalegrupper.

7.2.1./ relation til almen praksis

Udviklingen inden for lægevidenskaben har bl.a. medført, at undersøgelser og behandlinger, der tidligere krævede sygehusindlæggelse, i stigende omfang kan foretages ambulant.

Sundhedsstyrelsen skønner, at ca. 85% af det samlede antal patienter, der henvender sig i almenpraksis og speciallægepraksis, færdigbehandles der, medens de resterende 15% henvises til sygehusene.

I "Udvalgsbetænkning om den primære lægetjenestes målsætning og udvikling" afgivet af et af Praktiserende Lægers Organisation nedsat udvalg, oktober 1971 (Ugeskr. Læg. 1971:45:2257), er der peget på, at den udbygning af almen praksis, der nødvendigvis må finde sted, vil give mulighed for at overføre en del af sygehusenes opgaver til almen praksis, således at undersøgelser og behandlinger i øget omfang vil kunne udføres uden for sygehussektoren.

Som konsekvens af et udvidet samarbejde mellem almen praksis og hjemmesygeplejen vil det være naturligt at lade en del af de sygeplejemæssige opgaver i tilslutning til undersøgelse og behandling udføre af hjemmesygeplejerskerne. Disse opgaver omfatter - ud over tekniske funktioner - *observation* f.eks. af patientens reaktioner i forbindelse med iværksatte undersøgelser og behandlinger, *vejledning* til patient og pårørende under behandlingsforløbet om bl.a. medikamentelle virkninger, kostvejledning samt almen sundhedsvejledning i forbindelse med sygdom og *kontrol*, f.eks. for at sikre at patient/pårørende forstår at administrere et ordineret lægemiddel og at gennemføre behandlingen.

Behovet for samarbejde om bl.a. behandlingskontrol fremgår af de redegørelser, som udvalget har modtaget fra nogle praktiserende læger. Der udtales heri, at tilsynet med en ordineret behandlings gennemførelse ofte bliver for overfladisk. Eksempelvis ordineres penicillintabletter, men først 3-4 dage senere ved et kontrolbesøg konstateres, om patienten får dem. Ligeledes konstateres det først senere om diabetikere, der får reguleret antidiabetisk medicin, får den ordinerede kost. Endvidere ordineres behandling, som viser sig at være uantagelig for patienten, hvilket lægen først får at vide 2-3 uger senere, når patienten kommer for at fortælle, at behandlingen er afbrudt, og at han/hun stadig er syg.

En meget væsentlig årsag til behovet for udvidet brug af hjemmesygeplejen og andre sociale- og sundhedsmæssige foranstaltninger er de senere års rationalisering i almen praksis. Denne har medført, at patientbehandlingen oftere sker i lægens klinik end i hjemmene med deraf følgende risiko for, at lægernes kendskab til patienternes miljø og sociale forhold mindskes.

Som følge heraf får det afgørende betydning for patientbehandlingen, at sygeplejersken medvirker til at vejlede og stimulere patienten og de pårørende til et aktivt samarbejde om behandlingen, og at hun holder lægen løbende orienteret om patientens reaktioner og tilstand samt om forhold, der iøvrigt vil kunne influere på behandlingsresultatet.

I denne forbindelse skal man henvise til betænkningen om "Den praktiserende læges stilling i fremtidens sundheds- og socialvæsen", afgivet af Foreningen af yngre Læger's praksisudvalg, maj 1971 (Ugeskr. Læg. 1971:32:1591). Det foreslås heri, al der på lokalplan etableres teams bestående af alment praktiserende læger, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, socialt uddannet personale og evt. jordemødre og fysio- og ergoterapeuter. Det fremhæves, at teamet, såfremt disse personalegruppe arbejder sammen om den samme befolkningsgruppe, vil kunne komme til at spille en meget væsentlig rolle i opsporing og behandling af sygdoms- og "socialtilfælde", og koordinering af specialiserede foranstaltninger.

7.2.2. / relation til sygehuse

I betænkning af 30. juni 1971 om "Samarbejde mellem sygehusene og almen praksis" (Ugeskr. Læg. 1971:32:1575) udarbejdet af et udvalg nedsat af Praktiserende Lægeirs Organisation og Foreningen af sygehusoverlæger i provinsen, er der givet forslag til et udvidet samarbejde mellem sygehuslæger og praktiserende læger om patienten før, under og efter indlæggelse, hovedsagelig med sigte på patientens forundersøgelse og efterbehandling. I konklusionen udtales, at man igennem et udbygge samarbejde "undgår, at sundhedstjenesten inden for og uden for hospitalerne blive to skarpt adskilte områder, selv om de undersøger og behandler samme patient".

Samarbejdet om patienten før, under og efter indlæggelse er dog ikke begrænset til den lægelige behandling alene, men vil i mange tilfælde også omfatte sygepleje. Sideløbende med udbygningen af det lægelige samarbejde om patientbehandling må der derfor ske en udbygning af sygeplejerskernes samarbejde om patientpleje. Enkelte steder er der taget skridt hertil, jf. kapitel 5.1.3., men samarbejdet må udbygges yderligere, efterhånden som systemet "afpasset patientpleje" gennemføres.

Formålet hermed er først og fremmest at skabe kontinuitet i patientplejen, uanset om patienterne flyttes til eller fra sygehus. I takt med udbygningen af den primære sundhedstjeneste skabes der endvidere øgede muligheder for, at flere patienter, tidligere end det i dag er tilfældet, kan overføres til fortsat pleje i deres hjemlige miljø og gennem en hensigtsmæssig udnyttelse af hjemmeplejens samlede ressourcer vil behovet for genindlæggelser kunne formindskes.

Henvielse til hjemmesygepleje i fortsættelse af sygehusophold vil generelt omfatte patienter, der ved udskrivningen ikke kan betegnes som værende raske, hvad enten

patienten kun har behov for støtte og vejledning og/eller behandling i en kortere periode eller har mere udtalte plejebehov.

Eksempelvis kan der være behov for at sikre, at patienter, der på sygehusets medicinske eller kirurgiske afdelinger har lært at udføre en behandling, er fortrolig hermed efter udskrivningen og er i stand til at gennemføre den under de hjemlige forhold, f.eks. patienter, der har fået ordineret injektion eller som har kateter, kunstig tarmåbning, proteser etc.

Ved udskrivning af ældre patienter fra sygehus vil der i mange tilfælde være behov for støtte og vejledning af en hjemmesygeplejerske, f.eks. foranlediget af en eventuel ændret medicindosering, idet man har erfaret, at patienterne efter hjemkomsten ofte foruden den nyordinerede medicin også tog den tidligere ordinerede og herved bragte sig i fare for overdosering.

Endvidere kan der peges på de tilfælde, hvor det vil være nødvendigt at sikre, at patienter, der efter behandling og genoptræning på langtidsmedicinske eller fysiurgiske afdelinger, har opnået færdigheder, stimuleres til at holde disse ved lige, eventuelt gennem anskaffelse af hensigtsmæssige hjælpemidler eller ved ændringer i boligens indretning, f.eks. patienter med hjerneblødninger, lammelser, gigtlidelser, dissemineret sclerose, knoglebrud og lign. For så vidt angår meget plejkrævende patienter, vil der desuden være behov for instruktion til eventuelle pårørende om selve plejen, rigtige arbejdsstillinger og løfteteknik. Patientens plejebehov må dog ikke være større end, at det vil kunne dækkes gennem kortvarige besøg - også i aftentimerne - af hjemmesygeplejersken, eventuelt med bistand af pårørende eller af andet personale under hjemmeplejen. En udbygning af hjemmeplejen omfattende det tidsrum, hvori der tilbydes hjælp, vil derfor kunne medvirke til, at unødige institutionsanbringelser undgås.

Med enkelte sygehuse er der, som omtalt i kapitel 5.1.3., i de tilfælde, hvor patienten må fortsætte med en mere speciel behandling i hjemmet, truffet den ordning, at hjemmesygeplejersken besøger afdelingen med henblik på kontakt med patienten og orientering om dennes pleje og behandling. Man skal i denne sammenhæng fremhæve betydningen af, at der etableres et samarbejde mellem hjemmesygeplejersken og sygehusets fysioterapeut. Det kan også være af betydning for sygehuset gennem hjemmesygeplejersken og de sociale instanser at blive orienteret om familiens muligheder for og indstilling til at få patienten hjem, og om de sociale myndigheders muligheder for ydelse af eventuelle støtteforanstaltninger. Dette gælder især patienter med invaliderende lidelser eller med forventet forholdsvis kort levetid.

Det skriftlige rapportsystem mellem sygehus og hjemmesygepleje, der forsøgsvis er etableret i flere amter, har som omtalt, i et vist omfang bidraget til et bedre samarbejde om patientplejen, men samtidig erkendes, at der stadig er svage led og direkte brist i dette rapportsystem, hvorfor yderligere forholdsregler vil være nødvendige.

Udvalget skal foreslå, at der i tilknytning til sygehusvæsenet oprettes en sygeplejerskestilling med det formål at centralisere ansvaret for kommunikation og samarbejde mellem sygehusets afdelinger og hjemmesygeplejen og herved medvirke til kontinuitet i sygeplejen ved patientens overflytning til eller fra sygehus. Den pågældende sygeplejerskes opgaver bør tillige være at medvirke ved undervisningen af sygepleje-

eleverne vedrørende samarbejdet mellem sygehussygeplejen og hjemmesygeplejen. Man skal i denne forbindelse henvise til omtalen af hjemmesygeplejeordningen i England, kapitel 6.4., hvor sundhedsministeriet søger at stimulere den ret udbredte tendens til ansættelse af sygeplejersker til at varetage kommunikationen mellem hjemmesygeplejen og sygehussygeplejen.

I kapitel 5.1.3. er omtalt, at patienter med visse psykiske lidelser kan tilses i eget hjem på lige fod med somatisk syge, i stedet for som tidligere at være hospitaliserede.

En udvidet hjemmesygepleje vil ikke alene kunne medvirke til en aflastning af det somatiske sygehusvæsen men også til en aflastning af det psykiatriske sygehusvæsen gennem et samarbejde med dets afdelinger. De øgede muligheder herfor må ses i forbindelse med de psykiatriske statshospitalers fremtidige overgang til det amtskommunale sygehusvæsen og med en yderligere udbygning af det udadgående samarbejde på det psykiatriske område med praktiserende læger og forskellige sociale instanser.

7.2.3. Kombination af hjemme syge- og sundhedspleje

I betænkning om "Sundhedsplejerskeinstitutionen", (nr. 573/1970) side 24, er omtalt, at sundhedsstyrelsen på grundlag af resultaterne fra forsøget i Skanderborg amt har kunnet anbefale etablering af ordninger, hvor hjemmesygeplejen ønskedes kombineret med sundhedsplejen. Endvidere er det foreslået, side 49, at sundhedsplejersken - hvor omstændighederne taler derfor - også bør kunne varetage hjemmesygeplejeopgaver. Disse synspunkter kan udvalget helt tilslutte sig. Det skal dog bemærkes, at en kombination af de to arbejdsområder forudsætter, at sygeplejersken har gennemgået uddannelsen som sundhedsplejerske, hvilket dog for de allerede ansatte hjemmesygeplejersker er forbundet med væsentlige praktiske og økonomiske vanskeligheder.

Udvalget finder, at der ved en kommende revision af sygeplejerskeuddannelsen bør sigtes mod, at sygeplejersken ved uddannelsens afslutning skal kunne udøve en selvstændig funktion - i og uden for institutionerne - inden for de forskellige grene af sygeplejen, der ikke forudsætter særlig videreuddannelse.

7.2.4. / relation til andre medicinske og sociale personalegrupper

Sygehjælpere

Udviklingen inden for sygehussygeplejen har medført behov for en ændring og udvidelse af sygehjælperens normale arbejdsområde med henblik på en mere aktiv indsats inden for den individualiserede patientpleje og -omsorg på sygehusene. Et udvalg under uddannelsesnævnet for sundhedsvæsenet har i en betænkning herom fremsat forslag til det fremtidige normale arbejdsområde for sygehjælpere samt forslag til en uddannelsesplan.

Sygehjælperens normale arbejdsområde vil ifølge forslaget omfatte opgaver i forbindelse med pleje, omsorg, aktivering og optræning, behandling, forberedelse til undersøgelse samt observation og rapportgivning. Under den ledende sygeplejerskes til-

syn og ledelse vil sygehjælperen kunne udføre nogle af opgaverne selvstændigt, andre i samråd med sygeplejersken eller sammen med denne. Det vil dog altid være patientens tilstand, der afgør om opgaven kan udføres af sygehjælperen.

En udbygning af hjemmesygeplejen i forbindelse med gennemførelse af afpasset patientpleje eller med henblik på en intensiveret indsats for at undgå henholdsvis udskyde indflytning i plejeinstitution, vil medføre en forøgelse af antallet af opgaver, hvoraf en del vil falde inden for det foran beskrevne arbejdsområde. Det kan f.eks. dreje sig om opgaver i forbindelse med patienter, hvis tilstand ikke nødvendigvis forudsætter, at alle behandlings- eller plejeopgaver udføres af sygeplejersken, ligesom sygehjælperen vil kunne assistere denne ved udførelse af meget plejekrævende opgaver hos dårlige eller tunge patienter.

Med assistance bl.a. af sygehjælper vil flere ikke-mobile patienter end hidtil formentlig kunne plejes i eget hjem.

En forudsætning for at anvende sygehjælper inden for hjemmesygeplejen vil dog være, at der fastlægges retningslinier for hjemmesygehjælperens arbejdsområde, og at der af den ledende sygeplejerske tilrettelægges et introduktionsprogram med det formål at gøre sygehjælperen fortrolig med de forhold, der gør sig gældende ved udførelse af sygepleje i patienternes hjem.

Det påhviler hjemmesygeplejersken at tilrettelægge plejen for den enkelte patient, og hun må derfor aflægge det første besøg med henblik på en vurdering af patientens plejebestand. Endvidere må hun holde sig orienteret om patientens tilstand og regelmæssigt aflægge besøg i hjemmet.

Husmoderafløsere og hjemmehjælperer rn.fl.

Udviklingstendenserne går, som påpeget i "Perspektivplanlægning 1970-1985", 2. del, side 121, i retning af en betydelig forøgelse af kredsen af modtagere af omsorgs- og serviceydelser og forøgelse af bistanden til den enkelte. Endvidere går tendensen i retning af at yde størst mulig omsorg i hjemmet for at undgå institutionsophold. Der må derfor regnes med en stærkere indsats af især hjemmehjælper, hjemmesygeplejersker, terapeuter og anden kvalificeret indsats.

Ifølge undersøgelsen af hjemmesygeplejerskernes virksomhed var ca. halvdelen af patienterne under tilsyn i marts 1971 65 år og der over. Heraf var ca. 1/3 i kategorien ikke-mobile patienter, der fik hjælp til personlig pleje af hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper, familie eller andre. Undersøgelsen viste også, at samarbejde om plejeopgaverne i de tilfælde, hvor patienten havde både hjemmesygeplejerske og hjemmehjælper, kun fandt sted i meget begrænset omfang. Som regel blev hjælpen ydet enten af den ene eller anden, og der var kun i få tilfælde truffet aftale om besøg på samme tidspunkt med henblik på fælles assistance til patienten. Dette forhold har sin forklaring i, at kun enkelte kommuner havde etableret en fælles administration af de to serviceydelser.

Hjemmehjælp og husmoderafløsning er først blevet obligatorisk for kommunerne fra april 1969, jf. lov nr. 230 af 6. juni 1968 om husmoderafløsning og hjemmehjælp.

Arbejdsopgaverne omfatter ikke egentlig sygepleje, men i henhold til instruksen

kan hjemmehjælpere efter omstændighederne yde bistand til personlige fornødenheder, såsom påklædning, hygiejne, fodpleje m.v. Hjælpen ydes sædvanligvis i dagtimerne på søgnedage.

Der er ikke i loven stillet krav om, at husmoderafløsere og hjemmehjælpere skal gennemgå en uddannelse, men gennem socialministeriets konsulent tilrettelægges der kurser med henblik på at give så mange som muligt adgang til uddannelse.

Forudsat at hjemmehjælperne har gennemgået den teoretiske uddannelse på 200 timer har de især igennem faget sundhedslære fået indblik i almene principper for pleje og omsorg og er således i stand til at varetage enkle plejeopgaver.

Gennem et nært samarbejde mellem hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen vil uddannelsen formentlig kunne udnyttes bedre i patientplejen, end det er tilfældet i dag. Det kan i denne forbindelse nævnes, at man i Hjørring kommune har uddannet hjemmehjælperne til at varetage enkle plejefunktioner. Man har derfor ikke ment det hensigtsmæssigt at etablere endnu et led i patientplejen, f.eks. sygehjælpere, idet erfaringen viser, at een hjælper i samme hjem giver mere ro over arbejdet og bedre mulighed for at give patienten den fornødne træning til selvhjælp. I den pågældende kommune er hjemmesygeplejen, hjemmehjælpen og husmoderafløsningen under fælles administration med sygeplejefaglig ledelse, der bl.a. afgør hvilken art af hjælp, der skal ydes og i hvilket omfang.

Et udvidet samarbejde vil endvidere gøre det muligt for sygeplejersken at træde mere aktivt ind i vurderingen af hjemmehjælpsbehovene, idet hun kan fungere som faglig støtte i alle de tilfælde, hvor hun i forvejen kommer i hjemmet.

I fremtiden kan forventes nye personalegrupper, herunder omsorgsassisterer, i bl.a. omsorgen for de ældre, jf. betænkning nr. 571/1970 om "Uddannelse til omsorg". Hvad angår det opsøgende arbejde i ældreomsorgen er der i betænkning nr. 630/1972 om "Omsorgen for ældre og for pensionister" henvist til, at "det personale, der er brug for til selve det opsøgende arbejde, kan være hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere og eventuelt personale fra den sociale forvaltning. Disse personer kan muligvis selv yde den bistand, der er brug for og kan iøvrigt drage omsorg for, at oplysninger om en pensionists behov tilgår den sociale forvaltning".

Udvalget skal generelt fremhæve det ønskelige i, at der etableres et nært samarbejde mellem hjemmesygeplejen og de øvrige klientbehandlende personalegrupper under kommunens social- og sundhedsforvaltning.

7.3, Hjemmesygeplejens organisation

Hjemmesygeplejen er, som nævnt i kapitel 2, en kommunal opgave, men kommunerne kan overlade administrationen til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser, menighedsplejer eller lignende. Med sygekassernes ophævelse 1. april 1973 og forventet bortfald af ordninger, der administreres af hjemmesygeplejeforeninger, jf. kapitel 2.2.1., er der skabt grundlag for en mere ensartet administration af en kommende hjemmesygeplejeordning.

Udvalget har overvejet, hvorvidt hjemmesygeplejen vil kunne varetages bedst gennem en kommunal eller en amtskommunal organisation.

En hjemmesygeplejeordning organiseret under amtskommunerne ville være forbundet med væsentlige fordele af arbejdsmæssig og ledelsesmæssig karakter. Opbygningen af ordningen under amtskommunens social- og sundhedsforvaltning med amtssundhedsplejersken som faglig leder ville gøre det muligt at tilrettelægge arbejdet mere hensigtsmæssigt end ved en opbygning af en ordning inden for kommunegrænserne. Planlægning og koordination, som allerede i et vist omfang påhviler amtssundhedsplejerskerne under den nuværende ordning, ville ligeledes tilgodeses ved en amtskommunal ordning. Endvidere vil en udbygning af samarbejdet med de praktiserende læger lettere lade sig etablere inden for amtskommunens grænser end inden for kommunegrænserne.

Selv om væsentlige faglige hensyn taler for en amtskommunal organisation af hjemmesygeplejen, må det dog erkendes, at en sådan løsning ikke vil harmonere med principperne for opgavefordelingen mellem amtskommuner og kommuner samt socialreformen.

Vedrørende opgavefordelingen er det ved flere lejligheder - senest i en redegørelse af maj 1971 fra regeringen til folketinget, jf. folketingets forhandlinger 1970/71, sp. 6456-6464 - udtalt, at udgangspunktet for opgavefordelingen er, at kommunerne varetager de opgaver, som bør være daglig tilgængelige for borgeren. Omvendt skal amtskommunerne varetage koordinerende og planlæggende opgaver i forhold til kommunerne, men kun i begrænset omfang egentlige udførende opgaver. For socialreformen er det ligeledes et gennemgående princip, at de direkte relationer til den enkelte borger i princippet varetages af kommunerne med fornøden bistand og vejledning fra amtskommunens specialister, f.eks. amtssundhedsplejersken, jf. socialreformkommissionens 1. betænkning "Det sociale trykkesystem" (betænkning nr. 543/1969), side 105-106.

I overensstemmelse hermed varetager kommunerne ligeledes hovedparten af de offentlige opgaveområder, som hjemmesygeplejersken har nær berøring med, f.eks. hjemmehjælp og husmoderafløsning, familievejledning og socialrådgivning.

Med lov nr. 227 af 27. maj 1970 om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender er hjemmesygeplejen indpasset i det almindelige styrelses- og forvaltningssystem for sociale og sundhedsmæssige områder, bortset fra sygehusvæsenet og embedslægevæsenet (bilag nr. 10). Dette betyder, at hjemmesygeplejen administreres af kommunernes sociale udvalg og forvaltning, jf. lovens §§ 6 og 9.

Om forholdet mellem amtskommuner og kommuner efter den sociale styrelseslov bemærkes følgende:

- 1^o) Kommunalbestyrelsen skal hvert år udarbejde en oversigt over kommunens sociale og sundhedsmæssige virksomhed, herunder hjemmesygeplejen, jf. lovens § 3, stk. 2. Oversigten indsendes til amtsrådet, der på grundlag heraf udarbejder en samlet årsberetning for kommunernes virksomhed samt en tilsvarende beretning for amtskommunernes egen virksomhed, jf. lovens § 15. Årsberetningen skal af amtsrådet indsendes til socialministeriet og indenrigsministeriet samt andre myndigheder, som ministrene bestemmer, f.eks. sundhedsstyrelsen.
- 2^o) Efter lovens § 3, stk. 1, skal kommunalbestyrelsen udarbejde et forslag til regulativ for kommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning. Forslaget skal god-

kendes af amtsrådet. Nærmere regler for udfærdigelse af regulativerne fastsættes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren. I lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen nævnes, at regulativet bl.a. kan indeholde vigtigere retningslinier for publikumsbetjeningen, den administrative udformning af lovpålagte ordninger som husmoderafløsning, hjemmehjælp og hjemmesygepleje samt social- og sundhedsforvaltningens samvirke med andre organer, der virker på social- og sundhedsområdet eller andre områder af væsentlig betydning for dette.

- 3^o) Vedrørende planlægning bestemmes det i lovens § 11, at amtsrådet ved forhandling med de kommunale myndigheder skal udarbejde en plan for udbygning af den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i amtet. Planen skal godkendes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren. Socialministeren kan efter forhandling med indenrigsministeren fastsætte regler om udformningen af udbygningsplanerne. Bestemmelsen er endnu ikke trådt i kraft, idet dette først sker til et senere tidspunkt, der fastsættes af socialministeren, jf. lovens § 27. I lovforslagets bemærkninger til § 11 udtales det, at udbygningsplanlægningen må antages at få stigende betydning under hensyn til forventede ændringer i opbygningen af væsentlige dele af det sociale institutionsapparat og en stadig mere påkrævet koordinering af forskellige institutioners og foranstaltningers indsats. Endvidere vil en vis ensartethed i de enkelte amtskommuners udbygning af deres samlede social- og sundhedsvæsen kunne fremmes gennem denne form for planlægning. Planlægningen tænkes tilrettelagt i nært samarbejde mellem kommuner og amtskommuner.
- 4^o) Amtsrådet fører tilsyn med den samlede kommunale sociale og sundhedsmæssige virksomhed, jf. lovens § 10. I lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen udtales, at der er tænkt på det specielle fagligt betonedede tilsyn i modsætning til det almindelige tilsynssystem efter den kommunale styrelseslov. Det egentlige lægekyndige tilsyn, der nu udføres af embedslægerne på sundhedsstyrelsens vegne, berøres derimod ikke.

På denne baggrund mener udvalget, at de krav, der må stilles til en tidssvarende og mere effektivt udnyttet hjemmesygeplejeordning på kommunalt plan, kan opfyldes inden for rammerne af den sociale styrelseslov, der bl.a. sigter på et væsentligt udbygget samarbejde mellem kommuner og amtskommuner. I bilag 11 er vist en skitse til den fremtidige opgavefordeling inden for hjemmesygeplejen mellem kommuner, amtskommuner og centrale myndigheder.

