

Samordning i sundhedsvæsenet

**Betænkning
fra det af
Indenrigsministeren
nedsatte
Samordningsudvalg for
sundhedsvæsenet**



Betænkning nr. 1044

København juni 1985



trykt på genbrugspapir

ISBN 87-503-5547-3

In 02-139

Forside: NIELS-ERIK AAES

ETB-behandlet af Attention, 01-23 83 00

Trykt af HEPU KONTOROFFSET A/S, 01-67 33 00

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
Kapitel I	INDLEDNING 7
	1. Udvalgets nedsættelse 7
	2. Udvalgets sammensætning 7
	3. Baggrunden for udvalgets nedsættelse 8
	4. Samordningsudvalgets arbejde 11
Kapitel II	KONKLUSIONER. FORTSAT OPFØLGNING. 13
	1. Nogle forudsætninger og hovedsynspunkter. 13
	2. anbefalinger og forslag 15
	3. Den fortsatte omstillingsproces 18
Kapitel III	BESKRIVELSE AF SUNDHEDSVÆSENET OG DEN TILGRÆSENDE DEL AF SOCIALVÆSENET 23
	1. Indledning 23
	2. Sundhedsvæsenet. 24
	3. Socialvæsenet (bistandslovens område). 50
Kapitel IV	UDVIKLING - TENDENSER 59
	1. Indberetninger fra embedslægeinstitutioner. 59
	2. Særligt om ændring i organisationen - udvalgs- strukturen i henhold til sygesikringslovens § 23 ... 61
	3. Særligt om funktions- og/eller organisationsændringer. 62
	4. Visse særlige institutionsformer. 65
	5. Særligt om forsøg i den primære sundhedstjeneste . 65
	6. Speciallægerne Hus i Århus. 66
Kapitel V	OMSTILLING I INTERNATIONALT PERSPEKTIV .. 71
	1. WHO's europæiske sundhedspolitik. 71
	2. "Helseplan for 1980-åra" (Norge). 73
	3. "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (Sverige). 74
	4. Perspektivet for samordningsudvalgets arbejde 76
Kapitel VI	GENERELT OM SAMORDNING. 79
	1. Indledning 79
	2. Definitioner. 80
	3. Almene forudsætninger. 81
	4. Specielle forudsætninger. 82
	5. Midler og muligheder. 82
Kapitel VII	KONKRETE OMSTILLINGSMULIGHEDER INDENFOR UDVALGETE STØRRE OMRÅDER. 99
	1. Kroniske sygdomme. 100
	2. Sengetunge sygdomsgrupper. 102
	3. Udvalgte områder. 107

	Side
Kapitel VIII	ALMEN PRAKSIS 123
	1. Status og udviklingstendenser 123
	2. Forsøg og udvikling 129
	3. Uddannelse 130
	4. Samarbejdsrelationer 131
	5. Samordningsmuligheder 132
Kapitel IX	DEN AMBULANTE SPECIALBETJENING 139
	1. Speciallæger 139
	2. Den ambulante speciallægebetjenings opgaver 139
	3. Krav og forventninger til den ambulante speciallægebetjening 140
	4. Den nuværende tilrettelæggelse af den ambulante speciallægebetjening 141
	5. Hvorledes imødekommer de nugældende ordninger krav og forventninger til speciallægebetjeningen? 143
	6. Forudsætninger for en mulig aflastning af sygehusvæsenet ved øget anvendelse af ambulant speciallægebetjening 145
	7. Vurdering af hvorledes speciallægebetjening kan fordeles mellem sygehusvæsenet og speciallægepraksis 147
	8. Konkret gennemgang af de kliniske specialer 148
Kapitel X	SÆRLIGT OM DE TVÆRGÅENDE DIAGNOSTISKE SPECIALER 159
	1. Organisering af klinisk kemisk diagnostik for almant praktiserende læger og speciallæger 159
	2. Seruminstituttet og decentrale mikrobiologiske laboratorier 165
	3. Patologisk anatomi 166
	4. Diagnostisk radiologi og ultralyddiagnostik 167
	5. Klinisk fysiologi og nuklearmedicin 170
Kapitel XI	DE SYGEPLEJEMÆSSIGE OPGAVER 171
	1. Sygeplejen i sygehusvæsenet 171
	2. Hjemmesygeplejen 175
	3. Sundhedsplejerskeordningen 176
	4. Sygeplejen i plejehjem 177
	5. Terminal pleje 178
	6. Afsluttende bemærkninger 178

	Side
Kapitel XII	SOCIAL- OG SUNDHEDSFORVALTNINGERNES INDSATS 181
	1. Indledning 181
	2. Indsats i eget hjem 182
	3. Dag- og døgnophold udenfor hjemmet 186
	4. Samarbejdsrelationer 188
	5. Økonomiske konsekvenser 189
Kapitel XIII	ØKONOMISKE BETRAGTNINGER 191
	1. Danske sundhedsudgifter i internationalt perspektiv 192
	2. Eksempler 196
	3. Afsluttende bemærkninger 204
Kapitel XIV	BARRIERER OG INCITAMENTER 207
	1. Barrierer og deres nedbrydning inden for det politiske og administrative system 208
	2. Overenskomstmæssige barrierer 209
	3. Geografiske og lokaløkonomiske barrierer 210
	4. Holdningsmæssige barrierer 210
	5. Kapacitetsmæssige barrierer 211
	6. Incitamerter 211
	7. Betydningen af politiske beslutninger 212
Kapitel XV	UDDANNELSESMÆSSIGE KONSEKVENSER 213
Kapitel XVI	FORSKNING OG FORSØGSVIRKSOMHED - GENERELLE OVERVEJELSER 215
	1. Baggrund 215
	2. Forsøgsvirksomhed 215
	3. Forskning 216
	4. Barrierer for forsknings- og forsøgsarbejdet 217
	5. Forslag til fremme af forskning og forsøg 218
	6. Sammenfatning 220
Bilag 1	NOTAT OM FORANSTALTNINGER, DER KAN DÆMPE PRESSET PÅ SYGEHUSVÆSENET, HERUNDER UDLÆGNING AF OPGAVER TIL LÆGEPRAKSIS 221
	Indholdsfortegnelse 223

	Side
Bilag 2	
ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE DEN SOCIALE OG SUNDHEDSMÆSSIGE INDSATS OVER FOR ÆLDRE (sammendrag med forslag til handlingsplaner)	247
1. Kommissorium	247
2. Sammensætning	247
3. Baggrund	248
4. Forslagenes forudsætninger	248
5. Forslag til overordnede handlingsplaner.	249
6. Handlingsmodeller vedrørende konkrete samordningsprocedurer.	252
 Bilag 3	
ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE SKADE- BEHANDLINGEN PÅ SYGEHUSE OG I ALMEN PRAKSIS (sammendrag af rapport).	263
1. Kommissorium	263
2. Sammensætning	263
3. Resumé og konklusioner.	264
4. Handlingsmodeller ved eventuel udlægning af skadebehandlingen	267
5. Ressourcemæssige konsekvenser ved udlægning af skadebehandlingen til almen praksis.	274
6. Afsluttende bemærkninger.	276
 Bilag 4	
ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE PSYKIATRI (sammendrag).	277
 Bilag 5	
KORTFATTET OVERSIGT OVER TILSTANDE, HVIS BEHANDLING SKAL VARETAGES I SYGEHUSREGIE	285
 Litteraturfortegnelse	286

Kapitel I

INDLEDNING

1. Udvalgets nedsættelse

Samordningsudvalget for sundhedsvæsenet blev nedsat af indenrigsministeren den 2. september 1983.

Udvalget fik følgende kommissorium:

"Med udgangspunkt i sundhedsstyrelsens notat til indenrigsministeren af maj 1983 om foranstaltninger, der kan dæmpe presset på sygehusvæsenet, herunder udlægning af opgaver til lægepraksis, skal udvalget redegøre for, i hvilket omfang der hensigtsmæssigt kan ske overførsel af opgaver fra sygehuse til lægepraksis. Udvalget skal tillige redegøre for forslagernes forudsætninger og konsekvenser, samt foretage en økonomisk vurdering af den mulige samlede opgaveoverførsel og de enkelte dele deraf."

Efter at der fra flere af udvalgets medlemmer var fremsat ønske om en præcisering af kommissoriet, således at det klarere kom til at fremgå, i hvilket omfang udvalget skulle beskæftige sig med samordning generelt, herunder i forhold til socialektoren, præciserede indenrigsministeriet i skrivelse af 17. januar 1985 det oprindelige kommissorium således:

"Udvalget skal i denne forbindelse overveje en forbedret samordning af funktionerne i det samlede sundhedsvæsen og i forhold til den nærmest tilgrænsede del af den sociale sektor."

2. Udvalgets sammensætning

Som formand udpegedes medicinaldirektør Søren K. Sørensen.

Iøvrigt blev udvalget sammensat således:

- Kontorchef Lene Thylstrup, indenrigsministeriet, udpeget af samme.
- Direktør, lic. med. Finn Kamper-Jørgensen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, udpeget af sundhedsstyrelsen.
- Afdelingschef Arne Grünfeld, Amtsrådsforeningen i Danmark, udpeget af samme.
- Kontorchef Ole Rasmussen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, udpeget af samme.
- Lægelig direktør F. Zachariae, Københavns Hospitalsvæsen, udpeget af Københavns og Frederiksberg kommuner.
- Afdelingschef Nils Eilschou, Kommunernes Landsforening, udpeget af samme.

Professor Erik Holst, udpeget af den almindelige danske Lægeforening.
Sekretariatschef, sygeplejerske Eva Holm Christensen, Dansk Sygeplejeråd, udpeget af samme.

Direktør Henning Poulsen, Dansk Sygehus Institut, udpeget af samme.

Efter drøftelser mellem indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen blev udvalget ved ministeriets skrivelse af 11. oktober 1984 udvidet med:

- Afdelingschef Brian Nicholls, Socialministeriet, udpeget af samme.

I tidsrummet 22. maj 1984 til 16. januar 1985 satte Den almindelige danske Lægeforening med baggrund i Indenrigsministerens indgreb i landsoverenskomsten om almen lægegerning sin deltagelse i bero i såvel hovedudvalget som arbejdsgrupperne.

Udvalgets sekretariatsarbejde er varetaget af sundhedsstyrelsen og Dansk Sygehus Institut.

3. Baggrunden for udvalgets nedsættelse

Gennem de seneste årtier har der såvel fra politisk som fra anden side været rejst spørgsmål om, hvorvidt ressourceindsatsen i de forskellige områder af sundhedsvæsenet var i en rimelig indbyrdes balance.

Denne tvivl kom bl.a. i december 1973 til udtryk i "Perspektivplanredegørelse 1972 - 1987" (P.P. II), der, på baggrund af at væksten i sundhedsvæsenets ressourceforbrug gennem de seneste 10-20 år havde været koncentreret i sygehusvæsenet, pegede på en oprustning af den primære sundhedstjeneste som en mulighed i en situation med knaphed på offentlige midler.

Bag dette forslag lå en formodning om, at sygdomsbehandling og -undersøgelse ambulant og på det mindst specialiserede niveau var billigere end på det institutionaliserede og/eller specialiserede niveau.

Det blev dog samtidig i PP II understreget, at en udbygning af den primære sundhedstjeneste, især af praksissektoren, ikke under det gældende styringsystem i sig selv indebar nogen garanti for, at ressourceforbruget ikke ville stige i såvel praksissektoren som sygehusvæsenet.

Den 5. februar 1974 fremsattes følgende forslag til folketingsbeslutning:

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

I den efterfølgende folketingsdebat kom der en del usikkerhed til udtryk med hensyn til, om man nu også ville opnå de ønskede besparelser i sygehusvæsenet ved en oprustning af den primære sundhedstjeneste.

