

BETÆNKNING
om
den stedlige social- og sundhedstjeneste

Afgivet af
et af socialministeren nedsat udvalg



BETÆNKNING NR.669
KØBENHAVN 1973

Danmarks
Veterinær-og Jordbrugs-
bibliotek

ISBN 87 503 1388 6

Statens trykningskontor
So 00-221-bet

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
Indledning	5
Kapitel I	
Opgavefordelingen på det sociale og sundhedsmæssige område	8
Kapitel II	
Forvaltningen af de sociale og sundhedsmæssige opgaver.	10
Kommunernes Landsforenings forslag til opbygning af en kommunal social- og sundhedsforvaltning (pkt. 7).	10
Forsøg ved Holme socialkontor (Århus kommune) (pkt. 8).	12
Koordineret socialservice inden for Nordjyllands amt (pkt. 9).	13
Hjemmesygepleje, hjemmehjælp og husmoderafløsning (pkt. 10).	14
Sundhedspleje (pkt. 11).	16
Om et udbygget samarbejde mellem det sundhedsmæssige og sociale personale (pkt. 12).	17
De amtskommunale sociale forvaltninger (pkt. 13).	18
Svangerskabshygienje og fødselshjælp (pkt. 14).	19
Sygehuse (pkt. 15).	19
Kapitel III	
Udviklingen i almen praksis.	21
Kapitel IV	
Udvalgets overvejelser og forslag	22
Praksisplanlægning (pkt. 20).	22
De praktiserende lægers bistand til den sociale forvaltning (pkt. 21-23).	24
Den sociale forvaltnings bistand til de praktiserende læger (pkt. 24).	26

	Side
Planlægningen af den primære social- og sundheds- tjeneste (pkt. 25)	27
Samarbejdet mellem de praktiserende læger, den sociale forvaltning og kommunernes sundhedspersonale (pkt. 26 - 28)	27
Samarbejdet på det amtskommunale plan (pkt. 29 - 30).	29
Samarbejdet mellem social- og sundhedstjenesten på det kommunale plan og på det amtskommunale plan (pkt. 31 - 33)	30
 Kapitel V	
Udkast til vejledende retningslinier for det sociale og sundheds- mæssige samarbejde på kommunalt og amtskommunalt plan	32
I. Indledning	32
II. Samarbejdet mellem praktiserende læger og social- og sundhedstjenesten på det kommunale plan	33
III. Samarbejdet mellem social- og sundhedstjenesten og sygehusvæsenet	35
IV. Planlægning	36
 Bilat	
Notat om socialcentrenes funktioner, herunder bistand til kommunernes social- og sundhedsforvaltninger	38

INDLEDNING

1. Udvalget vedrørende den stedlige social- og sundhedstjeneste blev nedsat ved socialministeriets skrivelse af 29. oktober 1971.

Udvalget fik til opgave at overveje, på hvilke områder og i hvilket omfang det er ønskeligt at etablere et stedligt samarbejde - navnlig på kommunalt eller amtskommunalt plan - mellem sociale administrative myndigheder og institutioner, det offentlige sundheds- og sygehusvæsen og de praktiserende læger.

Til formand for udvalget blev udpeget amtmand Sigurd Wechselmann.

Udvalget havde ved betænkningens afgivelse i øvrigt følgende sammensætning:

Socialudvalgsformand Jens Christensen, udpeget af Kommunernes Landsforening.

Læge Jens Daugaard, udpeget af Den almindelige danske Lægeforening.

Kontorchef Niels Engberg, socialministeriet.

Viceamtsborgmester Jens P. Fisker, udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark.

Formanden for lægeforeningen Jørgen Fog, udpeget af Den almindelige danske Lægeforening.

Læge Eskil Hohwy, udpeget af Den almindelige danske Lægeforening.

Sekretær H. Hummellose, udpeget af administrationsdepartementet.

Planlægningschef Ole Høeg, udpeget af socialstyrelsen.

Socialudvalgsformand Albert Jensen, udpeget af Kommunernes Landsforening.

Borgmester Børge H. Jensen, udpeget af Københavns kommune.

Kontorchef Jørgen H. Koch, udpeget af indenrigsministeriet.

Styrelseschef P. Loft, sikringsstyrelsen.

Afdelingschef Folmer Nielsen, udpeget af indenrigsministeriet.

Forbundssekretær Inge Gyde Petersen, udpeget af Landsorganisationen i Danmark.

Amtslæge Poul Riising, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Kirsten Stallknecht, udpeget af Fællesrådet for danske Tjenestemand- og Funktionærorganisationer.

Formanden for amtsrådsforeningen, Jacob Sørensen, udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark.

Rådmand H. L. Thomsen, udpeget af Frederiksberg kommunalbestyrelse.

Kontorchef Arne Vejlbj, socialministeriet.

Overlæge J. Worm-Petersen, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Sekretær i indenrigsministeriet, nu sygesikringschef i amtsrådsforeningen, Finn Hansen og sekretær Grethe Buss, socialministeriet har været udvalgets sekretærer.

Udvalget har holdt 9 møder, og betænkningen er tiltrådt af samtlige medlemmer.

Med henblik på gennemarbejdelse af materiale indkommet til udvalget og på udarbejdelse af forslag m.v. nedsatte udvalget en arbejdsgruppe, der foruden udvalgets formand og sekretariat har bestået af:

Kontorchef Johanne Louise Dithmer, Amtsrådsforeningen.

Læge Jørgen Fog, Den almindelige danske Lægeforening.

Sekretær Jan Helt-Hansen, Københavns kommune.

Ekspeditionssekretær Kaj Holst, Kommunernes Landsforening, og

Kontorchef A. Vejlbj, socialministeriet.

Der har været afholdt 5 møder i arbejdsgruppen.

2. Udvalgets overvejelser og forslag om det fremtidige sociale og sundhedsmæssige samarbejde bygger på en række forudsætninger dels vedrørende opgavefordelingen mellem kommuner og amtskommuner, dels vedrørende opbygningen af de sociale forvaltninger såvel på kommunalt som på amtskommunalt plan, dels vedrørende planlægningen af almen praksis og de praktiserende lægers fremtidige samarbejdsformer.

Udgangspunktet for udvalgets overvejelser har således bl.a. været socialreformkommissionens betænkninger nr. 543 (1969) og nr. 664 (1972), be-

tænkningerne om sundhedsplejerskeinstitutionen nr. 573 (1970) og om hjemme-sygeplejen nr. 648 (1972) og en række betænkninger afgivet af udvalg nedsat af Den almindelige danske Lægeforening.

København, december 1972.

Jens Christensen	Jens Daugaard	Niels Engberg
Jens P. Fisker	Jørgen Fog	Eskil Hohwy
H. Hummelose	Ole Høeg	Albert Jensen
Børge H. Jensen	Jørgen H. Koch	P. Loft
Folmer Nielsen	Inge Gyde Petersen	Poul Riising
Kirsten Stallknecht	Jacob Sørensen	H. L. Thomsen
Arne Vejlbj	Sigurd Wechselmann formand	J. Worm-Petersen

Grethe Buss

Finn Hansen

Kapitel I

OPGAVEFORDELINGEN PÅ DET SOCIALE OG
SUNDHEDSMÆSSIGE OMRÅDE

3. Kommunerne varetager i dag forvaltningen af forsorgsloven, børne- og ungdomsforsorgsloven, omsorgsloven, pensionslovene og har ansvaret for forvaltningen af loven om husmoderafløsning og hjemmehjælp.

Man er gået ud fra, at opgavefordelingen på længere sigt kommer til at svare til socialreformkommissionens forslag i kommissionens 2. betænkning, hvorefter kommunerne herudover får tillagt kompetence på en række af de områder, der hidtil har været dækket af revalideringsloven og mødrehjælpsloven.

Endvidere får kommunerne administrationen inden for dagpengelovens og en del af sygesikringslovens områder.

Af sundhedsmæssige opgaver forventes kommunerne fortsat at skulle varetage hjemmesygeplejen, jfr. betænkning nr. 648-1972. Hjemmesygeplejen (kapitel 7). Skolelægeordningen er ved lov nr. 266 af 7. juni 1972 henlagt til kommunerne. Sundhedsplejen varetages i dag såvel af kommuner som af amtskommuner. I betænkning nr. 573-1970, om sundhedsplejerskeinstitutionen er det foreslået (kapitel V) at henlægge denne opgave til amtskommunerne. Der er endnu ingen endelig afklaring på spørgsmålet om, hvor denne opgave skal placeres.

Forvaltningen af de nævnte opgaver varetages i kommunerne af det sociale udvalg, jfr. § 6 i den sociale styrelseslov. Dog er enkeltsager vedrørende børn og unge henlagt til børne- og ungdomsværnet, jfr. lovens § 7.

4. Udover sygehusopgaven og fødselshjælpen varetager amtskommunerne en række forebyggende sundhedsmæssige opgaver som svangerskabshygiejne, lægeundersøgelser af børn og vaccinationer. Bekæmpelse af kønssygdomme henhører under amtskommunerne. Endvidere har amtskommunerne ansvaret for driften af alkoholambulatorier og forsorgshjem.

På det sociale område forventes følgende opgaver henlagt til amtskommunerne:

Tilkendelse af invalidepension, støtte til etablering og støtte til motor-køretøjer (revaliderings- og pensionsnævnet), sager om abort, sterilisation (et organ svarende til mødrehjælpsens samråd) og det forberedende arbejde i visse adoptionssager, samt etablering og drift af og visitation til en række institutioner.

Inden for sygesikringslovens område får amtskommunerne en række generelle opgaver, navnlig af økonomisk og administrativ karakter.

Administrationen af sygehusvæsenet er henlagt til amtsrådets sygehusudvalg, jfr. § 2 i lov om sygehusvæsenet. De øvrige opgaver henhører under amtsrådets social- og sundhedsudvalg samt revaliderings- og pensionsnævnet, jfr. §§ 17-18 i den sociale styrelseslov.

Et udvalg med repræsentanter fra amtskommunens social- og sundhedsudvalg og sygehusudvalg samt en repræsentant udpeget af kommuneforeningen i amtskommunen har endvidere efter sygesikringslovens § 23, stk. 2, til opgave at virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed såvel på det kommunale som det amtskommunale plan. Dette udvalg og et lige så stort antal repræsentanter for vedkommende lægekredsforening eller lægekredsforeninger indtræder i et fællesudvalg, der skal behandle klager vedrørende lægebetjeningen efter nærmere regler, der fastsættes ved overenskomst, og i øvrigt varetage opgaver, der måtte blive henlagt til fællesudvalget ved overenskomst eller ved lokal aftale, jfr. sygesikringslovens § 23, stk. 4.