De centrale myndigheder - indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen - vil overvejende kun være beskæftiget med opgaver af generel karakter. Navnlig vil planlægningen stille nye og øgede krav til de centrale myndigheder. Amtskommunernes udbygningsplaner skal godkendes og danne grundlag for en egentlig landsplanlægning i sammenhæng med andre sundhedsmæssige opgaver, navnlig sygehusvæsenet. Endelig skal indenrigsministeriet godkende ordningerne i København og på Frederiksberg. En kommende hovedstadsordning kan dog overflødig gøre en særlig godkendelsesordning for disse to kommuner.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat som øverste tilsynsmyndighed efter loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse have pligt til at følge udviklingen og udstede generelle retningslinier og cirkulærer om hjemmesygeplejens udøvelse. Desuden vil sundheds-

styrelsen som hidtil skulle bistå kommuner og amtskommuner med råd og vejledning i konkrete sager samt tilrettelægge og gennemføre kursusvirksomhed på landsplan, f.eks. kurser for amtssundhedsplejersker. For en fuldstændigheds skyld forudsættes det, at sundhedsstyrelsen i overensstemmelse med loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse fortsat skal være rådgivende for indenrigsministeriet og socialministeriet i sager, der kræver lægekyndig og sygeplejefaglig indsigt.

7.3.1. Befolkningsgrundlag og befordring

Hjemmesygeplejeordningen har hidtil, som nævnt i kapitel 2.2.3., været tilrettelagt således, at arbejdet er blevet udført af sygeplejersker, der som regel har virket inden for et geografisk afgrænset distrikt. Befolkningsgrundlaget i distrikterne har normalt været 4.000-5.000 indbyggere i byerne og 2.500-3.000 indbyggere på landet. Det har dog ikke alle steder været muligt at opfylde disse normtal.

Efter den gældende lov ydes der en højere statsrefusion til de ordninger, hvor de godkendende myndigheder har skønnet, at en effektiv ordning kræver, at hjemmesygeplejersken kører i bil. Som hovedregel er en sådan godkendelse blevet begrænset til distrikter med stor geografisk udstrækning, hvilket næsten udelukkende vil sige land-distrikter.

Udvalget mener ikke at kunne tage stilling til ændrede normtal for befolkningsgrundlaget i en sygeplejerskes virksomhedsområde, men skal bemærke, at der ved vurderingen af den fornødne arbejdskraft i højere grad bør tages hensyn til befolkningens aldersmæssige fordeling end til det samlede folketal, jf. kapitel 2.3.2. Samtidig må det fremhæves, at en effektiv hjemmesygeplejeordning i langt højere grad end tidligere vil forudsætte, at sygeplejersken har mulighed for at benytte bil også i bydistrikter. Der tænkes i denne forbindelse på den udvidede brug af hjælpemidler, som sygeplejersken selv medbringer, f.eks. engangsmateriel, samt det øgede antal besøg - også aften- og natbesøg - som skal aflægges, navnlig til det stigende antal ældre patienter, jf. kapitel 2.3.2.

Den særlige godkendelse af hjemmesygeplejerskens benyttelse af bil bør ophæves, da grundlaget for denne ordning i betydelig grad er blevet ændret.

7.3.2. Geografisk afgrænsning

De faste distriktsgrænser har formentlig været et naturligt led i en ordning, hvor der ikke har været krav om faglig ledelse, og hvor behovet og mulighederne for et nærmere samarbejde med andre faggrupper har været begrænsede. Det har dog stedse været en alvorlig ulempe, at de praktiserende lægers patientkredse og hjemmesygeplejerskernes distrikter ikke har været sammenfaldende. Herved har de praktiserende læger været henvist til at samarbejde ofte med mange forskellige sygeplejersker, hvilket gennemgående har medført en for ringe udnyttelse af hjemmesygeplejens muligheder, jf. kapitel 3.2.-4. Denne ulempe understreges yderligere derved, at der tilstræbes et helhedssynspunkt i behandlingen og plejen af patienterne, således at hjemmesygeplejen skal virke i nært samarbejde med en række andre faggrupper og institutioner, foruden de praktiserende læger navnlig sygehuse og faggrupper inden for den sociale forvaltning.

Udvalget foreslår derfor, at arbejdet i de enkelte ordninger så vidt muligt tilrettelægges således, at den enkelte sygeplejerske får sammenfaldende patientkredse med relativt få praktiserende læger, der virker inden for den pågældende kommune. Den nuværende adgang for flere kommuner til at slutte overenskomst om fælles hjemmesygeplejeordning bør dog opretholdes. Udvalget er bekendt med, at socialministeriet i efteråret 1971 har nedsat et udvalg vedrørende den stedlige social- og sundhedstjeneste. Dette udvalg har til opgave at foretage en nærmere belysning af spørgsmålet om det stedlige samarbejde mellem praktiserende læger og social- og sundhedsvæsenet, herunder sygehusvæsenet. Det kan forventes, at udvalget i sit arbejde vil søge at opstille forskellige modeller for det stedlige samarbejde, som vil kunne befordre en løsning med helt eller delvist sammenfaldende patientkredse som skitseret foran.

Det er udvalgets opfattelse, at samarbejdet med de praktiserende læger er en væsentlig forudsætning for en bedre hjemmesygeplejeordning. Derfor bør løsningen på de samarbejdsproblemer, der eksisterer med hensyn til sygehuse, jordemødre, hjemmehjælpere og husmoderafløsere o.s.v., i nogen grad tilpasses den løsning, der lokalt kan blive etableret mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne.

7.3.3. *Placering*

Det har hidtil været almindeligt, at hjemmesygeplejersken arbejder ud fra sit eget hjem. En sådan ordning bidrager til at skabe en følelse af faglig isolation hos den enkelte sygeplejerske.

Det kan derfor anbefales at søge en lokalemæssig tilknytning enten til et eventuelt lægehus eller til kommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning.

Fordelen ved tilknytning til et lægehus vil være de gode muligheder for et snævert samarbejde med de sundhedsmæssige og eventuelt sociale faggrupper. Foruden læger vil sundhedsplejersker, jordemødre, familievejleder og andet socialt servicepersonale som regel have mulighed for at indgå i et sådant samarbejde, jf. kapitel 5.1.2. Hjemmesygeplejersken kan have faste konsultationstider, hvor de mobile patienter kan behandles. Samtidig har hjemmesygeplejersken let adgang til forskellige hjælpemidler, f.eks. journaler og kontormæssig bistand. Ordningen forudsætter en afgrænsning af hjemmesygeplejerskens funktion i forhold til kliniksygeplejerskens. Endvidere må der træffes aftaler mellem kommunen og de praktiserende læger om benyttelse af lægehusets lokaler og kontormæssige faciliteter.

Fordele vil også kunne opnås ved tilknytning til kommunens social- og sundhedsforvaltning, hvor hjemmesygeplejersker vil kunne få lokalefællesskab med sundhedsplejersker, familievejleder og andet socialt servicepersonale. Specielt kan peges på etablering af en særlig afdeling for hjemmeplejen (hjemmesygepleje, hjemmehjælp og husmoderafløsning og evt. andre) f.eks. under en sygeplejerskes ledelse, jf. kapitel 5.3.1.

Derimod vil en eventuel placering af hjemmesygeplejerskerne på sygehusene være af noget begrænset værdi, idet det kun er en mindre del af hjemmesygeplejens patienter, der har været eller som i det hele taget kommer i berøring med sygehusvæsenet, jf. kapitel 3.2.-4. og 7.2.1. Samtidig ville en placering i tilknytning til sygehusvæsenet hæmme kontakten med de øvrige faggrupper, der virker på det lokale plan.

7.4. Depoter

I henhold til indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958 om hjemmesygepleje skal hjemmesygeplejersken kunne disponere over sygeplejerekvisitter (instrumenter, forbindsstoffer, sengeunderlag, rygstøtter m.v.) i det efter et lægeligt skøn fornødne omfang. Indholdet skal svare til de af sundhedsstyrelsen angivne retningslinier, og sygeplejersken er ansvarlig for, at beholdningen til enhver tid er i orden.

Virksomheden er ikke forpligtet til at foretage indkøb til depotet i et omfang, der vil kunne dække patienternes forbrug. Dog er der en stigende tendens til, helt eller delvist, at stille forbindsstoffer og engangsmateriel til rådighed for patienterne. Endvidere indkøber enkelte virksomheder større hjælpemidler ud over de i depotfortegnelsen anførte, såsom hospitalsseng, sengegalge, patientløfter og lign., der således kan rekvireres af sygeplejersken, når der er behov for det.

I medfør af lov nr. 229 af 6. juni 1968 om omsorg for invalide- og folkepensionister pålægges det kommunalbestyrelsen at yde støtte til nødvendige hjælpemidler til disse persongrupper, foruden de tidligere nævnte hjælpemidler eksempelvis urinposer, katetre, bleer, cellostof m.m.

Endvidere forventes, at sygehusvæsenet - for så vidt angår patienter, der udskrives til eget hjem - vil dække udgifter til behandlingsapparat, der antages at have indflydelse på det ved sygehusbehandlingen opnåede resultat, f.eks. kan nævnes gangredskaber, specialseng, iltapparat, respirator eller hjælpemidler til brug for ergoterapi. Udlevering af de nævnte redskaber tænkes at finde sted i tilslutning til patientens udskrivning, og det vil derfor være begrænset, i hvilket omfang hjemmesygeplejedyderne bør indeholde specielle hjælpemidler.

Hjemmesygeplejerskens muligheder for - uanset patientens økonomiske forhold - at anvende de mest hensigtsmæssige hjælpemidler er således bedret betydeligt. Undersøgelsen af hjemmesygeplejerskernes virksomhed tyder dog på, at udlån og brug af hjælpemidler fortsat finder sted i et utilstrækkeligt omfang, jf. kapitel 3.3.3.

Hjælpemiddelspørgsmålet overvejes, for så vidt angår visse hjælpemidler, for tiden af socialreformkommissionen og skal derfor ikke yderligere behandles i denne redegørelse. Det skal dog bemærkes, at gennemførelse af en forsvarlig pleje og behandling af patienter i eget hjem må være, at hjemmesygeplejersken kan disponere over hjælpemidler, såsom forbindsstoffer, engangsmateriel m.m. af samme standard som anvendes på sygehusene.

Endvidere må det være en forudsætning, at sygeplejerekvisitter og andre hjælpemidler kan stilles til rådighed for alle patienter efter behov, således at patienter, der på anden vis kan få støtte hertil, er sikret i den periode, der vil hengå, indtil ansøgningen er bevilget.

Udvalget skal derfor henstille, at der fastsættes bestemmelser om depoter, der i nødvendigt omfang indeholder de sygeplejerekvisitter og hjælpemidler, som hjemmesygeplejersken har brug for i en udvidet hjemmesygepleje, og at transport af større hjælpemidler til og fra patientens hjem varetages af kommunen.

I det omfang, det er nødvendigt at anvende mere specielle hjælpemidler, end den enkelte kommune normalt vil have brug for, kan der peges på muligheden af at oprette en hjælpemiddelcentral i hver amtskommune.

7.5. Personalemæssige forudsætninger for forslagens gennemførelse

7.5.1. Faglig vejledning og koordination

Nogle af de hidtidige mangler i hjemmesygeplejeordningen, der i særlig grad har gjort sig gældende, har været den faglige isolation og den manglende kontakt med andre foranstaltninger inden for det sociale og sundhedsmæssige område.

Amtssundhedsplejerskestillinger er oprettet i samtlige amtskommuner, bortset fra en. Amtssundhedsplejersken vil kunne medvirke til at afhjælpe den manglende kontakt inden for det sundhedsmæssige område ved at udvide de vejledende og koordinerende opgaver inden for hjemmesygeplejen, der de fleste steder allerede påhviler hende, til også at omfatte vejledning af de enkelte hjemmesygeplejersker. Amtssundhedsplejersken bør f.eks. tilrettelægge og gennemføre efteruddannelse, herunder ajourførende kurser, og kontinuerlig personalevejledning samt afholde faglige møder for herved at give hjemmesygeplejerskerne evt. sammen med sundhedsplejerskerne mulighed for at holde deres kundskaber ajour i trit med udviklingen.

I forhold til de enkelte hjemmesygeplejeordninger bør amtssundhedsplejersken stå til rådighed med faglig vejledning samt bistå med tilrettelæggelse og planlægning af de enkelte ordninger i det omfang, der er behov herfor.

Endvidere bør amtssundhedsplejersken medvirke til at etablere den bedst mulige kommunikation mellem hjemmesygeplejen og sygehusene bl.a. ved at anvende rapportssystemer eller anden form for indbyrdes information, jf. kapitel 5. Sammen med embedslægerne og de stedlige lægekredsforeninger bør hun ligeledes søge at effektivisere samarbejdet mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne.

Amtssundhedsplejersken kan således på det amtskommunale plan medvirke til en bedre udnyttelse af de enkelte hjemmesygeplejerskers arbejdskraft, jf. beskrivelsen af amtssundhedsplejerskens opgaver (bilag nr. 11).

En sådan udbygning af amtssundhedsplejerskens funktioner i relation til hjemmesygeplejen vil bevirke, at der til amtssundhedsplejerskeembedet må knyttes en eller flere sygeplejersker, afhængig af de arbejdsopgaver der iøvrigt påhviler amtssundhedsplejersken. I 5 amter er der allerede ansat 1-2 assisterende amtssundhedsplejersker. Da behovet for efteruddannelse, herunder ajourførende uddannelse, af det lokalt ansatte personale, som senere omtalt, er stort, vil det være formålstjenligt, at en af sygeplejerskerne har uddannelse som sygeplejelærer.

Ansættelse i de nævnte stillinger forudsætter ifølge den hidtidige praksis, at pågældende har gennemgået mindst 1. del af uddannelsen ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole eller tilsvarende uddannelse, eventuelt gennemgået i udlandet.

Faglig ledelse af hjemmesygeplejen på primærkommunalt plan vil også være nødvendig. Den faglige leders opgave vil være at tilrettelægge og fordele arbejdet mellem sygeplejerskerne, sørge for afløsning m.v. samt yde vejledning af og rådgivning til disse. Endvidere bør hun medvirke til at etablere det snærest mulige samarbejde mellem hjemmesygeplejerskerne og andre faggrupper inden for den sociale og sundhedsmæssige service, først og fremmest hjemmehjælpere, husmoderafløsere og de foreslåede omsorgsassistenten samt praktiserende læger og jordemødre med fl. Endelig vil det i mange tilfælde være praktisk, at hun tillige formidler kontakten mellem

sygehusene og hjemmesygeplejen, ligesom hun vil kunne vejlede kommunerne med hensyn til indkøb og tilsyn med depot.

Hvorvidt der vil være behov for en heltidsbeskæftiget faglig leder, eller en af sygeplejerskerne kan varetage ledelsesfunktionerne ved siden af det almindelige arbejde, vil afhænge af de lokale forhold. Ved afgørelsen af dette spørgsmål bør det overvejes, om de ledende funktioner alene skal omfatte hjemmesygeplejen, eller det vil være hensigtsmæssigt at samle hjemmeplejen (d.v.s. hjemmesygeplejen, husmoderafløsningen og hjemmehjælpen) f.eks. under en sygeplejefaglig ledelse, som det er tilfældet på Frederiksberg og i Hjørring, jf. kapitel 5.3.1.

Som følge af den nære relation mellem hjemmesygeplejen og sundhedsplejen og for at opnå et så nært samarbejde som muligt inden for disse grene af sygeplejen kan udvalget, som en anden mulighed, foreslå en fælles faglig ledelse af hjemmesygeplejen og sundhedsplejen i lighed med den, der f.eks. findes i Odense kommune.

Sygeplejersker, der ansættes i stillinger af denne art, må have gennemgået 1. del af uddannelsen ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole. I de kommuner, hvor stillingen omfatter ledelse af et større personale og/eller flere personalegrupper, bør sygeplejersken tillige have gennemgået 2. del. Denne del af uddannelsen omfatter bl.a. administration og undervisning med henblik på højere administrative og undervisende stillinger inden for syge- og sundhedsplejen.

7.4.2. Efteruddannelse af det ansatte personale

Udvalgets forslag om en hjemmesygepleje integreret i den fremtidige primære sundheds- og socialtjeneste vil indebære, at hjemmesygeplejerskerne kommer til at spille en mere aktiv rolle end hidtil og til i større udstrækning at medvirke i samarbejdet med læger og andre personalegrupper inden for sundheds- og socialvæsenet med det formål at opnå en effektiv udnyttelse af de lægevidenskabelige fremskridt m.v.

Fremtidig må hjemmesygeplejerskerne endvidere medvirke ved undervisningen af sygeplejeelever og andre elever under sundhedsvæsenet.

En forudsætning for, at hjemmesygeplejerskerne kan påtage sig disse opgaver, vil være, at de allerede ansatte hjemmesygeplejersker får adgang til efteruddannelse, og at der fremtidig bliver givet kontinuerlig personalevejledning, samt at der for nogle af hjemmesygeplejerskerne, der skal påtage sig særlige opgaver, afholdes kompletteringskursus - en kombineret efteruddannelse og lederuddannelse.

Hvad angår behovet for efteruddannelse kan man henvise til, som omtalt i kapitel 4.3., at 92% af hjemmesygeplejerskerne er autoriserede før 1961 og derfor har en grundlæggende faglig viden af yderst forskelligt indhold, at 27% af personalet er uden erfaring inden for visse grene af sygeplejen af betydning for arbejdet, at 16% af sygeplejerskerne har været borte fra sygeplejen i 2 til 4 år og 22% i 5 år og derved fra autorisationsåret og indtil ansættelse i nuværende stilling, og endelig at ajourførende uddannelser kun har været givet i meget begrænset udstrækning.

Enkelte steder er der, som tidligere nævnt etableret forskellige ajourførende kurser for hjemmesygeplejersker, eksempelvis omfattende 60 timer med fire hovedemner: 1) gruppetræning, 2) sociallovgivning, 3) syge- og sundhedspleje og 4) hjemme-

sygeplejerskens placering i storkommunen, herunder samarbejdet med de sundhedsmæssige og sociale instanser.

Udvalget skal under henvisning til ovenstående foreslå, at der i de enkelte amter tilrettelægges en *systematisk efteruddannelse* for allerede ansatte hjemmesygeplejersker i form af et ajourførende kursus af mindst 2 ugers varighed.

Kontinuerlig personalevejledning. Inden for hjemmesygeplejen vil der ligesom inden for anden virksomhed være et kontinuerligt behov for en systematisk tilrettelagt personalevejledning, herunder en løbende ajourføring af faglig viden og instruktion vedrørende nye behandlings- og arbejdsmetoder.

Som et fast led i personalevejledningen bør der indgå et *introduktionsprogram* for nyansatte sygeplejersker. Disse har brug for vejledning om, hvorledes den praktiske anvendelse af principperne for patientbehandling og -pleje kan udføres i hjemmene. Vejledningen skal tillige give den nyansatte forståelse af den primære sundheds- og socialtjeneste som led i den samlede patientbehandling, samt omfatte orientering om samarbejdets tilrettelæggelse med andre medicinske og sociale faggrupper i området.

Den teoretiske del af introduktionsprogrammet foreslås varetaget af amtssundhedsplejerskeembedet, medens den praktiske indføring i arbejdet bedst kan foregå på lokalt plan i ansættelseskommunen.

Komplet teringskursus. Formålet med komplet teringskursus er at forberede nogle hjemmesygeplejersker til undervisende og ledende opgaver, f.eks. introducere nyansatte i arbejdet, medvirke ved uddannelsen af sygeplejeelever og andet personale og som evt. deltidsbeskæftiget leder være bindeled mellem den lokale hjemmesygepleje-ordning og den sygepleje faglige rådgiver på det amtskommunale plan.

Kompletteringskursus - en kombination af efteruddannelse og lederuddannelse - foreslås tilrettelagt for hjemmesygeplejersker, der ikke har mulighed for optagelse på Danmarks Sygeplejerskehøjskole med henblik på at gennemgå en videregående uddannelse, i lighed med det kompletteringskursus af ca. 3 måneders varighed, der afholdes for afdelingssygeplejersker og 1. assistenter efter de i indenrigsministeriets cirkulære af 25. september 1970 givne retningslinier. Uddannelsens indhold vil med enkelte modifikationer også være velegnet for undervisning af hjemmesygeplejersker.

Ansættelse af sygeplejersker i hjemmesygeplejen. I betragtning af de opgaver, der fremtidig forventes varetaget i den primære sundheds- og socialtjeneste, bør der ved ansættelse som hjemmesygeplejerske - uanset det nævnte introduktionsprogram for nyansatte sygeplejersker - kræves 1/2-1 års erfaring i praktisk sygeplejerskearbejde efter opnået autorisation, fortrinsvis erfaring inden for langtidsmedicinsk og psykiatrisk sygepleje. I de tilfælde, hvor ansøgeren i længere tid ikke har virket som sygeplejerske, bør hun før ansættelse som hjemmesygeplejerske få erfaring af den omtalte art.

Ved besættelse af hjemmesygeplejerskestillinger bør der derfor foretages en faglig vurdering af ansøgerens uddannelses- og erfaringsmæssige kvalifikationer, bl.a. bør der som nævnt lægges vægt på et godt kendskab til såvel langtidsmedicinsk som psykiatrisk sygepleje.

Udvalget skal foreslå at amtssundhedsplejersken, som en af sine rådgivende funk-

tioner, yder bistand ved den faglige vurdering, således at der ved ansættelsen kan tages hensyn til de forannævnte synspunkter.

7.6. Forslagets økonomiske konsekvenser

7.6.1. Udgifter til personale og uddannelse

Udvalget har ikke med de fremlagte forslag sigtet mod en forøgelse af det samlede antal udøvende hjemmesygeplejersker på indeværende tidspunkt. Derimod betyder forslaget om at ansætte en sygeplejerske som koordinator ved den enkelte sygehuskommune, jf. 7.2.2., forøgede udgifter, der kan anslås til 960.000 kr. årligt (16 stillinger à 60.000 kr.). Udgifterne til ansættelse af yderligere 1-2 sygeplejersker i hver amtskommune til styrkelse af amtssundhedsplejerskens funktioner, jf. 7.5.1., kan anslås til maksimalt 1.500.000 kr. årligt (25 stillinger à 60.000 kr.).

Gennemførelse af kompletteringskurser i de enkelte amtskommuner samt Københavns og Frederiksberg kommuner for kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker, jf. 7.5.2., vil medføre merudgifter, der kan anslås til ca. 1.600.000 kr. (16 kurser à 100.000 kr.). Hertil kommer udgifterne til vikarer for de deltagende sygeplejersker. Det forudsættes, at der i kurserne vil deltage gennemsnitlig 1 sygeplejerske fra hver kommune, og at kurset har en varighed af 3 måneder. Udgifterne til afløsning kan anslås til 3.047.000 kr. (277 sygeplejersker à 11.000 kr.).

Udgifterne til de foreslåede efteruddannelseskurser for kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker, jf. 7.5.2., kan anslås til ca. 960.000 kr. (80 kurser à 12.000 kr.). Hertil kommer udgifterne til vikarer for de deltagende sygeplejersker, der kan anslås til 3.400.000 kr. (2.000 sygeplejersker à 1.700 kr.). Kurserne forudsættes at være af 2 ugers varighed.

Sammenfatning

Årlige merudgifter til personale ved amtskommunerne:

- | | |
|---|----------------------|
| 1) Ansættelse af en koordinerende sygeplejerske ved hver sygehuskommune | 960.000 kr. |
| 2) Ansættelse af sygeplejersker ved amtssundhedsplejerskens kontorer | 1.500.000 kr. |
| 1-2 ialt | 2.460.000 kr. |

Merudgifter til uddannelse af kommunalt ansatte sygeplejersker:

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 3) Kompletteringskurser | 1.600.000 kr. |
| Vikarudgifter | 3.047.000 kr. |
| 4) Efteruddannelseskurser | 960.000 kr. |
| Vikarudgifter | <u>3.400.000 kr.</u> |
| 3-4 ialt | 9.007.000 kr. |

Det bemærkes, at de under 3-4 nævnte uddannelsesudgifter vil være engangsudgifter og må påregnes afholdt over en længere periode end 1 år. Der vil dog også for fremtiden være behov for at afholde lignende kurser i et vist omfang. Udgifterne hertil kan ikke anslås.

1.6.2. Andre Udgifter

Udover de under 7.6.1. nævnte udgifter vil udvalgets forslag indebære andre merudgifter, hvis nærmere omfang det ikke vil være muligt at anslå på grund af den nøje sammenhæng med de lokale forhold. Her tænkes på udgifterne til ansættelse af ledende hjemmesygeplejersker samt vederlag til sygeplejerske med ledende funktioner i kommuner, hvor der ikke vil være behov for en heltidsbeskæftiget ledende hjemmesygeplejerske. Endvidere udgifter ved etablering af en lokalemæssig tilknytning for hjemmesygeplejerskerne enten til lægehuse eller til kommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning. En udbygning af depotbeholdningerne vil ligeledes indebære merudgifter for kommunerne.

For amtskommunerne vil der i forbindelse med ansættelse af sygeplejersker ved amtssundhedsplejerskens kontor og sygehusvæsenet opstå merudgifter til lokaler og kontorhold. Evt. oprettelse af regionaldepoter for visse hjælpemidler vil ligeledes indebære merudgifter.

For statens vedkommende vil krav om videregående uddannelse for de sygeplejersker, der ansættes i ledende stillinger i de enkelte kommuner og ved amtssundhedsplejerskens kontor, nødvendiggøre en udvidelse af kapaciteten på Danmarks Sygeplejerskehøjskole og dermed visse merudgifter.

Lov nr. 79 af 29. marts 1957.