I debatten blev der peget på risikoen for, at en oprustning af primærsektoren

eventuelt kunne føre til øget pres på sygehusvæsenet i form af flere henvisninger af patienter til sygehusbehandling og større træk fra praksissektoren på sygehusenes laboratoriefaciliteter m.v. En udbygning aflægehuse med specialapparatur kunne måske også indebære en risiko for en samlet overkapacitet med deraf følgende dårligere samlet ressourceudnyttelse.

På denne baggrund nedsatte indenrigsministeren det såkaldte "Sundheds-prioriteringsudvalg", bestående af folketingsmedlemmer, kommunal- og amtskommunalpolitikere, administratorer samt repræsentanter for faglige organisationer m.fl. Udvalget fik til opgave at tilvejebringe grundlaget for en prioritering i sundhedsvæsenet.

Udvalget afgav betænkning i 1977. ("Prioritering i sundhedsvæsenet, Betænkning nr. 809, 1977").

Hovedsynspunkterne i betænkningen, der også indeholder en bred gennemgang af sundhedsvæsenet, kan resumeres således:

- Selvom der inden for mere begrænsede områder, navnlig den ambulante speciallægebetjening mentes at bestå mulighed for visse indbyrdes funktionsforskydninger, kunne udvalget ikke på det daværende informationsgrundlag anbefale en bredere opgaveforskydning mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område.
- Nødvendigheden af at intensivere bestræbelserne på at koordinere (samordne) funktionerne i sundhedsvæsenet til en helhed blev stærkt understreget.
- Behovet for større omkostningsbevidsthed i sundhedsvæsenet, ikke mindst inden for sygehusvæsenet, understregedes.
- Den forebyggede indsats i sundhedssektoren som i andre sektorer måtte øges og koordineres centralt og decentralt.

Som forudsætning for realisering af udvalgets forslag blev peget på en tilpasning af den politisk-administrative struktur, en koordineret planlægning for hele sundhedssektoren og et til brug herfor udbygget informationssystem.

Efter modtagelsen af betænkningen afgav indenrigsministeren en redegørelse i folketinget den 3. maj 1978 om prioriteringen i sundhedsvæsenet. Denne redegørelse efterfulgtes af en sundhedspolitisk debat i tinget.

Blandt de initiativer inden for sundhedsområdet, der blev en mere eller mindre direkte følge af sundhedsprioriteringsudvalgets arbejde, kan følgende nævnes:

- Vedtagelsen af loven om et forebyggelsesråd.
- Udarbejdelsen i Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) af et program for udførelse af sygelighedsundersøgelser. (Endnu ikke kommet til udførelse.)

- Overførsel af sygesikringsområdet fra socialministeriet til indenrigsministeriet, der i sit ressort herefter har samlet de væsentligste sundhedsområder.
- Tilvejebringelsen af lovmæssigt grundlag for en opblødning af udvalgsstrukturen på amtskommunalt niveau, hvorefter der er åbnet adgang for en politisk-administrativ samling af ansvaret for sygehusvæsenet og sygesikringen.

Et nyt initiativ vedrørende ressourceindsatsen i de forskellige områder i sundhedsvæsenet blev taget af indenrigsministeren i januar 1983. Sundhedsstyrelsen blev således med ministeriets skrivelse af 31. januar 1983 anmodet om at foretage en afgrænsning af praktiserende speciallægers funktionsområde med henblik på at der kunne søges tilvejebragt "en præcisering af et selvstændigt arbejdsfelt for den praktiserende speciallæge med deraf følgende ansvar for normal færdigbehandling af patienterne".

Som baggrund for denne anmodning anførtes et ønske om at lette presset på sygehusvæsenet ved at støtte en udvikling hen imod at flytte opgaver fra sygehusvæsenet til praksisområdet med specielt sigte på praktiserende speciallæger.

Da en overflytning af opgaver fra sygehusvæsenet til praksissektoren kun er en af flere foranstaltninger, der kan indgå i overvejelserne om at finde veje til et formindsket pres på sygehusvæsenet, fandt sundhedsstyrelsen det hensigtsmæssigt at give en samlet beskrivelse af de forskellige muligheder. En beskrivelse, der også omhandler spørgsmålet om en forbedret samordning af en række funktioner, blev fremlagt i sundhedsstyrelsens notat af maj 1983 om foranstaltninger, der kan dæmpe presset på sygehusvæsenet, herunder udlægning af opgaver til lægepraksis.

I notatet, der er medtaget som bilag 1 til samordningsudvalgets betænkning konkluderes, at forskellige omstillinger m.v. vil kunne føre til en dæmpning af presset på sygehusvæsenet, ikke mindst hvad angår behovet for indlæggelse af patienter til undersøgelse og behandling. En sådan omstilling må dog nødvendigvis tage tid, bl.a. på grund af de ændrede krav til uddannelse, videreuddannelse og efteruddannelse, samt den omfattende reduktion af personalet på sygehusene, der vil være en forudsætning for væsentlige reduktioner i sygehusenes driftsudgifter.

Med hensyn til den udbygning af primærsektoren og af den tilgrænsende del af socialektoren, der ville være en forudsætning for reduktionerne i sygehusvæsenet, anså sundhedsstyrelsen det for uafklaret, om omkostningerne herved ville blive mindre end de besparelser, der kunne opnås i sygehussektoren.

Sammenfattende var det sundhedsstyrelsens opfattelse, at en sådan større omlægning af opgaverne i sundhedsvæsenet burde forberedes i et udvalgsarbejde.

Indenrigsministeren tog denne indstilling til følge, og nedsatte derefter den 2. september 1983 "Samordningsudvalget".

4. Samordningsudvalgets arbejde

Efter udpegning af medlemmer kunne udvalget den 7. december 1983 starte sin mødeaktivitet, der ialt kom til at omfatte 12 møder.

Ved udvalgets 2. møde enedes man om at nedsætte 3 arbejdsgrupper vedrørende henholdsvis

- samordning af den sociale og sundhedsmæssige indsats over for ældre,
- skadebehandling på sygehuse og i almen praksis,
- samordning inden for det psykiatriske område med særlig vægt på distriktpsykiatritanken.

Baggrunden herfor var, at der var tale om nogle - hver for sig - sammenhængende problemkomplekser inden for udvalgets opgaveområde, om hvilke der allerede forelå en del materiale, ligesom der til behandling af de pågældende patientgrupper blev anvendt en betragtelig del af sygehusvæsenets kapacitet. Gennem arbejdsgrupper ville man søge udarbejdet konkrete forslag til samordningsinitiativer.

Arbejdsgruppernes rapporter, der offentliggøres i selvstændige publikationer, danner appendix A-C til samordningsudvalgets betænkning.

Sammendrag af rapporterne er medtaget som bilag i samordningsudvalgets betænkning. Disse sammendrag, der er udarbejdet af de respektive arbejdsgrupper, indeholder også oplysning om de enkelte gruppers kommissorium og sammensætning.

Samordningsudvalgets stilling til rapporterne er behandlet i betænkningens kapitel VII

Det skal endvidere bemærkes, at samordningsudvalgets sekretariat, således som det vil fremgå af kapitel IV, har afholdt møder med repræsentanter for nogle amtskommunale forvaltninger, ligesom man har haft drøftelser med Foreningen af Speciallæger og Dansk Sygeplejeråd for at få belyst spørgsmål af sundhedsfaglig karakter.

Ved tilrettelæggelse af udvalgets arbejde har det iøvrigt måttet tages i betragtning, at det ikke kunne anses for realistisk at tage udgangspunkt i en systematisk gennemgang af hele det omfattende kompleks, der udgør de samlede aktiviteter indenfor sundhedsvæsenet, det være sig af forebyggende, undersøgende eller behandlende karakter. Dertil er dette område ganske enkelt for uoverskueligt.

Udvalget har derfor valgt en række indfaldsvinkler af væsensforskellig ka-

rakter, men af en sådan art, at man derigennem vil få en gennemgang af relativt store områder og samtidigt få problemstillingerne så alsidigt belyst som muligt.

Blandt de indfaldsvinkler, man på denne måde har benyttet sig af, kan nævnes særlige aldersgrupper (se kapitel VII), patientgrupper, der i særlig grad udnytter sygehusvæsenets kapacitet, (jfr. ligeledes kapitel VII), den virksomhed der udøves af bestemt personalegrupper (se kapitlerne VIII-XI), samt den virksomhed, som udøves indenfor bestemt organisatoriske rammer (se kapitel VII, specielt om skadebehandlingen samt kapitel XII).

Med denne arbejdsmetode vil udvalgets forslag langt fra kunne have fået en udtømmende eller endelig karakter.

Dette hænger også sammen med, at det på det foreliggende udviklingstrin ikke har været muligt i stort omfang at pege på områder, hvor der allerede foreligger tilstrækkelig dokumentation til, at udvalget har kunnet give anbefalinger, der hviler på et grundlag, hvor såvel patientsikkerhedsmæssige, økonomiske, uddannelsesmæssige og andre konsekvenser er tilbundsgående udredt.

Med den tilrådighedværende tid for udvalget har det heller ikke været muligt under arbejdet at tilvejebringe en sådan dokumentation i større omfang. Udvalgets anbefalinger må ses i lyset heraf.

Udvalget har derfor først og fremmest set det som sin opgave at fremlægge en redegørelse som kan indgå i den fortsatte omstillingsproces i amter og kommuner.

Samordningsudvalgets betænkning har således primært det sigte at fremlægge ideer, forslag og anbefalinger som diskussionsgrundlag og til inspiration for det videre arbejde for beslutningstagerne.

Samordningsudvalget skal herefter afgive følgende betænkning, idet det samtidig bemærkes, at gennemførelse af betænkningens detaljerede forslag må forudsættes en supplerende vurdering af økonomiske og øvrige ressource-mæssige, overenskomstmæssige, byrdefordelingsmæssige, organisatoriske o.a. konsekvenser.

København, den 30. maj 1985

Eva Holm Christensen
Nils Eilschou
Arne Grünfeld
Erik Holst
Finn Kamper-Jørgensen
Brian Nicholls

Henning Poulsen
Ole Rasmussen
Søren K. Sørensen (formand)
Lene Thylstrup
Francis Zachariae

/Henning Langvad

Allan Krasnik

Niels Rossing

Lone de Neergaard
Gert Heinild.

Kapitel II

KONKLUSIONER. FORTSAT OPFØLGNING

1. Nogle forudsætninger og hovedsynspunkter

Sygehusloven og de vejledende retningslinier for sygehusvæsenet antyder sygehusvæsenets opgaver, men en egentlig formel beskrivelse af formålet for det samlede sundhedsvæsen findes ikke. Der hersker imidlertid næppe i dagligdagen den store tvivl om opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenets enkelte sektorer og mellem sundheds- og socialvæsenet - således heller ikke i udvalget, som har lagt følgende hovedsynspunkter til grund for sit arbejde:

- De senere års udvikling - senest udmøntet internationalt i september 1984 med tiltrædelsen af WHO's europæiske måldokument "Health for All by the year 2000" indebærer en styrkelse af den primære sundhedstjenestes rolle samt af forebyggelse og sundhedsfremmende foranstaltninger. I overensstemmelse hermed skal det danske særkende, at borgeren har mulighed for livslang kontakt med den alment praktiserende læge, familielægen, ikke alene bevares men også styrkes. Grundholdningen er, at den alment praktiserende læge sammen med patienten har ansvaret, og at patienten kun i kortest mulige tidsrum "afgives" fra familielægen til sygehus eller praktiserende speciallæge.
- De alment praktiserende lægers opgave er først og fremmest at tilbyde borgerne lægelig kompetent hjælp og rådgivning på et ikke specialiseret niveau med henblik på opnåelse af bedst mulig sundhedstilstand, trivsel og livskvalitet for den enkelte, dennes familie og lokalsamfundet som helhed.
- De praktiserende speciallæger kan som supplement til ydelserne fra almen praksis sikre befolkningen specialkyndig undersøgelsesvirksomhed, (helbreds)vurdering, rådgivning, behandling og forebyggelse uden indlæggelse på institution.
- Sygehusvæsenets opgaver er at varetage den specialiserede undersøgelse, behandling og pleje, som på grund af kompleksiteten af apparatur, samspillet mellem mange specialer og personalegrupper eller patientens tilstand, d.v.s. medicinske og plejemæssige behov, nødvendiggør indlæggelse på sygehus. Derudover stiller sygehusvæsenet sin ekspertise til rådighed for primærsektoren, især almen praksis og speciallægepraksis, men også hjemmesygeplejen, social- og sundhedsforvaltninger iøvrigt og andre, som måtte ønske det.
- Socialvæsenets opgaver er ifølge bistandsloven at varetage det offentliges forpligtelser til at yde forskellige former for bistand, herunder rådgivning,

økonomisk og praktisk hjælp, støtte til udvikling eller genoprettelse af erhvervsevnen, pleje, særlig behandling eller opdragelsesmæssig støtte.