5. Kommunerne får således i langt den overvejende del af sagerne den konkrete sagsbehandling, medens amtskommunernes opgaver bortset fra de i pkt. 4 nævnte områder i hovedsagen vil være af koordinerende, planlæggende og vejledende karakter, jfr. kapitel 4 i den sociale styrelseslov, hvorefter amtsrådet ved forhandling med kommunerne skal udarbejde en udbygningsplan for den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i amtet. Denne plan skal for at få gyldighed godkendes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren. Udbygningsplanen skal revideres med højst 5 års mellemrum. Skitseprojekter til kommunale institutioner på det sociale område skal forelægges amtsrådet, der skal påse, at projekter er i overensstemmelse med den gældende udbygningsplan. Det samme gælder projekter til private eller selvejende institutioner, der varetager opgaver, som ellers påhviler en kommune.

Kommunalbestyrelsen skal hvert år udarbejde en oversigt over kommunens sociale og sundhedsmæssige virksomhed. Denne oversigt skal indsendes til amtsrådet, som ifølge lovens § 15 på grundlag heraf skal udarbejde en samlet årsberetning om kommunernes sociale og sundhedsmæssige virksomhed. Endvidere skal amtsrådet udarbejde en årsberetning for amtskommunens tilsvarende virksomhed. Disse beretninger skal indsendes til socialministeriet og indenrigsministeriet.

Reglerne om udbygningsplaner træder først i kraft efter socialministerens nærmere bestemmelse.

Kapitel II

FORVALTNINGEN AF DE SOCIALE OG SUNDHEDSMÆSSIGE OPGAVER

De kommunale sociale forvaltninger

6. De kommunale socialforvaltninger er i dag hovedsagelig opbygget i afdelinger på grundlag af forskellige opgaveområder inden for den sociale lovgivning, som f. eks. en afdeling for offentlig forsorg, en afdeling for børnetilskud, en afdeling for sociale pensioner m.v.

Der er dog i adskillige kommuner, navnlig efter familievejledningens etablering, sket en udvikling, således at arbejdet i hvert fald for familier med børn i nogen udstrækning har fået et mere behandlingsmæssigt sigte gennem familievejlederens koordinerende indsats.

På baggrund af den ændrede kompetencefordeling inden for det sociale område, herunder en forøgelse af de arbejdsopgaver, der vil komme til at påhvile den sociale forvaltning ved bl. a. decentralisering af en del af mødrehjælps- og revalideringsområdet, ved overtagelse af dagpengeadministrationen og en del af sygesikringsopgaverne, må man i langt større omfang forudse en ændret opbygning af og ændrede arbejdsmetoder for de sociale forvaltninger.

I det følgende er redegjort for et forslag til opbygning af en kommunal social- og sundhedsforvaltning samt for enkelte af de forsøgsordninger m.v., der er etableret i forskellige sociale forvaltninger hovedsagelig på baggrund af overvejelserne i socialreformkommissionens 1. betænkning.

Kommunernes Landsforenings forslag til opbygning af

en kommunal social- og sundhedsforvaltning

7. Kommunernes Landsforenings planlægningsafdeling har udarbejdet et forslag til fremtidig opbygning af en kommunal socialforvaltning i Brøndbyernes kommune.

Forvaltningen vil efter planlægningsafdelingens opfattelse kunne samles i tre hovedområder:

Administration
service og
behandling.

Der skal ifølge forslaget etableres en behandlingsafdeling bestående af behandlergrupper til betjening af bestemte geografiske områder, således at gruppen får et nøje kendskab til områdets beboere, miljø og forhold i øvrigt.

Det er fundet naturligt, at behandlergrupperne over for det sociale udvalg får ansvar for befolkningens sociale og sundhedsmæssige trivsel i det område, den skal betjene, og det forudsættes, at gruppen har en nær kontakt med områdets dag- og døgninstitutioner for børn og unge, omsorgsinstitutioner m.v. samt med områdets øvrige "markarbejdere" som f.eks. praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, hjemmehjælper, husmoderafløsere, omsorgsarbejdere m.v. , således at der sker en integration og koordinering af det arbejde, der udøves af de sociale og sundhedsmæssige medarbejdere over for den enkelte familie.

Behandlergrupperne bør endvidere have til opgave at betjene områdets sociale institutioner og gennem regelmæssig forbindelse med disse samt med personalet fra f. eks. sygehusvæsenet, skolevæsenet, boligvæsenet o. s. v. at skabe baggrund for et "holdarbejde" med fælles sigte for den indsats, der udøves fra de forskellige institutioner m.v.

Behandlergrupperne må tage sig af alle arter af henvendelser med udgangspunkt i familiens samlede situation, således at medarbejderen sammen med sin gruppe får det direkte ansvar for ydelse af social bistand til familien. Gruppen tænkes at fungere som et hold, hvor man drøfter sagerne, og hvor alle er medansvarlige for sagernes rigtige løsning, selv om kontakten til klienten normalt kun sker gennem en enkelt af gruppens medarbejdere. Grupperne skal kunne trække på sagkyndig bistand fra amtskommunens socialcenter, og man forudsætter, at der til forvaltningen knyttes bl. a. en lægekonsulent.

Som naturlige arbejdsområder for gruppen er nævnt 1. gangs henvendelser om offentlig hjælp, henvendelser om førtidig pension, børneværnsager og i øvrigt sager af enhver art, der er komplicerede.

Gruppen tænkes at skulle bestå af en leder og tre behandlere, der alle har et bredt kendskab til familiebehandlingsarbejde og til de lovområder, som er af betydning for arbejdet. Geografisk påregnes behandlergruppen at kunne dække et område med ca. 8-10. 000 indbyggere.

Forslaget bygger på den opfattelse, at behandlergruppen, hvis den skal fungere efter hensigten, må have tillagt størst muligt ansvar og kompetence således, at den efter visse retningslinier kan bevilge den nødvendige bistand.

Serviceafdelingen bør efter forslaget varetage ekspeditionen af alle ukomplicerede sager, der ikke kræver indsats af en behandlergruppe. Inden for denne afdeling er det på baggrund af det store sagsantal fundet mest hensigtsmæssigt at opretholde en opdeling efter funktionsprincipper, således at en vis specialisering bibeholdes, f.eks. i en pensionsafdeling, en forsorgsafdeling og en bistandsafdeling. Afdelingen vil i vidt omfang stå som formidler af kontakten mellem behandlergrupperne og administrationsafdelingen, og mange 1. gangs henvendelser vil ske til serviceafdelingen.

I den udstrækning, sagerne ikke forestås af behandlergrupperne, tænkes ansvar og kompetence til bevilling af den nødvendige bistand henlagt til serviceafdelingen.

Administrationsafdelingen vil få til hovedopgave at varetage enhver form for nødvendig administration i forbindelse med udførelsen af de opgaver, der er henlagt til social- og sundhedsforvaltningen, og denne afdeling forudsættes normalt ikke at have direkte kontakt med klienterne.

Grundlaget for den ovenfor omtalte model har været Brøndbyernes kommune med et indbyggertal på ca. 40.000. Personalebehovet ved gennemførelsen af modellen skønnes at blive på 87 medarbejdere, hvilket er en stigning på 40½ medarbejder i forhold til personaletallet pr. 1. april 1971. Stigningen skyldes dels en forøgelse af befolkningstallet, dels administration af dagpenge- og sygesikringsordningen m.v., men også de stærkt øgede krav til service, bistand og behandling.

Modellen fra Holme, jfr. pkt. 8, er på en række punkter i overensstemmelse med denne model, som man i Brøndbyernes kommune søger realiseret. Den nærmere opbygning af socialforvaltningerne i de enkelte kommuner vil imidlertid afhænge af forskellige faktorer, bl. a. kommunens størrelse og øvrige struktur, f. eks. om der er tale om en bymæssig eller en udpræget landkommune, men i adskillige kommuner er man i gang med at ændre opbygningen af forvaltningen i overensstemmelse med disse principper.

Forsøg ved Holme socialkontor (Århus kommune)

8. Den sociale forvaltning i Holmedistriktet, der har et befolkningsunderlag på 29.000 indbyggere og et personale på 30 1/6 medarbejder pr. 31. marts 1972 (excl. dagplejens personale, de tilsynsførende vedrørende hjemmehjælpen og omsorgsmedarbejderne), er blevet opdelt i en serviceafdeling og i behandlergrupper. Forsøget blev påbegyndt den 1. april 1971.

Serviceafdelingen er opdelt i en række underafdelinger, nemlig dels en række administrative afdelinger (lønninger, regnskab, sekretariat), dels en modtagelsesafdeling, der behandler en række rutineprægede ekspeditioner og henviser til f. eks. behandlergrupperne, og dels et kontor for hjemmepleje (formidling af husmoderafløsning og hjemmehjælp og hjemmesygepleje) og for dagpleje m. v.

Behandlergrupperne har til opgave at yde vejledning og støtte ud fra kendskab til hele det sociale hjælpesystem. Der er etableret tre behandlergrupper, hver bestående af en socialrådgiver og to behandlere med praktisk uddannelse (evt. familievejledere). Fordelingen af klienterne mellem de enkelte behandlere og grupper sker efter pågældendes fødselsdato. Herved adskiller forsøgsordningen sig fra Kommunernes Landsforenings forslag, jfr. pkt. 7, hvorefter behandlergruppen forudsættes at dække et geografisk afgrænset område med 8-10.000 indbyggere. Samtlige henvendelser til de enkelte behandlere drøftes i den enkelte gruppe, og grupperne er efter visse retningslinier bemyndigede til at træffe afgørelser i de konkrete sager.

Behandlergrupperne kan søge sagkyndig bistand hos en særlig sagkyndig vedrørende forsøgs- og børne- og ungdomsforsøgsproblemer og en sagkyndig vedrørende pensionslovgivningen. Socialinspektøren varetager den fornødne koordination.

Endvidere ydes der støtte til behandlergrupperne af et sagkyndigt team bestående af psykiater, psykolog, jurist og socialsagkyndig med henblik også på koordinationen til foranstaltninger uden for det sociale område.

Endelig er der mellem sociallægeinstitutionen i Århus og socialforvaltningen etableret et samarbejde, der har til formål at yde støtte og vejledning

til behandlerne i deres indsats over for klienten, fremskaffelse af journaler ni. v.

Der er fra den sociale forvaltning bestræbelser i gang for at etablere et nærmere samarbejde med de praktiserende læger i form af direkte kontakt mellem de enkelte læger og sagsbehandlere, hvorimod man ikke har fundet tiden inde til et mere systematiseret samarbejde, bortset fra tilfælde, hvor patienter i forbindelse med hospitalsophold har behov for bistand fra den sociale forvaltning.