Lov om hjemmesygepleje.

Vi Frederik den Niende, af Guds Nåde Konge til Danmark, de Venders og Goters, Hertug til Slesvig, Holsten, Stonnarn, Ditmarsken, Lauenborg og Oldenburg,

Gør vitterligt: Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1.

Det påhviler enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for, at der til enhver tid findes en forsvarlig hjemmesygeplejeordning i kommunen, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje efter lægehenviisning.

Flere kommuner kan slutte overenskomst om en fælles hjemmesygeplejeordning.

Administrationen af hjemmesygeplejen vil kunne overlades til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser, menighedsplejer eller lignende.

§ 2.

Hjemmesygeplejeordningen skal godkendes for sognekommunernes vedkommende af amtsrådet, for de andre kommuners vedkommende af indenrigsministeren.

For at ordningen kan godkendes, vil det være et vilkår, at der til den egentlige sygepleje kun anvendes statsautoriserede sygeplejersker. Fra dette krav vil der dog i ganske særlige tilfælde kunne meddeles dispensation af sundhedsstyrelsen.

Ved godkendelsen påhviler det de i stk. 1 nævnte myndigheder at påse, at ordningen er rationelt tilrettelagt under hensyn til distriktets størrelse og befolkningstæthed, og, hvis dette ikke er tilfældet, ved forhandling med de interesserede parter at søge manglerne afhjulpet.

Embedslægen udøver på de godkendende myndigheders vegne tilsyn med hjemmesygeplejen.

§ 3.

Socialministeren fastsætter efter forhandling med indenrigsministeren nærmere bestemmelser vedrørende sygekassernes beta-

ling for hjemmesygepleje til kassernes nydende medlemmer.

Af personer, der ikke gennem medlemskab af en hjemmesygeplejeforening eller sygekasse har sikret sig ret til hjemmesygepleje, vil der, bortset fra trangstilfælde, jfr. lov om offentlig forsorg § 274, kunne kræves en særlig betaling for ydelse af hjemmesygepleje. Størrelsen af den omhandlede betaling samt medlemskontingenterne til hjemmesygeplejeforeningerne vil være at godkende af de i § 2 nævnte myndigheder.

§ 4.

Af kommunens udgifter til hjemmesygepleje er $\frac{4}{10}$ genstand for mellemkommunal refusion efter reglerne i lov om offentlig forsorg, medens $\frac{3}{10}$ refunderes af den fælleskommunale udligningsfond i overensstemmelse med de i lov nr. 100 af 14. april 1937 om en fælleskommunal udligningsfond fastsatte regler, som ændret senest ved lov nr. 82 af 28. marts 1956.

Ved opgørelsen af kommunens refusionsberettigede udgifter bortses fra eventuelle udgifter til hjemmesygeplejerskens befordring med motorkøretøj. Til refusion vil højst kunne anmeldes et beløb svarende til 2 kr. 50 øre pr. indbygger i kommunen ved sidste almindelige folketælling.

Såfremt de i § 2 omhandlede godkendende myndigheder skønner, at det for opnåelse af en effektiv hjemmesygeplejeordning vil være nødvendigt, at der stilles motorkøretøj til rådighed for hjemmesygeplejersken, vil de hermed forbundne udgifter kunne tillades medtaget ved opgørelsen af kommunens refusionsberettigede ud-

gifter. Til refusion vil dog i alt højest kunne **anmeldes** et beløb svarende til 4 kr. 50 øre pr. indbygger i kommunen.

Indenrigsministeren kan efter forhandling med folketingets finansudvalg forhøje eller nedsætte de maksimale refusionsbeløb, såfremt der måtte indtræde ændringer med hensyn til kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen.

§ 5.

Regnskaberne over kommunernes udgifter vedrørende hjemmesygeplejen revideres i overensstemmelse med reglerne i lov om offentlig forsorg, og udgifterne opføres til refusion i forbindelse med de sociale regnskaber, jfr. § 82 og §§ 75—78 i lov om offentlig forsorg.

§ 6.

I tilfælde, hvor kommunens udgifter til hjemmesygepleje af særlige grunde, såsom

kommunens isolerede beliggenhed eller store geografiske udstrækning i forbindelse med spredt bebyggelse eller lignende forhold, væsentligt overstiger den refusionsberettigede udgift i henhold til § 4, kan der efter nærmere af indenrigsministeren efter forhandling med folketingets finansudvalg fastsætte bestemmelser ydes vedkommende kommune et særligt statstilskud.

§ 7.

Indenrigsministeren fastsætter de nærmere regler vedrørende lovens gennemførelse.

Denne lov, der ikke gælder for Færøerne og Grønland, træder i kraft den 1. april 1957.

Samtidig ophæves § 33 og § 274, stk. 2—4, i lov om offentlig forsorg, og i § 274, stk.], udgår ordene „, jfr. § 33“.

Givet på Amalienborg, den 29. marts 1957.

Under Vor Kongelige Hånd og Segl.

Frederik R.

Carl Petersen.

Indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958
om hjemmesygepleje

socialministeriets cirkulære af s. d.
om de anerkendte sygekassers ydelse
af hjemmesygepleje.

Indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958.

Cirkulære om hjemmesygepleje.

(Til Københavns magistrat, samtlige amtmænd og kommunalbestyrelser).

Fra den 1. april 1957 er den nye lov om hjemmesygepleje — lov nr. 79 af 29. marts 1957., der er optrykt som bilag 1 til nærværende cirkulære — trådt i kraft. Den nye lov medfører på flere områder betydningsfulde ændringer i forhold til den hidtil gældende ordning. Man har derfor fundet det hensigtsmæssigt ved nærværende cirkulære — samtidig med at der i medfør af lovens § 7 fastsættes nærmere regler vedrørende lovens gennemførelse — at give en mere almindelig redegørelse for de retningslinjer, efter hvilke den nye lov forudsætter hjemmesygeplejen tilrettelagt og administreret.

1. Lovens område.

Hjemmesygepleje i lovens forstand er pleje af syge i hjemmet, udført af hjemmesygeplejersker.

Hjemmesygeplejersken skal være statsautoriseret sygeplejerske og må kun tage patienter i pleje efter lægehenviisning. Det er hjemmesygeplejersken forbudt at ændre den af en læge ordinerede behandling, jfr. § 5, stk. 2, i lov nr. 127 af 25. maj 1956 om sygeplejersker.

Indtil 1. april 1957 fandtes følgende lovregler om hjemmesygepleje:

Lov om offentlig forsorg § 33, hvorefter det påhvilede enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for en forsvarlig ordning af sygeplejen i kommunen. Som følge af bestemmelsens placering i forsorgsloven har man opfattet forpligtelsen som kun omfattende sygepleje til trængende; ydelse af hjemmesygepleje til disse vil normalt ikke nødvendiggøre ansættelse af en fast sygeplejerske, og i et større antal kommuner er der derfor ikke blevet etableret nogen egentlig hjemmesygeplejeordning.

Lov om offentlig forsorg § 274, der indeholdt de nærmere bestemmelser for ydelsen af kommunal sygepleje, herunder størrelsen af de udgiftsbeløb, der af kommunerne kunne anmeldes til mellemkommunal refusion.

Lov om folkeforsikring § 22, stk. 1, nr. 10, hvorefter der i en sygekasses vedtægt kunne træffes bestemmelse om, at kassen ydede hjemmesygepleje til de nydende medlemmer efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, jfr. bekendtgørelse nr. 162 af 12. maj 1934.

Ved den nye hjemmesygeplejelovs § 8 er de tidligere gældende bestemmelser om kommunal sygepleje i forsorgslovens §§ 33 og 274, stk. 2-4, ophævet, således at den kommunale sygepleje nu alene kan ydes efter bestemmelserne i loven om hjemmesygepleje. Forsorgslovens § 274, stk. 1, hvorefter det sociale udvalg er forpligtet til i trangstilfælde efter en læges rekvisition at yde kommunal sygepleje, er ikke ophævet ved loven om hjemmesygepleje. Bestemmelsen har imidlertid ikke længere selvstændig betydning, ej heller i refusionsmæssig henseende, men tilsigter fremtidig alene at understrege, at der ikke kan afkræves trængende betaling for kommunal sygepleje, jfr. hjemmesygeplejelovens § 3, stk. 2, og nedenfor under IV. 6 og V. 3.

Bestemmelsen i folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 10, er ophævet ved lov nr. 80 af 29. marts 1957 (bilag 4) og erstattet med en tilføjelse til § 18, stk. 1, hvorved der pålægges sygekasserne pligt til at yde fri hjemmesygepleje til nydende medlemmer, der ikke på anden måde vederlagsfrit er sikret sådan hjælp, jfr. nærmere nedenfor under V. 1.

//. Kommunernes pligt til at opretholde en hjemmesygeplejeordning.

Ved lovens § 1 pålægges der enhver kommunalbestyrelse pligt til at drage omsorg for, at der til enhver tid findes en *forsvarlig hjemmesygeplejeordning i kommunen, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje efter lægehenvi-
sning.*

Kommunernes pligt vil altså ikke længere være opfyldt ved, at der tilvejebringes en mulighed for ydelse af hjemmesygepleje til trængende, og det er heller ikke tilstrækkeligt, at kommunen giver tilskud til en forening eller sygekasse, der yder hjemmesygepleje til medlemmer.

Efter den nye lov er hjemmesygeplejen i princippet en kommunal foranstaltning, og det påhviler derfor kommunalbestyrelsen at drage omsorg for, at hjemmesygeplejeordningen er tilrettelagt eller udbygget således, at hjemmesygepleje efter lægehenvi-
sning kan ydes enhver af kommunens indbyggere uanset økonomiske forhold. Det er en konsekvens af denne grundlæggende ændring, at hjemmesygeplejens forhold nu er reguleret i en særlig under indenrigsministeriet sorterende lov, idet det derved er understreget, at hjemmesygeplejen, der — for-
svarligt organiseret — i vidt omfang vil kunne aflaste sygehusvæsenet og de praktiserende læger, naturligt må *placeres som et led i det almindelige sundhedsvæsen,*

Loven er som nævnt trådt i kraft den 1. april 1957, og det påhviler derfor samtlige kommunalbestyrelser *snarest muligt* at udarbejde og *inden den 1. oktober 1958* til den godkendende myndighed, jfr. afsnit III, at indsende en plan for hjemmesygeplejeordningen i kommunen. Dette gælder såvel kommuner, der hidtil overhovedet ingen hjemmesygeplejeordning har haft, som kommuner, der i forvejen har en hjemmesygeplejeordning, der helt eller kun delvis opfylder den nye lovs krav, jfr. nedenfor under III. om fornyet godkendelse af allerede godkendte ordninger.

Ved udarbejdelsen af denne plan bør kommunalbestyrelsen søge bistand hos kredslægen. I planen bør det være angivet, hvorledes de nedenfor under IV. angivne krav til hjemmesygeplejeordningen vil blive opfyldt, og kommunalbestyrelsen bør ved planens indsendelse til godkendelse udtale

sig om, til hvilket tidspunkt ordningen i henhold til planen vil kunne sættes i kraft.

Om det nærmere indhold af planen henvises til den i bilag 2 angivne oversigt.

I forbindelse med afgørelsen af spørgsmålet om ordningens godkendelse tager amtsrådet stilling til, fra hvilket tidspunkt ordningen skal indføres i kommunen.

For kommuner, der hidtil ingen hjemmesygeplejeordning har haft, bør etableringen af en ordning, der fuldt ud opfylder den nye lovs krav, søges gennemført snarest, og så vidt muligt senest den *1. april 1959.*

For kommuner, i hvilke der pr. 31. marts 1957 fandtes en hjemmesygeplejeordning, vil fristen for en udbygning af denne ordning, således at den fuldt ud opfylder den nye lovs krav, i almindelighed ikke kunne sættes senere end *1. april 1959.*

Såfremt ganske særlige vanskeligheder i forbindelse med etableringen eller udbygningen godtgøres at foreligge, vil fristen dog i fornøden udstrækning kunne forlænges, men dog aldrig ud over 1. april 1962.

En hjemmesygeplejeordning vil kunne etableres i samarbejde mellem flere kommuner, jfr. § 1, stk. 2; dette vil navnlig have betydning, hvor en rationel distriktsinddeling ellers ikke vil kunne opnås, jfr. nærmere nedenfor under IV. 3.

I henhold til § 1, stk. 3, kan *administrationen af hjemmesygeplejen* overlades til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser, menighedsplejer eller lignende, og hjemmesygeplejen kan således fortsat drives under en af de nu kendte 4 organisationsformer:

- 1) Hjemmesygeplejeforeninger (herunder menighedsplejer) uden samarbejde med sygekasser.
- 2) Hjemmesygeplejeforeninger i samarbejde med sygekasser.
- 3) Sygekasser med selvstændig hjemmesygepleje.
- 4) Rent kommunal hjemmesygepleje.

Uanset hvilken af disse administrationsformer der vælges, må adgangen til hjemmesygepleje som nævnt stå åben for *alle* kommunens indbyggere uanset medlemsskab af hjemmesygeplejeforening eller sygekasse og uanset indkomstforhold, og kommunalbestyrelsen har ansvaret for hjemmesygeplejeordningens tilrettelæggelse og gennemførelse.

Hvor flere kommuner i henhold til § 1, stk. 2, slutter overenskomst om en fælles hjemmesygeplejeordning, vil det være hensigtsmæssigt, at der i aftalen optages nærmere bestemmelser om ordningens administration, der f. eks. kan henlægges til et fællesudvalg med repræsentanter for kommunerne og eventuelle øvrige deltagende parter.

Man skal pege på det ønskelige i, at der skabes *kontakt mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen*, jfr. lov nr. 234 af 7. juni 1952, i de kommuner, hvor husmoderafløsning er indført. Det vil derved kunne muliggøres, at hjemmesygeplejersken kan hellige sig det for hende centrale arbejde, nemlig omsorgen for og plejen af syge. I jvn om husmoderafløsning er der hjemmel for, at administrationen af denne kan overlades til en privat eller offentlig institution, og grundlaget for etablering af en fælles administration for de 2 institutioner er således til stede. Selv om der ikke etableres sådant fællesskab, er det dog under alle omstændigheder ønskeligt, at der etableres et samarbejde og en hensigtsmæssig koordination mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen.

///. Godkendelse og tilsyn.

I henhold til § 2, stk. 1, skal hjemmesygeplejeordningen godkendes for sognekommunernes vedkommende af amtsrådet, for de andre kommuners vedkommende af indenrigsministeriet.

Da den nye lov i konsekvens af, at ordningerne nu skal omfatte alle kommunens indbyggere, lægger væsentlig større vægt end de tidligere gældende regler på ordningernes rationelle tilrettelæggelse, jfr. nærmere nedenfor under IV. 3, er det nødvendigt, at *også alle allerede godkendte hjemmesygeplejeordninger inden 1. oktober 1958 på ny forelægges til godkendelse*.

Ved behandlingen af godkendelsesspørgsmålet vil det være nødvendigt, at amtsrådene *tager amtslægen med på råd*, og det vil endvidere være hensigtsmæssigt, at amtsrådene søger kontakt med de lokale amtsforeninger under Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksohmheder for at drage nytte

af den erfaring, som disse foreninger repræsenterer.

For så vidt angår de hjemmesygeplejeordninger, der i henhold til hjemmesygeplejelovens § 2, stk. 2, skal godkendes af indenrigsministeren, må der ved ansøgningens indsendelse til ministeriet vedlægges en udtalelse fra vedkommende kreds-læge.

I henhold til § 2, stk. 4, udøver kreds-lægen på de godkendende myndigheds vegne *tilsyn med hjemmesygeplejen*. Man anmoder derfor kommunalbestyrelserne om at drage omsorg for, at kredslægen underrettes om skifter i stillingerne som hjemmesygeplejerske, om hendes bopælsforandringer og om antagelse af afløser under ferie og sygdom m. v.

IV. Kravene til en hjemmesygeplejeordning.

Det påhviler de godkendende myndigheder og den tilsynsførende kredslæge at påse, at hjemmesygeplejeordningen opfylder de nedenfor under 1-7 nærmere opstillede krav.

1. Autorisation.

Ifølge § 2, stk. 2, er det for godkendelse af en hjemmesygeplejeordning et vilkår, at *der til den egentlige sygepleje kun anvendes statsautoriserede sygeplejersker*, jfr. lov nr. 127 af 25. maj 1956 om sygeplejersker.

Fra dette krav vil der dog i ganske særlige tilfælde kunne meddeles dispensation af sundhedsstyrelsen; dispensation vil navnlig kunne tænkes meddelt i en overgangsperiode for de ret fåtallige ikke-autoriserede sygeplejersker, der i dag beskæftiges ved hjemmesygeplejen, samt fremover i specielle tilfælde, hvor forholdene (f. eks. på mindre øer) gør det vanskeligt at få autorisationsvilkåret opfyldt.

I lov om offentlig forsorg § 274, stk. 3, var det med hensyn til kommunal sygepleje bestemt, at kravet om sygeplejerskeuddannelse kunne frafaldes ved normalt forløbende fødsler og i øvrigt i de tilfælde, hvor lægen billigede det. Efter ophævelsen af denne bestemmelse må det være reglen, at ydelse af hjemmesygepleje også ved normalt forløbende fødsler kun kan udføres af autoriserede sygeplejersker.

2. Tuberkulosekontrol.

Af den ansættende myndighed, sygekasse eller forening må det overfor hjemmesygeplejersken opstilles som et krav, at hun mindst 1 gang om året underkaster sig kontrol for tuberkulose. Hvis undersøgelsen viser negativ reaktion, tilrådes calmettevaccination. Der må endvidere være truffet en ordning, hvorefter hjemmesygeplejersker, der besøger tuberkuloseramte hjem, underkastes den fornødne yderligere kontrol efter nærmere aftale med vedkommende tuberkulosestation.

3. Distrikternes størrelse.

I den til grund for loven liggende udvalgsbetænkning er der redegjort for, hvorledes den omstændighed, at hjemmesygeplejen i de allerfleste tilfælde er opstået på privat lokalt initiativ, udenfor byerne har ført til, at der i mange tilfælde består en uhensigtsmæssig inddeling i distrikter, der som oftest svarer til en kommunes eller et enkelt sogns område. Distrikternes heraf følgende meget forskellige størrelse i henseende til såvel udstrækning som indbyggertal bevirker, at der forekommer både tilfælde, hvor hjemmesygeplejerskens arbejdskraft ikke er fuldt udnyttet, og tilfælde, hvor hun på grund af distriktets meget store udstrækning ikke er i stand til at yde en effektiv hjemmesygepleje til samtlige distriktets indbyggere.

En af den nye lovs mest centrale bestemmelser er derfor § 2, stk. 3, hvorefter det påhviler de godkendende myndigheder at påse, at hjemmesygeplejeordningen er rationelt tilrettelagt under hensyn til distriktets størrelse og befolkningstæthed, og, hvis dette ikke er tilfældet, *ved forhandling med de interesserede parter at søge manglerne afhjulpet*.

På grundlag af en række foretagne undersøgelser må det antages, at en hjemmesygeplejerske i byerne, hvor transportspørgsmålet i almindelighed ikke volder vanskeligheder, normalt vil kunne overkomme et distrikt på 4 000-5 000 indbyggere; *på landet vil hun normalt kunne overkomme et distrikt på 2 500-3 000 indbyggere, dog kun under forudsætning af, at der stilles motorkøretøj til hendes rådighed*.

På landet vil det i de fleste tilfælde for at nå op på distrikter af denne optimale størrelse være nødvendigt, at der etableres *et samarbejde mellem flere kommuner om en fælles hjemmesygeplejeordning*.

Da det efter indenrigsministeriets skøn er af afgørende vigtighed for hjemmesygeplejens fremtidige udvikling, at ordningerne tilrettelægges rationelt navnlig i henseende til distrikternes størrelse og med hensyn til fuld udnyttelse af hjemmesygeplejerskens arbejdskraft — eventuelt ved at der er motorkøretøj til rådighed for hende — skal man henstille til amtsrådene under godkendelsessagernes behandling at gøre en *aktiv indsats* for ved forhandling med kommunerne at søge opnået distrikter på 2 500-3 000 indbyggere, således at der samtidig stilles motorkøretøj til rådighed for hjemmesygeplejersken. Man henleder i denne forbindelse opmærksomheden på, at de nedenfor under V. 3. omtalte refusionsberettigende udgiftsbeløb er fastsat på grundlag af en beregning af kommunernes gennemsnitlige udgifter til hjemmesygepleje i distrikter af netop denne optimale størrelse, således at refusionsbestemmelserne i sig selv må forudsættes at indeholde et incitament til at gennemføre den ønskelige rationelle distriktsinddeling.

Man er dog opmærksom på — og dette spørgsmål blev under folketingets behandling af lovforslaget udtrykkeligt fremdraget — at sammenlægninger og omlægninger af de eksisterende distrikter i adskillige tilfælde vil støde på vanskeligheder som følge af det *personlige hensyn*, der naturligt må vises de allerede ansatte hjemmesygeplejersker. I visse tilfælde vil vanskelighederne formentlig kunne løses ved, at en hjemmesygeplejerske, hvis distrikt sammenlægges med et andet, kan anvises og er indforstået med at overtage en stilling i et nyoprettet distrikt, men i adskillige andre tilfælde vil en sådan løsning næppe være mulig. Man forudsætter, at amtsrådene ved ordningernes tilrettelæggelse tillægger de heromtalte menneskelige hensyn rimelig vægt, uanset om dette måtte medføre, at en rationel distriktsinddeling i nogle tilfælde først vil kunne opnås i forbindelse med den pågældende sygeplejerskes afgang på grund af alder. I sådanne tilfælde må kommunalbestyrelsen i god tid inden sygeplejerskens afgang og an-

tageisen af en ny sygeplejerske forhandle med kredslægen om muligheden for, at distriktet omlægges, og der bør såvidt muligt allerede ved planens godkendelse foreligge oplysninger om, hvilke muligheder der måtte foreligge for en omlægning af arbejdet ved en eventuel ledighed i stillingen som hjemmesygeplejerske.

Det er for tiden genstand for undersøgelse, hvorvidt og efter hvilke retningslinier der måtte kunne gennemføres en *kombination af hjemmesygepleje og sundhedspleje* (spædbørns- og skole-), således at begge funktioner varetages af samme person.

Kombinationen vil være forbundet med visse praktiske vanskeligheder, bl. a. som følge af at sundhedsplejerskerne efter de gældende regler skal opfylde særlige uddannelseskrav, som de i virksomhed værende hjemmesygeplejersker almindeligvis ikke opfylder. Under hensyn til, at der i det hele taget på dette område savnes et praktisk erfaringsmateriale, er en forsøgsordning iværksat under sundhedsstyrelsens tilsyn. Efter forsøgets afslutning og efter en bearbejdelse af forsøgs materialet vil der kunne tages stilling til, i hvilket omfang en kombination af hjemmesygepleje og sundhedspleje kan tilrådes.

4. Afløsningsordning.

Det må påses, at der ved hjemmesygeplejeordningens tilrettelæggelse er lagt planer med henblik på en forsvarlig løsning af spørgsmålet om afløsning for hjemmesygeplejersken på fridage og under ferier og sygdom.

I de tilfælde, hvor der ansættes en ledende hjemmesygeplejerske, vil det være naturligt, at hun bistår med administrationen af afløsningsordningen, jfr. nedenfor under 8.

5. Beholdning af sygeplejerekvisitter.

Det må ved de af kredslægen foretagne tilsyn konstateres, at hjemmesygeplejersken til stadighed disponerer over sygeplejerekvisitter (instrumenter, forbindsstoffer, sengeunderlag, rygstøtter m. v.) i det efter et tægeligt skøn fornødne omfang.

Det er i øvrigt sundhedsstyrelsens agt at søge udarbejdet og udsendt nærmere retningslinier for, hvad en hjemmesygeplejerskes depot normalt bør omfatte.

Det bemærkes i denne forbindelse, at den hidtil i henhold til bekendtgørelse nr. 196 af 23. juni 1925 gældende adgang til efter andragende at yde statstilskud til hjemmesygepleje virksomheder til anskaffelse af sygeplejerekvisitter er bortfaldet, for så vidt angår anskaffelser, der er foretaget efter 1. april 1957.

6. Betaling for ydelse af hjemmesygepleje.

I § 3, stk. 2, bestemmes, at amtsrådene og for købstadkommunernes vedkommende indenrigsministeriet skal godkende medlemskontingenterne til hjemmesygeplejeforeningerne samt den betaling, der — bortset fra trangstilfælde — kan kræves af personer, der ikke gennem medlemskab af en hjemmesygeplejeforening eller sygekasse har sikret sig ret til hjemmesygepleje.

Der vil intet være til hinder for, at ordningen tilrettelægges således, at der ydes gratis hjemmesygepleje til alle kommunens indbyggere uanset disses indtægtsforhold; hvor der gennemføres rent kommunal hjemmesygepleje vil dette — som nu — formentlig blive tilfældet.

Efter de for indenrigsministeriet foreliggende oplysninger vil det — hvor ikke særlige lokale forhold gør sig gældende — for tiden være rimeligt, at medlemskontingenterne til hjemmesygeplejeforeningerne fastsættes til 12 kr. pr. husstand (ægtefæller med hjemmeværende børn under 15 år) og for enkeltpersoner til 6 kr. om året.