- Sundheds- og socialvæsenet er til for borgernes skyld. Det er væsentligt, at borgeren oplever sammenhæng mellem de forskellige led i sundheds- og socialvæsenet, endvidere at der opnås overensstemmelse mellem borgernes forventninger til systemet og det, som dette kan levere, og endelig at ydelserne leveres på en brugervenlig måde.
- Dette sidste hovedsynspunkt skal sammenholdes og tilpasses med et andet vigtigt hensyn, nemlig de samfundsøkonomiske konsekvenser. Sundhedsvæsenet skal således også ud fra organisatoriske og ressourcemæssige hensyn være velfungerende. Et vigtigt princip er, at sundhedsvæsenets ydelser leveres kompetent på det billigst mulige niveau. Eller sagt med andre ord, den enkelte patient bør undersøges og behandles på det sted i systemet, hvor den for patientens behandling nødvendige kunnen er tilstede, og hvor ressourceforbruget er mindst, samtidig med at de fastsatte faglige krav om kvalitet og service fuldt ud respekteres.

Gennem udvalgsarbejdet har man fået bekræftet, at en omstillingsproces i overensstemmelse med ovenstående principper er igang de fleste steder i landet, opstået spontant eller planlagt, lokalt eller i forvaltningerne. Medicinalstatistikken viser, at opgaver er flyttet fra sygehusenes sengeafdelinger over korttidsafsnit til ambulatorier og videre til speciallægepraksis og almen praksis med en lukning af sygehussenge som følge. De ressourcemæssige konsekvenser viser sig formentlig først rigtigt på lidt længere sigt, men enkelte steder har man kunnet påvise en nedgang i de samlede udgifter som følge af den ændrede opgavefordeling. Denne omstillingsproces kan givetvis stimuleres visse steder, og nogle nye muligheder vil vise sig efterhånden. Med den beskrevne overordnede opgavefordeling vil der imidlertid være en grænse for udlægningen, hvis man skal bevare det kvalitetsniveau, som der ikke er tegn på, at den almindelige borger finder er for højt.

De seneste opgørelser - budgetredegørelsen 1985 - viser, at udgifterne til sundhedsvæsenet efter en periode er stagnerende, og at den - ud fra gængse mål, d.v.s. driftsudgifter pr. indlæggelse - vigende produktivitet fra 1982 til 1983 er afløst af en stigning i produktiviteten, sådan som den er målt uden hensyntagen til den iøvrigt stigende ambulante funktion i samme periode. Uanset, at en gunstig udvikling således synes at være igang, er der ingen tvivl om, at skal sundheds- og socialudgifterne holdes i ave, og skal der være plads til samtidigt at tage sig af de mindre dramatiske, men også hyppige og belastende lidelser og af de højt specialiserede og højteknologiske opgaver samt at sikre den fortsatte medicinske udvikling, og skal endelig samordning finde sted - ja, så kræver det en bevidst og konsekvent indsats centralt og lokalt med hensyn til planlægning og styring, uddannelse og ændring af holdninger. Typisk for det nuværende system er, at de enkelte led, d. v.s. sygehusvæsenet, speciallægepraksis, almen praksis, hjemmeplejen og socialvæsenet i øvrigt, i realiteten

kan planlægge med ringe hensyntagen til eller samarbejde med de øvrige instanser. Der er stigende opmærksomhed for betydningen af dette problem, og mange amtskommuner og kommuner søger at tage højde herfor i den organisatoriske struktur. Det er imidlertid et spørgsmål, om det ikke er nødvendigt i højere grad at være opmærksom på problemet også centralt.

Udvalget fremsætter i de følgende kapitler en række forslag til overvejelse og afprøvning lokalt i amtskommunerne og primærkommunerne. Forslagene indeholder alle islet af samordning og/eller udlægning, men er derudover meget forskellige. Forinden større initiativer iværksættes, må det imidlertid være naturligt at gøre sig overvejelser om f.eks.:

- Hvad ønsker vi af systemet på kort og længere sigt?
- Hvorledes fungerer det nuværende system?
- Hvorfor fungerer det, som det gør?
- Hvad mangler der for at opfylde målene?

Disse spørgsmål må alle vurderes ud fra en række forskellige hensyn som f.eks.:

- Hvad ønsker brugeren?
- Serviceniveauet.
- Sikkerhed - set fra patientens side som sikkerhed i behandlingen og fra personalets som sikkerhed på arbejdspladsen.
- Tekniske muligheder - nu og i fremtiden.
- Ekspertviden, hvilken findes, hvorledes kan og skal den anvendes?
- Medicinsk udvikling - hvorledes sikres denne under hensyntagen til de øvrige faktorer?
- Ressourcemæssige konsekvenser - totalt og for de enkelte sektorer.
- Politiske - hvilken sundhedspolitik?

Det er nødvendigt at gøre sig klart, hvilke hensyn man ønsker at prioritere højest. Alene heri ligger en væsentlig afgørelse, som afhængig af lokale forhold vil være forskellig fra sted til sted. Denne grundtanke vil også gå igen i betænkningens enkelte kapitler.

2. Anbefalinger og forslag

På den beskrevne baggrund fremhæves her i en mere generel form en række af de i betænkningen fremførte forslag. Flere specificerede forslag findes i betænkningens hovedkapitler, bilag eller særlige rapporter. Forslagene er i kapitlerne skrevet med indrykket tekst. Trods den forskellige anvendelse af betegnelser som "forslag", "anbefalinger" o. lign., ligger der ikke heri nogen vurdering af forslagernes vægt. De fleste forslag indeholder aspekter af såvel samordning som udlægning, men er her søgt samlet i nogle få større grupper.

Nogle kan iværksættes umiddelbart, andre forslag iværksættes som lokale forsøg - og disse evalueres ud fra faglige, sikkerhedsmæssige, servicemæssige

og ressourcemæssige hensyn. Da det imidlertid her overalt drejer sig om opgaver, som i hvert tilfælde til en vis grad kan varetages ambulant, er behovet for en registrering af ambulante ydelser af afgørende betydning for de ressourcemæssige vurderinger.

Udvalget skal derfor anbefale,

- at der snarest på lokal og central basis etableres systemer til registrering af ambulante ydelser, at der udvikles og afprøves modeller til vurdering af de ressourcemæssige konsekvenser af omstilling i sundheds- og socialvæsenet, bl.a. med henblik på bedst mulig udnyttelse af de ressourcer, der stilles til rådighed.

Med sigte på at styrke informationsudvekslingen og kommunikationen mellem personale i social- og sundhedsvæsenet foreslås det, at man lokalt overvejer følgende forslag:

- at etablere fora for regelmæssige drøftelser mellem sygehuset, almen praksis i optageområdet og social- og sundhedsforvaltningerne i form af f.eks. udvalg, møder, konferencer og "åbent hus"-arrangementer.
at etablere tilsvarende fora for enkelte grupper som f.eks. sygehusets sygeplejersker og de ledende hjemmesygeplejersker og mellem sundhedsplejen og hjemmesygeplejen i den enkelte kommune.
- at aftale fælles grundprincipper for journaler, basisoplysninger, henvisningssedler og udskrivningsbreve, lægelige udtalelser, sygeplejeoplysninger m.v.
at iværksætte forsøg med vandrejournaler, behandlingsprogrammer, "den patientløse kontakt", konsulent- og distriktsordninger m.v.

Med henblik på at mindske antallet af og afkorte længden af indlæggelser foreslås det at overveje:

- i højere grad at yde diagnostisk og konsultativ bistand fra sygehuset til almen praksis og lette adgangen for almen praktiserende læger og praktiserende speciallæger til at rekvirere undersøgelser på sygehuset uden indlæggelser
- at afprøve mulighederne for "subakutte" henvisninger til speciallæger på sygehusambulatorier og i praksis, overvågning på halvvejsstationer, etablering af aflastningspladser, hurtig vurdering af medicinske, plejemæssige og sociale behov m.v.
ved hurtigt samarbejde mellem sygehuset, almen praksis og social- og sundhedsforvaltningen at opnå den "velforberejede udskrivelse"
- at udbygge de kommunale dag- og døgnplejeordninger samt etablere hensigtsmæssige særlige institutioner og andre boformer for grupper af klienter

- at udarbejde en oversigt over de lokale muligheder for fortsat behandling og pleje uden for sygehusvæsenet, således at de rigtige initiativer hurtigt kan blive iværksat

Med henblik på en generel styrkelse af sammenhængen i undersøgelses-, pleje- og behandlingsforløbet foreslåes følgende overvejelser af organisatorisk eller overenskomstmæssig karakter:

- at der på alle niveauer og i alle sammenhænge lægges vægt på samarbejde med de deraf følgende ressourcemæssige konsekvenser
- at samarbejdet mellem almen praksis og hjemmeplejen og sundhedsplejen styrkes, evt med forsøg på patientsammenfald
- at almen praksis får overenskomstmæssige muligheder for at etablere sig fleksibelt med henblik på at kunne varetage nye opgaver, og evt at forsøge "interesseopdeling" for at sikre den enkelte praktiserende læge mulighed for at bevare bred orientering samtidigt med specialviden på et eller to områder
- at planlægningen af speciallægebetjeningen i sygehusets sengeafdelinger, korttidsafsnit, ambulatorier, og speciallægepraksis sker i sammenhæng og i sammenhæng med planlægningen af almen praksis' funktioner
- at muligheder for nye former for speciallægebistand afprøves, både i forhold til almen praksis, til social- og sundhedsforvaltningerne og til sygehuse.
- at der sker en samlet planlægning for grupper som børn, ældre, psykiatriske patienter m.fl. som har særlige behov, hvis varetagelse involverer mange personalegrupper og flere sektorer
- at måden hvorpå laboratoriemedicinsk og anden diagnostisk service ydes revurderes med henblik på at opnå øget grad af brugervenlighed samtidigt med optimal ressourceudnyttelse, bl.a. gennem lokale drøftelser og behov og ønsker mellem sygehus, speciallægepraksis og almen praksis.

Med henblik på forbedring af serviceniveauet foreslås det:

- at servicebevidstheden i speciallægepraksis udbygges, og at erfaringerne herfra overføres til sygehusenes ambulatorier, således at arbejdstilrettelæggelsen i højere grad tager hensyn til disse forhold
- at der sikres en geografisk spredning af speciallægebetjeningen fra speciallægepraksis eller sygehuse, således at patienterne i så høj grad som muligt kan blive behandlet i nærmiljøet.

Væsentlige forudsætninger for omstilling er holdningsændringer og uddannelse, og der må derfor lægges vægt på:

- at grund-, videre- og efteruddannelserne hurtigst muligt gennemgår de nødvendige justeringer ud fra de nye behov og krav, som en ændret opgavefordeling og øget samordning vil medføre

- at "efteruddannelses"-indsatsen rettes ikke alene mod sundhedspersonalet, men også mod administrative og politiske "beslutningstagere" og mod brugerne selv
- at ændringer i uddannelsernes indhold og kapacitet sker som led i en overordnet langsigtet personaleplanlægning for sundhedsvæsenet, baseret på analyser af opgavefordelingen og behovet i det samlede område.