Et samarbejde er endvidere iværksat mellem socialforvaltningen og revalideringscentret, således at behandlingen af klienterne i en række revalideringssager foregår i den sociale forvaltning med støtte fra vedkommende revalideringskonsulent. Revalideringsopgaven er således ikke fuldt ud integreret på linie med behandlergruppens øvrige opgaver.

Endelig søges iværksat et tættere samarbejde med sundhedsplejerskerne som led i en strukturændring i hele Århus kommune, med det skolepsykologiske kontor, psykiatrisk børnehospital, børnerådgivningscentret og mødre-hjælps institutionen.

Koordineret socialservice inden for Nordjyllands amt

9. På baggrund af erfaringer fra en række institutioner inden for det sociale og sundhedsmæssige område, der har vist et betydeligt behov for samarbejde institutionerne imellem om en række klienter, har Nordjyllands amtsråd taget initiativ til etablering af et koordineringsorgan, hvor familiers eller enkeltpersoners problemer kan tages op og ansues i sammenhæng, og hvor der kan træffes aftaler om en koordineret indsats mellem de implicerede institutioner.

Ordningen er udformet således, at der i de enkelte kommuner inden for amtet afholdes regelmæssige konferencer med fast deltagelse af medarbejdere fra en række institutioner m.v., som tilsammen dækker de typiske problemområder. De faste deltagere er formanden for socialudvalget, formanden for børne- og ungdomsværnet, socialinspektøren, en familievejleder, en sundhedsplejerske, en lægelig konsulent, embedslægen, mødrehjælps socialrådgiver, revalideringskonsulenten, en socialrådgiver ved åndssvageforsorgens stedlige forsorgscenter og en arbejdskonsulent fra arbejdsformidlingen.

Alle konferencedeltagerne har ret til at forelægge sager og kan foreslå, at der indbydes andre repræsentanter til møderne. Endelig kan institutioner, der ikke har fast repræsentant, tilmelde sager til konferencen og deltage i møderne.

Konferencedeltagerne bliver af den sociale forvaltning orienteret om sagerne forinden mødet.

For de praktiserende læger gælder det, at den læge, der er udpeget til fast lægelig konsulent, normalt modtager tilmeldingerne fra de øvrige praktiserende læger.

På møderne udarbejdes forslag til evt. behandlingsplan, til iværksættelse af forskellige foranstaltninger og henvisning til andre institutioner.

Af amtskommunens 27 kommuner har de 19 kommuner tilsluttet sig ordningen, og der har i alt på konferencerne i de enkelte kommuner været

behandlet 138 sager i 1971 (1 år). Med henblik på de praktiserende lægers deltagelse i møderne er der mellem vedkommende lægekredsforening og Centralforeningen af sygekasser i Nordjyllands amt indgået overenskomst om ydelse af honorar til de deltagende praktiserende læger.

Det er indtrykket i Nordjyllands amt, at ordningen har fungeret tilfredsstillende, uanset at den vanskeligt kan vurderes på grund af manglende oplysninger om behandlingsresultaterne.

Hjemmesygepleje, hjemmehjælp og husmoderafløsning

10. I en lang række kommuner er administrationen af disse opgaver overladt til sygekasserne eller for hjemmesygeplejens vedkommende i et begrænset omfang til private sygeplejeforeninger. Ved overgangen til en offentligt administreret sygesikring vil administrationen af hjemmesygeplejen, hjemmehjælpen og husmoderafløsningen i større omfang end hidtil blive integreret med de øvrige opgaver under kommunernes sociale og sundhedsmæssige forvaltning. Herved undgås en væsentlig del af de ulemper navnlig med hensyn til det lokale samarbejde, der hidtil har været forbundet med den opdelt administration, jfr. betænkning nr. 648-1972. Hjemmesygeplejen (kapitel 3).

Enkelte steder er der etableret en fællesadministration af de tre områder, jfr. følgende citat fra betænkning nr. 648-1972 (kapitel 5, side 50-59),

"Frederiksberg kommune

Siden 1949 har Frederiksberg Menighedssygepleje administreret både hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen samt hjemmehjælpen under fælles ledelse af en forstanderinde. Som tilsynsførende for husmoderafløser 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 S 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

*) "Betænkning vedrørende hjemmesygeplejen, husmoderafløsningen, hjemmehjælpen m.v. i Københavns kommune" afgivet i 1968 af et af magistratens 2. og 3. afdeling nedsat udvalg.

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, socialkontorerm.fi. 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.

*) Uanset forsøgsperiodens afslutning fortsættes samarbejdet efter disse retningslinier.

Alle henvendelser - incl. lægehenvisninger - om pleje og hjælp sker til hjemmeplejens kontor, hvorfra en sygeplejerske formidler den fornødne hjælp. De tilsynsførende sygeplejersker aflægger jævnlige 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."

Hidtil har det været almindeligt, at hjemmesygeplejersken arbejdede ud fra sit eget hjem, hvilket har bidraget til at skabe en følelse af faglig isolation hos den enkelte sygeplejerske. I betænkning nr. 648 - 1972 anbefales det derfor at søge tilvejebragt en lokalemæssig tilknytning for sygeplejerskerne enten til et evt. lægehus eller til kommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning.

Efter de hidtidige retningslinier har hjemmesygeplejerskerne arbejdet i geografisk opdelt distrikter med 2. 500 - 3. 000 indbyggere på landet og 4.000 - 5.000 indbyggere i byerne. Betænkning nr. 648 - 1972 har ikke opstillet ændrede normtal for befolkningsgrundlaget, men har peget på, at der ved vurderingen af den fornødne arbejdskraft i højere grad bør lægges vægt på befolkningens aldersmæssige sammensætning, idet navnlig de ældre aldersgrupper (65 år og derover) er stærkt plejekrævende. I stedet for at opretholde faste distriktsgrænser for de enkelte sygeplejersker foreslås det i betænkningen, at arbejdet så vidt muligt tilrettelægges, således at sygeplejersken får sammenfaldende patientkredse med relativt få praktiserende læger, der virker inden for den enkelte kommune. Den nuværende adgang for flere kommuner til at slutte overenskomst om fælles hjemmesygeplejeordning bør dog opretholdes, (jfr. betænkningens side 71).

Sundhedspleje

11. Sundhedsplejen administreres som tidligere nævnt både af kommuner og amtskommuner. Hovedparten af de ansatte sundhedsplejersker virker i kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje, jfr. betænkning nr. 573 - 1970. Sundhedsplejerskeinstitutionen (side 34). Sundhedsplejerskerne har først og fremmest behov for et nært samarbejde med de praktiserende læger og skolelærerne, men derudover har sundhedsplejen berøringsflader til en række andre sociale og sundhedsmæssige områder, f. eks. børne- og ungdomsforsorgen, herunder familievejledningen, revalidering og særforsorgen, hjemmeplejen og fødselshjælpen. Betænkningen har derfor ligeledes fremhævet behovet for en koordination mellem sundhedsplejerskearbejdet og de øvrige sundhedsmæssige og sociale områder (side 57).

Sundhedsplejerskeordningen foreslås i den nævnte betænkning tilrettelagt med sigte på behovspræget sundhedspleje, således at antallet af de hidtidige mere rutineprægede besøg hos alle børn under 1 år og skolebørn vil blive reduceret. I de tilfælde, hvor der konstateres et særligt behov for vejledning og behandlende indsats, skal tilsynet til gengæld kunne fortsætte udover det første leveår. En sundhedsplejerske, der arbejder i en behovsafpasset sundhedsplejeordning og skolesundhedspleje, skønnes at kunne betjene et område med ca. 6. 000 indbyggere (betænkningen side 61).

Udvalget er bekendt med, at den nuværende mangel på sundhedsplejersker i mange kommuner stiller sig hindrende i vejen for et effektivt forebyggende arbejde, og at uddannelsesnævnet for sundhedsvæsenet overvejer en revision af den nuværende sygeplejerskeuddannelse.

Om et udbygget samarbejde mellem det sundhedsmæssige og sociale personale

12. I betænkning nr. 648 - 1972, Hjemmesygeplejen, s. 45-46, er der følgende beskrivelse vedrørende et udbygget samarbejde i 4 lægepraksis i Jylland:

"i en lægepraksis med to læger i Støvring kommune har et samarbejde været gennemført i ca. 1½ 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 persons 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 Brædstrup 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 sundhedsplejersker og jordemødre 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 lokalefællesskab 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".

De amtskommunale sociale forvaltninger, herunder socialcentre

13. Ifølge den sociale styrelseslov skal der i hver amtskommune oprettes en særlig forvaltning (social- og sundhedsforvaltningen), der skal varetage administrationen af de anliggender, der henhører under social- og sundhedsudvalget, d. v. s. både udførende opgaver og opgaver af mere generel karakter som f. eks. planlægning og tilsyn. Endvidere er det i styrelsesloven fastsat, at der under social- og sundhedsforvaltningen skal oprettes et socialcenter, der skal varetage en række opgaver inden for det sociale og sundhedsmæssige område. Socialcentrets hovedfunktioner bliver foruden sekretariatsvirksomhed for nogle amtskommunale nævn rådgivende funktioner over for kommuner, social betjening af sygehuse og andre amtskommunale institutioner og konsulent- og tilsynsfunktioner i forbindelse med den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i øvrigt. Det forudsættes derfor, at socialcentret skal råde over forskellige former for ekspertbistand, f. eks. inden for det

pædagogiske, arbejdsmarkedsmæssige, psykologiske og psykiatriske område. Om socialcentrenes funktioner henvises i øvrigt til bilag nr. 1 i betænkningen.

Svangerskabshygiejne og fødselshjælp

14. Efter lov nr. 282 af 7. juni 1972 om svangerskabshygiejne og fødselshjælp påhviler det amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner at tilvejebringe vederlagsfri adgang til forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og til fødselshjælp. Administrationen er henlagt til amtsrådets social- og sundhedsudvalg.

Loven bygger på betænkning nr. 633 - 1972 om fødselshjælpens tilrettelæggelse. Det er her foreslået, at hovedparten af jordemødrene samles i særlige centre, hvor svangreundersøgelserne foretages. Undersøgelserne skal tilrettelægges efter behovsprægede hensyn. Endvidere skal centerjordemødrene varetage fødselsbetjeningen, uanset om fødslen finder sted i hjemmet, på sygehus eller anden offentlig institution. Ca. 400-415 jordemødre påregnes ansat i disse centre.