Den betaling, der afkræves personer, der ikke gennem medlemskab af en hjemmesygeplejeforening eller en sygekasse har sikret sig ret til hjemmesygepleje, bør ikke ligge væsentlig under den takst, som af Dansk Sygeplejeråd er fastsat for privat-sygepleje, og en betaling af 5 kr. pr. besøg vil derfor for tiden være passende, dog således at betalingen ved kortvarige besøg og i særdeleshed i tilfælde, hvor sygeplejersken aflægger en række besøg i hjemmet, f. eks. for at give en serie injektioner, nedsættes til 2,50 kr. pr. besøg.

Man henleder opmærksomheden på, at bestemmelsen i forsorgslovens § 274, stk. 1, hvorefter det påhviler kommunerne at yde *vederlagsfri hjemmesygepleje til trængende*, — som foran under I. anført — ikke er berørt af den nye lov.

7. Hjemmesygeplejerskens befordring.

For øjeblikket er hjemmesygeplejerskens sædvanlige befordringsmiddel — selv om et ikke ubetydeligt antal efterhånden har fået stillet automobil til rådighed — almindelig cykle eller knallert, og det er klart, at dette i landdistrikterne må betyde en væsentlig begrænsning med hensyn til det antal patienter, sygeplejersken kan overkomme at pleje.

Et centralt led i overvejelserne i forbindelse med den nye lov har derfor været spørgsmålet om at *muliggøre motorisering af hjemmesygeplejerskerne i udvidet omfang*. I selve loven er dette kommet til udtryk i refusionsbestemmelserne, der giver kommunerne adgang til at anmelde et større beløb til refusion i de tilfælde, hvor det efter de godkendende myndigheders skøn har været nødvendigt at stille motorkøretøj til rådighed for sygeplejersken, jfr. nærmere nedenfor under V. 3.

Som hovedregel må det formodes, at en sådan nødvendighed kun vil kunne foreligge for landdistrikternes vedkommende, men det kan dog ikke udelukkes, at det i ganske særlige tilfælde vil kunne godkendes, at motoriseringsudgifter også i en bymæssig bebyggelse medtages blandt de refusionsberettigende udgiftsposter.

For landkommunernes vedkommende bør det for motoriseringsudgifternes medtagelse på refusionsopgørelserne i almindelighed være en forudsætning, at distriktet har et indbyggertal på mindst 2 500 indbyggere samt en sådan geografisk udstrækning og et så stort antal af indbyggere bosat udenfor den egentlige bymæssige bebyggelse, at det må anses for påkrævet, at sygeplejersken understøttes med motorkøretøj; i enkelte tilfælde, navnlig hvor det drejer sig om særlig tyndt befolkede områder, vil kravet om mindst 2 500 indbyggere dog kunne fraviges.

Almindeligvis vil det være påkrævet, at det er et automobil, der stilles til rådighed for hjemmesygeplejersken, men i enkelte tilfælde har det i praksis vist sig, at motorcykle (eller scooter) er tilstrækkelig. Det er naturligvis under begge forudsætninger kun de faktisk afholdte udgifter til motoriseringen, der kan medtages på refusionsopgørelsen.

Det er uden betydning for refusionsberettigelsen, om motoriseringen ordnes ved, at kommunen anskaffer og bekoster driftsudgifterne ved et motorkøretøj, eller om kørslen sker ved anvendelse af sygeplejerskens eget motorkøretøj mod kørselsgodtgørelse.

8. Ledende hjemmesygeplejerske.

Der er ikke i den nye lov indeholdt bestemmelser, der tager sigte på at gennemføre ansættelsen af ledende hjemmesygeplejersker i lighed med den i København, på Frederiksberg og i en del købstadkommuner allerede etablerede ordning.

Indenfor hjemmesygeplejeudvalget har det imidlertid været drøftet, at det ville være forbundet med betydelige fordele, om dér f. eks. indenfor et amt kunne ansættes en ledende hjemmesygeplejerske, hvis opgaver navnlig kunne være:

- a) bistå med fordelingen af arbejdet under hensyn til arbejdsomængden i de enkelte distrikter samt med fremskaffelse af afløsning på fridage, under ferier og sygdom,
- b) bistå kredslægen i tilsynet med hjemmesygeplejerskernes arbejde og herunder lejlighedsvis ledsage sygeplejerskerne under besøgene i hjemmene,
- c) bistå kredslægen med tilsynet med hjemmesygeplejerskernes beholdning af sygeplejerekvisitter,
- d) virke for, at der holdes møder med hjemmesygeplejerskerne om faglige spørgsmål og i det hele virke for, at sygeplejerskernes faglige viden bevares og fornyes gennem foredrag, diskussioner, studiekredse og lignende,
- e) medvirke ved den uddannelse i hjemmesygepleje, som sygeplejeelever i alminde-

lighed skal gennemgå under den praktiske uddannelse, jfr. § 17, stk. 4, i anordning om sygeplejerskeuddannelsen af 30. januar 1957. Endvidere kan den ledende hjemmesygeplejerske udpeges til medlem af det i cirkulære af 30. januar 1957 om sygeplejerskeuddannelsen omtalte skoleråd.

Foreliggende erfaringer har vist, at ansættelsen af en ledende hjemmesygeplejerske kan medføre en betydelig forøgelse af hjemmesygeplejens effektivitet, navnlig gennem den værdi for den enkelte hjemmesygeplejerske det er at have en kollega, der kan hjælpe med de forskellige problemer, som måtte opstå ved arbejdets udførelse, og om hvilke hjemmesygeplejerskerne ikke har samme lette adgang. Som sygeplejerskerne på sygehusene til at konferere med lægerne. Den ledende hjemmesygeplejerske vil endvidere kunne formidle et nærmere samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen samt bidrage til at fremme en nøjere kontakt mellem hjemmesygeplejen og sygehusene, hvilket særlig vil være af betydning i forbindelse med den hurtigere udskrivning af patienterne.

Uanset at loven som nævnt ikke har stillet krav om ledende hjemmesygeplejersker, vil der dog intet være til hinder for, at kommuner inden for et større område, der måtte ønske det, træffer aftale om i fællesskab at ansætte en ledende hjemmesygeplejerske, således at de med ordningens gennemførelse forbundne udgifter fordeles på de enkelte kommuner, f. eks. i forhold til indbyggerantallet eller i forhold til antallet af beskæftigede sygeplejersker. Eventuelle udgifter af denne art vil (inden for maksimumssatserne) kunne medtages på refusionsopgørelserne.

V. Ordningernes økonomi. Refusionsbestemmelserne.

Som omtalt i det foregående er det lovens grundtanke, at det økonomiske grundlag for hjemmesygeplejen fortsat skal tilvejebringes ved bidrag fra de faktorer — kommuner, sygekasser og foreninger — som hidtil har ydet tilskud til hjemmesygeplejen. Det er dog en konsekvens af den i § 1 fastslåede forpligtelse for kommunerne til at

tilvejebringe og opretholde en hjemmesygeplejeordning, at kommunerne også har det reelle økonomiske ansvar for ordningen, idet det påhviler dem at afholde den del af udgifterne, der ikke dækkes ved bidrag fra hjemmesygeplejeforeninger og sygekasser. I de tilfælde, hvor kommunen bestemmer sig for at yde vederlagsfri hjemmesygepleje til alle indbyggere, vil der ikke opstå noget spørgsmål om bidrag fra sygekasser og foreninger, men i de øvrige tilfælde forudsættes dækning for udgifterne tilvejebragt således:

1. Sygekasserne.

Ved den oven for under I. omtalte tilføjelse til folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, er der pålagt sygekasserne *pligt* til at yde fri hjemmesygepleje gennem sygekassens deltagelse i den kommunale hjemmesygepleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, såfremt der ikke ved kommunens foranstaltning eller på anden måde er sikret kassens nydende medlemmer vederlagsfri hjemmesygepleje.

I henhold til hjemmesygeplejelovens § 3 fastsætter socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren nærmere bestemmelser vedrørende *sygekassernes betaling* for hjemmesygepleje til kassernes nydende medlemmer.

Sygekassernes bidrag til hjemmesygepleje til nydende medlemmer er i socialministeriets cirkulære af d. d. fastsat til et beløb svarende til 40 pct. af kommunens samlede udgifter til hjemmesygeplejen efter fradrag af tilskud fra hjemmesygeplejeforening, indtægter fra selvbetalere og eventuelt stats-tilskud, dog højst 3 kr. årligt pr. medlem.

I landkommuner, hvor der foreligger særlige praktiske vanskeligheder for gennemførelsen af en rationel hjemmesygeplejeordning, og udgifterne derfor er væsentlig højere end normaludgiften, eller hvis der foreligger andre særlige forhold, herunder hensynet til en allerede indgået overenskomst mellem sygekassen og kommunen, vil tilskuddet fra sygekassen dog kunne ydes med mere end 3 kr. pr. medlem, såfremt kommunalbestyrelsens og sygekassens enige beslutning herom er tiltrådt af amtsrådet og direktoratet for sygekassevæsenet, evt. for et begrænset tidsrum.

I socialministeriets cirkulære er der endvidere givet nærmere regler for sygekassernes adgang til at yde hjemmesygepleje til medlemmerne i overgangstiden fra hjemmesygeplejelovens ikrafttræden den 1. april 1957, og indtil der foreligger en godkendt kommunal hjemmesygeplejeordning.

Af hensyn til disse reglers økonomiske virkninger for sygekassevæsenet skal man anmode amtsrådene om at afgive *indberetning til direktoratet for sygekassevæsenet* om godkendelse af hjemmesygeplejeordninger, bortset fra sådanne ordninger, der sikrer alle kommunens indbyggere vederlagsfri hjemmesygepleje.

2. Hjemmesygeplejeforeninger og selvbetalere.

Om normaltakterne for kontingenter til hjemmesygeplejeforeninger og for den betaling for ydelse af hjemmesygepleje, som påhviler personer, der ikke gennem medlemsskab af en hjemmesygeplejeforening eller sygekasse har sikret sig ret til hjemmesygepleje, henvises til bemærkningerne oven for under IV. 6.

I distrikter af den optimale størrelse (jfr. oven for under IV. 3.) er de fra de nævnte kontingenter og betalingstakster hidrørende indtægter groft anslået til at ville andrage 1 000-1 200 kr. for landdistrikternes vedkommende og 1 600-2 000 kr. for bydistrikternes vedkommende.

3. Kommunerne.

Bortset fra eventuelt statstilskud, jfr. nedenfor under VI., må de udgifter, der ikke dækkes gennem de under 1-2 omtalte indtægter, afholdes af kommunen.

I henhold til § 4 er $\frac{4}{10}$ af disse udgifter genstand for *mellemkommunal refusion* efter reglerne i lov om offentlig forsorg, medens $\frac{3}{10}$ refunderes af den *fælleskommunale udligningsfond* efter reglerne i lov nr. 100 af 14. april 1937 med senere ændringer, jfr. nu lov nr. 25 af 5. februar 1958, hvorefter de udligningsfonden påhvilende udgifter fra og med finansåret 1958-59 overtages af statskassen.

Såfremt de godkendende myndigheder skønner, at det for opnåelse af en effektiv hjemmesygeplejeordning vil være nødvendigt, at der stilles *motorkøretøj* til rådighed

for hjemmesygeplejersken, vil det kunne tillades, at de hermed forbundne udgifter medtages på refusionsopgørelsen. Til refusion vil dog i alt højst kunne anmeldes et beløb svarende til for tiden 4 kr. 50 øre pr. indbygger i kommunen ved sidste almindelige folketælling.

I tilfælde, hvor der f. eks. i en købstad og en tilstødende landkommune etableres en fælles hjemmesygeplejeordning, og det anerkendes at være nødvendigt, at hjemmesygeplejersken af hensyn til landdistriktets betjening forsynes med motorkøretøj, vil udgifterne herved kunne medtages på *landkommunens* refusionsopgørelse og refunderes sammen med landkommunens øvrige udgifter ved ordningen inden for et maksimum af 4 kr. 50 øre pr. indbygger i *landkommunen*.

Hvor den nævnte nødvendighed for at stille motorkøretøj til rådighed for hjemmesygeplejersken ikke skønnes at foreligge, vil der derimod højst til refusion kunne anmeldes et beløb svarende til for tiden 2 kr. 50 øre pr. indbygger i kommunen.

Udgifter til hjemmesygeplejeordningens administration samt hjemmesygeplejerskerens *pensionering*, herunder eventuelt til udrivelse af dyrtidstillæg til pensionerne, vil kunne medtages på refusionsopgørelsen. Rimelige udgifter til faglige møder og til hjemmesygeplejerskens befordring til disse vil (inden for maksimumssatserne) kunne medtages på refusionsopgørelsen.

I § 5 bestemmes i overensstemmelse med de hidtidige regler, at *regnskaberne* over kommunernes udgifter vedrørende hjemmesygepleje revideres i overensstemmelse med reglerne i lov om offentlig forsorg, og udgifterne opføres til refusion i forbindelse med de sociale regnskaber.

Som omtalt oven for under I. er forsorgslovens §§ 33 og 274, stk. 2-4, ophævet ved loven om hjemmesygepleje. Der vil derfor kun blive ydet refusion for udgifterne til hjemmesygepleje efter bestemmelserne i sidstnævnte lov, også når den, der modtager sygeplejen, måtte være økonomisk trængende, idet forsorgslovens § 274 ikke længere har selvstændig betydning, ej heller i refusionsmæssig henseende, men alene tilsigter at understrege, at der ikke kan kræves *trængende* betaling for kommunal sygepleje.

Da loven som nævnt er trådt i kraft den 1. april 1957, vil de nye refusionsbestemmelser komme til anvendelse på kommunernes udgifter til hjemmesygepleje fra og med finansåret 1957-58. Dette gælder også for kommuner, der i henhold til den oven for under II. omtalte frist opretholder en før 1. april 1957 godkendt hjemmesygeplejeordning, der ikke opfylder den nye lovs krav, samt for kommuner, som alene har haft udgifter til hjemmesygepleje til trængende. Naturligvis vil dog højst de faktisk afholdte udgifter kunne anmeldes til refusion.

VI. Særligt statstilskud.

I henhold til § 6 kan der efter nærmere af indenrigsministeren efter forhandling med folketingets finansudvalg fastsatte bestemmelser ydes et særligt statstilskud til kommuner, der af særlige grunde, såsom kommunens isolerede beliggenhed eller store geografiske udstrækning i forbindelse med spredt bebyggelse eller lignende forhold, har udgifter til hjemmesygepleje, der væsentlig overstiger den refusionsberettigede udgift i henhold til § 4.

De forudsatte nærmere regler for ydelsen af dette statstilskud foreligger endnu ikke, men det må forventes, at tilskuddet vil kunne opnås dels med hensyn til småøer og dels med hensyn til tyndt befolkede eller isolerede områder (halvøer), hvor distrikterne ville få en alt for stor ud-

strækning, hvis man fastholder kravet om et indbyggertal på mindst 2 500. Der gør sig mellem de 2 grupper af tilfælde den principielle forskel gældende, at hjemmesygeplejersken i det tyndt befolkede distrikt på grund af dettes udstrækning som regel vil være fuldt beskæftiget uagtet det mindre antal patienter, hun kan overkomme, hvorimod dette ofte ikke vil være tilfældet på øerne. For disses vedkommende vil det derfor naturligt i overvejelserne om ydelse af et statstilskud indgå, om der foreligger mulighed for, at hjemmesygeplejerskens arbejdskraft udnyttes til andre formål, f. eks. således at hun tillige virker som sundhedsplejerske, skolesundhedsplejerske og eventuelt tillige som jordemoder, forudsat at hun har den hertil nødvendige uddannelse; visse steder vil man muligvis kunne klare sig med en deltidsbeskæftiget (f. eks. en gift) sygeplejerske, og på de helt små øer, hvor der findes en fastboende læge, vil man som regel kunne regne med, at lægen vil kunne overkomme sygdomsbehandlingen uden bistand af en hjemmesygeplejerske.

Til brug ved overvejelserne om statstilskudsordningens nærmere tilrettelæggelse skal man anmode om, at der af kommunalbestyrelsen i sådanne landkommuner, der mener at opfylde betingelserne for opnåelse af et statstilskud, indsendes nærmere begrundet andragende herom til amtsrådet. Andragenderne bedes med amtsrådets bemærkninger videresendt til indenrigsministeriet.

Indenrigsministeriet, den 10. april 1958.

Søren Olesen.

Lorck.

Cirkulære om de anerkendte sygekassers ydelse af hjemmesygepleje.

(Til Københavns magistrat, samtlige amtmænd og kommunalbestyrelser samt de anerkendte sygekasser).

Ved lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje (bilag 1) er der indført ændrede regler om hjemmesygepleje, idet det er pålagt enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for, at der findes en forsvarlig hjemmesygeplejeordning i kommunen, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje efter lægehenvisning.

Ved lov nr. 80 af samme dato om ændring i folkeforsikringsloven (bilag 4) er der gennemført en ændring af denne lovs bestemmelser om hjemmesygepleje, idet lovens § 22, stk. 10, nr. 1, hvorefter hjemmesygepleje var en frivillig sygekasseydelse, er ophævet, og der i § 18, stk. 1, nr. 6, er optaget en bestemmelse om, at sygekasserne har pligt til at yde fri hjemmesygepleje gennem kassernes deltagelse i den kommunale hjemmesygepleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, såfremt der ikke ved kommunens foranstaltning eller på anden måde er sikret kassernes nydende medlemmer vederlagsfri hjemmesygepleje. Det er endvidere bestemt, at socialministeren fastsætter de nærmere regler vedrørende lovens gennemførelse, herunder regler om sygekassernes adgang til at yde hjemmesygepleje i kommuner, der endnu ikke har oprettet en hjemmesygeplejeordning i henhold til lov om hjemmesygepleje.

I indenrigsministeriets cirkulære af d. d. er der givet en almindelig vejledning til kommunalbestyrelserne om reglerne i hjemmesygeplejeloven. Der henvises særlig til cirkulærets afsnit II, side 2, spalte 2, om administrationen af hjemmesygeplejen samt til afsnit V, side 7-8, om sygekasserne.

Med hensyn til gennemførelsen af loven om ændring i lov om folkeforsikring fastsættes herved følgende:

Sygekassernes betaling for hjemmesygepleje under en godkendt kommunal ordning er af socialministeriet efter forhandling med indenrigsministeriet fastsat til 40 pct. af de pågældende kommuners samlede udgifter til hjemmesygepleje efter fradrag af tilskud fra hjemmesygeplejeforeninger, indtægter fra selvbetalere og eventuelt statstilskud, dog højst 3 kr. årligt pr. medlem. Skulle der foreligge særlige praktiske vanskeligheder for gennemførelse af en rationel hjemmesygeplejeordning i en landkommune, og udgifterne derfor er væsentligt højere end normaludgiften, eller skulle der i en landkommune foreligge andre særlige forhold, herunder hensynet til en allerede indgået overenskomst mellem sygekassen og kommunen, vil tilskuddet fra sygekassen kunne ydes med mere end 3 kr. pr. medlem. Hertil kræves, at kommunalbestyrelsen og sygekassens bestyrelse er enige herom, samt at beslutningen er tiltrådt af amtsrådet og direktoratet for sygekassesvæsenet, evt. for et begrænset tidsrum.

Såfremt den kommunale hjemmesygepleje omfatter flere sygekasser, deles sygekassernes andel af udgifterne i forhold til medlemstallet.

De sygekasser, der deltager i en godkendt kommunal hjemmesygeplejeordning, vil i statstilskud efter folkeforsikringslovens § 13, stk. 2, få et beløb svarende til en fjerdedel af kassernes udgifter til sygeplejen.

Sygekassernes forpligtelse i henhold til folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 6, til ydelse af hjemmesygepleje indtræder fra det tidspunkt, da der i kommunen er oprettet en af indenrigsministeriet eller amtsrådet i henhold til lov om hjemmesygepleje godkendt ordning. (Om frister for oprettelse af en sådan ordning henvises til indenrigsministeriets cirkulære, afsnit II, side 2).

I en overgangstid, gældende fra hjemmesygeplejelovens ikrafttræden den 1. april 1957 og indtil der foreligger en godkendt kommunal hjemmesygeplejeordning, kan sygekasserne som hidtil i henhold til deres vedtægt yde medlemmerne hjemmesygepleje. Sygekassernes udgifter hertil afholdes i overensstemmelse med de hidtil gældende regler, og der ydes statstilskud efter folke-

forsikringslovens § 13, stk. 2, med en fjerdedel af kassernes udgifter.

Så længe denne midlertidige ordning løber, må ændringer i overenskomster og vedtægter godkendes af direktoratet for sygekassevæsenet, og sygekasserne skal efter hvert regnskabsår sende direktoratet et revideret og af generalforsamlingen (repræsentantskabet) godkendt regnskab for hjemmesygeplej evirksomheden.

Socialministeriets bekendtgørelse nr. 162 af 12. maj 1934 af regler for de anerkendte sygekassers ydelse af hjemmesygepleje ophæves herved, idet bekendtgørelsen dog indtil videre vil have gyldighed for så vidt angår de af ovennævnte overgangsbestemmelser omfattede hjemmesygeplejeordninger.

Socialministeriet, den 10. april 1958.

Jul. Bomholt.

/ N. Engberg.

Bilag 1.

Lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje.

(Se bilag nr.1)

Bilag 2.

Oversigt over oplysninger, der normalt bør indeholdes i den af kommunalbestyrelsen til godkendelse indsendte plan for en hjemmesygeplejeordning.

1. Antallet af indbyggere i og angivelse af det geografiske område, ordningen skal omfatte.

2. Administrationens tilrettelæggelse. Skal denne ikke varetages af kommunen selv, men agtes overladt til en hjemmesygeplejeforening, en sygekasse eller lignende, må indholdet af den af kommunen herom indgåede aftale oplyses. Hvis området omfatter eller skal omfatte flere kommuner, bedes ligeledes oplyst, hvilken aftale kommunerne har indgået herom.

3. a) Antallet af hjemmesygeplejersker, som er eller agtes ansat i området. Er der ansat flere hjemmesygeplejersker, oplyses, hvorledes arbejdet mellem disse er fordelt.

b) Navn, fødselsår, -dato og dato for autorisation — og for landkommunernes vedkommende tillige bopæl — for hver hjemmesygeplejerske.

4. Ordningen af hjemmesygeplejerskens befordring. Anser kommunalbestyrelsen det for nødvendigt, at der er motorkøretøj til rådighed for hende, bedes oplyst et anslået tal i km for hendes årlige tjenstlige kørselsbehov.

5. Ordningen af hjemmesygeplejerskens afløsning på fridage og under ferie og sygdom.

6. Såfremt ordningen ikke skal gå ud på, at modtagelse af hjemmesygepleje skal være vederlagsfri for alle områdets indbyggere, må oplysning gives om størrelsen af de takster pr. ydelse, der agtes afkrævet personer, som ikke er medlemmer af en sygekasse eller en hjemmesygeplejeforening. Størrelsen af medlemskontingenterne til den eller de hjemmesygeplejeforeninger, der findes i distriktet, bedes ligeledes oplyst.

7. Såfremt der i distriktet er etableret husmoderafløsning, bør det oplyses, om og da efter hvilke retningslinjer et samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen tænkes etableret.

8. Specificeret overslag over kommunens årlige udgifter og indtægter ved hjemmesygeplejen, jfr. skema bilag 3.

9. Udtalelse om, hvorvidt kommunalbestyrelsen anser den i planen angivne ordning af hjemmesygeplejen for den under hensyn til forholdene i kommunen (bl. a. indbyggerantal, geografiske udstrækning og befolkningstæthed) mest hensigtsmæssige. I benægtende fald bedes oplyst, hvilke muligheder der efter kommunalbestyrelsens mening er for en mere rationel tilrettelæggelse af hjemmesygeplejen, og hvornår en sådan vil kunne gennemføres.

Bilag 3.

Oversigt over udgifter og indtægter ved hjemmesygeplejen
i **kommune.**

/. *Udgifter:*

Lønningsudgifter:

Grundløn	kr.
Alderstillæg	
Almindeligt pensionsgivende tillæg	
Reguleringstillæg	
Midlertidigt tillæg	
Stedstillæg	
Særligt tillæg	
Arbejdsledertillæg	

Lønningsudgifter i alt. kr.

Unif	ormsgodtgørelse	kr.
Telefon		
Befordring		
Pensionsbidrag		
Afløsning under ferie og sygdom		
Afløsning på fridage		
Administrationsudgifter		

Samlet udgift. kr.

//. *Indtægter:*

Bidrag fra hjemmesygeplejeforening	kr.
Bidrag fra sygekasse	
Betaling fra personer, der ikke er medlem af hjemmesygeplejeforening eller sygekasse	

Samlet indtægt. kr.

Bilag 4.Lov **nr.** 80 af 29. marts 1957 om ændring i lov om folkeforsikring.**§ 1.**

I lov om folkeforsikring, jfr. bekendtgørelse nr.298 af 16. november 1956, foretages følgende ændringer og tilføjelser.