Indbygget i systemet er en række barrierer, formelle og uformelle, reelle og ureelle, holdnings- og traditionsbetingede, men trods alt ofte overkommelige ved en målrettet indsats og vilje dertil på de rigtige niveauer. Det er imidlertid vigtigt, at overvejelserne om, hvorledes forhindringerne bedst overvindes i den konkrete situation indgår som et led i beskrivelsen af forsøgets gennemførelse.

Det er udvalgets opfattelse, at det på dette - som så mange andre områder - er vigtigt og nødvendigt, at der iværksættes velplanlagte forsøg, som kan evalueres ud fra faglige, servicemæssige, organisatoriske og ressourcemæssige hensyn. Dette kræver imidlertid i sig selv opmærksomhed og ressourcer, og det skal derfor foreslåes:

- at der centralt etableres en særlig forsøgsfond, en "sundhedsfond", som kan yde økonomisk bistand til planlægning og gennemførelse af forsknings- og forsøgsvirksomhed af generel interesse for samordningsindsatsen
- at der tilsvarende lokalt afsættes midler til forskning og forsøg
- at der lokalt og centralt skabes rammer for og stimuleres til udveksling af erfaringer vedrørende forskning og forsøg på tværs af sektorer, personalegrupper og instanser.

Udvalget er opmærksom på, at igangsættelse af såvel forsøg som andre omstillings- og samordningsinitiativer må tage hensyn til politiske krav om afdæmpede udgifter til sundhedsvæsenet og det involverede socialvæsen.

3. Den fortsatte omstillingsproces

Det er samordningsudvalgets indtryk, at omstillingsaktiviteter af den karakter, som er ønsket fremmet gennem udvalgets arbejde, allerede i et vist omfang enten er gennemført eller taget under overvejelse mange steder i landet. Det gælder på amtsligt og kommunalt niveau, inden for både offentlige serviceområder og den liberale del af sundhedssektoren, eller på tværs af disse skel.

Det er imidlertid kendetegnende, at processen forløber i stærkt varierende omfang og med forskelligt indhold fra sted til sted. Initiativet har sit udspring forskellige steder, det være sig fra politisk eller administrativt hold, men vel navnlig fra de professioner, som arbejder inden for de forskellige serviceområder.

Denne situation indeholder såvel styrke som svaghed. Styrke, fordi de bæredygtige ideer selvsagt må have sit udspring der, hvor man har problemerne helt inde på livet i det daglige virke. Svaghed fordi initiativerne vil have "tilfældighedens præg", forstået således, at de vil udspringe af enkeltpersoners kvalifikationer og interesse eller være betinget af aktiviteter fra særlige interessegrupper i en sådan grad, at emnerne bliver politisk interessante.

Der er under alle omstændigheder tale om en proces, som ikke bør gå i stå, men tværtimod forstærkes i de kommende år og derfor følges med stor opmærksomhed fra de politiske beslutningstageres side. Netop gennem en fortsat proces skabes der mulighed for løbende at forøge summen af den dokumentation, der skal lægges til grund for videre overvejelser og beslutninger.

Dette gælder såvel for det centrale som det lokale niveau.

På det *lokale niveau* - amtsligt eller kommunalt - har man gennem lovgivningen fået tillagt ansvaret for drift og planlægning af de fleste sundheds- og socialydelser. Dermed har man også på dette niveau hovedansvaret for, at ydelserne er samordnet indbyrdes på en måde, der tilgodeser såvel den enkelte patient/klient som samfundet bedst muligt.

I overensstemmelse hermed vil forløbet og effekten af omstillingsprocessen være helt afhængig af en aktiv indsats fra de lokale politiske instanser.

De i denne betænkning fremlagte ideer, forslag og anbefalinger m.v. har primært det sigte, at de skal kunne tjene til inspiration og nytte for det videre arbejde hos de lokale beslutningstagere.

Udgangspunktet for de lokale omstillingsaktiviteter vil selvsagt være af ret forskellig karakter. I denne henseende vil traditioner, bestående kapacitet og struktur af behandlingstilbud ikke kunne undgå at spille en betydelig rolle. Det kan f.eks. således tænkes, at man i en amtskommune vil finde det mest hensigtsmæssigt at basere tyngden af det ambulante speciallægearbejde i sygehusvæsenet, mens man i en anden amtskommune vil kunne vælge i højere grad at finde det formålstjenligt at basere denne tjeneste på virksomhed i speciallægepraksis.

En sådan erkendelse af at sundhedsvæsenet og den tilgrænsende del af socialvæsenet må tilrettelægges efter de vilkår og muligheder, som lokalt er til stede, ligger i høj grad bag samordningsudvalgets forskellige forslag.

På det *statslige niveau* er opgaverne inden for sundheds- og socialvæsenet først og fremmest at fastlægge de landspolitiske mål, at føre tilsyn med at udviklingen er sporet ind på disse mål, samt at vejlede og støtte de lokale myndigheder.

I overensstemmelse med den decentralisering, der har fundet sted i de sidste årtier, varetager de statslige instanser helt overvejende deres opgaver gennem såkaldte "bløde styringsmidler", det være sig ved informativ, rådgivende, koordinerende el. lign. virksomhed.

Når det særligt gælder de centrale opgaver i forbindelse med den her omhandlede omstilling, er det vigtigt, at disse udøves som integrerede led i styringen af et samlet sundhedspolitisk program.

Dette kan på det mere generelle plan ske f.eks. gennem valg af emner for temaplanlægning, gennem vejledende retningslinier eller gennem statslige udmeldinger til de parter, der indgår overenskomster om løn- og ansættelsesvilkår for de forskellige personalegrupper i sundheds og socialektoren samt sygesikringsoverenskomster, - overenskomster som erfaringsmæssigt har en betydelig indflydelse på udøvelsen af funktionerne.

I det omfang der består barrierer for omstillingsarbejdet af en sådan karakter, at den rækker ud over, hvad det enkelte amt eller den enkelte kommune har mulighed for at udøve afgørende indflydelse på, vil det også falde under de centrale instansers opgaver at hjælpe med at nedbryde sådanne barrierer.

Med sigte på at tilvejebringe den bedst mulige dokumentation, der kan lægges til grund for beslutninger centralt, regionale og lokalt er det vigtigt, at der også fra statens side sker en løbende *faglig opfølgning*.

Der kan være tale om:

- Registrering, analyser og evaluering af den løbende proces.
Udfyldning af "systematiske huller", igangsætning af supplerende projekter.
- Forslag til temaplanlægning.
- Afholdelse af konferencer.
- Udarbejdelse af vejledende retningslinier.
- Central koordinering af lokale initiativer, f.eks. i samarbejde med forebyggelsesrådet.

Endvidere kan samordningsudvalget blandt de centrale opgaver i forbindelse med den fortsatte omstillingsproces fremhæve behovet for etablering og administration af en "sundhedspulje" til hjælp ved finansieringen af særligt prioriteret forsøgsvirksomhed m.v., jfr. nærmere i kapitel XVI.

Udvalget har drøftet organisationen af den statslige, faglige indsats, der nødvendigvis må finde sted i tæt samspil med de lokale aktiviteter.

På baggrund af sædvanlig opgavefordeling mellem departement og styrelse finder udvalget, at opgaven mest naturligt vil ligge i sundhedsstyrelsen i samarbejde med socialstyrelsen og tildels andre styrelser, men således at der for at tilgodese samspillet med de lokale aktiviteter etableres et rådgivende udvalg med bl.a. repræsentanter fra amter og kommuner.

Samordningsudvalget har i den forbindelse haft opmærksomheden henledt på det særlige planlægnings- og visitationsudvalg, som er nedsat under sundhedsstyrelsen med den opgave at rådgive i spørgsmål vedrørende en løbende

justering af de opgaver, der bør henregnes til lands- og landsdelsopgaver under sygehusvæsenet. I dette udvalg, der i de senere år også har fået tillagt opgaver inden for den medicinsk teknologivurdering, er der deltagelse fra såvel centrale som lokale sundhedsmyndigheder, ligesom udvalget i sin kreds tæller repræsentanter for det lægevidenskabelige forskningsråd, universiteterne m.fl.

Det er imidlertid samordningsudvalgets opfattelse, at der ganske særligt i den første periode vil være et behov for et særskilt udvalg under sundhedsstyrelsen, specielt til rådgivning i spørgsmål om den faglige opfølgning af omstillingsprocessen. Udvalget har herved lagt vægt på, at dette spørgsmål i en initial fase bør tillægges høj prioritet, og iøvrigt at der her er tale om et udvalg, som skal beskæftige sig med områder, der involverer patientgrupper af en ganske anden og "bredere" art end de talmæssigt små patientgrupper, der er hovedgrundlaget i planlægnings- og visitationsudvalgets arbejde og dermed også for dette udvalgs sammensætning.

Kapitel III

BESKRIVELSE AF SUNDHEDSVÆSENET OG DEN TILGRÆSENDE DEL AF SOCIALVÆSENET

1. Indledning

Dette kapitel indeholder en kort beskrivelse af sundheds- og socialvæsenet i Danmark med særligt henblik på at tegne et rids af de organisatoriske og økonomiske rammer. Desuden belyses forhold af betydning for opgavefordelingen mellem de forskellige områder.

Man har fundet det naturligt at give en sådan beskrivelse, netop fordi udvalget i sine overvejelser må tage udgangspunkt i det bestående system og dets aktuelle funktioner.

En mere detaljeret beskrivelse af de nævnte sektorer kan for sundhedsvæsenets vedkommende findes i allerede foreliggende publikationer herom, specielt "Prioritering i sundhedsvæsenet", Betænkning nr. 809, udgivet i 1977 af det af indenrigsministeriet nedsatte sundhedsprioriteringsudvalg. Da et af udgangspunkterne for dette udvalgsarbejde netop var ønsket om at udbygge den primære sundhedstjeneste og at dæmpe sygehussektoren, indeholder betænkning nr. 809, til trods for den forløbne tid, såvel i en beskrivelse af sundhedsvæsenet som i sin problemanalyse stadig informationer, som er relevante for nærværende udvalgs arbejde.

Sundhedsvæsenet er i den følgende beskrivelse - under hensyn til udvalgets kommissorium, og i øvrigt i overensstemmelse med den systematik, der har været benyttet i de årlige budgetredegørelser - i det væsentligste afgrænset til det individorienterede, fortrinsvis sygdomsbekæmpende system, omfattende:

- A. Sygehusvæsenet
- B. De sygesikringsfinansierede funktioner
- C. De offentlige primærkommunale sundhedsordninger.

De under B. og C. nævnte områder udgør tilsammen den overvejende del af den funktion, som ofte benævnes "den primære sundhedstjeneste", "primærsektoren" o. lign., betegnelser, som dog - trods udbredt anvendelse - ikke findes i egentligt regelstof for sundhedsområdet.

Med den nævnte systematik vil bedriftssundhedstjenesten, som hviler på arbejdsmiljøloven, ikke indgå i beskrivelsen. Her skal blot nævnes, at bedriftssundhedstjenesten - som er under fortsat udbygning - principielt drives af arbejdsgiverne, men dog således at begge arbejdsmarkedets parter har indflydelse både på centralt og lokalt plan, bl.a. med hensyn til udbygningstakten.

Grundsynspunktet er, at det er virksomheden (og ikke den enkelte arbejdstager), som er "patienten".

For *socialvæsenets* vedkommende er beskrivelsen begrænset til bistandlovens område, med vægten lagt på forhold af betydning for opgavefordelingen. På baggrund af formålet med udvalgsarbejdet og udvalgets sammensætning har denne beskrivelse i højere grad end beskrivelsen af sundhedsvæsenet fået karakter af en "regelbeskrivelse". For en mere detaljeret beskrivelse af bistandlovens område kan iøvrigt henvises til rapport fra arbejdsgruppen om samordning af den sociale og sundhedsmæssige indsats over for ældre.

Det statistiske materiale i dette kapitel hidrører - hvor ingen anden kilde er anført - fra sundhedsstyrelsens medicinalstatistik.