Betænkningen foreslår, at der til et center knyttes 6-7 jordemødre, og der påregnes at skulle oprettes omkring 70 centre, der hver dækker et geografisk afgrænset distrikt. Det understreges i betænkningen, at centrene må udstyres med tilstrækkelige faciliteter til forebyggende undersøgelser, og at de må placeres centralt i distriktet med gode trafikforbindelser. Det understreges endvidere, at centrene bør placeres i tilknytning til en kommunes social- og sundhedsforvaltning eller, hvor det findes hensigtsmæssigt, til et lægehus. Der skulle herved ifølge betænkningen være skabt grundlag for et nært samarbejde mellem nogle af dem, der deltager i omsorgen for den svangre. Samtidig åbnes mulighed for at lade jordemoderen koordinere indsatsen over for den gravide.

Sygehuse

15. Som tidligere nævnt varetages administrationen af sygehusvæsenet af et særligt stående udvalg under amtsrådet, sygehusudvalget.

Sygehusvæsenet har en række berøringspunkter med den primære social- og sundhedstjeneste. Forskellige samarbejdsproblemer er trukket frem dels vedrørende forholdet mellem sygehusvæsenet og de praktiserende læger, dels vedrørende hjemmesygeplejen i betænkninger fra udvalg under Den almindelige danske Lægeforening *) og betænkning 648 - 1972 om hjemmesygeplejen.

Konklusionen af de nævnte betænkninger er, at der vil kunne opnås væsentlige samfundsøkonomiske og behandlingsmæssige fordele ved en udbygning af samarbejdsmulighederne. Bl. a. peges på muligheden for at aflaste sygehusvæsenet ved at overføre en større del af det lægelige arbejde til praksis-sektoren, således at de praktiserende læger gennem bedre udnyttelse af spe-

*) Samarbejde mellem sygehusene og almen praksis, U.f.l. 1971: 133: 1575-1585, og Den ambulante virksomhed ved sygehusene og andre institutioner, U.f.l. 1972: 134:1673-1678.

ciallægers ekspertise kan forundersøge og evt. færdigbehandle et større antal patienter.

Med hensyn til hjemmesygeplejen er der flere steder forsøgsvis etableret et skriftligt rapportsystem fra sygehus til hjemmesygeplejersken vedrørende patienter, der henvises til fortsat pleje i eget hjem. Enkelte steder opfordres hjemmesygeplejerskerne til at give sygehusene orientering om patienter ved indlæggelse.

Når der er tale om mere speciel behandling, indkaldes hjemmesygeplejersken på enkelte sygehuse nogle dage før udskrivningen til at overvære patientens behandling og gennemgå journalen. Der etableres også i enkelte amtskommuner særlige orienteringsdage for hjemmesygeplejerskerne på sygehusene.

Kapitel III

UDVIKLINGEN I ALMEN PRAKSIS M.V.

16. Der er i Den almindelige danske Lægeforening for tiden overvejelser om tilvejebringelse af en vis styring af udbygningen af almen praksis i landet som helhed.

Man forestiller sig fra foreningens side muligheden af en indskrænkning af den frie nedsættelsesret gennem en praksisplanlægning og tilgangsregulering, der bør ske i samarbejde med de enkelte amtskommuners social- og sundhedsudvalg og sygehusudvalg, således at der tages hensyn til den funktionelle samordning såvel på det kommunale som det amtskommunale plan.

Udviklingen gennem de seneste 5 år viser, at de praktiserende læger i større og større omfang etablerer et samarbejde, f. eks. inden for rammerne af et lægehus. Efter en opgørelse foretaget af Praktiserende Lægers Organisation den 31. december 1971 findes der 327 samarbejdspraksis med i alt 789 læger, d. v. s. at ca. 1/3 af landets 2.045 praktiserende læger allerede i dag arbejder i en form for samarbejdspraksis.

I et lægehus vil der foruden mulighederne for fælles personale og et mere omfattende fælles undersøgelsesudstyr kunne skabes rammer for et betydeligt tættere integreret samarbejde med de øvrige personalegrupper inden for sundheds- og socialvæsenet til gavn og lettelse for patienterne. Man må samtidigt forudsætte, at et sådant koordineret samarbejde kan aflaste sygehusvæsenet og dermed skabe en bedre balance i ressourcefordelingen inden for sundhedsvæsenet. Endelig vil man i et lægehus stå bedre rustet til at påtage sig yderligere opgaver inden for det forebyggende arbejde.

Sundhedsstyrelsen antager, at en gruppepraksis eller samarbejdspraksis helst bør omfatte 5-6 og mindst 3-4 praktiserende læger. Et udvalg nedsat af Foreningen af yngre Læger har i en betænkning udtalt, at den ønskelige størrelse for en gruppepraksis er 5-7 læger, der bør indgå i en gruppe omfattende en række sociale og sundhedsmæssige medarbejdere som sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, evt. jordemødre og socialt uddannet personale. En sådan gruppe vil kunne dække et geografisk område med ca. 8.000 personer.

Praktiserende Lægers Organisation har ligeledes iværksat et udvalgsarbejde vedrørende samarbejdspraksis. Her peges på, at et samarbejde etableret mellem 4-6 praktiserende læger, der vil kunne omfatte et område med ca. 6-9.000 personer, må anses for det optimale. Ydergrænserne for samarbejdspraksis størrelse bør være 3-7 læger.

Sigtet er i begge betænkninger, at den enkelte praktiserende læge skal have ca. 1.500 patienter. Det nuværende antal patienter pr. læge er ca. 2.400.

En konkret praksisplanlægning er iværksat i en række amter på initiativ af lægekredsforeningens praksisudvalg og under vejledning af Praktiserende Lægers Organisation.

Kapitel IV

UDVALGETS OVERVEJELSER OG FORSLAG

17. Ud fra disse forudsætninger, som på længere sigt tænkes realiseret, har udvalget søgt at skitsere nogle samarbejdslinier mellem de praktiserende læger, de sociale og sundhedsmæssige forvaltninger på kommunalt og amtskommunalt plan og sygehusvæsenet. Endvidere er i overvejelserne indgået et spørgsmål om samarbejde med den øvrige social- og sundhedstjeneste.

18. Som baggrund for forslagene ligger ønsket om, at samarbejdet mellem lægerne og social- og sundhedssektoren såvel på kommunalt som på amtskommunalt plan udformes således, at behandlingstilbud fremsættes tidligst muligt i de socialmedicinske tilfælde, at der etableres en hensigtsmæssig behandling, og at man undgår overlapninger i sagsbehandlingen.

19. Ved nedenstående gennemgang er der redegjort for udvalgets overvejelser vedrørende praksisplanlægning, for samarbejdet på det kommunale plan (de praktiserende lægers bistand til den sociale forvaltning, den sociale forvaltnings bistand til de praktiserende læger og samarbejdet mellem de praktiserende læger og personalegruppen inden for den sociale og sundhedsmæssige forvaltning), og for samarbejdet på det amtskommunale plan (socialcentrets bistand til sygehussektoren og omvendt) og samarbejdslinierne til primærplanet.

Praksisplanlægning

20. En af de væsentligste forudsætninger for et snævert samarbejde på det kommunale og amtskommunale plan er, at der i højere grad tilvejebringes overensstemmelse mellem lægernes og det offentligt ansatte sundhedspersonales (hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker og jordemødre) patientkredse samt de sociale forvaltningers (herunder evt. behandlergruppernes) geografiske virkeområder.

Dette er fremhævet såvel af lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd som i betænkning nr. 648-1972 om hjemmesygepleje (kapitel 7. 3.2) og nr. 573-1970 Sundhedsplejeinstitutionen (side 49).

Forslagene i de omtalte betænkninger vedrørende praksisplanlægning, hjemmesygepleje og sundhedspleje samt de fremlagte skitser for en fremtidig opbygning af social- og sundhedsforvaltningen indebærer en række muligheder for at nå en bedre tilpasning mellem lægernes og de offentlige foranstaltningers virkeområder.

Hvis disse muligheder skal kunne udnyttes fuldt ud, må der etableres en

praksisplanlægning inden for de enkelte amtskommuners områder, der sigter mod en koncentration af lægerne i samarbejdspraksis som skitseret i de nævnte betænkninger. Herudover bør der ved planlægningen stræbes mod, at de enkelte praktiserende læger i videst muligt omfang virker inden for en kommune eller dog kun 2-3 kommuners grænser. Herved opnås, at de praktiserende læger kommer til at samarbejde med et betydeligt mindre antal medarbejdere i den offentlige social- og sundhedsforvaltning end hidtil. I denne forbindelse vil det være af betydning, at den sociale forvaltnings behandlergrupper så vidt muligt arbejder med klienterne inden for geografisk bestemte områder frem for efter en opdeling f. eks. efter cpr-nr.

Der bør ved planlægningen tages hensyn til såvel den klientfordeling, som er gældende for sundhedspersonalet i området, som til tilvejebringelsen af et effektivt samarbejde mellem sundhedspersonalet, børneinstitutioner, dagcentre, daghjem, plejehjem og andre institutioner i området.

Initiativet til en sådan praksisplanlægning må først og fremmest udgå fra Den almindelige danske Lægeforening og de lokale lægekredsföreninger, men det vil være nødvendigt, at der på amtskommunalt plan etableres et samarbejdsforum, hvor både lægekredsföreningen og de offentlige myndigheder er repræsenteret. Et sådant organ er allerede tilvejebragt i sygesikringsloven. Det i lovens § 23, stk. 4, nævnte fællesudvalg består af medlemmerne af det i lovens § 23, stk. 2, nævnte udvalg og et lige så stort antal repræsentanter fra vedkommende lægekredsförening. Udvalget skal foruden at behandle klager vedrørende lægebetjeningen efter nærmere regler, der fastsættes ved overenskomst, "varetagelse opgaver, der måtte blive henlagt til fællesudvalget ved overenskomst eller ved lokal aftale". Den citerede formulering blev indsat i sygesikringsloven efter forslag fra Den almindelige danske Lægeforening, der under lovforslagets behandling i folketinget rettede henvendelse til folketingets socialudvalg om dette og andre spørgsmål.

Ved fremlæggelse i fællesudvalget af skitse til praksisplanlægningen udarbejdet af lægekredsföreningen vil det være muligt at sikre den fornødne overensstemmelse med tilrettelæggelsen af de offentlige sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger.