Til § 13.

I stk. 2, 1. punktum, udgår „jfr. § 18, stk. 1 . . . nr. 9-11“, og i stedet indsættes: „hjemmesygepleje, jfr. § 18, stk. 1, nr. 1-3 og 6, den i § 19, stk. 1-3, omhandlede hjælp, tandpleje og ophold på rekonvalescenthjem, jfr. § 22, stk. 1, nr. 9 og 11.“

Til § 18.

Til stk. 1 føjes:

„6) fri hjemmesygepleje gennem sygekassens deltagelse i den kommunale hjemmesygepleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, jfr. lov om hjemmesygepleje, såfremt der ikke ved kommunens foranstalt-

ning eller på anden måde er sikret kassens nydende medlemmer vederlagsfri hjemmesygepleje.“

Til § 22.

I stk. 1 udgår nr. 10.

§2.

Socialministeren fastsætter de nærmere regler vedrørende lovens gennemførelse, herunder om sygekassernes adgang til at yde hjemmesygepleje i kommuner, der endnu ikke har oprettet en hjemmesygeplejeordning i henhold til lov om hjemmesygepleje, og om ydelse af statstilskud efter folkeforsikringslovens § 13, stk. 2, med et beløb svarende til $\frac{1}{4}$ af^{en} sygekasses udgifter hertil.

§3.

Denne lov træder i kraft den 1. april 1957.

Indenrigsministeriets cirkulære af 2. januar 1965.

Cirkulære om mønsterinstrukser for hjemmesygeplejersker, fremskaffelse af statistiske oplysninger m. v.

(Til Københavns magistrat, samtlige amtmænd og kommunalbestyrelser).

Sundhedsstyrelsen har på grundlag af de indtil nu indhøstede erfaringer om hjemmesygeplejen fremsat ønske om, at der fra og med 1965 indføres visse ændringer i indenrigsministeriets cirkulære nr. 198 af 30. september 1959 om mønsterinstruks for hjemmesygeplejersker, fremskaffelse af statistiske oplysninger m. v.

De i nævnte cirkulære som bilag II og III optagne blanketter udgår og afløses af den i nærværende cirkulære som bilag I optagne blanket til brug for sundhedsstyrelsens årsberetning. Denne blanket, som tillige indeholder indberetning om afløserne for hjemmesygeplejersken, skal udfyldes af hjemmesygeplejersken og afleveres inden 15. januar til administrationen af hjemmesygeplejeordningen, hvorfra den videresendes til vedkommende kredslæge inden udgangen af januar måned. Blanketten kan af kommunalbestyrelsen vederlagsfrit rekvireres hos firmaet Johan Ullstad & Sønner, Kompagnistræde 10, København K., under formular nr. 3720: Årsberetning om hjemmesygeplejen.

Samtidigt hermed er der efter forhandling mellem sundhedsstyrelsen og Centralforeningen af hjemmesygeplejersker i Danmark samt Dansk Sygeplejeråd udarbejdet et nyt formularsæt til erstatning for det hidtil anvendte, omfattende patientens journalkort og månedsberetningen.

Dette formularsæt er udarbejdet til brug for hjemmesygeplejerskerne og administrationen af de enkelte hjemmesygeplejeord-

ninger, og det er de deri indeholdte oplysninger, der danner grundlaget for årsberetningen, herunder også indberetningen om afløserne for hjemmesygeplejersken, til sundhedsstyrelsen.

Patientens journalkort og månedsberetningerne kan under formular nr. 2861 og 2860 fås hos A/S Olaf O. Barfod & Co.'s forlag Gyldenløvesgade 10, København V., der også fortsat fører en mappe til opbevaring af månedsberetningen (formular nr. 2862). Derimod udgår den hidtidige formular nr. 2863, vejledning til udfyldning af dagbøger m. v. for hjemmesygeplejersker.

Hjemmesygeplejerskens månedsberetning (formular nr. 2860) afleveres til administrationen af hjemmesygeplejeordningen senest den 10. i den påfølgende måned.

Journalkortene (formular nr. 2861) udskrives for hver enkelt patient. Samme kort anvendes ved i alt 5 sygdomsperioder for samme patient. Ved 6. sygdomsperiode udskrives nyt kort.

Den i det tidligere cirkulære som bilag I optagne mønsterinstruks er uændret og optrykkes her som bilag II.

Endvidere optrykkes som bilag III den ligeledes uændrede fortegnelse (tidligere bilag IV) over de instrumenter m. v., der bør findes i hver enkelt hjemmesygeplejerskes depot.

Indenrigsministeriets cirkulære nr. 198 af 30. september 1964 ophæves samtidig hermed.

Indenrigsministeriet, den 2. januar 1965.

P. M. V.

E. B.

Stang.

Årsberetning om hjemmesygeplejen i 19

Skemaet udarbejdes af hjemmesygeplejersken og indsendes til kredslægen via administrationen af sygeplejeordningen inden udgangen af januar.

Kommune(r) fællesskab

Lagekreds og amt

Hjemmesygeplejerskens navn (også evt. pigens navn) og adresse samt autorisations dato

Dato for tuberkulosekontrol

Telefonnummer

Hjemmesygeplejdistrikt

Beholdning

Antal nyttilkomne *patienter i årets løb og samtlige aflagte besøg både til overførte og nyttilkomne patienter.
(*patienter, der er overført fra forrige år regnes som nyttilkomne i januar, men opføres tillige for sig)

Måned	Børn		Mænd				Kvinder (bortset fra barselpatienter)				Barselpatienter		Tilsammen		Antal behandlinger				
	under 15 år		15-64 år		65 år og derover		15-64 år		65 år og derover										
	nytilkomne patienter	samtlige besøg	nytilkomne patienter	samtlige besøg	nytilkomne patienter	samtlige besøg	nytilkomne patienter	samtlige besøg	nytilkomne patienter	samtlige besøg	nytilkomne patienter	samtlige besøg	nytilkomne patienter	samtlige besøg	insek-tion	pleje	skilt	andet	i alt
Januar																			
heraf overf. fra forr. år																			
Februar																			
Marts																			
April																			
Maj																			
Juni																			
Juli																			
August																			
September																			
Oktober																			
November																			
December																			
I alt																			

Omfatter hjemmesygeplejevirkomheden tillige:

Spædbørnsundhedspleje.....	ja	nej
Skolesundhedspleje.....		
Pleje på alderdomshjem, plejehjem o. lign.....		
Mødtagelse af sygeplejeelever i observationsbesøg.....		
Aflæsning i andet distrikt		

Antal sygeplejeelever i observationsbesøg ialt

Antal dage pr. elev

Antal besøg pr. elev

Indberetning om afløsere for hjemmesygeplejersker
i året 19

[illegible]

¹⁾ Ved fast afløser forstås den sædvanlige afløser på fridage, i ferier og under sygdom.

Afleveret den

hjemmesygeplejerskens underskrift

(Skemaet skal afleveres af hjemmesygeplejersken inden 15. januar).

Administrationen af sygeplejeordningen:

adresse

underskrift

.....
dato

Skemaet kan rekvireres hos Johan Ullstad & Sønner A/S, Kompagnistræde 10, København K.

Bilag II.

Instruks for hjemmesygeplejersker.

1. Hjemmesygeplejerskens opgave er efter lægehenvisning at varetage plejen af syge i hjemmet og efter fødsler at yde barselpleje i hjemmet.

Hun er i sit forhold til den ansættende myndighed (kommunen, sygekassen eller hjemmesygeplejeforeningen) underkastet de for hendes ansættelse gældende vilkår.

2. Hjemmesygeplejersken må kun tage patienter i pleje efter lægeanvisning og må ikke ændre den af lægen ordinerede behandling. Hjemmesygeplejersken underretter lægen, såfremt patientens tilstand tilsiger det.

3. Hjemmesygeplejersken skal følge de anvisninger, der er givet i de af sundhedsstyrelsen udarbejdede retningslinier vedrørende specielle forhold inden for hjemmesygeplejerskens arbejde.

4. Hjemmesygeplejersken bør tilstræbe et godt samarbejde med distriktets medicinalpersoner (læger, jordemødre, sundhedsplejersker m. fl.) og de institutioner (sygehuse, alderdomshjem m. fl.), med hvilke hun i sin gerning kommer i berøring.

Hjemmesygeplejersken bør i samarbejde med det administrative organ, der koordinerer hjemmesygeplejerskers, husmoderafløseres og hjemmehjælperes virksomhed, tilrettelægge sit arbejde således, at sygeplejen udføres så rationelt som muligt, jfr. indenrigsministeriets cirkulære nr. 57 af 10. april 1958 om hjemmesygepleje II, sidste afsnit.

Det påhviler hjemmesygeplejersken at søge fortsat dygtiggørelse og til stadighed holde sig orienteret om udviklingen inden for sit fag.

Hun skal, i det omfang hendes arbejde gør det muligt, møde til de af embedslægen arrangerede fællesmøder.

5. I særlige tilfælde og hvor forholdene taler derfor, kan hjemmesygeplejersken efter aftale med lægen udføre den ordinerede behandling af patienter fra hendes distrikt udenfor disses hjem.

6. Hjemmesygeplejersken er under ansvar efter borgerlig straffelov § 263, stk. 2, jfr. § 275, forpligtet til ikke at røbe privatlivet tilhørende hemmeligheder, der er kommet til hendes kundskab under udøvelsen af hendes virksomhed, medmindre hun er forpligtet til at udtale sig eller handler i berettiget varetægelse af åbenbar almeninteresse eller af eget eller andres tarv.

7. Hjemmesygeplejersker, der besøger tuberkuloseramte hjem eller hjem med anden smitsom sygdom, skal rette sig efter de af lægen (tuberkulosestationen) herom særligt givne direktiver.

8. Hjemmesygeplejersken skal mindst én gang om året lade sig undersøge på en tuberkulosestation, jfr. indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958 om hjemmesygepleje IV, afsnit 2.

Såfremt hun besøger tuberkuloseramte hjem, er hun pligtig at træffe aftale med vedkommende tuberkulosestation om den fornødne yderligere kontrol, hun må underkastes.

9. Hjemmesygeplejersken skal have bestemt telefontræffetid, som det påhviler hende at meddele læger og institutioner (sygehuse, alderdomshjem m. fl.), hun samarbejder med.

10. Hjemmesygeplejersken er ansvarlig for, at beholdningen af sygeplejerekvisitter og forbindsstoffer til enhver tid er i orden.

Der føres en fortegnelse over indholdet, der skal svare til de af sundhedsstyrelsen angivne retningslinier for, hvad depotet bør indeholde.

Der føres bog over udlån fra depotet.

11. Hjemmesygeplejersken står med hensyn til udøvelsen af sin sygeplejegering under sundhedsstyrelsen, jfr. § 4 i lov nr. 182 af 23. juni 1932, og er undergivet tilsyn af embedslægen.

12. Hjemmesygeplejersken skal føre ordnede optegnelser vedrørende hver patient på dertil bestemte formularer i overensstemmelse med den af sundhedsstyrelsen udarbejdede vejledning herom.

Hun skal føre særlig fortegnelse over de gennem hende administrerede narkotika og anføre navn på de patienter, til hvem

de er anvendt, med angivelse af mængde og dato for injektionerne.

Hun afgiver gennem den ansættende myndighed til kommunalbestyrelsen indberetning om sin virksomhed på de dertil bestemte blanketter i overensstemmelse med den af sundhedsstyrelsen udarbejdede vejledning herom.

13. Det kan pålægges hjemmesygeplejersken i rimeligt omfang at modtage vordende hjemmesygeplejersker til uddannelse i praktisk hjemmesygepleje og ligeledes at modtage sygeplejeelever, (jfr. anordning om sygeplejerskeuddannelsen § 17, stk. 4).

14. Det er hjemmesygeplejerskens pligt at holde den ansættende myndighed (kommunalbestyrelsen, sygekassen, sygeplejeforeningen) underrettet om sin adresse og om ferie- og sygdomsperioder m. v.

Forslag til fortegnelse over depot for hjemmesygeplejersker.

1 taske
 med 2 hold foer

 1 sæbeetui
 8 håndklæder

 recordsprøjter efter behov
 å 5, 2 og 1 ml
 kanyler efter behov
 2 instrumentkogere
 2 sæt Madsens fade
 4 skifteskåle eml.
 3 sakse
 6 pincetter og lister
 1 myrtebladssonde
 2 sårspidser
 2 lapiskopper
 2 kapsler
 3 termometre i metalhylster
 1 pulstæller $\frac{1}{4}$ min.
 6 vandfade
 2 neglebørster
 1 neglesaks eller -tang
 1 badetermometer
 1 øjenbadeglas
 2 pipetter
 2 øreballoner
 2 spyttekrus
 2 sølvkatetere med dræn
 2 glastragte, små
 1 janetsprøjte
 3 irrigatorer med slanger
 3 hildebrandtsrør
 1 rectalsonde
 1 glycerinsprøjte — rustfri
 6 bækkener
 2 stikbækkener
 3 urinflasker
 1 urinmåleglas
 2 vand- eller luftpuder
 2 hækelsespunder uden betræk
 2 luftkranse
 1 pumpe til luftkrans
 2 varmedunke (gummi)
 2 indstillelige ryglejer

2 sengebånd
 3 sengevoksdug (evt. plastik)
 batist til omslag
 2 par gummihandsker
 2 tudkopper
 1 pudderdåse
 Vat, hydrofil og -fob.
 Cellestof
 Gazebind og -kompresser
 Idealbind
 Forbindingspakker 1948
 Steril vat
 Spatler
 Vatpinde
 Sikkerhedsnåle
 Hansaplast
 Talkum

Sprit
 Jod
 Mercurchrom
 Benzin
 Glycerin
 Rapsolie
 Lapisstift
 Decitinsalve (eller anden)
 Olivenolie
 Chloramintabletter
 Rodalon
 Kurvesedler

Endvidere bør forefindes:

6 stiklagner
 4 cingulum
 4 vridestykker
 omslagsstykker
 2 T-bind
 6 kitler (operationskitler)
 Til opbevaring af instrumenter m. v. bør
 der findes et skab

Til rengøring:
 Balje
 Diverse klude og børster

SUNDHEDSSTYRELSEN
Slotsholmsgade 10, København.

Jr. nr. 389-1957

**Sundhedsstyrelsens cirkulære til embedslægerne om
hjemmesygepleje.**

**I. Kredslægens bistand ved etableringen af hjemme syge-
plej eordninger.**

I indenrigsministeriets cirkulære om hjemmesygepleje af 10. april 1958 udtales det (i afsnit II), at kommunerne **bør søge kredslægens bistand** ved udarbejdelsen af den plan for hjemmesygeplejeordningen, der skal indsendes til den godkendende myndighed. Endvidere bør sagen drøftes med formanden for **lægekredsforeningen**.

Der skal inden 1. oktober 1958 søges godkendelse af en plan for **hjemmesygeplejeordningen** både for kommuner, der hidtil ingen hjemmesygeplejeordning har haft, og for kommuner, der har en hjemmesygeplejeordning, der helt eller kun delvis opfylder den nye lovs krav.

For landkommunernes vedkommende gives godkendelsen af amtsrådet og for de andre kommuners vedkommende af indenrigsministeren.

Blandt de **spørgsmål**, der må tages stilling til ved etableringen, kan nævnes; Skal kommunen selv drive hjemmesygeplejen, eller skal administrationen, som det hidtil har været tilfældet mange steder, overlades til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser m.v. Det kan forskellige steder have betydning, at der etableres samarbejde mellem flere kommuner om fælles hjemmesygepleje for derved at opnå en rationel distriktsinddeling, jfr. om disse spørgsmål indenrigsministeriets cirkulære, afsnit II. Hvor der er mulighed herfor, bør der endvidere skabes kontakt mellem hjemmesygeplejen og husmoder afløsning. Der er for tiden et **forsøgsarbejde** igang om muligheden for at kombinere hjemmesygepleje og **sundhedspleje**. Når resultatet heraf foreligger, vil man gøre kredslægerne bekendt hermed.

Med hensyn til de nærmere **retningslinier** for hjemmesygeplejeordningens **tilrettelæggelse** henvises iøvrigt til indenrigsministeriets cirkulære, afsnit IV.

I planen bør det angives, hvorledes de i indenrigsministeriets cirkulære, afsnit IV angivne krav til hjemmesygeplejeordninger vil blive opfyldt, og kommunalbestyrelsen **bør** ved planens indsendelse til godkendelse udtale sig om, til hvilket tidspunkt ordningen vil kunne træde i kraft. Om fristen for ikrafttrædelsen henvises nærmere til indenrigsministeriets cirkulære, afsnit II.

De oplysninger, der normalt bør indeholdes i den plan for hjemmesygeplejeordningen, der indsendes til godkendelse, er ifølge indenrigsministeriets cirkulære følgende:

1. Antallet af indbyggere i og angivelse af det geografiske område, ordningen skal omfatte.
2. Administrationens tilrettelæggelse. Skal denne ikke varetages af kommunen selv, men agtes overladt til en **hjemmesygepleje**-forening, en sygekasse eller lignende, må indholdet af den af kommunen herom indgåede aftale oplyses. Hvis området omfatter eller skal omfatte flere kommuner, bedes ligeledes oplyst, hvilken aftale kommunerne har indgået herom.
3.
 - a) Antallet af hjemmesygeplejersker, som er eller agtes ansat i området. Er der ansat flere hjemmesygeplejersker, oplyses, hvorledes arbejdet mellem disse er fordelt,
 - b) Navn, fødselsår-, dato og dato for autorisation - og for landkommunernes vedkommende tillige bopæl - for hver hjemmesygeplejerske.
4. Ordningen af hjemmesygeplejerskens **befordring**. Anser kommunalbestyrelsen det for nødvendigt, at der er motorkøretøj til rådighed for hende, bedes oplyst et anslået tal i km for hendes årlige tjenstlige kørselsbehov.
5. Ordningen af hjemmesygeplejerskens afløsning på fridage og under ferie og sygdom.
6. Såfremt ordningen ikke skal gå ud på, at modtagelse af hjemmesygepleje skal være vederlagsfri for alle områdets indbyggere, må oplysning gives om størrelsen af de takster pr. ydelse, der agtes afkrævet personer, som ikke er medlemmer af en sygekasse eller en hjemmesygeplejeforening. Størrelsen af medlemskontingenterne til den eller de hjemmesygeplejeforeninger, der findes i distriktet, bedes ligeledes **oplyst**,

7. Såfremt der i distriktet er etableret husmoderafløsning, bør det oplyses, om og da efter hvilke **retningslinier** et samarbejde mellem hjemmesygeplejen og hus-noderafløsningen tænkes etableret.
8. Specificeret overslag over kommunens årlige udgifter og indtægter ved hjemmesygeplejen, jfr. skema bilag 3.
9. Udtalelse om, hvorvidt **kommunalbestyrelsen** anser den i planen angivne ordning af hjemmesygeplejen for den under hensyn til forholdene i kommunen (bl.a. indbyggerantal, geografiske udstrækning og **befolkningstæthed**) mest hensigtsmæssige. I benægtende fald bedes oplyst, hvilke muligheder der efter kommunalbestyrelsens mening er for en mere rationel tilrettelæggelse af hjemmesygeplejen, og hvornår en sådan vil kunne gennemføres.

Når kredslægen i sine forhandlinger med vedkommende kommune(r) er nået så langt, at der er skabt overblik over mulighederne for ordningen af hjemmesygeplejen på stedet, må han - forinden der arbejdes videre med sagen - rådføre sig med amtslægen om, hvad der under de givne forhold i amtet som helhed kan anses for en formålstjenlig ordning.

II. Amtslægens bistand ved godkendelsen af hjemmesygeplejeordninger.

Indenrigsministeriets cirkulære bestemmer, at amtsrådene må tage amtslægen med på råd ved behandlingen af spørgsmålet om godkendelse af hjemmesygeplejeordningen i landkommuner, og sundhedsstyrelsen skal her henvise til betydningen af et nært samarbejde med formanden for **lægekredsforeningen**. Det vil som udtalt i indenrigsministeriets cirkulære tillige være hensigtsmæssigt, at amtsrådene søger kontakt med **de lokale amtsforeninger** under **Centralforeningen** af Hjemmesygeplejeforeninger for at drage nytte af den erfaring, som disse foreninger repræsenterer.

Ved godkendelsen må det påses, at den indsendte plan for hjemmesygeplejeordningen opfylder de i indenrigsministeriets cirkulære nævnte krav til ordningen.

For så vidt angår ordninger, der skal godkendes af indenrigsministeren, bør ansøgningen - stilet til indenrigsmini-

nisteren - indsendes gennem vedkommende amtslæge til sundhedsstyrelsen. **Ansøgningen** bør foruden planen for ordningen og oplysning om, til hvilket tidspunkt ordningen kan sættes i kraft, tillige indeholde en udtalelse fra kredslægen.

III. Kredslægens tilsyn med **hjemmesygeplejen**.

Kredslægen skal i henhold til hjemmesygeplejelovens § 2, stk. 4, på de godkendende myndigheders vegne **føre** tilsyn med hjemmesygeplejen. Kredslægen må herunder have **opmærksomheden** henvendt på, om hjemmesygeplejen virker så **tilfredsstillende**, som forholdene muliggør, og må medvirke til at påkrævede forbedringer foretages.

Han må med regelmæssige mellemrum **føre** tilsyn med de enkelte hjemmesygeplejerskers arbejde. Det må bl.a. påses, at der til den egentlige sygepleje alene benyttes autoriserede sygeplejersker, at reglerne om tuberkulosekontrol i **indenrigsministeriets** cirkulære, afsnit IV iagttages, og at hjemmesygeplejersken til stadighed disponerer over tilstrækkelig beholdning af sygeplejerekvisitter. Sundhedsstyrelsen påtænker at give nærmere **retningslinier** for, hvad en hjemmesygeplejerskes depot normalt bør omfatte.

På steder, hvor der ikke findes en ledende hjemmesygeplejerske, skal kredslægen i særlig grad være opmærksom på, om hjemmesygeplejen udøves fuldt effektivt og tilfredsstillende, jfr. indenrigsministeriets cirkulære, afsnit IV, pkt. 8.

Embedslægerne må med passende mellemrum afholde møder med hjemmesygeplejerskerne i distriktet om faglige emner m. v.

Som foredragsholder ved faglige møder kan benyttes læger, sygeplejersker og andre. **Lejlighedsvis** kan afholdes kombinerede møder for hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker og eventuelt jordemødre om emner af fælles interesse, og møderne kan eventuelt omfatte medicinalpersonale fra flere lægekredse. Rimelige udgifter til faglige møder og til hjemmesygeplejerskens befordring til disse, vil (inden for maksimumssatserne) kunne medtages på refusionsopgørelsen. For embedslægens vedkommende gælder reglerne i embedslægelovens § 17 om befordringsgodtgørelse og dagpenge.

Af hensyn til gennemførelsen af kredslægens tilsyn har indenrigsministeriet - indenrigsministeriets cirkulære, afsnit III - anmodet kommunalbestyrelserne om at drage omsorg for, at embedslægen

underrettes om skifte i stillingerne som hjemme-sygeplejerske, om hendes bopælsforandring og om antagelse af **afløser** under ferie og sygdom m.v.

Såvel **amtslæggen** som kredsæggen må have opmærksomheden henledt på muligheden af, og i givet fald virke for, at der ansættes ledende hjemmesygeplejerske (**fælles** for et passende antal kommuner) til varetagelse af de i indenrigsministeriets cirkulære, afsnit IV, pkt. 8, nævnte opgaver.

IV. Indberetningspligt.

Der vil senere af **sundhedsstyrelsen** blive fastsat nærmere regler om indberetningspligten vedrørende hjemmesygeplejen. Indtil videre skal man anmode om, at der i amtslægens årlige **medicinalberetning** må blive givet oplysninger om hjemmesygeplejeordningernes tilrettelæggelse inden for de forskellige kommuner, herunder om antallet af hjemmesygeplejersker og disses fordeling i kommunerne, om hvor mange hjemmesygeplejersker, der er autoriserede sygeplejersker, og om samtlige hjemmesygeplejersker er under den foreskrevne tuberkulosekontrol.

V. Journalføring m.v.

Man anmoder om, at alle sager, der vedrører **hjemmesygeplejeloven**, fremtidig må blive journaliseret under hovedgruppe 8: "Præventiv og social medicin" i en nyoprettet undergruppe 5: "Hjemmesygeplejeloven". Sager vedrørende den enkelte **hjemmesygeplejerske** må dog journaliseres under 3: "Medicinalpersonale" i en nyoprettet undergruppe 6. Endvidere må der føres et **navnekort** for hver hjemmesygeplejerske med f. **eks.** tilsvarende oplysninger som på det kort, der føres for jordemødre. Man påtænker senere at vende tilbage til spørgsmålet om trykning af et kort med særlig farve og fortryk for hjemmesygeplejersker.

In. 02-143.

Frederik 3. Borge

Indenrigsministeriets lovbekendtgørelse nr. 35 af 29. januar 1970.

Bekendtgørelse af Lov om hjemmesygepleje.

Herved bekendtgøres lov nr. 79 af 29. marts 1957 om hjemmesygepleje som ændret ved § 9 i lov nr. 236 af 4. juni 1969.