2. Sundhedsvæsenet

Det skal indledningsvis bemærkes, at en nærmere beskrivelse af *sundhedstilstanden* i Danmark ville forudsætte, at man inddrager to begreber, nemlig: sygdom og sundhed.

Under hensyn til savnet af pålidelige mål for det sidstnævnte begreb, har udvalget undladt at gå nærmere ind på dette emne.

Her skal blot nævnes, at sundhedstilstanden i Danmark, som i de øvrige nordiske lande, må siges at være god, når den måles med de traditionelle størrelser, som f. eks. spædbørnsdødelighed og middellevetid, jvf. tabel 1 :

Tabel 1 Spædbørnsdødelighed i første leveår i 1981 og middellevetid for nyfødte i slutningen af 1970-erne i nogle vesteuropæiske lande

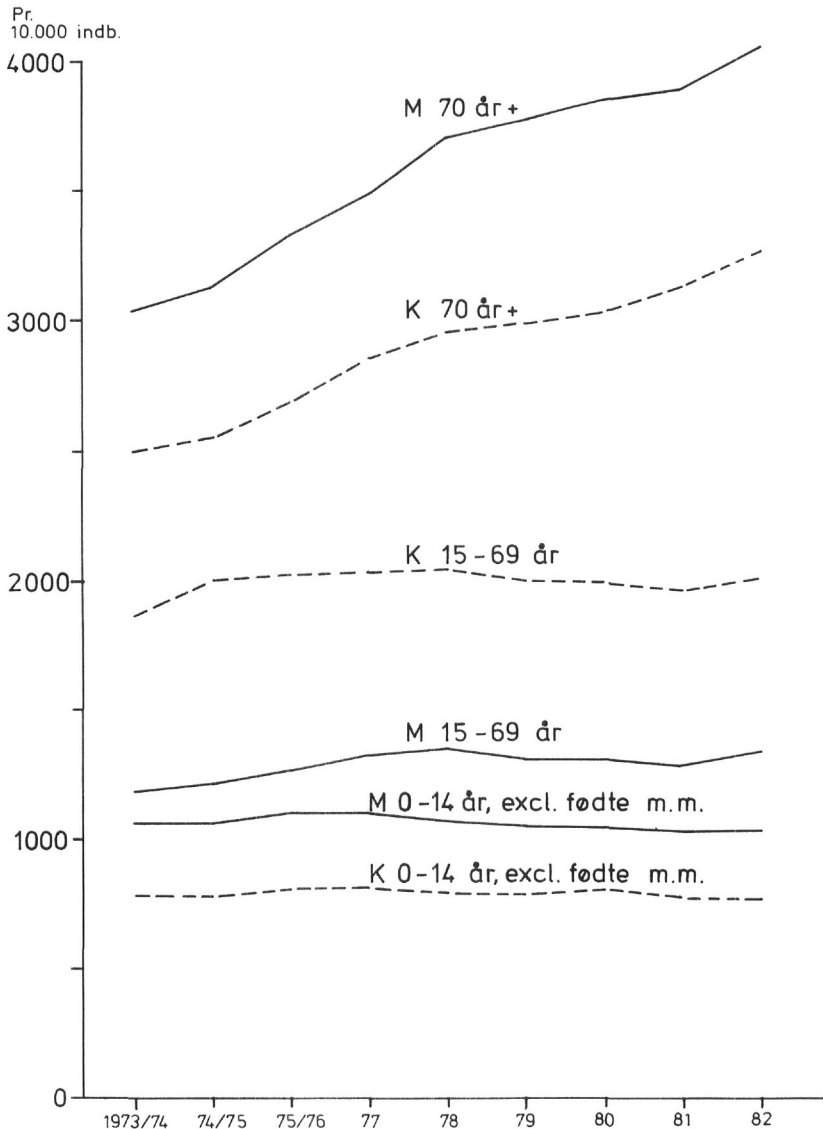
Land	Døde pr. 1000 lev. fødte	Middellevetid	
		mænd	/ kvinder
Danmark	7,9	71,2	77,2
England + Wales	11,1	70,4	76,6
Frankrig	9,6	70,1	78,2
Finland	6,5	68,4	77,1
Island	6,0	73,5	79,5
Norge	7,5	72,2	78,7
Sverige	6,9	72,4	78,5
Vesttyskland	11,6	69,9	76,7

De seneste, endnu ikke publicerede tal viser et yderligere fald i spædbørnsdødeligheden i Danmark, så den nu er lige så lav som i den øvrige del af Norden.

Hvad der imidlertid må anses for særligt relevant at pege på i forbindelse med udvalgets opgave er det forhold, at sygdomsmønsteret med den stigende ældrepopulation i voksende grad præges af kroniske tilstande. Sygehusforbru-

get fordelt på aldersgrupper fremgår af figur 1. Det ses, at det især er aldersgruppen 70 år og derover, der har et stigende forbrug. Det vil alt andet lige være en betydelig servicemæssig forbedring for ældrebefolkningen, såfremt behandlingen i højere grad end hidtil kan finde sted i primærsektoren i større nærhed af hjemmet. For en sådan omstilling af de pågældende behandlingssopgaver taler også, at det med et stigende antal kroniske patienter i stationær sygehusbehandling vil blive vanskeligere i de kommende år at afse fornøden sygehuskapacitet til varetagelse af de nye behandlingssopgaver, som den medicinske/teknologiske udvikling vil muliggøre.

Figur 1 Udskrivningsfrekvenser for 3 aldersgrupper i perioden 1973/74-82 fordelt på køn. Pr. 10.000 indbyggere



2.1 Sundhedsvæsenets organisation - finansiering og opgaver

2.1.1 Sygehusvæsenet

Sygehusvæsenet, såvel det somatiske som det psykiatriske, drives i henhold til sygehusloven af amtskommunerne, samt København og Frederiksberg kommuner. En undtagelse herfra er Rigshospitalet, som drives af staten (indenrigsministeriets ressort). Der er tale om en fuldt offentligt finansieret virksomhed, som er underlagt de gældende regler for offentlig budgettering, ligesom personalet helt overvejende er offentligt ansat. Der findes ganske enkelte private sygehuse i Danmark, men disse drives som led i det offentlige sygehusvæsen efter aftale med amtskommunerne mfl.

En nærmere definition af sygehusvæsenets opgaver findes ikke i sygehusloven, som ud over planlægningsbestemmelser o. lign. indeholder en række bestemmelser om adgang til de ydelser, som produceres af sygehusvæsenets institutioner.

En vis oplysning om sygehusvæsenets opgaver kan udledes af det kompleks af vejledende retningslinier, som i henhold til loven er udsendt af indenrigsministeriet til brug for planlægningen, idet dette materiale indeholder udmeldinger om, hvilke funktioner, der bør løses i den enkelte amtskommunes sygehusvæsen, og hvilke funktioner, der alene bør ydes på lands- og landsdelsplan.

Da de pågældende funktioner identificeres ved lægelige specialer eller interesseområder, er den vejledning der gives om selve udøvelsen af funktionerne og dermed om opgavefordelingen i forhold til lægepraksis dog meget begrænset. I det omfang et givet speciale eller interesseområde er anført som lands- eller landsdelsfunktion, vil der dog være en stærk formodning om, at løsningen af behandlings- og undersøgelsesopgaverne inden for det pågældende fagområde ikke i nævneværdigt omfang vil kunne finde sted uden for sygehusvæsenet (i almen praksis eller specialpraksis).

Vejledning om opgavefordelingen mellem sygehusvæsenet og primærsektoren indeholdes også i stigende grad på særligt udvalgte områder i de publikationer, som udsendes af sundhedsstyrelsen på grundlag af arbejdet i det under styrelsen nedsatte planlægnings- og visitationsudvalg. En mere systematisk gennemgang af dette problemkompleks har dog hidtil ligget uden for det pågældende udvalgs opgaver.

Til trods for den sparsomme opgavebeskrivelse i centralt regelstof hersker der dog næppe større principiel usikkerhed om karakteren af de opgaver, som sygehusvæsenet bør løse for sundhedsvæsenet. Det er således i diskussionerne om sundhedsvæsenet ofte fremført, at sygehuse træder til, når det efter patientens tilstand skønnes hensigtsmæssigt under hensyn til behovet for indsats af specialkundskab, anvendelse af kostbart apparatur, samt pleje i forbindelse med indlæggelse.

Denne målsætning vil i vidt omfang også have dannet grundlaget for de lokalt udarbejdede sygehusplaner, funktionsbeskrivelser af afdelinger, visitationsretningslinier m.m. Men samtidig er det værd at fremhæve, at man har at gøre med et funktionsområde, hvis vilkår ændrer sig løbende under påvirkning af en række faktorer, f.eks. den hastige udvikling inden for den medicinske teknologi. Dette taler for, at man er opmærksom på, at der også sker en kontinuerlig tilpasning af opgavefordelingen mellem sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen inden for den nævnte principielle målsætning.

Det skal endelig bemærkes, at "vårdprogrammer" som man kender dem i f.eks. Sverige, d.v.s. lægeligt fastlagte programmer, som beskriver behandlingsforløb, ofte gennem flere niveauer - trods stigende opmærksomhed om sådanne programmer - ikke i nævneværdig grad findes i Danmark.

Bortset fra ulykkestilfælde og ved pludselig livstruende sygdom, kræves der normalt henvisning fra læge for at kunne blive undersøgt og behandlet og undersøgt på sygehus. Denne begrænsning i adgangen til sygehusvæsenets ydelser hviler på en årgammel praksis, og er aldrig nedfældet i centralt regelstof, omend den gennem tiderne i vidt omfang har fået plads i lokale regulativer, vedtægter m.v.

Behandling, undersøgelser, pleje m.v. i sygehusvæsenets regie er gratis for patienterne.

2.1.2 Sygesikringen

Den offentlige sygesikring sikrer i henhold til sygesikringsloven alle over 16 år og deres børn en række serviceydelser, overvejende i form af sygdomsbehandling, fra forskellige sundhedsprofessioner, enten gratis eller med tilskud.

Der er følgende grupper af autoriserede serviceydere, finansieret af sygesikringen:

- alment praktiserende læger
- praktiserende speciallæger
- praktiserende tandlæger
- praktiserende fysioterapeuter
- praktiserende fodterapeuter

Endvidere yder sygesikringen tilskud til visse former for lægemidler samt til behandling hos kiropraktorer.

Sygesikringens ydelser leveres som regel i henhold til overenskomster mellem sygesikringens forhandlingsudvalg og de faglige organisationer. Udgifterne til sygesikringen afholdes af amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Sygesikringsloven er således grundlaget for det offentlige økonomiske bidrag til store dele af den primære sundhedstjeneste, og loven afgrænser rammen og hovedområderne for befolkningens muligheder for at få dækket udgif-

ter i forbindelse med den primære sundhedstjenestes indsats. De nærmere bestemmelser herom er indeholdt i en række detaljerede overenskomster mellem sygesikringens forhandlingsudvalg og de faglige organisationer.

I overenskomsterne fastsættes også regler for organisation, virksomhed, økonomi og klagemuligheder.

Bortset fra Københavns-overenskomster om almen lægegerning og om øjen- og ørelægebetjening er det et generelt træk, at sygesikringens vederlag er baseret på aftalte beløb pr. ydelse. For de alment praktiserende lægers vedkommende indgår herudover et årligt honorar pr. tilmeldt gruppe 1-sikret, uafhængig af antallet af ydelser.

Med hensyn til indholdet af ydelserne bliver dette også helt overvejende fastsat som led i forhandlinger mellem de nævnte parter. Når det gælder forslag om nye ydelser, er initiativet hertil vel navnlig hidtil udgået fra de faglige organisationer. Fra den offentlige sygesikrings side har der - med støtte af de centrale sundhedsmyndigheder - været en stigende opmærksomhed over for gennem overenskomsterne at styrke den indbyrdes funktionelle sammenhæng mellem de forskellige områder i sundhedsvæsenet. Det er bl.a. nærværende udvalg opgave at bidrage til disse bestræbelser.