Selv om der allerede nu sker betydelige omlægninger af de bestående lægepraksis må en sådan gensidig tilpasning af lægepraksis og offentlige foranstaltninger naturligvis ses som en løbende proces, og den vil strække sig over en længere årrække. Omlægningerne må under alle omstændigheder forudsætte de praktiserende lægers indforståelse og aktive medvirken. Det væsentlige er efter udvalgets opfattelse, at der snarest etableres samlede praksisplaner i hver enkelt amtskommunes område, og at disse søges realiseret i hvert fald ved nyetablering. De på nuværende tidspunkt etablerede forsøgsordninger kan få væsentlig betydning for videreudviklingen af praksisplanlægningen.

Udvalget skal i denne forbindelse fremhæve betydningen af, at fællesudvalget tager amtssundhedsplejersken, den ledende hjemmesygeplejerske samt andre ansatte i amtskommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning med på råd ved overvejelserne omkring praksisplanlægningen i amtet.

Lægekredsföreningerne og de nævnte fællesudvalg bør nøje følge de praksis, der etableres efter planen, og samarbejdet med de offentlige orga-

ner, således at der løbende kan ske de fornødne justeringer på grundlag af indhøstede erfaringer.

Den fornødne indsamling og distribuering af oplysninger om udviklingen både med hensyn til praksistilrettelæggelse og det lokale samarbejde bør koordineres af det i sygesikringslovens § 27 omhandlede landssamarbejdsudvalg, og udføres af de kommunale organisationer og lægeforeningen.

De praktiserende lægers bistand til den

sociale forvaltning

21. Allerede med det eksisterende sagsområde er der behov for bistand fra de praktiserende læger til de sociale forvaltninger, og med en forøgelse af de sociale forvaltnings sagsområder som følge af henlæggelse af en lang række krævende sagsområder til kommunerne vil behovet for bistand og samarbejde forøges.

Det er sandsynligt, at det i en kommende bistandslov eller ved administrative forskrifter fastslås, at de kommunale myndigheder skal inddrage lægelig sagkundskab, inden der træffes beslutning, f.eks. i revalideringssager (uddannelsessager m.v.) og i andre sager, hvor der typisk vil være behov for lægelig sagkundskab. Som eksempler på sagsområder, der typisk kræver bistand af klientens læge, kan nævnes visitation til plejehjem, forberedelse af pensionssager i kommunerne og sager om ydelse af dagpenge i anledning af sygdom.

22. Social- og sundhedsforvaltningens behov for bistanden kan være et mere generelt behov for kontakt med de praktiserende læger og et behov for rådgivning på det sundhedsmæssige område og bistand ved vurderingen af de enkelte sagers eventuelle lægelige indhold.

Behovet for den mere generelle bistand vil efter udvalgets opfattelse typisk kunne dækkes ved at knytte en lægekonsulent til den sociale forvaltning. En sådan lægekonsulent (i større områder flere lægekonsulenter) bør være en praktiserende læge, der varetager konsulenthvervet som deltidsbeskæftigelse. Konsulenthvervet kan gå på skift mellem de praktiserende læger inden for området. Ansættelse bør ske efter indstilling fra lægekredsforeningen.

I Århus har der siden 1948 været ansat en socialoverlæge, hvis opgave har været at vurdere de klienter, som den sociale forvaltning fandt havde behov herfor, og at koordinere og iværksætte social og lægelig behandling. Med tiden har sociallægens funktion ændret sig til andet og mere, hvorfor der nu er ansat flere læger, socialrådgivere og psykologer, idet opgavernes karakter har krævet et tværfagligt teamarbejde. Dette skyldes, at sociallægens arbejde har afsløret, at der blandt det sociale klientel findes familier, der har så komplicerede og kombinerede sociale, psykiske og andre helbredsmæssige problemer, at de kun kan behandles ved en alsidig indsats på et fagligt specialiseret niveau. Udover behandlingen af enkelte klienter og familier har sociallægeinstitutionen opgaver af mere generel karakter - kontakt med andre institutioner, koordination, tilsyn, rådgivning af forvaltningen m. v. - men disse funktioner er så godt som altid i forbindelse med konkrete sager.

Andre kommuner, bl. a. Frederiksberg, har ligeledes ansat egentligt

heltidsbeskæftigede sociallæger med henblik på udbygning og koordinering af samarbejdet mellem de praktiserende læger og den sociale forvaltning. Funktionerne er her ikke så omfattende som i Århus.

Udvalget mener ikke, at det vil være nødvendigt eller ønskeligt, at der som en almindelig ordning ansættes heltidsbeskæftigede sociallæger i kommunerne til varetagelse af disse funktioner, idet man finder det væsentligt, at lægekonsulenten fortsat virker som praktiserende læge og hermed bevarer kontakten til de arbejdsopgaver og de medarbejdere, som samarbejdet og bistanden vedrører.

Kommunernes Landsforening har i en skrivelse til indenrigsministeriet 1 anledning af det gennemførte lovforslag til skolelægeordning (nu lov nr. 266 af 7. juni 1972) udtalt, at det vil være hensigtsmæssigt, at den læge, der varetager skolelægefunktionen, tillige ansættes til at føre tilsyn med børne- og ungdomsforsorgens institutioner samt at yde bistand til de kommunale socialforvaltninger ved behandlingen af dagpengesager. Skolelægeoven er ikke til hinder for en sådan udvidelse af skolelægens funktioner. Efter indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 325 af 5. juli 1972 er det overladt til kommunalbestyrelsen at fastsætte omfanget af den enkelte skolelæges arbejdsområde.

Det er udvalgets opfattelse, at det vil være hensigtsmæssigt, at skolelægen kan yde bistand til den kommunale socialforvaltning i sager, som vedrører de familier, hvis børn han som skolelæge eller tilsynsførende for børne- og ungdomsforsorgens daginstitutioner har undersøgt. Udvalget finder intet til hinder for, at en praktiserende læge både virker som skolelæge og som lægekonsulent.

Udvalget finder i øvrigt, at det vil være værdifuldt, hvor forholdene taler for det, at knytte en af de alment praktiserende læger i området til kommunens skolevæsen som deltidsansat skolelæge med henblik på en øget kontakt mellem de praktiserende læger og skolevæsenet.

23. Når det drejer sig om den lægelige bistand i den enkelte sag, finder udvalget det imidlertid afgørende, at samarbejdet foregår mellem patientens egen læge og vedkommende behandler i den sociale forvaltning i alle de sager, hvor det har betydning for social- og sundhedsforvaltningens behandling af en sag om en person eller familie at modtage orientering fra vedkommende praktiserende læge eller drøfte sagen med lægen.

Udformningen af dette samarbejde vil afhænge af forholdene i de enkelte kommuner, og af, hvad der i de enkelte tilfælde findes mest hensigtsmæssigt, og bør fungere så uformelt som muligt.

I adskillige kommuner har der med udbytte mere eller mindre regelmæssigt været afholdt møder mellem den praktiserende læge og socialforvaltningen. Udvalget kan derfor anbefale en sådan fremgangsmåde, men kan i øvrigt også henvise til andre samarbejdsformer, f. eks. i form af telefonisk kontakt eller lægens skriftlige oplysninger til brug for den sociale forvaltning.

Kontakten til den enkelte praktiserende læge kan tænkes tilvejebragt ved en koordinator, som kan være lederen af en behandlergruppe (som i øvrigt skal fungere som formidler af kontakten til områdets øvrige sociale medarbejdere) eller lægekonsulenten. Kontakten kan også etableres direkte, men i disse tilfælde vil der ofte være behov for, at lederen af behandlergruppen og/eller lægekonsulenten orienteres om dette.

I en række af socialforvaltningens sager vil der være behov for, at den sociale forvaltnings medarbejdere kontakter såvel lægekonsulenten som patientens (klientens) egen læge og søger specialistbistand fra amtskommunens socialcenter.

Et område, hvor der ofte er tale om vanskeligere sager er visitationen til plejehjem. Som følge af overvejelserne i socialreformkommissionen er omsorgsloven fra 1. april 1972 ændret, således at de enkelte amtsråd kan bestemme, at optagelse på alderdomshjem og plejehjem skal være betinget af en forudgående prøvelse af pensionistens plejebehov foretaget af et rådgivende udvalg, der er nedsat for amtskommunen eller en del af denne.

Socialreformkommissionens forslag om visitationen til plejehjem går i øvrigt ud på, at der på amtsplan for at sikre et betryggende bedømmelsesgrundlag skal nedsættes en eller flere sagkyndige grupper bestående af repræsentanter for embedslægeinstitutionen, sygehusvæsenets langtidsmedicinske afdeling(er) og amtskommunens socialcenter. Kommunen har ansvaret for, at den enkelte sag er tilstrækkeligt oplyst, og må i denne forbindelse sikre, at pensionistens egen læge har udtalt sig om den pågældendes plejebehov.

Gruppen er rådgivende for det sociale udvalg i kommunen og kan anbefale indlæggelse på alderdomshjem eller plejehjem eller foreslå andre foranstaltninger. Kommunens social- og sundhedsforvaltning bør have adgang til at være repræsenteret ved gruppens forhandlinger, ligesom gruppen bør kunne tilkalde en repræsentant fra vedkommende kommune.

Den sociale forvaltnings bistand til de

praktiserende læger

24. De praktiserende læger har ligeledes behov for bistand fra den sociale forvaltning i de situationer, hvor en behandling rummer sociale aspekter.

Ud fra de erfaringer, man har fået ved de hidtidige forsøg, finder udvalget det væsentligt, at der i forbindelse med decentraliseringen af en række områder og i forbindelse med ændrede arbejdsmetoder i de sociale forvaltninger i kommunerne iværksættes yderligere forsøg med henblik på at finde frem til forskellige former for de sociale forvaltningers bistand til de praktiserende læger.

Det vil imidlertid være afgørende for udbyttet af sådanne forsøg, at de sociale forvaltninger har tilstrækkelige ressourcer til rådighed, f. eks. i form af socialrådgiverbistand, at der finder en grundig tilrettelæggelse sted, og at de forskellige forsøg vurderes i sammenhæng.

En mere generel ordning, hvorefter socialrådgivere udstationeres hos de praktiserende læger, vil imidlertid støde på den vanskelighed, at der i lang tid fremefter ikke vil være kapacitet til i almindelighed at stille denne bistand til rådighed.

Fra lægelig side har man derfor gjort opmærksom på, at en lang række af de daglige problemer i praksis må henregnes til de ukomplicerede sager, hvor lægens behov for hjælp kan dækkes af socialforvaltningens serviceafdeling, jfr. pkt. 7. Man mener derfor, at man med den aktuelle mangel på socialrådgivere også bør forsøge at inddrage andre personalegrupper fra kommunernes sociale forvaltninger. Ved mere komplicerede sociale tilfælde vil

der altid være mulighed for, at den pågældende eller lægen selv søger bistand hos behandlergruppen, hvor en sådan er oprettet.