§ 1. Det påhviler enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for, at der til enhver tid findes en forsvarlig hjemmesygeplejeordning i kommunen, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje efter lægehenvi-
sning.

Stk. 2. Flere kommuner kan slutte overenskomst om en fælles hjemmesygeplejeordning.

Stk. 3. Administrationen af hjemmesygeplejen vil kunne overlades til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser, menighedsplejer eller lignende.

§ 2. Hjemmesygeplejeordningen i Københavns og Frederiksberg kommuner skal godkendes af indenrigsministeren. Hjemmesygeplejeordningen i andre kommuner skal godkendes af amtsrådet.

Stk. 2. For at ordningen kan godkendes, vil det være et vilkår, at der til den egentlige sygepleje kun anvendes statsautoriserede sygeplejersker. Fra dette krav vil der dog i ganske særlige tilfælde kunne meddeles dispensation af sundhedsstyrelsen.

Stk. 3. Ved godkendelsen påhviler det de i stk. 1 nævnte myndigheder at påse, at ordningen er rationelt tilrettelagt under hensyn til distriktets størrelse og befolkningstæthed, og, hvis dette ikke er tilfældet, ved forhandling med de interesserede parter at søge manglerne afhjulpet.

Stk. 4. Embedslægen udøver på de godkendende myndigheders vegne tilsyn med hjemmesygeplejen.

§ 3. Socialministeren fastsætter efter forhandling med indenrigsministeren nærmere

bestemmelser vedrørende sygekassernes betaling for hjemmesygepleje til kassernes nydende medlemmer.

Stk. 2. Af personer, der ikke gennem medlemskab af en hjemmesygeplejeforening eller sygekasse har sikret sig ret til hjemmesygepleje, vil der, bortset fra trangstilfælde, jfr. lov om offentlig forsorg § 47, stk. 4, kunne kræves en særlig betaling for ydelse af hjemmesygepleje. Størrelsen af den omhandlede betaling samt medlemskontingenterne til hjemmesygeplejeforeningerne vil være at godkende af de i § 2 nævnte myndigheder.

§ 4. Af kommunens udgifter til hjemmesygepleje refunderes $\frac{7}{10}$ af statskassen.

Stk. 2. Ved opgørelsen af kommunens refusionsberettigede udgifter bortses fra eventuelle udgifter til hjemmesygeplejerskens befordring med motorkøretøj. Til refusion vil højst kunne anmeldes et beløb svarende til 2 kr. 50 øre pr. indbygger i kommunen ved sidste almindelige folketælling.

Stk. 3. Såfremt de i § 2 omhandlede godkendende myndigheder skønner, at det for opnåelse af en effektiv hjemmesygeplejeordning vil være nødvendigt, at der stilles motorkøretøj til rådighed for hjemmesygeplejersken, vil de hermed forbundne udgifter kunne tillades medtaget ved opgørelsen af kommunens refusionsberettigede udgifter. Til refusion vil dog i alt højst kunne anmeldes et beløb svarende til 4 kr. 50 øre pr. indbygger i kommunen.

Stk. 4. Indenrigsministeren kan efter forhandling med folketingets finansudvalg for-

høje eller nedsætte de maksimale refusionsbeløb, såfremt der måtte indtræde ændringer med hensyn til kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen.

§ 5. Regnskaberne over kommunernes udgifter vedrørende hjemmesygeplejen revideres i overensstemmelse med reglerne i lov om offentlig forsorg, og udgifterne opføres til refusion i forbindelse med de sociale regnskaber, jfr. bestemmelserne i kapitlerne XVIII og XIX i lov om offentlig forsorg.

§ 6. (Ophævet).

§ 7. Indenrigsministeren fastsætter de nærmere regler vedrørende lovens gennemførelse.

§ 8. Denne lov, der ikke gælder for Færøerne og Grønland, træder i kraft den 1. april 1957.

Stk. 2. (Ophæver bestemmelser i den før 1961 gældende lov om offentlig forsorg).

§§ 12-13 i lov nr. 236 af 4. juni 1969 om ændringer i forskellige lovbestemmelser om statstilskud og refusioner til kommunerne, hvorved stk. 1 i § 2, stk. 2 i § 3, stk. 1 i § 4 og § 5 blev ændret samt § 6 ophævet i nærværende lov, indeholder følgende bestemmelser :

§ 12. Loven træder i kraft den 1. april 1970, således at refusion efter de hidtidige bestemmelser sidste gang ydes på grundlag af de af kommunerne i regnskabsåret 1969-70 afholdte udgifter.

§ 13. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Indenrigsministeriet, den 29. januar 1970.

P. M. V.

Zeuthen.

/ Folmer Nielsen.

Undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes virksomhed, marts 1971

Sundhedsstyrelsen har på udvalgets anmodning tilvejebragt et statistisk materiale om patienter tilset af hjemmesygeplejersker i marts måned 1971 for bl.a. at kunne belyse, hvilke patientkategorier der henvises til hjemmesygeplejen, samt hvilke opgaver hjemmesygeplejerskerne har i forbindelse med patientbehandling og -pleje.

1. Den anvendte fremgangsmåde

Oplysningerne er indsamlet på 2 sæt spørgeskemaer, I og II, der er udarbejdet med assistance fra medicinal-statistisk afdeling. Skema I indeholder nogle summariske oplysninger for samtlige patienter tilset af hjemmesygeplejersken i marts måned 1971, medens skema II indeholder udførlige oplysninger om den enkelte patient baseret på sygeplejerskens kendskab til patientens tilstand og forhold m.m.

Der udsendtes spørgeskemaer til ialt 150 hjemmesygeplejersker fordelt over hele landet, og heraf har 128, svarende til ca. 10% af samtlige distriktssygeplejersker, returneret skemaerne i udfyldt stand. Årsager til, at 22 hjemmesygeplejersker ikke deltog i undersøgelsen, skyldtes hovedsagelig afgang fra stillingen og distriktsændringer i forbindelse med kommunesammenlægninger. De udsendte spørgeskemaer er aftrykt som bilag nr. 7a og 7 b.

1.1. Sammenligning mellem undersøgelsesmaterialet og årsberetninger

I henhold til skema I har de 128 sygeplejersker i undersøgelsesmåneden tilset ialt 3.999 patienter og aflagt 44.140 besøg, medens der på grundlag af skema II er givet udførlige oplysninger om tilsammen 3.132 patienter. Denne difference skyldes, at hver hjemmesygeplejerske blev anmodet om kun at udfylde skemaer for højst 30 patienter tilset i marts måned.

For at kunne belyse, om det kan være rimeligt at drage konklusioner for samtlige hjemmesygeplejerskers arbejde på grundlag af de indsendte spørgeskemaer, er der i tabel 1 a og 1 b foretaget sammenligninger mellem oplysninger i undersøgelsesskemaerne og årsberetningerne fra 1968.

Tabel 1 a*Procentvis fordeling af antal besøg efter patienternes alder samt område, skema I og årsberetning*

		0-14 år	15-64 år	65 år og over	Barsel- ptt.	Ialt	
						%	absolutte tal
København og Frederiksberg	Skema I	-	27	73	0	100	5.596
	Årsberetning	0	25	74	1	100	484.635
Øerne	Skema I	0	35	64	1	100	17.535
	Årsberetning	1	36	61	2	100	1.593.659
Jylland	Skema I	1	38	58	3	100	21.009
	Årsberetning	1	37	57	5	100	2.423.837
Hele landet	Skema I	1	35	62	2	100	44.140
	Årsberetning	1	36	59	4	100	4.502.131

Tabel 1 b*Procentvis fordeling af antal besøg efter patienternes alder og køn, skema I og årsberetning*

	Børn 0-14 år	Mænd		Kvinder		Barsel- ptt.	Ialt	
		15-64 år	65 år og over	15-64 år	65 år og over		%	absolutte tal
Skema I	1	12	21	23	41	2	100	44.140
Årsberetning	1	11	20	25	39	4	100	4.502.131

Tabel 1 c*Procentvis fordeling af antal patienter efter henvisningstidspunkt, skema I og skema II*

	1964 el. tidl.	1965- 1967	1968- 1970	1/1-28/2 1971	1/3-31/3 1971	uoplyst	Ialt	
							%	absolutte tal
Skema I	4	5	27	27	37	0	100	3.999
Skema II	4	5	30	24	37	0	100	3.132

Tabel 1 d*Procentvis fordeling af antal patienter efter udskrivningsårsag, skema I og skema II*

	rask	ptt./familie overtaget plejen	indlagt i sygehus/ plejehjem	flyttet til alderdomshjem/ andet distrikt	død	anden årsag	ikke ud- skrevet	Ialt
Skema I	24	2	4	1	2	2	65	100
Skema II	21	1	5	1	2	2	68	100

Af tabel 1 a og 1 b fremgår, at overensstemmelse mellem tallene fra henholdsvis undersøgelsesskemaerne og årsberetningerne er så stor, at patientmaterialet i undersøgelsen må antages at være repræsentativt for samtlige patienter i hjemmesygeplejen.

Endvidere er der foretaget sammenligninger mellem oplysningerne fra skema I og skema II, se tabel 1 c og 1 d. Det fremgår heraf, at der stort set er overensstemmelse mellem de tal, der her kan sammenlignes.

2. Oplysninger om det samlede antal patienter, skema I

2.1. Det gennemsnitlige antal patienter pr. sygeplejerske fordelt efter amt

I tabel 2 er vist, hvorledes antallet af sygeplejersker, patienter og besøg fordeler sig efter amt. Det fremgår af oversigten, at det gennemsnitlige antal patienter pr. sygeplejerske for hele landet var 31, men at det varierer meget fra amt til amt. Det samme forhold gør sig gældende med hensyn til det gennemsnitlige antal besøg aflagt pr. sygeplejerske, der for hele landet var 345.

Tabel 2.

Antal sygeplejersker, patienter og besøg fordelt efter amt, skema I

	Antal sygeplejersker	Antal patienter		Antal besøg	
		ialt	gennemsnit pr. sygeplejerske	ialt	gennemsnit pr. sygeplejerske
Københavns kommune	9	297	33	4.191	465
Frederiksberg kommune	3	113	38	1.405	468
Københavns amt	11	324	29	3.364	306
Frederiksborg amt	6	142	24	2.063	344
Roskilde amt	6	156	26	2.071	345
Vestsjællands amt	11	345	31	3.517	320
Storstrøms amt	8	195	24	2.115	264
Bornholms amt	2	46	23	621	310
Fyns amt	12	328	27	3.784	315
Sønderjyllands amt	5	154	31	1.675	335
Ribe amt	5	201	40	1.588	317
Vejle amt	7	346	49	3.384	483
Ringkøbing amt	9	327	36	3.272	363
Århus amt	14	377	27	4.285	306
Viborg amt	8	351	44	3.438	429
Nordjyllands amt	12	297	25	3.367	280
Hele landet	128	3.999	31	44.140	345

2.2. Antal patienter og besøg fordelt efter patienternes alder

Den procentvise fordeling af antallet af patienter og besøg efter alder fremgår af nedenstående tabel 3.

Tabel 3.

Antal patienter og besøg og disses procentvise fordeling efter alder

	Patienter		Besøg	
	ialt	%	ialt	%
0 - 14 år	43	1	265	1
15 - 64 år	1.660	42	15.654	35
65 år og over	2.199	55	27.472	62
Barselpatienter	97	2	749	2
Ialt	3.999	100	44.140	100

Det ses, at 55 % af patienterne er i aldersgruppen 65 år og derover, og at de har fået 62 % af det samlede antal besøg, medens børn og barselpatienter kun omfatter 3 % af patientantallet og 3 % af besøgene.

Den procentvise fordeling af patienter og besøg efter alder inden for amt er vist i tabel 4.

For aldersgruppen 15-64 år ses, at det relative antal patienter i København og på Frederiksberg, henholdsvis 27 % og 11 %, er betydeligt lavere end i det øvrige land, hvor det for de enkelte amter varierer fra 33 % til 56 %. Samtidig ses, at der i København og på Frederiksberg aflægges relativt flere besøg til patienter i denne aldersgruppe end i resten af landet, hvor antallet af besøg er relativt lavere end antallet af patienter. Som forklaring herpå kan anføres, at hjemmesygeplejersker i København og på Frederiksberg ikke må rekvireres til injektioner til patienter, der selv er i stand til at befordre sig til den praktiserende læge, hvoraf følger, at helbredstilstanden hos de patienter, der henvises til hjemmesygepleje, gennemgående er ringere, hvorfor disse patienter kræver flere besøg.

Af tabellen fremgår endvidere, at det relative antal patienter i aldersgruppen 65 år og derover i København og Frederiksberg, henholdsvis 72 % og 87 %, ligger væsentlig højere end i det øvrige land, hvor det laveste er 39 % og det højeste 61 %. Dette forhold må tildels henføres til, at antallet af personer i alderen 65 år og derover pr. 1. januar 1971 udgjorde henholdsvis 18 % og 21 % af indbyggertallet i de to kommuner, medens den procentvise andel i det øvrige land var lavere og varierede fra 7 % i Københavns amt til 15 % i Storstrømsamtet.

g besøg og disses procentvise fordeling efter alder inden for amt, skema I

	Ialt		Heraf i %						Ialt %	Hele befolkningen 65 år og over 1/1-1971	
	ptf.	besøg	0-14 år ptt.	besøg	15-64 år ptt.	besøg	65 år og over ptt.	besøg		Ialt	%
m.	297	4.191	-	-	27	30	72	70	100	109.844	18
	113	1.405	-	-	11	15	87	84	100	21.283	21
	324	3.364	-	-	42	40	57	60	100	46.048	7
	142	2.063	-	-	39	22	58	76	100	22.723	9
t	156	2.071	-	-	45	31	54	68	100	13.324	9
	345	3.517	1	0	44	39	54	60	100	34.175	13
	195	2.115	-	-	40	32	58	67	100	37.234	15
	46	621	-	-	46	32	52	67	100	6.689	14
nt	328	3.784	2	1	38	39	59	59	100	58.353	13
	154	1.675	1	1	45	37	52	61	100	29.066	12
	201	1.588	2	1	56	49	39	48	100	21.608	11
	346	3.384	1	0	51	43	47	56	100	38.062	12
	327	3.272	2	1	52	47	42	49	100	25.301	10
	377	4.285	1	1	37	32	55	63	100	63.332	12
	351	3.438	3	1	46	38	48	58	100	29.378	13
	297	3.367	2	1	33	28	61	68	100	55.732	12
	3.999	44.140	1	1	41	35	55	62	100	612.152	12

2.3. Antal patienter fordelt efter, hvorfra de er henvist

I undersøgelsesmaterialet blev der i marts måned 1971 henvist ialt 1.494 patienter til hjemmesygeplejen. I tabel 5 er disse fordelt efter, hvorfra de er henvist.

Tabel 5

Antal patienter fordelt efter, hvorfra de er henvist, skema I

	Sygehus direkte	Egen læge/anden læge	Jordemoder	Andre	Ialt
Ialt	168	995	64	267	1.494
%	11	67	4	18	100

Det fremgår af ovenstående, at 11 % af patienterne er henvist direkte fra sygehus til hjemmesygeplejen, medens 67 % er henvist af den praktiserende læge, heri indbefattet patienter, der har været indlagt i sygehus, men hvor henvisningen er formidlet af patientens læge. Rubrikken "Andre" omfatter eksempelvis patienten, dennes pårørende eller nabo, og det ses, at 18 % af henvisningerne er formidlet af denne gruppe.

Den procentvise fordeling af patienter inden for hvert amt efter, hvorfra de er henvist, er vist i tabel 6. For så vidt angår rubrikken "Andre" fremgår, at denne henvisningsform ikke forekommer i København, på Frederiksberg eller Bornholm, men at den i større eller mindre grad praktiseres i det øvrige land.

Tabel 6

Antal patienter og dissers procentvise fordeling inden for amter efter hvorfra de er henvist, skema I

	Antal patienter	Heraf i % henvist fra				
		sygehus ¹⁾ direkte	egen læge/anden læge	jordemoder	andre	ialt
Københavns kommune	68	28	69	3	-	100
Frederiksberg kommune	40	25	70	5	-	100
Københavns amt	112	21	69	1	9	100
Frederiksborg amt	40	-	80	10	10	100
Roskilde amt	46	9	63	4	24	100
Vestsjællands amt	105	12	59	4	25	100
Storstrøms amt	73	11	72	1	16	100
Bornholms amt	20	20	75	5	-	100
Fyns amt	121	20	66	2	12	100
Sønderjyllands amt	62	3	35	4	58	100
Ribe amt	98	3	69	5	23	100
Vejle amt	160	9	72	1	18	100
Ringkøbing amt	122	4	74	5	17	100
Århus amt	126	14	55	10	21	100
Viborg amt	175	3	64	4	29	100
Nordjyllands amt	126	11	79	7	3	100
Hele landet	1.494	11	67	4	18	100

¹⁾Patienter henvist fra sygehus "via praktiserende læge" er anført som henvist fra "egen læge/anden læge".

2.4. Antal udskrevne patienter fordelt efter årsag til udskrivning

I undersøgelsesmåneden blev ialt 1.382 patienter eller 35 % af det samlede antal udskrevet fra hjemmesygepleje. I tabel 7 er patienterne fordelt efter årsag til udskrivning.

Tabel 7

Udskrevne patienter fordelt efter årsag til udskrivning, skema I

	rask	ptt./familie overtaget plejen	indlagt i:		flytt. til:		død	anden årsag	ialt
			syge- hus	pleje/ syge- hjem	alder- doms- hjem	andet distr.			
Ialt	964	69	157	20	9	25	61	77	1.382
%	70	5	11	1	1	2	4	6	100

Det ses, at af de udskrevne patienter er 70 % udskrevet som raske, medens 12 % blev indlagt i sygehus eller pleje/sygehjem. For de øvrige vedkommende har patienten selv eller familien overtaget plejen, nogle er fraflyttet distriktet eller døde. Udskrivning af "anden årsag" omfatter patienter, hvis behandling er ophørt, uden at de kan betegnes som raske.

3. Individualoplysninger om patienter, skema II

Skema II indeholder spørgsmål vedrørende patienternes personlige data, henvisningsårsag, tilstand og forhold ved plejens ophør eller ved udgangen af marts måned, samt de arbejdsopgaver sygeplejersken har udført i forbindelse med plejen og behandlingen af den enkelte patient (bilag nr. 7 b).

Hjemmesygeplejersken har udfyldt dette skema for hver patient, der er tilset i tiden 1. marts til 31. marts 1971, dog med den tidligere nævnte begrænsning, at hun kun skulle udfylde skemaer for højst 30 patienter.

3.1. Oplysninger om patienter henvist til hjemmesygepleje i marts 1971

For at få et indtryk af, hvilke sygdomstilstande der ligger til grund for lægernes henvisning til hjemmesygepleje og de opgaver, disse indebærer, er der for samtlige patienter indhentet oplysning om årsag til henvisning, herunder diagnose, såfremt denne foreligger.

Det er oplyst, at ca. 40 % af patienterne er henvist før den 1. januar 1971. I disse tilfælde kan man ikke med sikkerhed vide, om den anførte årsag henviser til patientens nuværende sygdomstilstand eller til plejens påbegyndelse, der i adskillige tilfælde ligger flere år tilbage.

For at få så nøjagtige og aktuelle oplysninger som muligt har man derfor afgræn-

set opgørelsen af henvisningsårsagerne til kun at omfatte patienter henvist i marts måned 1971, idet disse henvisningsårsager må formodes at være i overensstemmelse med patienternes tilstand på henvisningstidspunktet. Spørgeskemaet er udformet således, at man for denne patientgruppe har indhentet oplysning om sygeplejerskens eventuelle kontakt med lægen i forbindelse med henvisningen og i bekræftende tilfælde må det antages, at den anførte årsag er den af lægen opgivne. I tilfælde, hvor der ikke har været kontakt med lægen, må henvisningsårsagen antages at være baseret på oplysninger fra patienten eller dennes familie samt på sygeplejerskens egne observationer, eventuelt støttet af den ordinerede behandling.

3.1.1. *Inddeling af henvisningsårsager i sygdomsgrupper*

Besvarelsene af henvisningsårsag kan inddeles på følgende måde:

- a. Sygdomsbetegnelse
- b. Følger efter navngiven sygdom, f.eks. "træthed efter influenza" eller "vitaminmangel efter maveoperation"
- c. Følger efter eller symptom på ikke-navngiven sygdom, f.eks. "uren cicatrice" eller "lammelser"
- d. Behandlingens art, f.eks. "blæreskylning" eller "injektion"

På grundlag af sygeplejerskernes besvarelser er der - uanset om de angiver en af de under a.-d. nævnte oplysninger - foretaget en gruppering af henvisningsårsagerne i de 99 sygdomsgrupper, som anvendes i sygehusstatistikken, jf. S-listen (99 numre) i Klassifikation af Sygdomme, udgivet af sundhedsstyrelsen 1971.

Ved grupperingen er benyttet følgende fremgangsmåde:

Hvor *kun en diagnose* er angivet, f.eks. pneumoni, morbus cordis, opereret for galdesten etc., er denne rubriceret under det pågældende nr. i S-listen. I de tilfælde, hvor mere end en diagnose eller årsag er angivet, er udvalgt den sygdomsbetegnelse, der skønnedes at være den aktuelle sygdomssituation, idet *behandlingens art og/eller besøgshyppighed* har været vejledende ved udvælgelsen. Som eksempel kan anføres "diabetes, vitaminmangel - injektion daglig" grupperet under diabetes, eller "diabetes, vitaminmangel - injektion 2 gange ugentlig" placeret under vitaminmangel.

Hvor diagnose ikke er angivet, har *behandlingens eller medikamentets art* været vejledende, f.eks. "øreskylning" grupperet under ørelidelser eller "cycobemin hver 3. uge" anført under anæmi.

Endelig har man benyttet gruppen "Mangelfuldt definerede tilstande", hvor intet er anført eller oplysninger er mangelfulde.

3.1.2. *Patienter fordelt efter sygdomsgruppe og alder*

I tabel 8 er herefter vist, hvorledes patienterne henvist i marts måned fordeler sig efter sygdomsgruppe og alder. De ovennævnte 99 numre er her sammenfattet til 16 af de 17 grupper, der ligeledes benyttes i sygehusstatistikken.

Tabel 8

Patienter henvist i marts 1971 fordelt efter sygdomsgruppe og alder, skema II

Sygdomsgruppe	0-14 år	15-44 år	45-64 år	65-69 år	70-79 år	80 år og over	Uop- lyst	Antal ptt.	
								ialt	%
I. Infektionssygdomme og parasitære sygdomme	-	3	2	1	1	2	-	9	1
II. Svulster	-	4	13	8	20	7	-	52	5
III. Endokrine sygdomme, ernæringssygdomme og stofskiftesygdomme heraf "vitaminmangel"	2	21	42	12	22	10	1	110 87	9
IV. Sygdomme i blod og bloddannende organer	-	6	5	1	12	8	-	32	3
V. Psykiske lidelser m.v.	-	3	5	1	2	1	-	12	1
VI. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	8	18	35	7	8	7	2	85	7
VII. Sygdomme i kredsløbsorganer	-	5	33	18	37	24	1	118	10
VIII. Sygdomme i åndedrætsorganer	6	11	27	16	23	20	-	103	9
IX. Sygdomme i fordøjelsesorganer	2	17	26	9	22	11	1	88	7
X. Sygdomme i urin- og kønsorganer	-	21	32	9	13	7	1	83	7
XI. Sygdomme i svangerskab, under fødsel og barselseng heraf fødsel uden komplikation	-	79	-	-	-	-	1	80 77	7
XII. Sygdomme i hud og underhud	2	23	14	5	8	9	-	61	5
XIII. Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv	-	8	29	4	21	14	1	77	7
XIV. Medfødte misdannelser	4	-	-	-	-	-	-	4	0
XVI. Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	1	32	68	25	34	34	3	197	17
XVII. Traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse	2	8	21	2	12	9	1	55	5
Ialt	27	259	352	118	235	163	12	1.166	100
%	3	22	30	10	20	14	1	100	

Af tabel 8 fremgår, at de henviste patienter i aldersgruppen 65 år og derover fortrinsvis lider af sygdomme i kredsløbsorganer og åndedrætsorganer, medens der i de yngre aldersgrupper fortrinsvis forekommer ernæringssygdomme og endokrine sygdomme (for 87 af de anførte 110 patienter er sygdomsbetegnelsen "Vitaminman-

gel"), sygdomme i nervesystem og sanseorganer samt hudsygdomme. Under "Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande" har man måttet gruppere ialt 197 patienter.

3.1.3. *Fysisk og psykisk tilstand hos de henviste patienter*

Sygeplejerskerne har besvaret spørgsmål om patientens fysiske og psykiske tilstand, som den bedømtes ved plejens ophør eller ved udgangen af marts måned, og om, hvorvidt eventuelle handicap har været årsag til sygeplejerskens besøg.

Om de 1.166 patienter er herefter oplyst, at 748 (64%) var oppegående, 206 (18 %) var midlertidigt sengeliggende, heraf 77 barselpatienter, medens 156 (13 %) var ikke-mobile, d.v.s. enten oppegående med besvær, 100, eller oppe i stol, 41, eller fast sengeliggende, 15. For 30 patienter (3 %) foreligger ingen oplysninger. 26 (2 %) af patienterne døde i månedens løb.