Det skal endvidere bemærkes, at sygesikringsordningen - og for så vidt hele sundhedsvæsenet - hviler på den grundtanke, at befolkningen er tilbudt gratis lægehjælp i sygdomstilfælde til det første led i servicekæden - nemlig den alment praktiserende læge - som så vurderer behovet for den medicinske indsats i den aktuelle situation, herunder også behovet for specialiseret indsats enten ved sygehus, praktiserende speciallæge eller i form af sociale sundhedsydelse.

Den alment praktiserende læge er således nøglepersonen i dansk sundhedsvæsen, og hans stilling som "familielæge" bestyrkes yderligere af, at svangreundersøgelser, børneundersøgelser og vaccinationer tilbydes via familielægen, og at gruppe 1-sikrede skal vælge alment praktiserende læge med mulighed for at skifte én gang årligt.

Gruppe 2-sikrede kan henvende sig til enhver alment praktiserende læge og behøver ikke henvisning til praktiserende speciallæge, men kan henvende sig direkte til en sådan efter eget valg. Gruppe 2-sikrede etablerer sædvanligvis alligevel en nær tilknytning til en bestemt lægepraksis.

Andelen af gruppe 2-sikrede - som i modsætning til gruppe 1-sikrede selv betaler en del aflægeydelse - er i løbet af de sidste 10 år, hvor der har været valgfrihed, faldet fra 20% til 5% af befolkningen.

Den alment praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet vil blive nærmere omtalt i kapital VIII og speciallægetjenesten i kapital X og XI.

Det skal særligt om tandplejeområdet endeligt anføres, at der i en nyligt udarbejdet rapport fra sundhedsstyrelsen ("Modeller til en fremtidig tandsund-

hedspolitik", maj 1985) er givet en omfattende beskrivelse af dette område, herunder dets særlige problemer og fremtidige udviklingsmuligheder. Tandplejeområdet er ikke i videre udstrækning medinddraget i nærværende rapportens beskrivelse og problemløsningsforslag.

2.1.3 De offentlige sundhedsordninger

De offentlige sundhedsordninger omfatter her følgende kommunale ordninger:

- sundhedsplejerskeordning
- hjemmesygeplejerskeordning
- skolesundhedstjeneste
- børnetandpleje

Desuden henregnes til dette område følgende amtskommunale ordninger:

- svangerskabshygienje og fødselshjælp
- forebyggende børneundersøgelser

I henhold til lov om *sundhedsplejerskeordninger* omfatter disse familier med børn, som er under den undervisningspligtige alder og ikke går i skole eller børnehaveklasse. Ordningerne kan tilrettelægges som ren småbørnssundhedspleje eller i kombination med skolelægeordningen. De kan endvidere udvides til at omfatte andre persongrupper, der har behov for vejledning og bistand af en sundhedsplejerske.

Formålet med ordningen er i henhold til de af sundhedsstyrelsen givne vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen at medvirke til at fremme sundhed og trivsel for de aldersgrupper, ordningen omfatter, og må især tilgodese børn med særlige behov. Der henvises i øvrigt til kapitel VII, afsnittet "Oversigt over sundhedsvæsenets forebyggelses- og behandlingsopgaver - de 0-6 årige".

Hjemmesygeplejerskeordningen omfatter i henhold til vedkommende lov sygepleje, herunder omsorg og almen sundhedsvejledning afpasset efter patientens behov, pleje af mødre i hjemmet i barselsperioden, samt vejledning og bistand, herunder opsøgende arbejde med lægelig og social sagkundskab til personer eller familier, der har særligt behov herfor.

Formålet med ordningen er ifølge de af sundhedsstyrelsen udstedte vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen at imødekomme behovet for hjemmesygepleje i tilslutning til sygdomsbehandling og optræning, således at patienter kan forblive i deres hjem under sygdom. Det tilsigtes herved tillige at aflaste sygehusvæsenet og gennem et udbygget samarbejde mellem læge, sygehus og hjemmesygeplejerske at opnå behandlingsmæssige og samfundsøkonomiske fordele.

I henhold til lov om *skolelægeordning* ansætter kommunerne skolelæge, sundhedsplejerske, sygeplejerske og hjælpepersonale i fornødent omfang.

Vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen er givet af sundhedsstyrelsen. Ordningen er obligatorisk for skolebørn og omfatter i henhold til bekendtgø-

reise fra indenrigsministeriet som minimum lægeundersøgelse af samtlige børn i indskolingsfasen samt lægeundersøgelse af børn, der skønnes at have behov herfor. Herudover fører sundhedsplejersken tilsyn med det enkelte barns legemlige og psykiske helbredstilstand og kontrollerer synsevnen een gang årligt. Endvidere udøves almene sygdomsforebyggende og helbreds-fremmende foranstaltninger, og der gennemføres hygiejnisk tilsyn med de af ordning omfattede skoler. Iflg. oplysninger, indsamlet af Sundhedsstyrelsen, har over 90% af landets kommuner valgt ordninger, der efter deres indhold går udover minimumsordningen i vidt omfang ved også at indeholde en lægeundersøgelse ved udskolingen.

Ifølge lov om *børnetandpleje* skal kommunerne indrette klinikker og ansætte tandlæger og hjælpepersonale for at sikre alle børn i og under den undervisningspligtige alder adgang til vederlagsfri forebyggende tandpleje. Amsrådet kan, når særlige forhold taler derfor, fritage en kommune for pligten til at oprette klinikker. Kommunen skal i så fald afholde udgifterne ved børnenes tandpleje hos privatpraktiserende tandlæge. Senest i folketingssamlingen 1985/86 skal børnetandplejeordningen tages op til samlet vurdering.

De nævnte sundhedsordninger drives og finansieres af kommunerne, idet dog staten refunderer 50% af udgifterne til sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordningerne samt til sundhedsplejersker ansat ved skolelægeordningen.

Ordningerne gennemføres - bortset fra dispensationsordningerne i forbindelse med børnetandplejen - ved offentligt ansat personale.

Det skal endvidere nævnes, at lov om *svangerskabshygiejne og fødselshjælp* tager sigte på en omfattende betjening af gravide kvinder forud for, under og efter fødslen i et - amtskommunalt organiseret - nøje samvirke mellem alment praktiserende læger, jordmødre og sygehusvæsenet. I henhold til loven udarbejder indenrigsministeriet vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen af forebyggende helbredsundersøgelser og fødselshjælp, mens sundhedsstyrelsen har til opgave at fastsætte vejledende retningslinier for gennemførelsen af undersøgelserne hos jordemoder og læge.

Endelig skal anføres, at der jævnsides med sundhedsplejerskeordningen i henhold til særlig lov er åbnet adgang for *børn* under den undervisningspligtige alder til vederlagsfrit at få foretaget indtil 9 *forebyggende undersøgelser* af en læge, heraf 3 i barnets første leveår. I henhold til en bekendtgørelse fra indenrigsministeriet tilbydes i alt 8 undersøgelser, der foretages efter vejledende retningslinier, fastsat af sundhedsstyrelsen. Udgifterne til denne ordning afholdes af amtskommunerne samt Københavns og Frederiksbergs kommuner.

2.1.4 *Sammenfatning*

De foran nævnte områder af sundhedsvæsenet kan efter deres funktionelle indhold kort resumeres således:

Sygehusvæsenet

Undersøgelse, behandling, pleje, til en vis grad forebyggelse.
Hertil kommer uddannelse og forskning.

Sygesikringen

Undersøgelse, behandling.
Alment praktiserende læge og tandlæge, til en vis grad forebyggelse.

De offentlige sundhedsordninger

Overvejende pleje og forebyggelse.
Formidling af sundhedsoplysning.

Som det i øvrigt vil være fremgået af foranstående, er de opgaver, som løses i sundhedsvæsenet, kun i mindre grad defineret og delvis reguleret gennem regelstof.

En undtagelse danner de anførte offentlige sundhedsordninger og de funktioner, som udøves af visse af de professionelle grupper under sygesikringen. For disse ordninger gælder særligt, at der i lovgivning, bekendtgørelser og vejledende retningslinier er givet relativt detaljerede bestemmelser om opgaver, formål og tilrettelæggelse.

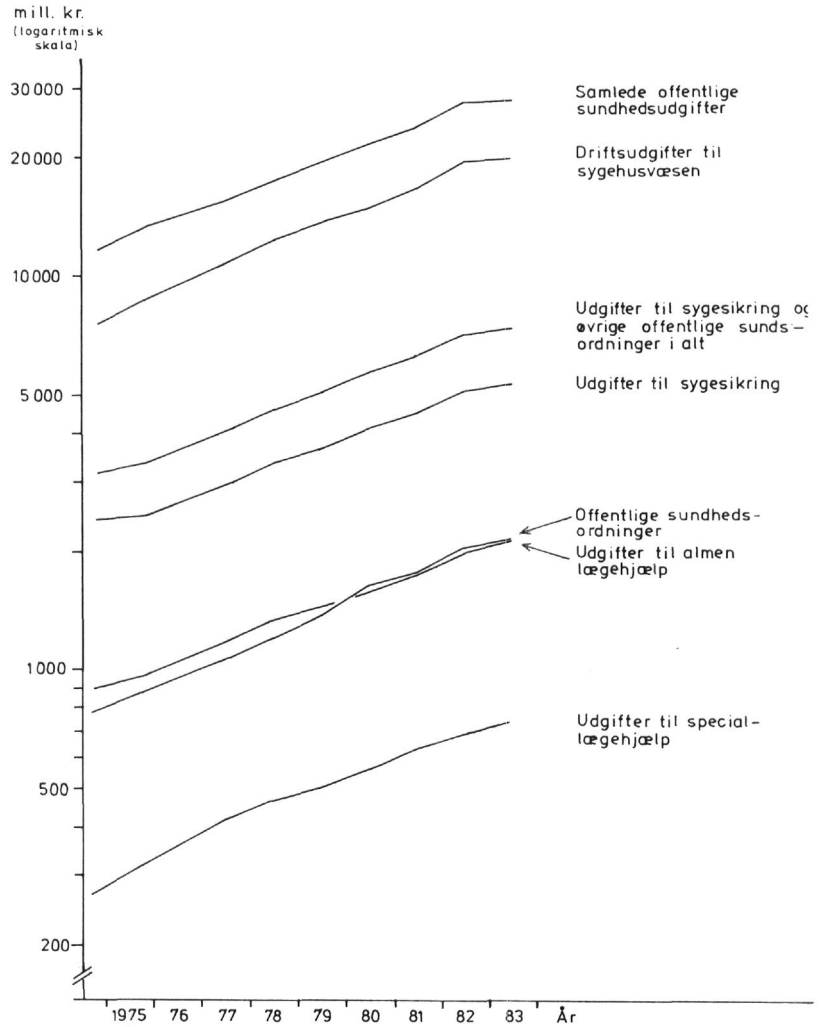
Med hensyn til sygehusvæsenet og lægepraksis er den nærmere udførelse af opgaverne og dermed også opgavefordelingen overvejende bestemt af en række forskellige faktorer. Som det nærmere vil blive omtalt i kapitel VI og XIV, er der tale om så forskelligartede forhold som f.eks. uddannelse og interesse hos den enkelte medicinalperson og de økonomiske rammer, som politisk fastsættes for virksomheden i de pågældende områder.