I en samarbejdspraksis med 2 læger (Støvring kommune) er der med udbytte truffet den ordning, at familievejlederen træffes i lægehuset én gang ugentlig eller efter behov. F. eks. aftales kontakt med vejlederen i de tilfælde, hvor patienten ikke har været motiveret for at søge bistand gennem direkte henvendelse til socialkontoret, jfr. betænkning nr. 648 - 1972 (side 45), der er omtalt i pkt. 12.

Ud over bistanden i de enkelte tilfælde kunne man endvidere tænke sig et samarbejde i form af mere principielle drøftelser mellem f. eks. de praktiserende læger og lederen af behandlergruppen.

25. Den fremtidige planlægning i amterne for den primære sundhedstjeneste og socialtjeneste bør fremme den udvikling henimod fælles patient/klientkredse, der som nævnt tidligere (pkt. 20) også er anbefalet i forskellige betænkninger, herunder de om hjemmesygeplejen og om sundhedsplejeinstitutionen nævnte. Især for de svagest stillede med handicap inden for flere områder samtidig er en sådan struktur af væsentlig betydning.

Som tidligere nævnt (pkt. 20) må den gensidige tilpasning mellem almen lægepraksis og de øvrige sundheds- og socialforanstaltninger anses for en proces, der strækker sig over en årrække. Med den ønskede og nødvendige tilgang i de nærmeste år til almen praksis vil der bl. a. ved ny-etableringer af lægepraksis være mulighed for i de enkelte amtskommuner at planlægge udviklingen i overensstemmelse med de nævnte principper. Praksisplanlægningen vil forudsætte en vis regulering af den frie nedsættelsesret for læger, således som det allerede i dag er muligt ved praksiskoncentreringer. Ligeledes vil en begrænsning af det frie lægevalg gennem en regulering af patienttilgangen, som også i dag finder sted, være nødvendig i fremtiden for tilvejebringelsen af en så høj grad af fælles befolkningsunderlag som muligt.

Samarbejdet mellem amtskommunerne, kommunerne og lægekredsforeningerne om planlægningen af den primære lægetjeneste efter de skitserede linier må iværksættes straks.

Udvalgets forslag om forskellige former for samarbejde må for en del opfattes som forslag om, hvordan samarbejdet kan foregå i en overgangstid, idet det må anses for praktisk umuligt på én gang at gennemføre de nødvendige og ønskelige omlægninger. Da der således vil ske mange ændringer i de kommende år, som trods fælles retningslinier vil udformes forskelligt fra amt til amt, afhængig af de lokale forhold, finder udvalget, at der er behov for, at udviklingen stadig følges og vurderes, således at der skabes et rimeligt grundlag for fra tid til anden at tage de vejledende retningslinier for samarbejde op til revision.

Samarbejdet mellem de praktiserende læger, den sociale forvaltning og kommunernes sundhedspersonale (specielt hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker)

26. Det er i betænkningen om hjemmesygepleje og af Dansk Sygeplejeråd og Den almindelige danske Lægeforening fremhævet, at den nuværende uensartede

fordeling af hjemmesygeplejerskerne og den manglende koordination af og samarbejde mellem hjemmesygeplejerskerne og øvrige sundhedsmæssige og sociale medarbejdere, har bevirket, at hjemmesygeplejerskerne ikke udnyttes så effektivt og tilfredsstillende, som det er muligt.

Udvalget finder det nødvendigt, at der ved den planlægning af den sociale og sundhedsmæssige virksomhed, som skal finde sted i kommuner og amtskommuner efter den sociale styrelseslov, lægges afgørende vægt på, at der foretages en hensigtsmæssig placering af det sundhedsmæssige personale, således at der opnås en så ensartet fordeling som muligt og så stor overensstemmelse mellem de praktiserende lægers og det øvrige sundhedspersonales patientkredse og de sociale forvaltningers klientkredse som muligt. Der bør endvidere tages hensyn til muligheden for et udbygget samarbejde med sygehusvæsenet og andre organer på amtsplan.

Dette vil være afgørende for, at der for hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker kan etableres et smidigt samarbejde til såvel de praktiserende læger som til den sociale forvaltning, således at der finder en gensidig orientering og vejledning sted mellem disse grupper alt efter problemernes art.

Det er endvidere anført, at hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker og så vidt muligt jordemødre bør have konsultationsmulighed i de enkelte lægehuse. Udvalget er enig i, at dette søges gennemført, hvor det er praktisk og hensigtsmæssigt, og deres stedlige arbejdsområde bør fastlægges således, at de skal samarbejde med det mindst mulige antal læger, jfr. foran punkterne 10-12.

27. Ved gennemførelse af de fremsatte forslag om at overføre en større del af det lægelige arbejde fra sygehuse til praksissektoren, jfr. pkt. 15, vil det ligeledes blive aktuelt at overveje en ændring af hjemmesygeplejerskernes opgaver. I betænkning nr. 648 - 1972 er der peget på en udvidelse af hjemmesygeplejerskernes funktioner, således at de skal varetage en del af de sygeplejemæssige opgaver i forbindelse med undersøgelser og behandlinger, der overføres til praksissektoren. Udover de mere tekniske funktioner tænkes der på observation af patientens reaktioner, vejledning til patient og pårørende under behandlingsforløbet og kontrol, f. eks. med patienternes eller de pårørendes administration af ordinerede lægemidler og med behandlingens gennemførelse.

En væsentlig årsag til, at en sådan omlægning af hjemmesygeplejers funktioner vil være påkrævet, er den stedfindende og planlagte rationalisering af arbejdet i lægepraksis, der har medført, at patientbehandlingen nu oftere sker i lægens klinik end i hjemmene. Såfremt hjemmesygeplejersken medvirker til at vejlede og stimulere patienten og de pårørende til et aktivt samarbejde om behandlingen og samtidig holder lægen orienteret om patientens reaktioner og tilstand samt andre forhold af betydning for behandlingen, kan hun afbøde den risiko, der måtte være for, at lægens kendskab til patientens miljø og sociale forhold mindskes.

28. Et udvidet samarbejde mellem sygehuse og praktiserende læger om patientbehandlingen vil også øge behovet for et udvidet samarbejde mellem sygehuse og hjemmesygeplejersker for at skabe en større kontinuitet i patientplejen før og efter indlæggelsen. Sygehuse vil tillige opnå den fordel, at

patienterne kan udskrives på et tidligere tidspunkt under en mere effektivt udnyttet hjemmesygeplejeordning. Som nævnt i pkt. 15 er der allerede indledt et sådant samarbejde adskillige steder. I Københavns amt og Københavns kommune er der f.eks. etableret en ordning, der muliggør, at patienter med psykiske lidelser kan forblive i eget hjem og tilses af hjemmesygeplejersken med bistand fra specialuddannede sygehussygeplejersker.

En forudsætning for et sådant samarbejde er det dog, at det nuværende rapportsystem forbedres. Betænkning nr. 648 - 1972 peger på, at der i tilknytning til sygehusvæsenet bør oprettes en sygeplejerskestilling med det formål at centralisere ansvaret for kommunikation og samarbejde mellem sygehusets afdelinger og hjemmesygeplejen, Udvalget finder det magtpåliggende, at de relevante oplysninger vedrørende patientens pleje m. v. så hurtigt som muligt meddeles sygehuset af hjemmesygeplejersken, og at tilsvarende hurtig orientering gives hjemmesygeplejersken fra sygehuset.

Samarbejdet på det amtskommunale plan

Socialcentrets bistand til sygehussektoren

29. Der har i udvalget været enighed om, at ansvaret for den sociale betjening af sygehusene bør påhvile amtskommunens socialcenter. Ligesom for lægekonsulenternes vedkommende vil det være af afgørende betydning, at den sociale medarbejder/de sociale medarbejdere, der skal varetage betjeningen, bevarer kontakten til det øvrige sociale område, hvorfor ansættelse bør ske under socialcentret frem for som nu under sygehusvæsenet. Det vil være disse sociale medarbejders opgave at samarbejde med det øvrige sygehuspersonale i forbindelse med sygehusbehandlingen og endvidere at formidle kontakten til den øvrige ekspertbistand i socialcentret, ligesom de bør have en løbende informationspligt over for hospitalet om de sociale muligheder og den sociale udbygning. Det er endvidere disse medarbejders opgave at formidle kontakten til de øvrige hjælpemuligheder, herunder de hjælpeforanstaltninger, som den kommunale social- og sundhedsforvaltning råder over. Varetagelsen af disse opgaver vil navnlig på større sygehuse kræve, at de pågældende sociale medarbejdere har deres tjenestested på sygehuset.

Sygehussektorens bistand og den lægelige bistand i øvrigt

til den amtskommunale sociale forvaltning

30. Ligesom den bistand, sygehussektoren har behov for på det sociale område, bør komme fra socialcentret, vil det være ønskeligt, at den lægelige ekspertbistand, som socialcentret har behov for, i vidt omfang som deltidsfunktion stilles til rådighed af sygehussektoren. Herved opnås der mulighed for i videre omfang at drage nytte af særligt sagkyndige samtidig med, at lægerne ikke isoleres, men bevarer kontakten til deres speciale og dermed bevarelse og fornyelse af deres lægelige specialviden, jfr. forslag til organisation af samarbejdet mellem sygehuse, den primære sundhedstjeneste og sociale sektoren gennem de langtidsmedicinske afdelinger og de fysiurgiske optræningsafdelinger (Betænkning I om langtidshandlingen på sygehuse, sundhedsstyrelsen 1970).

Samarbejdet mellemsocial- og sundhedstjenesten på det kommunale plan

og på det amtskommunale plan i øvrigt

31. Det forudsættes, at der ikke i større omfang bliver behov for direkte bistand fra socialcentret til de praktiserende læger eller for, at de praktiserende læger direkte skal kunne henvise til socialcentret. Som et særligt område kan dog nævnes abort- og sterilisationssager, hvor sagsforberedelsen og kompetencen ventes at blive placeret på det amtskommunale plan. I disse særlige sager vil der næppe være behov for at lade en henvisning gå over den sociale forvaltning i kommunen.

Endvidere kan nævnes de gældende regler om pligt til indberetning til revalideringscentrene bl. a. for praktiserende læger om børn under 18 år, der har behov for særlig sygebehandling eller undervisning. Socialreformkommissionen har foreslået, at sådanne indberetninger for fremtiden indsendes til socialcentret, og at de kommunale social- og sundhedsforvaltninger underrettes.