Med hensyn til patientens psykiske tilstand har sygeplejersken besvaret spørgsmål, om pågældende var "klar og orienteret", "uklar i perioder", "dement" eller "bevidstløs". Af svarene fremgår, at 1.003 (86 %) var klare og orienterede, 75 var uklare 1 periode, 28 demente og 2 bevidstløse. For 32 er intet oplyst. Det bemærkes, at betegnelsen "dement" i denne forbindelse ikke er anført som en diagnose, men udelukkende angiver patientens psykiske tilstand, jf. tabel 8, hvor der kun er anført 12 patienter med psykiske lidelser.

Om handicap som årsag til sygeplejerskens besøg foreligger oplysning om ialt 129 patienter, heraf 113, hvor handicappet skyldtes over- eller underekstremitet (nedsat kraft, parese eller amputation), medens der for de øvrige patienters vedkommende var handicap vedrørende tale eller syn eller en kombination af 2 eller flere handicap.

Af de 1.166 patienter henvist i marts måned blev ialt 473 eller ca. 41 % udskrevet fra hjemmesygepleje. Heraf blev 351 udskrevet som raske, 53 indlagdes i sygehus og 2 i plejehjem og 3 flyttede til alderdomshjem. For 64 patienters vedkommende er oplyst, at patienten selv eller familien har overtaget plejen, er flyttet fra distriktet eller andet.

3.2. Oplysninger om samtlige patienter

I det følgende redegøres for oplysninger om samtlige patienter, 3.132, vedrørende henvisningstidspunkt, patienternes alder og fysiske tilstand samt de behandlings- og plejeopgaver, hjemmesygeplejersken har udført.

3.2.1. Tidspunkt for henvisning i indeværende henvisningsperiode

Tabel 9

Patienter fordelt efter henvisningstidspunkt

	1964 el. tidl.	1965 - 1967	1968 - 1970	1/1-28/2 1971	1/3-31/3 1971	Uop- lyst	Ialt
Ialt	116	159	948	731	1.166	12	3.132
%	4	5	30	24	37	0	100

Det ses, at af samtlige patienter er tilsammen 39 % henvist før den 1. januar 1971, medens 24 % er henvist i januar og februar måneder og resten, 37 %, i marts måned.

3.2.2. Patienternes alder og fysiske tilstand ved plejens ophør eller ved månedens slutning

Tabel 10

Patienternes fordeling efter alder og fysiske tilstand

	0-14 år	15-44 år	45-64 år	65-69 år	70-79 år	80 år og over	Uop- lyst	Ialt	%
Patienter ialt	32	412	878	347	795	640	28	3.132	100
Heraf i %:	i %								
Oppegående	44	66	75	69	66	54	68	2.071	66
Midlertidigt sengeliggende	22	24	6	8	6	6	4	285	9
Ikke-mobile	-	6	17	21	26	34	14	666	21
Døde	-	1	1	1	1	4	-	49	2
Uoplyst	34x)	3	1	1	1	2	14	61	2
Ialt	100	100	100	100	100	100	100	3.132	100

x) Fortrinsvis spædbørn

Som det fremgår af tabel 10 er 2.071 (66 %) af samtlige patienter oppegående, 285 (9 %) er midlertidigt sengeliggende og 666 (21 %) er ikke-mobile. 49 eller 2 % af patienterne afgik ved døden.

Det ses, at de midlertidigt sengeliggende fortrinsvis er blandt de yngre, og at de ikke-mobile hovedsagelig er at finde i aldersklassen 65 år og derover.

3.2.3. Behandlings- og plejeopgaver udført af hjemmesygeplejerskerne

Tabel 11

Patienter fordelt efter arten af behandling og pleje

	Behandling alene							Pleje alene	Pleje og behandl.		Uoplyst	Ialt
	injektion	medicin pr. os	blæreskylning	indhældning	forbindsskift	anden behandling	flere behandlinger	daglig toil.	dagl. toil. og behandl.	fodpl. og beh.		
Patienter ialt	1.443	33	44	87	422	80	167	348	360	136	12	3.132
%	46	1	1	3	14	3	5	11	12	4	0	100

Antallet af patienter, der alene får behandling, udgør ialt 73 % af samtlige, medens antallet af patienter, der alene modtager fuld eller delvis hjælp til pleje udgør 11 %. 16 % får behandling kombineret med pleje.

Endvidere er det konstateret, at yderligere ca. 260 patienter får delvis eller fuld hjælp til dagligt toilette af hjemmehjælpere, familie eller andre uden medvirken af hjemmesygeplejersken.

De to hyppigst forekommende behandlinger - injektion og forbindsskiftning - er ydet til henholdsvis 46 % og 14 % af samtlige patienter. Iøvrigt er det de samme to behandlinger, der hyppigst forekommer sammen med andre opgaver.

Medicin pr. os som eneste behandling er fortrinsvis givet til patienter med psykiske lidelser. Udover de anførte 33 patienter er der givet medicin til ca. 210 patienter, fortrinsvis ældre, der tillige får anden behandling eller pleje.

Blæreskylning alene er foretaget hos 44 patienter, medens yderligere 54 får denne behandling kombineret med hjælp til dagligt toilette eller anden behandling. Det tilføjes, at der er registreret 106 patienter med kateter å demeure.

Indhældning omfattende lavement, udskylning og udtømmning før røntgenundersøgelse er givet til ialt 160 patienter, hvoraf 87 har fået indhældning som eneste behandling.

"Anden behandling" omfatter skylning af øje, øre, trachealkanyle samt skiftning af colostomipose. I opgørelsen er registreret ialt 66 patienter med colostomi, og heraf

får 32 regelmæssig hjælp af hjemmesygeplejersken, medens enkelte kun får hjælpen periodevis.

Rubrikken "flere behandlinger" omfatter en kombination af to eller flere af de nævnte behandlingsformer.

Under plejeopgaver indgår fuld eller delvis hjælp til dagligt toilette og herunder eventuel påklædning og fodpleje. Af tabel 11 fremgår, at sygeplejerskerne udfører plejeopgaver til ialt 844 patienter, hvoraf 360 tillige får en eller flere former for behandling. De patienter, der alene får hjælp til dagligt toilette, omfatter bl.a. barsel-patienter samt et stort antal ældre, der får bad en gang ugentlig. Hos 1/3 af patienterne bistås hjemmesygeplejersken af husmoderafløser, hjemmehjælper eller familie.

Fodpleje kombineret med behandling er givet til patienter med diabetes og ulcus cruris og vedrører 136 eller 4 % af samtlige patienter.

3.3. Behandlings- og plejeopgaver i forbindelse med særlige patientgrupper

Med det formål yderligere at indkredse behandlings- og plejeopgaverne, som de forekommer i hjemmesygeplejen i dag, har man søgt at belyse, i hvilket omfang de udføres til følgende patientgrupper: de oppegående, de midlertidigt sengeliggende og de ikke-mobile; endvidere opgaver i forbindelse med dødsfald.

Af tabel 10 fremgår størrelsesordenen af disse patientgrupper.

3.3.1. Oppegående patienter

De oppegående patienters aldersfordeling er vist i tabel 12.

Tabel 12

Oppegående patienter fordelt efter alder

	0 - 14 år	15 - 44 år	45 - 64 år	65 - 69 år	70 - 79 år	80 år og over	Uop- lyst	Ialt
Ialt	14	271	656	238	525	348	19	2.071
%	1	13	32	11	25	17	1	100

Det fremgår herefter, at 46 % af patienterne er 64 år og derunder, medens 53 % er 65 år og derover, og 42 % 70 år og over.

En opgørelse over tidspunktet for disse patienters henvisning til hjemmesygepleje viser, at 59 % er henvist de første 3 måneder af 1971, heraf 36 % i undersøgelses-måned. 31 % er henvist i tiden 1968-70, 6 % i årene 1965-67 og 4 % så langt tilbage som i 1964 eller tidligere.

Fordelingen af behandlings- og plejeopgaverne til samtlige oppegående patienter er vist i tabel 13.

Tabel 13*Oppegående patienter fordelt efter behandlings- og plejeopgaver*

	Behandling alene	Dagl. toilette + fodpleje alene	Dagl. toilette + behandling	Ialt
Ialt	1.831	88	152	2.071
%	89	4	7	100

Ifølge oversigten har langt den overvejende del af de oppegående, 89 %, alene fået en eller flere former for behandling, medens 4 % har fået hjælp til dagligt toilette eller fodpleje alene og 7 % til dagligt toilette kombineret med behandling. Udover de anførte 240, der får hjælp til dagligt toilette, er det oplyst, at 16 patienter får denne hjælp af hjemmehjælper, familie eller andre uden hjemmesygeplejerskens medvirken. Betegnelsen "oppegående patienter" omfatter således et mindre antal, der ikke ubetinget er selvhjulpne, hvilket også fremgår af, at antallet af patienter med handicap i over- eller underekstremiteter er større end antallet af ikke-mobile patienter.

Som omtalt, er de hyppigst forekommende behandlinger injektion og forbindsskiftning. Af samtlige oppegående har 1.130 fået injektion og 341 forbindsskiftning som eneste behandling. Behandlingerne fordeler sig nogenlunde ligeligt på antallet af patienter under og over 65 år.

33.2. Midlertidigt sengeliggende patienter

Gruppen "midlertidigt sengeliggende" patienter udgør ialt 285 eller 9 % af samtlige patienter. Aldersfordelingen fremgår af følgende oversigt:

Tabel 14*Midlertidigt sengeliggende patienter fordelt efter alder*

	0 - 14 år	15 - 44 år	45 - 64 år	65 - 69 år	70 - 79 år	80 år og over	Uop- lyst	Ialt
Ialt	7	100	55	30	51	41	1	285
%	3	35	19	11	18	14	0	100

Det ses, at patienterne i denne gruppe fortrinsvis er i alderen 64 år og derunder med flest i alderen 15-44 år; denne aldersgruppe inkluderer 77 barselpatienter.

En opgørelse over tidspunktet for disse patienters henvisning til hjemmesygepleje viser, at 72 % er henvist i undersøgelsesmåneden og 23 % i januar og februar måneder 1971. 5 % af patienterne er henvist i årene 1968-70, og kun 1 patient før dette tidspunkt.

I tabel 15 er vist patienternes fordeling efter behandlings- og plejeopgaver.

Tabel 15*Midlertidigt sengeliggende patienter fordelt efter behandlings- og plejeopgaver*

	Behandling alene	Dagl. toilette + fodpleje alene	Dagl. toilette + behandling	Ialt
Ialt	152	88	45	285
%	54	31	15	100

Det fremgår, at også i denne gruppe patienter er der flest, der får "Behandling alene", ialt 54 %. Patienterne er fortrinsvis henvist for akutte sygdomstilfælde, som f.eks. influenza og pneumoni.

"Dagligt toilette + fodpleje alene" er ydet til 31 % af patienterne, heri indbefattet de 77 barselpatienter, der normalt får besøg af hjemmesygeplejersken i 8-10 dage.

De resterende 15 % får både pleje og behandling. Blandt disse er registreret 4 bevidstløse patienter med diabetes eller morbus cordis.

3.3.3. Ikke-mobile patienter

De ikke-mobile patienter udgør ialt 666 eller 21 % af samtlige. Heraf er 402 oppegående med besvær, 208 er oppe i stol og 56 fast sengeliggende. Aldersfordelingen for disse patienter er vist i tabel 16.

Tabel 16*Ikke-mobile patienter fordelt efter alder*

	0 - 14 år	15 - 44 år	45 - 64 år	65 - 69 år	70 - 79 år	80 år og over	Uop- lyst	Ialt
Ialt	-	25	143	72	204	218	4	666
%	-	4	21	11	30	33	1	100

Af patienterne i denne gruppe er 74 % i alderen 65 år og derover. Af den resterende fjerdedel af patienterne er 21 % fra 45-64 år og 4 % i alderen 15-44 år.

Med hensyn til tidspunktet for patienternes henvisning fremgår det af oplysningerne, at 46 % er henvist i de første tre måneder af 1971, medens 54 % (357 ptt.) er henvist før dette tidspunkt, heraf 297 i årene 1968-70, 37 i 1965-67 og 23 i 1964 eller før.

For de ikke-mobile patienter viser det sig, at 27 % lider af sygdomme i kredsløbsorganer og 19% af sygdomme i bevægelsesorganer, evt. foranlediget af legemlige traumer. For 12% er opgivet mangelfuldt defineret sygdomstilstand. De hyppigst forekommende sygdomme hos patienter under 65 år er psykiske lidelser og lidelser i nerve- og sanseorganer samt cancer og sygdomme i bevægelsesorganer.

Patienternes fordeling efter behandlings- og plejeopgaver kan ses af tabel 17.

Tabel 17*Ikke-mobile patienter fordelt efter behandlings- og plejeopgaver*

	Behandling alene	Dagl. toilette + fodpleje alene	Dagl. toilette + behandling	Ialt
Ialt	242	165	259	666
%	37	24	39	100

Af patienterne får kun 37 % behandling alene, medens de øvrige, ialt 424, får enten pleje alene eller behandling kombineret med pleje. Til halvdelen af disse ydes plejen af hjemmesygeplejersken alene, medens hun til 155 patienter tillige får hjælp af familie eller andre, herunder hjemmehjælper/husmoderafløser.

Vedrørende hjælpemidler til de ikke-mobile patienter er oplyst, at der til 120 af 200 patienter med incontinens af urin og/eller fæces er formidlet brug af engangsbleer og lån af stiklagner m.v. Endvidere fremgår, at 146 patienter har krykkestokke eller gangbuk, 93 har kørestol og 15 har andre hjælpemidler, f.eks. patientløfter og seng.

Som nævnt er der 56 fast sengeliggende patienter og heraf er 31 hjælpeløse. Til disse patienter er der udlånt 3 senge, 3 patientløftere og 1 sengegalge.

Da de ikke-mobile patienter er de mest plejekrævende, har man undersøgt, hvor mange af disse patienter, den enkelte sygeplejerske har tilsat, jf. tabel 18.

Tabel 18*Sygeplejersker fordelt efter antallet af ikke-mobile patienter inden for amt, skema II*

	Antal ptt. pr. sygeplejerske			Antal ialt	
	0 - 4	5 - 9	10 - 16	sygepl.	ptt.
Københavns kommune	2	2	5	9	77
Frederiksberg kommune	-	1	2	3	34
Københavns amt	4	5	2	11	64
Frederiksborg amt	4	2	-	6	20
Roskilde amt	3	2	1	6	29
Vestsjællands amt	5	5	1	11	52
Storstrøms amt	3	3	2	8	48
Bornholms amt	2	-	-	2	7
Fyns amt	7	5	-	12	51
Sønderjyllands amt	3	2	-	5	17
Ribe amt	3	2	-	5	22
Vejle amt	2	4	1	7	40
Ringkøbing amt	8	1	-	9	29
Århus amt	8	5	1	14	65
Viborg amt	3	4	1	8	49
Nordjyllands amt	5	6	1	12	62
Hele landet	62	49	17	128	666
%	49	38	13	100	

Det fremgår herefter, at 62 af sygeplejerskerne har tilset højst 4 patienter af denne kategori, medens 49 sygeplejersker har tilset mellem 5 og 9 og 17 mellem 10 og 16 patienter. Der forekommer således store variationer i fordelingen af patienterne og dermed også i den enkelte sygeplejerskes arbejdsbyrde.

Inden for de enkelte områder ses, at det især er sygeplejerskerne i København og på Frederiksberg, der har flest patienter i denne kategori.

3.3.4. *Omfanget af besøg efter kl. 19*

Der er aflagt besøg efter kl. 19 til ialt 82 patienter, svarende til 2,6 % af samtlige; heraf modtog 66 indtil 4 aftenbesøg, 4 fik 5-9 besøg, medens de øvrige 12 patienter fik 10 eller flere aftenbesøg. Enkelte af patienterne fik aflagt flere besøg på en aften.

Som årsag til disse besøg er som oftest anført, at patienten skulle have injektion med et smertestillende middel eller fordi patienten var dårlig. Kun i få tilfælde er årsagen begrundet med, at patienten boede alene eller at de pårørende på grund af sygdom eller alderdom ikke var i stand til at hjælpe.

Flere af patienterne blev indlagt i sygehus og ca. 1/4 afgik ved døden i eget hjem.

3.3.5.. *Døde*

I marts måned 1971 døde 42 af de tilsete patienter, og herudover blev sygeplejersken tilkaldt til 7 afdøde patienter.

Om de 42 patienter er oplyst, at 32 var 65 år og derover, og at 19 var henvist i marts måned 1971.

Til denne gruppe er der aflagt flere besøg dagligt. I forbindelse med henvisningen har der været direkte kontakt mellem læge og sygeplejerske om 11 af 19 patienter henvist i marts, og på grund af forandring i tilstanden for 30 patienters vedkommende.

I de fleste tilfælde, hvor hjemmesygeplejersken er tilkaldt til patienter afgået ved døden, har de pårørende selv henvendt sig til hende for at få hjælp til at gøre afdøde i stand.

4. **Hjemmesygeplejerskernes kontakt med medicinske og sociale instanser**

I skema II er indhentet oplysning om, i hvilket omfang hjemmesygeplejersken har talt med medicinske og sociale instanser om den enkelte patient. For patienter henvist i marts måned, ialt 1.166, har sygeplejersken besvaret spørgsmål om, hvem hun har haft kontakt med i forbindelse med patientens henvisning eller ved plejens påbegyndelse. For samtlige patienter, 3.132, er der givet oplysning om kontakter i forbindelse med patientplejen i månedens løb. Det bemærkes, at der kun er opgivet 1 kontakt for hver årsag med hver instans, således at det virkelige antal kontakter må formodes at være større.

I tabel 19 er vist, hvorledes disse kontakter fordeler sig efter årsag og de instanser, der har været kontakt med.

Tabel 19

Kontakter fordelt efter årsag og de instanser, der har været kontakt med

Årsag til kontakt:	Antal kontakter med				Kontakter ialt
	læge	sygehus	socialk./sygekasse	andre ^{x)}	
pt.s henvisning	606	125	51	143	925
forandr. i pt.s tilstand	584	33	16	32	665
bistand fra socialkontor	8	1	99	2	110
plejens ophør	89	6	-	17	112
andet	63	11	18	45	137
Kontakter ialt	1.350	176	184	239	1.949
Tilsv. antal ptt.	1.198	172	168	229	1.632
I % af samtl. (3.132)	38	6	5	7	52

x) Omfatter bl.a. jordemoder, leder af pleje- og alderdomshjem, tilsynsførende ved hjemmehjælp.

Det fremgår herefter, at der har været talt med læge og/eller sygehus i forbindelse med henvisning i henholdsvis 606 og 125 tilfælde. Det drejer sig her om 700 patienter, idet der for nogle patienter er angivet henvisning både fra læge og sygehus. Antallet svarer til 63 % af samtlige henviste i marts måned.

På grund af "forandring i patientens tilstand" har der været talt med lægen om 584 patienter og med sygehus om 33 patienter, ialt vedrørende ca. 19 % af samtlige patienter, 3.132.

"Bistand fra socialkontor" er drøftet i ialt 110 tilfælde, heraf for 99 patienters vedkommende med socialkontor/sygekasse og for 8 patienter med patientens læge.

Ved "plejens ophør" er der talt med lægen om 89 og med sygehus om 6 patienter. Det må her bemærkes, at af samtlige patienter er 975 udskrevet fra hjemmesygeplejen i marts måned.

Der har endvidere været kontakt med såvel medicinske som sociale instanser i 137 tilfælde, men om årsagen hertil foreligger kun sparsomme oplysninger.

Af tabellen fremgår, at 78 % af de 1.949 kontakter vedrører medicinske instanser, hovedsagelig patientens læge, medens 22 % vedrører sociale instanser og "andre".

Udvalget vedrørende revision af
sundhedsplejerske- og hjemme-
sygeplejeordningen.

Telf. (01)141011 lokal 242

Skemaerne bedes udfyldt og returneret senest d.15.april
1971 i vedlagte svarkuvert til sundhedsstyrelsen,
St. Kongensgade 1, 1264 København K.

Skema I

Undersøgelse af patienter i hjemmesygeplejen.

Løbenr.

--	--	--	--

(udfyldes i sundhedsstyrelsen)

Oplysninger om patienter, der er tilset af hjemmesygeplejersken fra 1/3-31/3 1971

Antal patienter fordelt efter køn og alder samt antal besøg

	børn		mænd		kvinder (uden barselpatienter)		barselpatienter	i alt
	0-14 år	15-64 år	65 år og derover	15-64 år	65 år og derover			
A) patienter:								
besøg:								

Antal patienter fordelt efter tidspunktet for 1. besøg i indværende

henvisningsperiode

	1964 el. tidl.	1965-67	1968-70	1/1.71-28/2.71	1/3.71-31/3.71	uoplyst	i alt
B) patienter:							

Antal nye patienter i perioden 1/3-31/3 1971 fordelt efter henvi-
sing

	sygehus		egen læge/ anden læge	jordemoder	andre *)	i alt
	direkte	via prakt. læge				
C) patienter:						

*) beskriv _____

Antal patienter udskrevet fra hjemmesygeplejen i perioden 1/3-31/3 1971

fordelt efter årsag til udskrivning

	rask	pt./familie overtaget plejen	indlagt i:		flyttet til:		død	anden årsag *)	i alt
			sygehus	pleje/sygehjem	alderdomshjem	andet distrikt			
D) patienter:									

*) beskriv _____

Eventuelle bemærkninger: _____

Hjemmesygeplejedistriktets navn:

i kommune ant

.....
dato

.....
hjemmesygeplejerskens underskrift

Udvalget vedrørende revision af
sundhedsplejerske- og hjemme-
sygeplejeordningen

Telf. (01) 141011 lokal 242

Skemaerne bedes udfyldt og returneret senest d. 15. april
1971 i vedlagte svarkuvert til sundhedsstyrelsen, St.
Kongensgade 1, 1264 København K.

Skema II

Oplysninger om den enkelte patient.

Lebensr.:
(udfyldes i sundhedsstyrelsen)

Køn: M K

Fødselsår: Civilstand: ugift gift sep. skilt enke/m

Stilling: (for pensionister tillige tidl. stilling)

Årsag til patientens henvisning til hjemmesygepleje:
(foreliggende diagnose, angiv denne)

Patientens tilstand og forhold ved plejens ophør eller månedens slutning: 31/3-1971.

I 1. klar og orienteret 2. vaker i perioder 3. urolig om natten 4. dement 5. bevidstløs 6. svimmel 7. forpint	II Smertestillende/beroligende injektioner gives antal gange i døgnet: _____ hven giver 1. injektion " " 2. " " " 3. "
III 1 hyppige opkastninger 2 incontinens af urin feces periodevis regelmæssig	IV 1. anvender udelukkende eget sengelinned 2. låner stiklagner m.m. fra institution el. lign. 3. gratis vask af sengelinned 4. anvender engangsbleer
V 1. talebesvær 2. afasi 3. nedsat syn 4. blind 5. nedsat hørelse 6. dov 7 over-/underekst. 8 1. nedsat kraft 2. parese 3. amputation 4. deformitet	VI 1. Har haft handicap vedrørende: mindre end 1/2 år tale syn herelse over-/underekst. 1/2 - 2 år mere end 2 år 2. Hvis Deres besøg er foranlediget af ovennævnte handicap, da hvilke
VII 1. trachealkanyle 2. nyrekateter 3. kateter à demeure 4. colostomi 5. andre former for dræn el. lign. *) *) beskriv	VIII 1. Colostomiposen skiftes sædvanligvis af: 1. hjemmesygeplejersken 2. patienten 3. familie 4. andre 2. Forventer De, at patienten/familien kan lære at skifte colostomiposen ja ☐ nej ☐

Forbeholdt sundhedsstyrelsen til kodning

Spm.	I		II		III		IV		V			VI				VII		VIII		
					1	2			1-6	7	8	tale	syn	here	ekst.	2			1	2
Kol.	17	18	19		20	21	22		23	24	25	26	27	28	29	30		31	32	33

IX	1	2	3	4	5
	oppegående	midlertid, sengelig.	oppegående med besvær	oppe i stol	fast senge- liggende
	☐	☐	☐	☐	☐

X Hvis fast sengeliggende:

1. patienten er hjælpeløs	
2. " " svagelig	
3. anden årsag *)	

*) beskriv

	dagligt toilette (incl.fodpl.)	påklædning	fodpleje alene
1. delvis hjælp			
2. fuld hjælp			

XIII			
Hvem hjælper patienten ved:			
	dagl.toilette	påklædning	fodpleje
1. hjemmesygeplejerske	☐	☐	☐
2. husmoderafl./hjemrehj.	☐	☐	☐
3. privat betalt hjælp	☐	☐	☐
4. familie	☐	☐	☐
5. andre	☐	☐	☐

XIII

1. spiser selv	☐	4. beskæftiger sig selv	☐
2. mades	☐	5. må sættes i gang med beskæftigelse	☐
3. sondemades	☐	6. beskæftigelse udelukket	☐

XIV

Patienten har:		Hvis ja: patienten anvender
1. briller/kontaklinser	☐	☐
2. høreapparat/hørebriller	☐	☐
3. arm- eller benproteser	☐	☐
4. krykke/stokke, ganghjulke	☐	☐
5. kørestol	☐	☐
6. andre hjælpemidler *)	☐	☐

*) beskriv

Patienten bor:
 1. i eget hus: alene ☐ 2. sammen med andre ☐
 3. i egen lejlighed: alene ☐ 4. sammen med andre ☐
 5. i folkepensionistbolig/stiftelse/kollektivhus
 hvor fælles faciliteter forefindes ☐
 6. i plejehjem, alderdomshjem el. lign. ☐
 7. indlægt hos andre ☐
 8. andet **) ☐
 **) beskriv

 *) herunder lejlighed i folkepensionistbolig samt
 stiftelse el. lign., hvor fælles faciliteter ikke
 forefindes.