2.2 Økonomi og ressourcer

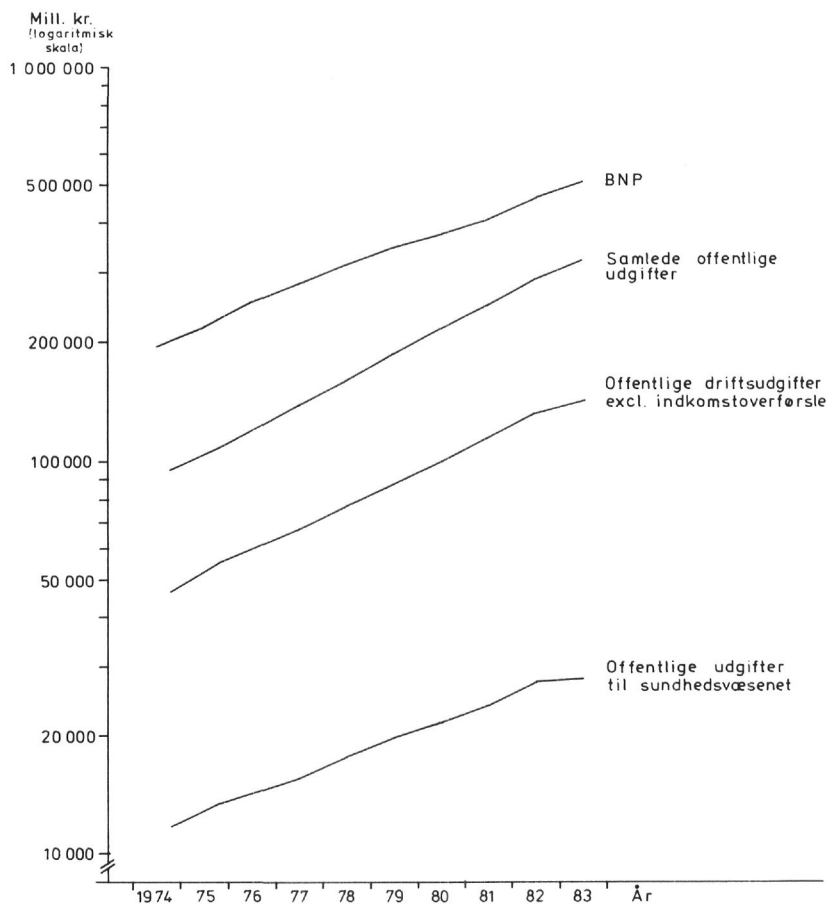
På grund af kommunalreformen i 1970 og de efterfølgende ændringer i sociallovgivning og lovgivning vedrørende sundhedsvæsenets forhold er det vanskeligt at føre tidsrækker for udviklingen af ressourceforbruget i sundhedsvæsenet længere tilbage end til omkring 1973.

Udviklingen i de offentlige udgifter til sundhedsvæsenet 1974-83 fremgår af figur 2. og 2.a., hvor den er illustreret ved en række kurver tegnet i logaritmisk skala, som har den fordel i forhold til almindelig skala, at 2 kurver med samme hældning angiver, at den relative (procentvise) stigning er den samme, selv om kurverne ligger på forskelligt niveau:

Figur 2 De offentlige udgifter til sundhedsvæsenet, opdelt i sygehusvæsenet, sygesikringen og de offentlige sundhedsordninger. Løbende priser. 1974/75 - 1983.



Figur 2.a Udviklingen i de offentlige udgifter til sundhedsvæsenet set i forhold til bruttonationalproduktet og de samlede offentlige udgifter.



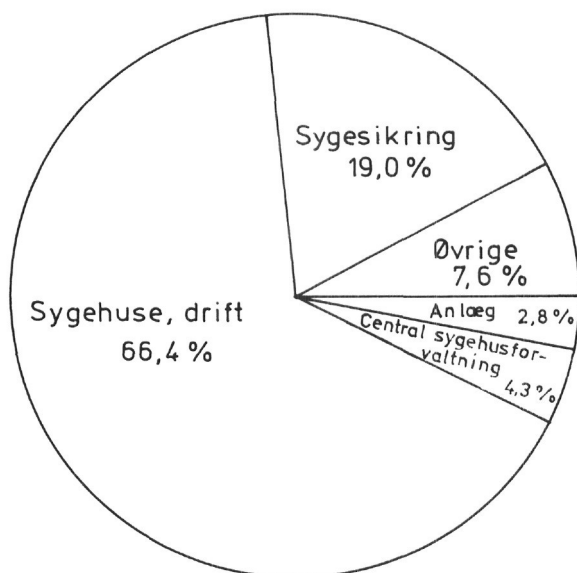
Udgifterne i løbende priser er under et steget fra ca. 12 mia. kr. i 1974/75 til ca. 28 mia. kroner i 1983 - eller med i gennemsnit 10,3% om året. Udviklingen kan sammenlignes med væksten i bruttonationalproduktet, der i perioden 1974-1983 steg med gennemsnitligt 11,5% om året. De offentlige sundhedsudgifters andel af bruttonationalproduktet er således faldet fra 5,9% til 5,4%, et fald der dog hovedsageligt gør sig gældende fra 1982 til 1983. Sammenligner man i stedet med udviklingen i de samlede offentlige driftsudgifter, udviser sundhedsvæsenets andel heraf et jævnt fald fra 12,7% i 1974/75 til 9,0% i 1983, hvilket kunne skyldes den betydelige stigning i de offentlige udgifter til indkomstoverførsler i løbet af perioden. Betragter man imidlertid de offentlige driftsudgifter - bortset fra udgifterne til indkomstoverførsler - udviser sundhedsvæsenets andel heraf stadig et fald, omend mindre kraftigt, nemlig fra 22,5% til 19,2%.

Stigningen i de offentlige udgifter til sundhedsvæsenet i perioden 1974/75 - 1983 er således mindre end stigningen i værdien af den produktive indsats i samfundet som helhed og mindre end stigningen i de samlede offentlig udgifter, også såfremt man ser bort fra udgifterne til indkomstoverførsler.

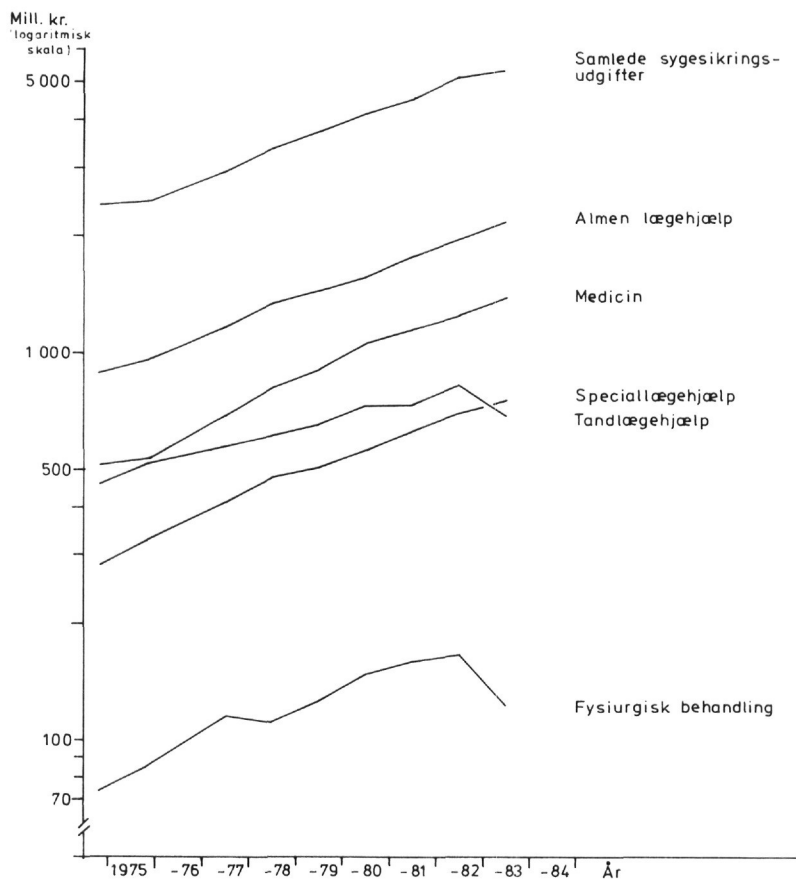
Betragter man udviklingen i udgifterne inden for delområder af sundhedsvæsenet, har der ikke været tale om væsentlige forskydninger mellem hovedområderne sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste, hvoraf den sidstnævnte yderligere kan opdeles i sygesikringsområdet og de offentlige sundhedsordninger. Driftsudgifterne til sygehusvæsenet er steget årligt med gennemsnitlig 11,7% og driftsudgifterne til den primære sundhedstjeneste årligt med gennemsnitlig 10,1%. Den mindre stigning i udgifterne til den primære sundhedstjeneste skyldes især den meget beskedne stigning i udgifterne til sygesikringen i det første år af den betragtede periode. I denne forbindelse skal der yderligere gøres opmærksom på, at udgifterne til sygesikringen kun omfatter de offentlige udgifter men ikke patienternes egen betaling, som må formodes at have været stigende for så vidt angår lægemidler og tandlægeydelser. Der foreligger imidlertid ikke brugbare opgørelser af patienternes egenbetaling og dermed heller ikke af de samlede offentlige og private udgifter til sygesikringsområdet.

Fordelingen af de samlede offentlige udgifter til sundhedsvæsenet i 1983 fremgår af figur 3.

Figur 3 Fordelingen af de samlede offentlige sundhedsudgifter 1983.



Figur 4 De offentlige udgifter til sygesikring.
Løbende priser. 1974/75-1983.

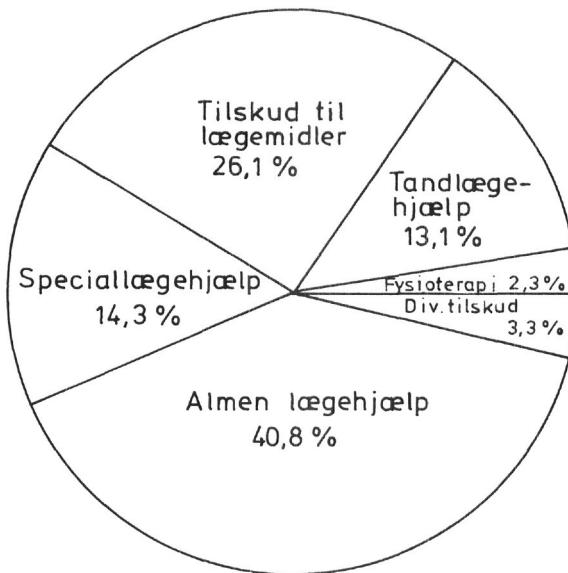


Figur 4 illustrerer udviklingen inden for sygesikringsområdet. De samlede offentlige udgifter til sygesikring er steget fra ca. 2,4 mia. kroner i 1974/75 til ca. 5,3 mia. kroner i 1983 - eller med i gennemsnit 9,5% om året. De kraftigste stigninger noteres for speciallægehjælp og lægemidler, begge i gennemsnit 11,9% årligt og for almen lægehjælp, 10,6% årligt. For speciallægehjælpens vedkommende var stigningen særlig markant i begyndelsen af perioden, gennemsnitligt 14,7% om året i perioden 1974/75 - 1978. De offentlige udgifter til tandlægehjælp er steget mindst, i gennemsnit 5,0% årligt i perioden 1974/75 - 1983. Den gennemsnitlige årlige stigning for udgifterne til fysioterapi var

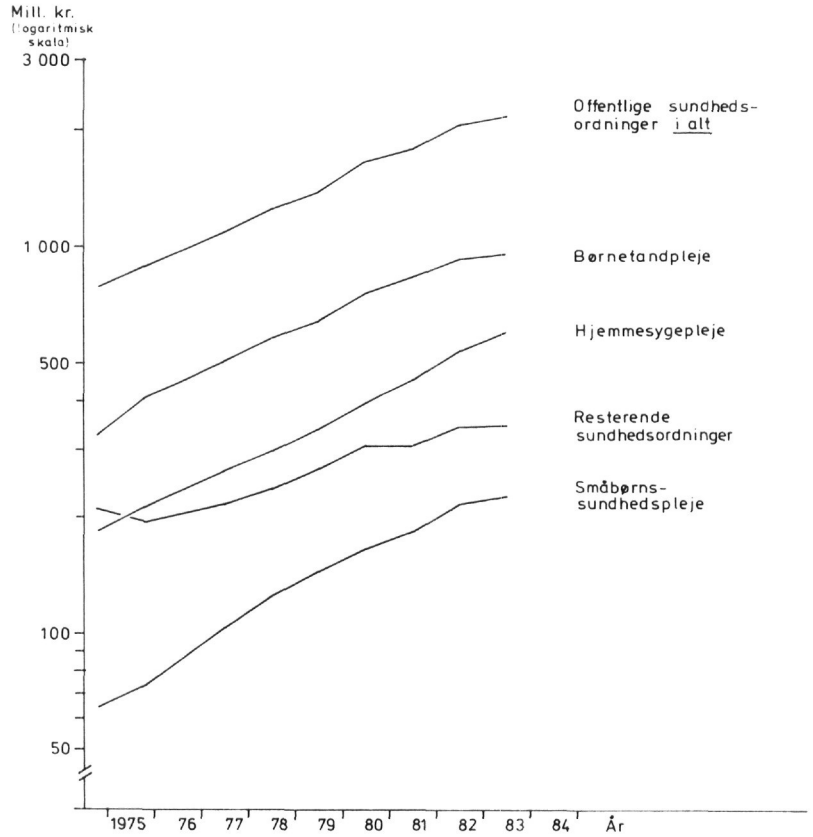
5,9%. For de to sidstnævnte områder har der været tale om et fald i udgifterne fra 1982 -1983. Det skal hertil bemærkes, at egenbetalingen indenfor begge områder er øget i denne periode.