I øvrigt bør formidlingen af kontakt til socialcentret i det omfang, det er nødvendigt, normalt, men i øvrigt afhængig af den interne arbejdsgang, ske gennem lederen af vedkommende behandlergruppe, der vil være i stand til at skønne over, om en sådan henvisning vil være nødvendig eller hensigtsmæssig.

32. For at lette koordineringen mellem den sociale og lægelige behandling har udvalget fundet, at der i alle de tilfælde, der frembyder sociale aspekter, så tidligt som muligt fra sygehusafdelingen bør gives den sociale forvaltning underretning om de sociale oplysninger, som sygehuset ligger inde med, og de i forbindelse med sagsbehandlingen nødvendige oplysninger om de erhvervs-mæssige konsekvenser m. v. af pågældendes helbredsforhold, således at forvaltningen har mulighed for at følge behandlingen op på den mest hensigtsmæssige måde. Dette vil navnlig være nødvendigt, hvis den sociale forvaltning i forvejen har været inddraget i behandlingen, men vil i øvrigt være hensigtsmæssigt i alle tilfælde, hvor sagen efter sygehusets og socialcentrets vurdering giver anledning til en eller anden form for bistand fra kommunens sociale forvaltning.

33. Udvalget forudsætter i øvrigt, at der tidligst muligt finder en gensidig orientering og vejledning sted mellem sygehusvæsenet og social- og sundhedsvæsenet i forbindelse med såvel indlæggelse som udskrivning af patienter på sygehus, jfr. foran punkterne 28 og 32, ligesom det anbefales, at der i givet fald udarbejdes en fælles social-medicinsk behandlingsplan under sygehusindlæggelser.

Det vil være af afgørende betydning for tilvejebringelsen af en sådan behandlingsplan og for den gensidige orientering og vejledning, at de forskellige sektorer oplysninger gøres så tilgængelige som muligt. Udvalget finder det derfor væsentligt, at sygehusvæsenets oplysninger om patienternes sociale forhold sammenarbejdes med de helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for socialforvaltningens arbejde med patienten og gøres umiddelbart tilgængelige for socialforvaltningen.

Udvalget anser det derfor for ønskeligt, at der udarbejdes en praktisk form (skema) for en ensartet opbygning og fremstilling af disse social-lægelige oplysninger fælles for sygehusene og de sociale forvaltninger.

Udvalget skal herefter anbefale, at socialministeren rådgiver kommunerne som anført i nedenstående retningslinier.

Kapitel V

UDKAST TIL VEJLEDENDE RETNINGSLINIER FOR DET SOCIALE OG SUNDHEDSMÆSSIGE SAMARBEJDE PÅ KOMMUNALT OG AMTSKOMMUNALT PLAN

I. Indledning

1. I forbindelse med, at lov nr. 311 af 9. juni 1971 om offentlig sygesikring træder i kraft den 1. april 1973, ophører de anerkendte sygekasser, og det er herefter den offentlige sygesikring, der for den væsentligste del varetager de opgaver, sygekasserne hidtil har løst. Samtidig træder en kommunalt administreret dagpengeordning lov nr. 262 af 7. juni 1972 om dagpenge ved sygdom eller fødsel i kraft.

2. I henhold til lov nr. 227 af 27. maj 1970 om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender, påhviler det kommunalbestyrelsen at træffe bestemmelse om alle forhold vedrørende kommunernes virksomhed på de sociale og sundhedsmæssige områder, der ikke er henlagt til andre myndigheder ved særlig lovgivning (styrelseslovens § 2). Kommunalbestyrelsen skal endvidere udarbejde forslag til regulativ for kommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltning. Forslaget skal godkendes af amtsrådet (styrelseslovens § 3).

3. Amtsrådet fører, hvor andet ikke er bestemt, tilsyn med kommunernes sociale og sundhedsmæssige virksomhed (styrelseslovens § 10).

Amtsrådet kan endvidere træffe beslutning om iværksættelse af foranstaltninger på det sociale og sundhedsmæssige område, når disse foranstaltninger ikke skal varetages af kommunerne (styrelseslovens § 14), og amtsrådet udarbejder forslag til regulativ for amtskommunens sociale og sundhedsmæssige forvaltningsvirksomhed. Forslaget skal godkendes af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren (styrelseslovens § 13).

Endelig udarbejder amtsrådet 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 (styrelseslovens § 11). Denne regel træder i kraft efter socialministerens nærmere bestemmelse.

4. Baggrunden for styrelseslovens regler er behovet for en nærmere koordinering og en samlet planlægning af den offentlige sociale og sundhedsmæs-

sige virksomhed, herunder social- og sundhedsforvaltningernes samvirke med andre organer, der virker på disse områder.

5. Ifølge lov nr. 311 af 9. juni 1971 om offentlig sygesikring påhviler det et særligt udvalg bestående af 3 eller 5 amtsrådsmedlemmer (herunder mindst 1 medlem af amtsrådets social- og sundhedsudvalg og mindst 1 medlem af sygehusudvalget) og en repræsentant for vedkommende kommune-forening, at virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden social og sundhedsmæssig virksomhed (sygesikringslovens § 23, stk. 2). Endvidere skal et udvalg, der består af medlemmerne af det foran nævnte udvalg og et lige så stort antal medlemmer, udpeget af vedkommende lægekredsförening, varetage bl. a. sådanne opgaver, som pålægges **det** ifølge overenskomst mellem lægeföreningen og den offentlige sygesikring eller ved lokal aftale (sygesikringslovens § 23, stk. 4).

Efter sygesikringslovens § 23, stk. 5, kan socialministeren efter forhandling med såvel de kommunale organisationer som Den almindelige danske Lægeförening fastsætte nærmere regler om nedsættelse af fællesudvalg efter stk. 4.

6. Retningslinierne for det sociale og sundhedsmæssige samarbejde skal tjene som vejledning for kommunerne og amtskommunerne ved tilrettelæggelsen af samarbejdet mellem de sociale og sundhedsmæssige områder.

De er udarbejdet på grundlag af de forslag, der indeholdes i betænkning nr. 669 om den stedlige social- og sundhedstjeneste.

II. Samarbejdet mellem praktiserende læger og social- og sundhedstjenesten på det kommunale plan

De praktiserende lægers bistand til den sociale forvaltning

7. Såvel på grundlag af det nuværende sagsområde i de kommunale socialforvaltninger som på grundlag af den opgavefordeling, der forventes gennemført ved en social bistandslov, må der ske en udbygning af den bistand, der kan ydes socialforvaltningerne af de praktiserende læger.

Denne udbygning bør bl. a. finde sted for at imødekomme socialforvaltningernes mere generelle behov for kontakt med lægelig sagkundskab. Der kan herigennem ydes socialforvaltningen rådgivning på det sundhedsmæssige område og bistand ved vurdering af, om der i en konkret foreliggende sag må antages at være problemer af lægelig art.

For at dække dette behov bør der i de sociale forvaltninger ansættes en eller flere lægekonsulenter. Konsulenten bør være praktiserende læge inden for kommunens område og have konsulenthvervet som deltidsbeskæftigelse. Det kan derimod i almindelighed ikke tilrådes at ansætte heltidsbeskæftigede sociallæger til varetagelse af disse funktioner, da det er væsentligt, at lægen bevarer kontakten til sit faglige område, almen praksis.

Konsulenthvervet bør kunne gå på skift mellem de praktiserende læger inden for kommunens område. Ansættelse som lægekonsulent bør ske efter indstilling fra vedkommende lægekredsförening.

8. En skolelæge kan yde bistand til den kommunale socialforvaltning i sager, som vedrører de familier, hvis børn han som skolelæge eller som tilsynsførende for børne- og ungdomsforsorgens daginstitutioner har undersøgt. Der er dog intet til hinder for, at en praktiserende læge både virker som skolelæge og som lægekonsulent.

9. Ud over det generelle behov for lægelig bistand vil der nødvendigvis være behov for lægelig bistand ved behandlingen af sager vedrørende enkeltpersoner og familier, og det afgørende vil her være, at der knyttes kontakt herom mellem den enkelte sagsbehandler i socialforvaltningen og vedkommende klientens egen læge.

Udformningen af dette samarbejde vil i vidt omfang afhænge af forholdene i den enkelte kommune og af, hvad der i det enkelte tilfælde findes mest hensigtsmæssigt, men formålet bør være at få etableret en så smidig og uformel kontakt som muligt mellem den sociale forvaltnings medarbejdere og de praktiserende læger i området.

10. For at lette kontakten vil det være hensigtsmæssigt, at der tilvejebringes en koordinerende funktion. Hvis der inden for vedkommende kommunes sociale forvaltning er etableret behandlergrupper, vil denne koordinerende funktion f. eks. kunne varetages af lederen af behandlergruppen, men den kan også varetages af socialforvaltningens lægelige medarbejder.

Den sociale forvaltnings bistand til de

praktiserende læger

11. Som led i en praktiserende læges behandling af en patient vil lægen ofte have behov for bistand fra den sociale forvaltning med henblik på en samlet og koordineret indsats over for den pågældende patient/klient.

For at lette muligheden for den i pkt. 9 nævnte gensidige kontakt er det nødvendigt, at den sociale forvaltning orienterer de praktiserende læger, hjemmesygeplejerskerne og sundhedsplejerskerne, der har patienter inden for kommunens område. Denne orientering skal omfatte den sociale forvaltnings opdeling, og de forskellige medarbejders (og behandlergruppers) klientkredse og oplysning om, hvem henvendelse bør rettes til, og endelig hvilken form for sagkyndig bistand, der kan ydes.

Det kommunale sundhedspersonales samarbejde

med den sociale forvaltning i øvrigt og de

praktiserende læger

12. Det er afgørende for varetagelsen af hjemmesygeplejerskernes og sundhedsplejerskernes funktioner, at der etableres et smidigt samarbejde med såvel de praktiserende læger som socialforvaltningens personale, herunder navnlig hjemmehjælperne med henblik på en effektiv gensidig orientering og vejledning. Det vil endvidere være hensigtsmæssigt at sikre hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker og jordemødre konsultationsmulighed hos samarbejdende praktiserende læger, evt. i de enkelte lægehuse.

III. Samarbejdet mellem social- og sundhedstjenesten og sygehusvæsenet

13. Ved sammensætningen af de i sygesikringslovens § 23, stk. 2 og 4 nævnte udvalg, er der tilstræbt koordinering mellem de kommunale og amtskommunale social- og sundhedsforvaltninger, de praktiserende læger og sygehuse. Der bør også administrativt sikres gensidig kontakt og bistand mellem de kommunale og amtskommunale social- og sundhedsforvaltninger (herunder socialcentret) og sygehuse.