XVI

Patienten kommer udenfor hjemmet:

1. alene	
2. kun med ledsager	
3. aldrig	

Hvis aldrig:

har boligens placering indflydelse herpå: ja ☐ nej ☐

XVII

1. boligen er specielt indrettet til handicappede ja ☐ nej ☐

2. der er foretaget ændringer i boligen på grund af patientens handicap ja ☐ nej ☐

beskriv

XVIII

Patienten har husmoderafl./hjemmehjælper ja ☐ nej ☐

Hvis ja: tidspunktet for Deres besøg i hjemmet er

1. uafhængigt af husmoderafl./hjemmehj. besøg ☐

2. aftalt til samme tid som husm.afl./hjemmehj. ☐

3. aftalt til anden tid end husm.afl./hjemmehj. ☐

XIX

1. patienten er alene det meste af dagen	
2. patienten er alene om natten	
3. patienten får regelmæssig hjælp af familie el. andre	
4. patienten har telf. el. anden mulighed for at tilkalde hjælp	

Forbeholdt sundhedsstvrrelsen til kodning

Spn.	IX		X		XI			XII			XIII		XIV		XV		XVI		XVII		XVIII		XIX		
					toi.	päkl.	fodp.	toi.	päkl.	fodp.									1	2					
Kol.	34	35	36	37	38	39	40	41			42		43	44		45	46	47			48	49		50	51

Sundhedsstyrelsen
Medicinal-statistisk afdeling,
St. Kongensgade 1, 1264 København K.
Telf. (01) 141011, lokal 242.

Skemaet bedes udfyldt og returneret i vedlagte svar-
kuvert til sundhedsstyrelsen senest d. 17. februar 1970.

Sundhedsstyrelsens tælling pr. 10. februar 1970 af hjemmesygeplejersker (herunder aflæsere).

1. Efternavn: 2. Fornavn(e): 3. Pigenavn: 4. Adresse: Tlf.nr.: 5. Personnr.: Trafiktid: 6. Civilstand: Ugift: ☐ Gift: ☐ Forhen gift: ☐ <u>Uddannelse efter folkeskolen:</u> 7. Mellemkoleksamen: ☐ 8. Realeksamen o. lign.: ☐ 9. Studentereksamen: ☐ 10. Anden eksamen (beskriv): 11. Uddannelse udover sygeplejerskeuddannelse (beskriv): <u>Autorisation som sygeplejerske eller dispensation:</u> 12. Autorisationsdato: 13. Modtaget dispensation (opgiv årstal): <u>Beskrivelse som sygeplejerske inden ansættelse i nu- værende stilling:</u> <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Antal år i alt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14. Sygehus:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15. Plejehjem/alderdomshjem:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16. Hjemmesygepleje:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17. Andet sygeplejerskearbejde:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>beskriv:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18. Udlandet:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>beskriv:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <u>Evt. ansættelse på specialafdelinger:</u> 19. Hud- og køns sygdomme: ☐ 20. Psykiatrisk afdeling: ☐ 21. Fødeafdeling: ☐		Antal år i alt	14. Sygehus:		15. Plejehjem/alderdomshjem:		16. Hjemmesygepleje:		17. Andet sygeplejerskearbejde:		beskriv:		18. Udlandet:		beskriv:		<u>Uddannelse ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole:</u> Årstal 22. Sundhedsplejerskelinie: 23. Lædende/undervisende linie: 24. Kursus for hjemmesygeplejersker: 25. Kursus for psykiatriske sygeplejersker: 26. Uddannelse i udlandet (beskriv): <u>Nuværende arbejdssted:</u> 27. Amt: 28. Kommune(r) (skriv navnene): 29. Hjemmesygeplejedistriktets navn: 30. Hjemmesygeplejen administreres af: Kommunen: ☐ Sygekassen: ☐ Sygeplejeforening: ☐ Anden administrationsform (beskriv): 31. Ansættelse i nuværende stilling (årstal): 32. Stillingsart: Lædende hjemmesygeplejerske: ☐ Fastansat hjemmesygeplejerske: ☐ Fastansat afløser, fuldtids: ☐ Fastansat afløser, deltids: ☐ Ikke fastansat afløser: ☐ Anden betegnelse (beskriv): <u>Arbejdsområder udover hjemmesygepleje:</u> 33. Spædbørns sundhedspleje: ☐ 34. Medhjælp for skolelægen: ☐ 35. Tilsynsferende for husmoderafløsning/hjemmehjælp: ☐ 36. Andre opgaver (beskriv):
	Antal år i alt																
14. Sygehus:																	
15. Plejehjem/alderdomshjem:																	
16. Hjemmesygepleje:																	
17. Andet sygeplejerskearbejde:																	
beskriv:																	
18. Udlandet:																	
beskriv:																	

Dato

Underskrift

Sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen fordelt efter stillingens art og amt sinndelingen før 1. april 1970

	Stillingens art						Ialt
	Led. hjem- mesygepl.	Fastansat hj. sygepl.	Fastansat afløser		Ikke fastan- sat afløser	Andet	
			fuldtid	deltid			
Københavns kommune	51)	88	32	18	4	212)	168
Frederiksberg kommune	2	14	8	1	-	83)	33
Gentofte kommune	-	11	3	2	-	22)	18
Københavns amtsrådsreds	1	65	12	23	26	-	127
Roskilde amtsrådsreds	-	30	4	9	14	-	57
Frederiksborg amt	2	56	17	16	6	-	97
Holbæk amt	-	53	12	19	10	-	94
Sorø amt	-	42	10	23	5	-	80
Præstø amt	1	43	4	13	11	-	72
Bornholms amt	-	16	4	7	1	-	28
Maribo amt	1	55	3	9	8	-	76
Svendborg amt	-	49	9	23	11	-	92
Odense amt	-	73	12	26	5	-	116
Vejle amt	1	54	14	24	13	-	106
Skanderborg amt	2	44	11	21	15	-	93
Århus amt	-	61	7	17	17	-	102
Randers amt	2	59	11	15	18	-	105
Ålborg amt	1	67	9	22	16	-	115
Hjørring amt	1	57	10	17	8	-	93
Thisted amt	-	37	5	25	5	-	72
Viborg amt	1	57	6	36	10	-	110
Ringkøbing amt	1	71	14	29	19	-	134
Ribe amt	1	60	10	18	12	14)	102
Haderslev amt	-	23	9	9	1	-	42
Åbenrå-Sønderborg amt	-	31	11	9	6	-	57
Tønder amt	-	21	2	4	2	-	29
Hele landet	22	1.237 5)	249 6)	435 7)	243 8)	32	2.218 9)

1) Heraf 1 med orlov, ansat i sundhedsstyrelsen

2) Menighedsygeplejersker

3) Tilsynsførende med husmoderafl. og hjemmehjælp

4) Deltidsbeskæft. sygepl.ske bistår led. hjemmesygepl.ske

5) Heraf 12 med disp. fra krav om aut. som sygeplejerske

6) Heraf 10 med disp. fra krav om aut. som sygeplejerske

7) Heraf 8 med disp. fra krav om aut. som sygeplejerske

8) Heraf 3 med disp. fra krav om aut. som sygeplejerske

9) Heraf 33 med disp. fra krav om aut. som sygeplejerske

Sygeplejersker beskæftiget i hjemmesygeplejen fordelt efter stillingens art og amt sinndelingen efter 1. april 1970¹⁾

	Stillingens art						Ialt
	Led. hjem- mesygepl.	Fastansat hj. sygepl.	Fastansat afløser		Ikke fast- ansat afløser	Andet	
			fuldtid	deltid			
Københavns kommune	5	88	32	18	4	21	168
Frederiksberg kommune	2	14	8	1	-	8	33
Gentofte kommune	-	11	3	2	-	2	18
Københavns amt iøvrigt	1	66	12	24	26	-	129
Frederiksborg amt	2	56	17	16	6	-	97
Roskilde amt	-	36	5	8	14	-	63
Vestsjællands amt	-	88	21	42	12	-	163
Storstrøms amt	2	95	7	22	20	-	146
Bornholms amt	-	16	4	7	1	-	28
Fyns amt	-	122	21	49	16	-	208
Sønderjyllands amt	-	75	22	22	9	-	128
Ribe amt	1	59	10	15	12	1	98
Vejle amt	2	77	18	41	18	-	156
Ringkøbing amt	1	74	14	30	21	-	140
Århus amt	2	149	25	43	46	-	265
Viborg amt	1	82	11	51	13	-	158
Nordjyllands amt	3	129	19	44	25	-	220
Hele landet	22	1.237	249	435	243	32	2.218

1) Fordelingen er forudsat uændrede distrikter efter 1. april 1970.

Lov nr. 227 af 27. maj 1970.

Lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

VI FREDERIK DEN NIENDE, af Guds Nåde Konge til Danmark, de Venders og Gotere, Hertug til Slesvig, Holsten, Stormarn, Ditmarsken, Lauenborg og Oldenburg, gør vitterligt: Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Kapitel 1.

Lovens område.

§ 1. Loven omfatter den kommunale og centrale styrelse af sociale anliggender og af de sundhedsmæssige anliggender, hvis styrelse ikke er fastlagt i særlig lovgivning eller hører under sundhedskommissionernes område.

Stk. 2. Københavns kommune omfattes ikke af lovens kap. 2-6.

Kapitel 2.

Kommunalbestyrelsens funktioner.

§ 2. Kommunalbestyrelsen træffer beslutning om alle forhold vedrørende kommunens virksomhed på sociale og sundhedsmæssige områder, der ikke er henlagt til andre myndigheder ved særlig lovgivning.

§ 3. Kommunalbestyrelsen udarbejder forslag til regulativ for kommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning på grundlag af udkast, der er affattet af det i § 6 nævnte udvalg. Forslaget skal godkendes af amtsrådet. Socialministeren fastsætter efter forhandling med indenrigsministeren nærmere regler om udfærdigelsen af sådanne regulativer.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen udarbejder hvert år en oversigt over kommunens sociale og sundhedsmæssige virksomhed. Oversigten, indsendes til amtsrådet.

Socialmin. SRK. j. nr. 234.

§ 4. Hvor anden fremgangsmåde ikke er foreskrevet i denne lov eller i anden lovgivning, træffer kommunalbestyrelsen beslutning om opførelse eller ændring af bygninger eller andre anlæg til kommunale institutioner, der virker på de i § 2 nævnte områder. Skitseprojekter skal dog godkendes af amtsrådet, jfr. § 12.

§ 5. Medmindre andet er foreskrevet i særlig lovgivning, træffer kommunalbestyrelsen beslutning om godkendelse af offentligt støttede private eller selvejende institutioner eller private foranstaltninger, der skal virke på de i § 2 nævnte områder, og påser, at tilskudsbetingelser opfyldes. Skitseprojekter til opførelse eller ændring af bygninger eller andre anlæg til brug for institutionerne eller foranstaltningerne skal dog godkendes af amtsrådet, jfr. § 12.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen fører tilsyn med de i stk. 1 nævnte institutioner og foranstaltninger i det omfang, tilsynet ikke ved særlig lovgivning er henlagt til anden myndighed.

Kapitel 3.

Udvalg og forvaltning i kommunerne.

§ 6. Kommunalbestyrelsen nedsætter i overensstemmelse med § 17, stk. 1, i lov om kommunernes styrelse et udvalg til forvaltning af kommunens sociale, sundhedsmæssige og arbejdsmarkedsmæssige anliggender (det sociale udvalg).

§ 7. I hver kommune nedsætter kommunalbestyrelsen et børne- og ungdomsværn på 5 eller 7 medlemmer til forvaltning af de anliggender vedrørende børn og unge, der ved lovgivningen særligt henlægges til værnet. Et flertal af medlemmerne skal udpeges blandt medlemmer af kommunalbestyrelsen, medens der til de øvrige pladser i værnet også kan udpeges andre beboere i kommunen, for så vidt de pågældende er valgbare til kommunalbestyrelsen og må antages at have indsigt i børne- og ungdomsforsorg. Formanden for og yderligere mindst 1 medlem af det sociale udvalg skal vælges til medlemmer af værnet, og formanden for det sociale udvalg er tillige formand for værnet, hvis han ønsker det. Værnets formand og næstformand skal være medlemmer af det sociale udvalg. Samtidig med valg af medlemmer til værnet vælges et antal suppleanter, af hvilke et flertal skal have sæde i kommunalbestyrelsen, medens de øvrige skal opfylde betingelserne i 2. pkt. for at kunne udpeges som medlemmer.

§ 8. For kommuner, der har en magistratsordning, kan socialministeren godkende en særlig ordning til varetage af de i §§ 6 og 7 nævnte organers funktioner.

§ 9. I hver kommune oprettes en særlig forvaltning for de anliggender, der henhører under de i §§ 6-8 nævnte organer.

Kapitel 4.

Amtsrådets funktioner.

§ 10. Hvor andet ikke er bestemt i særlig lovgivning, fører amtsrådet tilsyn med den i kap. 2 nævnte kommunale virksomhed.

Stk. 2. Endvidere fører amtsrådet efter nærmere af vedkommende ministre fastsatte regler fornødent tilsyn med tilsvarende virksomhed, der udfoldes af offentligt støttede eller anerkendte private eller selvejende institutioner. Amtsrådet er i sin tilsynsvirksomhed berettiget til at forlange alle oplysninger meddelt af de kommunale myndigheder og de i 1. pkt. nævnte institutioner.

§ 11. Amtsrådet udarbejder ved forhandling med de kommunale myndigheder en plan for udbygningen af den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i amtet. Planen skal godkendes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren. Såfremt enighed om planen ikke har kunnet opnås, forelægges spørgsmålet for socialministeren til afgørelse.

Stk. 2. Udbygningsplanen optages til revision med højst 5 års mellemrum.

Stk. 3. Socialministeren kan efter forhandling med indenrigsministeren fastsætte regler om udformningen af udbygningsplaner.

§ 12. Amtsrådet træffer beslutning om godkendelse af de i § 4 og i §5, stk. 1, nævnte skitseprojekter til institutionsbyggeri. Det påser herunder, at byggearbejdet er i overensstemmelse med den for amtsråds kredsen godkendte udbygningsplan, jfr. § 11.

§ 13. Amtsrådet udarbejder forslag til et regulativ for amtskommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltningsvirksomhed på grundlag af udkast, der er affattet af det i § 16 nævnte udvalg. Forslaget godkendes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren.

§ 14. Amtsrådet kan træffe beslutning om iværksættelse af foranstaltninger — herunder oprettelse af institutioner — på sociale og sundhedsmæssige områder, når disse foranstaltninger ikke skal varetages af kommuner.

Stk. 2. Socialministeren kan fastsætte regler om godkendelse af projekter til børne- og ungdomshjem, revalideringsinstitutioner, beskyttede virksomheder, særlige plejehjem for yngre eller for særlige grupper af invaliderede, forsorgshjem og andre institutioner eller foranstaltninger, som i almindelighed iværksættes med henblik på på at betjene større områder.

§ 15. Amtsrådet udarbejder på grundlag af kommunernes oversigter en samlet årsberetning om kommunernes sociale og sundhedsmæssige virksomhed. Det udarbejder endvidere en årsberetning for amtskommunens tilsvarende virksomhed. Årsberetningerne indsendes til socialministeriet og

indenrigsministeriet og de myndigheder, som ministrene bestemmer.

Kapitel 5.

Udvalg, forvaltning og nævn i amtsråds-kredsen.

§ 16. Amtsrådet nedsætter i overensstemmelse med § 17, stk. 1, i lov om kommunernes styrelse et udvalg til forvaltning af amtskommunens sociale og sundhedsmæssige anliggender uden for sygehusvæsenet.

§ 17. I hver amtskommune oprettes en særlig forvaltning for de anliggender, der hører under det i § 16 nævnte udvalg. Lederen af denne forvaltning ansættes af amtsrådet. Forud for den første besættelse af denne stilling skal amtsrådet indhente en udtalelse fra det i § 25 nævnte kvalifikationsnævn.

Stk. 2. Under den i stk. 1 nævnte forvaltning opretter amtskommunen et socialcenter, der skal yde kommunernes social- og sundhedsforvaltning og det i § 18 omhandlede nævn fornøden bistand og i øvrigt varetage sådanne opgaver, som pålægges centrene i medfør af lovgivningen. Socialministeren kan efter forhandling med indenrigsministeren fastsætte nærmere regler for socialcentrenes virksomhed.

§ 18. I hvert amt nedsættes et revaliderings- og pensionsnævn, der består af amtmanden og 6 andre medlemmer, der udpeges for en periode svarende til de kommunale råds funktionsperiode. 3 medlemmer udpeges af amtsrådet blandt medlemmerne af det i § 16 nævnte udvalg, 2 medlemmer udpeges af socialministeren efter indstilling fra vedkommende arbejdsmarkedsnævn, og 1 medlem udpeges af socialministeren efter indstilling fra De samvirkende Invalideorganisationer. Socialministeren beskikker for de kommunale råds funktionsperiode 1 af nævnets medlemmer som nævnets formand.

Stk. 2. Nævnet træffer afgørelse i sager om dagpenge, revalideringsmæssig bistand, ydelse af hjælpemidler og sociale pensioner i det omfang, lovgivningen om disse ydelser henlægger sådanne sager til nævnet.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter nævnets forretningsorden. Ministeren kan bebynde nævnet til efter nærmere fastsatte

regler at henvise sager, i hvilke afgørelse ikke skønnes at frembyde tvivl, til formandens afgørelse.

Stk. 4. Udgifterne ved nævnets virksomhed afholdes af staten.

Kapitel 6.

Frederiksberg kommune.

§ 19. For Frederiksberg kommune udøver socialministeren, eller for de under indenrigsministeriet hørende områder indenrigsministeren, de funktioner, der efter §§ 3, stk. 1, 2. pkt., 10 og 12, 1. pkt., er henlagt til amtsrådet. Den i § 3, stk. 2, omhandlede oversigt indsendes til socialministeren.

Kapitel 7.

Centrale myndigheder.

§ 20. Der oprettes under socialministeriet en socialstyrelse, der i det omfang, socialministeren bestemmer, varetager den centrale forvaltning af sociale anliggender.

§ 21. Styrelsens chef rådfører sig med et styrelsesråd i det omfang, socialministeren fastsætter.

Stk. 2. Styrelsesrådet består af styrelsens chef som formand og 13 andre medlemmer, som beskikkes af socialministeren for 4 år ad gangen svarende til de kommunale råds funktionsperiode.

Stk. 3. De kommunale organisationer udpeger 4 medlemmer, hvoraf 2 repræsenterer kommunerne og 2 repræsenterer amtskommunerne. Københavns kommune udpeger 1 medlem. Landsorganisationen i Danmark og Dansk Arbejdsgiverforening udpeger hver 1 medlem. Arbejdsministeren og indenrigsministeren udpeger hver 1 medlem, der repræsenterer henholdsvis arbejdsdirektoratet og sundhedsstyrelsen. Undervisningsministeren udpeger 1 medlem. Socialministeren udpeger 3 medlemmer, hvoraf 1 skal have tilknytning til den centrale forvaltning af de sociale forsikringslove.

Stk. 4. Styrelsesrådet kan tilkalde særligt sagkyndige til behandlingen af enkelte spørgsmål.

§ 22. Socialministeren fører overtilsyn med kommunernes socialvæsen og med offentligt støttede eller anerkendte institu-

tioner, der virker inden for det sociale område.

Stk. 2. Socialministeren fører tilsyn med amtskommunernes socialvæsen.

§ 23. Socialministeren og indenrigsministeren kan af kommunerne, amtskommunerne og af institutioner, der virker med offentlig anerkendelse eller støtte, fordre alle oplysninger, som skønnes fornødne.

§ 24. Socialministeren kan bemyndige socialstyrelsen eller en anden central styrelse til i nærmere angivet omfang at udøve beføjelser, som i denne lov er tillagt socialministeren.

§ 25. Socialministeren nedsætter et nævn, der er rådgivende ved bedømmelse af kvalifikationerne hos ansøgere til stillingen som leder af amtskommunens social- og sundhedsforvaltning. Kommunerne og amtskommunerne kan for nævnet forelægge andre spørgsmål vedrørende kvalifikationerne hos ansøgere til stillinger inden for den kommunale social- og sundhedsforvaltning. For nævnet kan dog ikke forelægges spørgsmål om kvalifikationer hos ansøgere til stillinger, der er nævnt i § 14, stk. 1, 2. pkt., i lov om udøvelse af lægegerning.

Stk. 2. Nævnet består af en formand samt af to andre medlemmer, der udpeges af de kommunale organisationer.

Kapitel 8.

Revision af lovgivningen om sygesikring.

§ 26. Forslag til lov om indførelse af en kommunalt administreret offentlig syge-

sikringsordning for hele befolkningen fremsættes for folketingeti folketingsåret 1970-71.

Kapitel 9.

Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser m. v.

§ 27. Loven træder i kraft den 1. juli 1970. §§ 11, 12, 17, stk. 2, og 18 træder dog først i kraft på et senere tidspunkt, der fastsættes af socialministeren.

§ 28. Socialministeren og indenrigsministeren kan fastsætte overgangsbestemmelser vedrørende lovens gennemførelse.

§ 29. Det i § 6 nævnte sociale udvalg træder i stedet for det i lov om offentlig forsorg § 2, jfr. § 3, nævnte udvalg. De opgaver, der varetages af de i lov om offentlig forsorg § 4 nævnte socialkontorer, henlægges til den i denne lovs § 9 nævnte forvaltning.

§ 30. Forslag om en samlet revision af lov om offentlig forsorg, lov om børne- og ungdomsforsorg, lov om mødrehjælpsinstitutioner og lov om revalidering fremsættes for folketinget senest i folketingsåret 1972-73.

Stk. 2. Socialministeren udpeger formanden for døvenævnet, tunghørenævnet og blindenævnet. Blindenævnet, jfr. lov om foranstaltninger vedrørende blinde og stærkt svagsynede, døvenævnet og tunghørenævnet, jfr. lov om foranstaltninger vedrørende døve og tunghøre, virker indtil videre som rådgivende for chefen for socialstyrelsen.

§ 31. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Givet på Christiansborg slot, den 27. maj 1970.

Under Vor Kongelige Hånd og Segl.

FREDERIK R.

Nathalie Lind.

Udvalgets forslag til opgavefordeling inden for hjemmesygeplejen mellem kommuner, amtskommuner og centrale myndigheder.

	<i>Administrative opgaver</i>		<i>Faglige opgaver</i>		<i>Fagligt personale</i>	
	<i>I Primærkommunalt plan (kommune(r))</i>					
	Regulativ for ordningens administrative udformning og publikumsbetjening		Sygepleje og behandling efter lægeordination		Evt. ledende sygeplejerske	
	Planlægning		Forebyggelse, vejledning		Sygeplejersker	
	Bevillinger		Koordinering		Sygehjælpere	
	Ansættelse af fagligt personale		Vurdering		Sekretær	
	Årlig indberetning		Vejledning vedr. sygehjælpere			
	Indkøb til depot		Undervisning			
			Journalføring			
II Amtskommunalt plan	Regional udbygningsplanlægning		Retningslinier og målsætning		Amtslæge	
	Godkendelse af primære kommunale regulativer		Tilsyn		Amtssygeplejerske	
	Ansættelse af fagligt personale		Koordinering		Ass. amtssygeplejerske	
	Bevillinger		Rådgivning		Sygeplejelærer	
	Årlig indberetning		Vurdering		Sekretær	
	Rådgivning til:		Bearbejdelse af statistisk materiale			
	Kommunale råd		Undervisning			
	Kommunale institutioner		Faglige kurser og møder			
	Statslige institutioner					

III. *Centralt plan*

(indenrigsministeriet og
sundhedsstyrelsen)

Lovgivning

Bestemmelser vedr. gennemførelse af lovgivningen
Cirkulærer og generelle retningslinier for regulativer
og udbygningsplaner

Landsplanlægning

Godkendelse af regionale udbygningsplaner

Godkendelse af ordninger i København, Frederiks-
berg

Dispensationer

Overtilsyn med sundheds- og sygepleje

Rådgivning - herunder også med hensyn til bedøm-
melse af kvalifikationer ved besættelsen af stillinger
som faglige ledere

Vurdering

Bearbejdelse af statistisk materiale

Informations- og mødevirksomhed

Undervisning (videregående uddannelse)