Samarbejdet mellem social- og sundhedsforvaltningen og sygehusvæsenet vil mest praktisk kunne ske ved, at de to områder stiller konsulentbistand til rådighed for hinanden.

14. Dette indebærer, at hele den sociale betjening af sygehuse varetages af personale fra socialcentre, og at den speciallægebistand, socialcentre har behov for, fortrinsvis varetages af sygehuses speciallæger. De pågældende medarbejdere vil herved bevare kontakten til deres faglige område, hvorved f. eks. sygehusets mulighed for at få kontakt til den øvrige ekspertbistand i socialcentret også lettere vil kunne formidles.

Den sociale betjening vil navnlig på større sygehuse kræve, at de pågældende sociale medarbejdere har deres tjenestested på sygehuset.

For at sikre formidlingen af kontakt vil det være hensigtsmæssigt, at der såvel på det kommunale plan som på det amtskommunale plan inden for de sociale forvaltninger tilvejebringes en koordinerende funktion. Dette er ensbetydende med, at også de praktiserende lægers behov for bistand fra socialcentret bør koordineres gennem den sociale forvaltning.

15. Det er nødvendigt at sikre, at kommunikationen mellem sygehus- og social- og sundhedsområdet fungerer hurtigt og effektivt, og der bør derfor lægges afgørende vægt på, at der tidligst muligt finder en gensidig orientering og vejledning sted i det omfang, der skønnes at være behov for det, f. eks. i forbindelse med påbegyndelse og afslutning af behandling på sygehus, når sociale problemer forventes eller er kendt. Det er endvidere ønskeligt, at der i givet fald i forbindelse med sygehusindlæggelser etableres en social-medicinsk behandlingsplan.

16. En forudsætning for dette samarbejde er, at oplysninger fra et område af forvaltningen gøres så tilgængelige for de øvrige områder som muligt. De fornødne sociale og lægelige oplysninger bør derfor så vidt muligt registreres i optegnelser, der er fælles og umiddelbart tilgængelige for sygehuse og de sociale forvaltninger.

17. På tilsvarende måde må kommunikationen mellem hjemmesygeplejen og sygehuse effektiviseres, således at der finder en lignende hurtig gensidig orientering og vejledning sted. Det samme gælder kommunikationen mellem sygehuse og sociale institutioner, herunder plejehjem.

IV. Planlægning

18. Udviklingen i de senere år såvel inden for almen praksis som på det sundhedsmæssige område i øvrigt og på det sociale område har tydeligt vist behovet for samarbejde og koordinering. Samarbejdet i almen praksis har givet sig udslag i etablering af samarbejdspraksis. Desuden i forskellige forsøg med samarbejde mellem det kommunale sundhedspersonale og andre personalegrupper inden for den sociale forvaltning og de praktiserende læger. Endelig har der været en tendens til en ændret opbygning af de kommunale sociale forvaltninger med henblik på en helhedsvurdering og koordination mellem de forskellige foranstaltninger.

19. En forudsætning for at opnå et så snævert og effektivt samarbejde som muligt i særlig grad på det kommunale plan er, at der i højere grad tilvejebringes overensstemmelse mellem lægerne og det offentligt ansatte sundhedspersonales patientkredse samt de sociale forvaltningers geografiske virksomheder.

For at opnå dette vil Den almindelige danske Lægeforening søge at etablere en praksisplanlægning inden for de enkelte amtskommuners områder, der sigter mod en koncentration af lægerne i samarbejdspraksis og mod, at lægerne kun virker inden for en enkelt eller nogle ganske få kommuners områder. En sådan praksisplanlægning vil forudsætte et samarbejde mellem vedkommende lægekredsforening og amtskommune. Et egnet samarbejdsforum vil være det i sygesikringslovens § 23, stk. 4, nævnte fællesudvalg. Samlede praksisplaner bør etableres snarest muligt og under alle omstændigheder søges opfyldt i forbindelse med nyetableringer.

Tilsvarende bør der ved planlægningen af den sociale og sundhedsmæssige virksomhed, der skal finde sted i kommuner og amtskommuner, lægges afgørende vægt på, at der foretages en hensigtsmæssig placering af det samlede personale, således at en bestemt personkreds bliver fælles for en praktiserende læge (eller en samarbejdspraksis), en hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske og en (del af en) kommunal social forvaltning.

Det kan yderligere være hensigtsmæssigt, at de sociale forvaltninger opdeles i geografiske områder, svarende til en behandlergruppes klientkreds, såfremt der inden for forvaltningen er organiseret behandlergrupper.

20. De talmæssige forhold i socialvæsenets kommende struktur sammenholdt med en samarbejdspraksis anslåede patientgrundlag tilsiger også et sådant patient/klientfællesskab.

Det må således antages, at de sociale forvaltningers behandlergrupper vil kunne dække et område med 8-10.000 indbyggere, og at en samarbejdspraksis med 4-6 læger vil kunne dække et område med 6-9.000 indbyggere. Til at dække en sådan enhed kræves 2-3 hjemmesygeplejersker, medens en sundhedsplejerske vil kunne dække et område på ca. 6.000 indbyggere, når hun tillige er skolesundhedsplejerske.

21. De givne retningslinier er vejledende for kommunale og amtskommunale myndigheder m.v. ved tilrettelæggelsen af det sociale og sundhedsmæssige samarbejde.

Det må forudses, at udviklingen i den kommende tid bl. a. udformningen af en kommende social bistandslov, embedslægeinstitutionen, udviklingen inden for almen praksis og tilrettelæggelsen af fødselsbetjeningen vil gøre en revision nødvendig.

Notat

om

socialcentrenes funktioner, herunder bistand til
kommunernes social- og sundhedsforvaltninger

Med udgangspunkt i den sociale styrelseslovs regler om socialcentrene indeholder socialreformkommissionens 2. betænkning en redegørelse for kommissionens forslag om de kommende socialcentres funktioner m.v.

Kommissionen foreslår følgende opgaver henlagt til socialcentrene:

1. Sekretariatsfunktioner for de regionale nævn (revaliderings- og pensionsnævnet, amsankenævnet og det organ, der skal træde i stedet for mødrehjælpen samråd).
2. Rådgivnings- og formidlingsfunktioner over for sygehuse og andre amtskommunale institutioner, og det faglige tilsyn med disse institutioner.
3. Støttende og rådgivende funktioner og faglige tilsynsfunktioner over for kommunerne på det sociale og sundhedsmæssige område.
4. Deltagelse i eller selvstændig varetagelse af visitationen til kommunale og amtskommunale institutioner.
5. Rådgivning over for private i abort- og sterilisationssager og i visse adoptions- og faderskabssager.
6. Andre funktioner, som det findes hensigtsmæssigt at lade socialcentret varetage, f.eks. etablering af kursus- og informationsvirksomhed.

Ud over socialcentrets behandling af enkeltsager, der er lagt på det amtskommunale plan, bliver en af socialcentrets hovedfunktioner således at bistå kommunerne med sagkyndig bistand i deres sociale og sundhedsmæssige virksomhed, og herunder i socialforvaltningernes service og bistand over for de enkelte klienter, idet kommissionen som et led i den foreslåede opgavefordeling forudsætter, at så mange rådgivnings- og behandlingsfunktioner som muligt udøves af kommunerne.

Det er ikke muligt at angive nøjagtige kriterier for, hvornår de sociale forvaltninger bør søge socialcentrets bistand under behandlingen af de enkelte

sager, da det altid vil afhænge af en konkret vurdering i det enkelte tilfælde, om der er et behov for særlig sagkyndig bistand.

Man kan derfor kun pege på visse kategorier af sager, hvor der typisk vil være behov for centrets bistand. Ud over visitationen til plejehjem, hvor kommissionen stiller forslag om pligt for kommunerne til at indhente en rådgivende udtalelse fra et organ på amtsplan bl. a. med en repræsentant for socialcentret, kan nævnes følgende typer af sager:

1) De sager inden for revaliderings- og mødrehjælpsområdet, hvor afgørelsen fra bistandslovens ikrafttræden lægges til kommunerne, 2) sager vedrørende visse tvangsmæssige foranstaltninger for børn og unge, hvor der i øvrigt i selve afgørelsen skal deltage en særlig sagkyndig, 3) sager om fortsat udbetaling af dagpenge, hvor der kan opstå problemer om ydelse af anden form for bistand, f. eks. i form af invalidepension, 4) sager, hvor der kan være tale om iværksættelse af forskellige former for bistand eller valg mellem alternative foranstaltninger, og hvor afgørelsen af visse af disse foranstaltninger ligger på det amtskommunale plan, 5) Endelig forudsættes det, at den kommunale rådgivningsvirksomhed i vidt omfang vil have brug for baggrundsstøtte fra socialcentret.

Det vil være af afgørende betydning, bl. a. for realiseringen af den opgavefordeling, der foreslås i kommissionens 2. betænkning, at der etableres et effektivt og smidigt samarbejde mellem socialcentret og kommunernes sociale forvaltninger, således at der opnås sikkerhed for, at den enkelte klient modtager den bedst mulige bistand i det enkelte tilfælde, og at bistanden sættes ind så hurtigt som muligt.

Kommissionen forudsætter, at socialcentrets bistand normalt skal udøves over for den sociale forvaltnings personale, og at der kun undtagelsesvis vil være tilfælde, hvor det kan være hensigtsmæssigt, at klienten eller familien henvises direkte til rådgivning i socialcentret fra den sociale forvaltning eller andre myndigheder. Dette hænger sammen med, at den kommunale socialforvaltning har kompetencen til at bevilge langt de fleste hjælpeydelser, f. eks. inden for bistandsloven, og at forvaltningen har mulighed for at trække på den sagkyndige bistand fra socialcentret.

Som nævnt foran foreslår kommissionen dog, at socialcentret i abort- og sterilisationssager og i visse adoptions- og faderskabssager skal udøve rådgivningsvirksomhed umiddelbart over for klienterne.

Også for koordineringen til andre kommunale foranstaltninger inden for tilgrænsende områder vil det være væsentligt, at ansvaret for afgørelsen af sagen som hovedregel forbliver på kommunalt plan, og at bistanden fra socialcentret ydes i samarbejde med den enkelte behandlergruppe. Det vil endvidere være væsentligt, at socialcentret koordinerer bistanden med andre foranstaltninger, der ydes af amtskommunale myndigheder, således at man kan undgå en unødigt opsplitning i behandlingen mellem forskellige myndigheder, og at man opnår sikkerhed for, at samtlige foranstaltninger på kommunalt og amtskommunalt plan iværksættes ud fra en helhedsvurdering.

Kommissionen forudsætter, at socialcentre etableres samtidig med bistandslovens ikrafttræden.