Fordelingen af udgifterne inden for sygesikringsområdet i 1983 fremgår af figur 5.

Figur 5 Fordelingen af de samlede sygesikringsudgifter 1983.



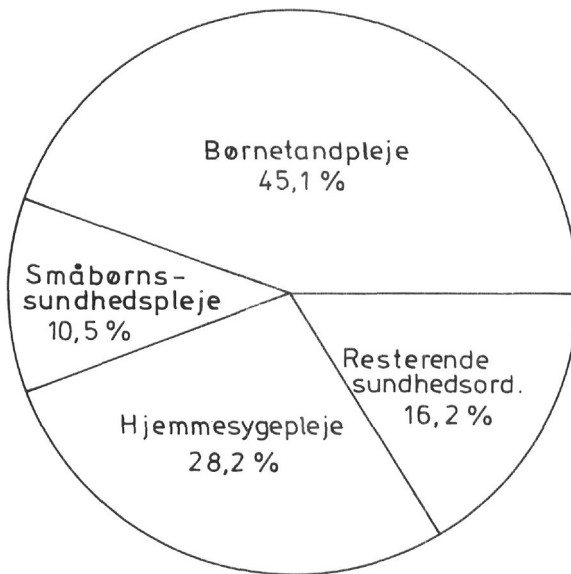
Figur 6 *Udgifter til de offentlige sundhedsordninger. Løbende priser. 1974/75-1983.*



Figur 6 illustrerer udviklingen inden for *de offentlige sundhedsordninger*. De samlede udgifter til disse ordninger er steget fra ca. 0,8 mia. kroner i 1974/75 til ca. 2,0 mia. kroner i 1982 - eller med i gennemsnit 12,0% om året. Det er de tre mest udgiftskrævende ordninger, der tegner sig for de største gennemsnitlige stigninger, nemlig sundhedsplejerskeordningen vedrørende småbørn

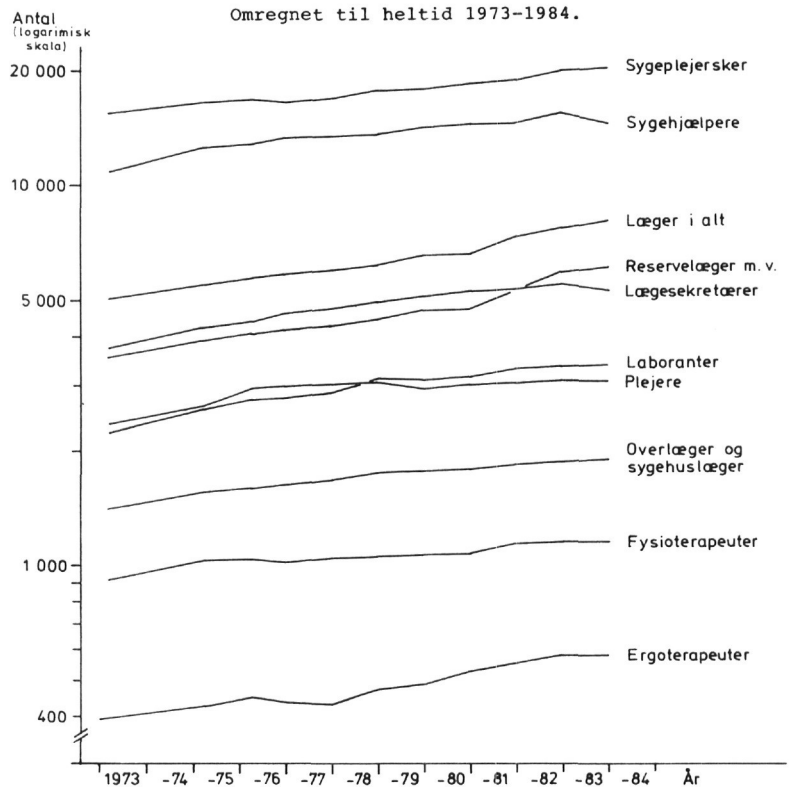
med 15,2% om året, hjemmesygeplejen med 14,3% om året og børnetandplejen med 13,1% om året. Fordelingen af udgifterne inden for de offentlige sundhedsordninger i 1983 fremgår af figur 7.

Figur 7 Fordelingen af de øvrige offentlige sundhedsudgifter 1983.



Da lønudgifterne har udgjort en stor og næsten konstant andel på ca. 73% af driftsudgifterne i sygehusene i perioden 1974/75 -1982 har personaleudviklingen her særlig interesse.

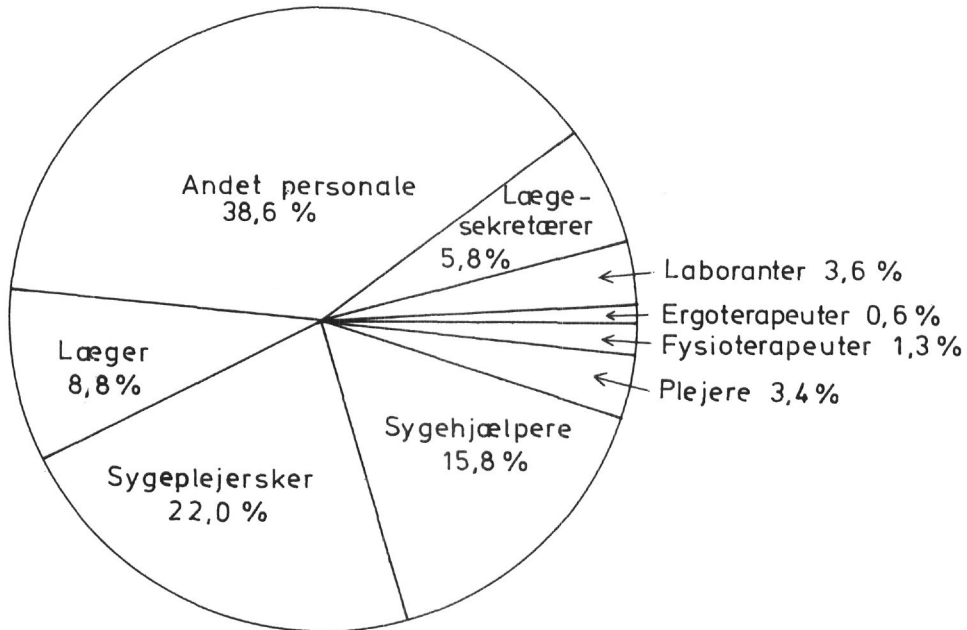
Figur 8 Personale i sygehusvæsenet fordelt på hovedgrupper.
Omregnet til heltid 1973-1984.



Det samlede personale er steget fra ca. 76.000 i 1973 til ca. 91.000 i 1984 - eller med gennemsnitligt 1,7% om året, hvilket dog dækker over en jævn stigning fra 1973 efterfulgt af et fald på ca. 2.500 ansatte i løbet af 1983.

Fordelingen på de forskellige personalegrupper i 1984 fremgår af figur 9.

Figur 9 Personalefordelingen i sygehusvæsenet.
Omregnet til heltid. 1984.



Personalestatistikken i den primære sundhedssektor varetages foruden af sundhedsstyrelsen af Danmarks Statistik, Amtsrådsforeningen i Danmark og forskellige fagforeninger. Det giver statistikken for dette område et noget uensartet og ufuldstændigt præg - og det er bl.a. en konsekvens heraf, at det ikke, bortset fra almen praksis, er muligt at give oplysninger om antallet af det personale, der er tilknyttet de faggrupper, som udøver deres virksomhed direkte i henhold til vedkommende sygesikringsoverenskomst.

Tabel 2. Antal alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og tandlæger i privat praksis, 1974-84

	1974	1975	1976	1977	1978	1980	1982	1984	Gn. årlig vækst 1974-82
Alment praktiserende læger	2446	...	2724	...	2793	2876	2901	...	2.2.
	...	...	505	...	541	598	561	...	...
Praktiserende speciallæger	460	...	523	...	605	683	737	...	6.1
	...	...	...	...	...	1094	1055	...	...
Tandlæger i privat praksis	...	3007	...	3125	3114	3258	3382	3129	1.7 ²⁾
	...	...	...	...	...	...	...	290	...

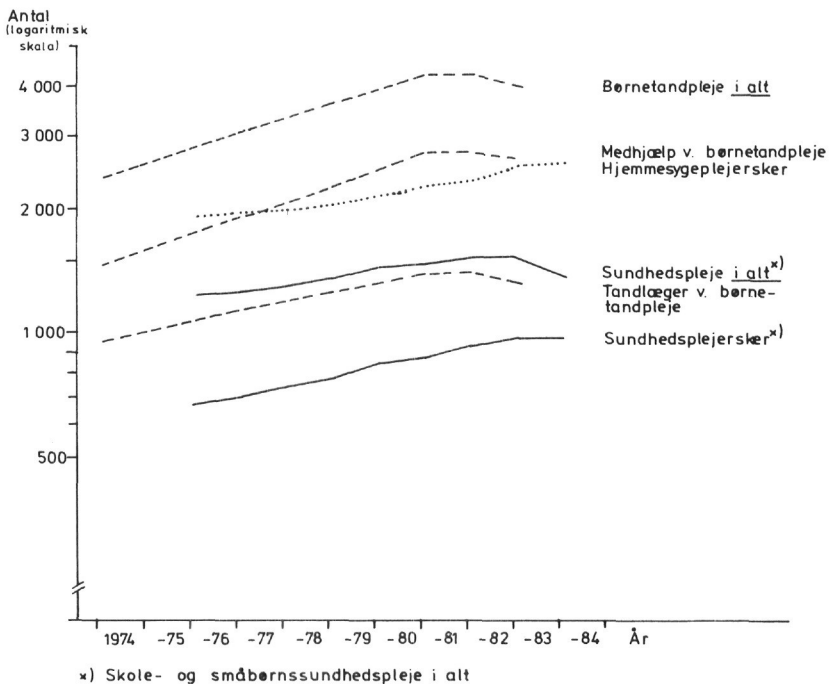
1) Deltidsbeskæftigede alment praktiserende læger omfatter vagtlæger.

2) Gennemsnitlig årlig vækst 1975-82

I tabel 2 ses en opgørelse over antallet af praktiserende læger og tandlæger. Mønstret i stigningstaksterne genspejler i grove træk mønstret for udgiftstigningerne, således at stigninger har været størst for speciallægerne og mindst for tandlægerne. Antallet af praktiserende læger er steget langsommere end antallet af læger i sygehusvæsenet.

Personaleudviklingen i de vigtigste offentlige sundhedsordninger fremgår af figur 10.

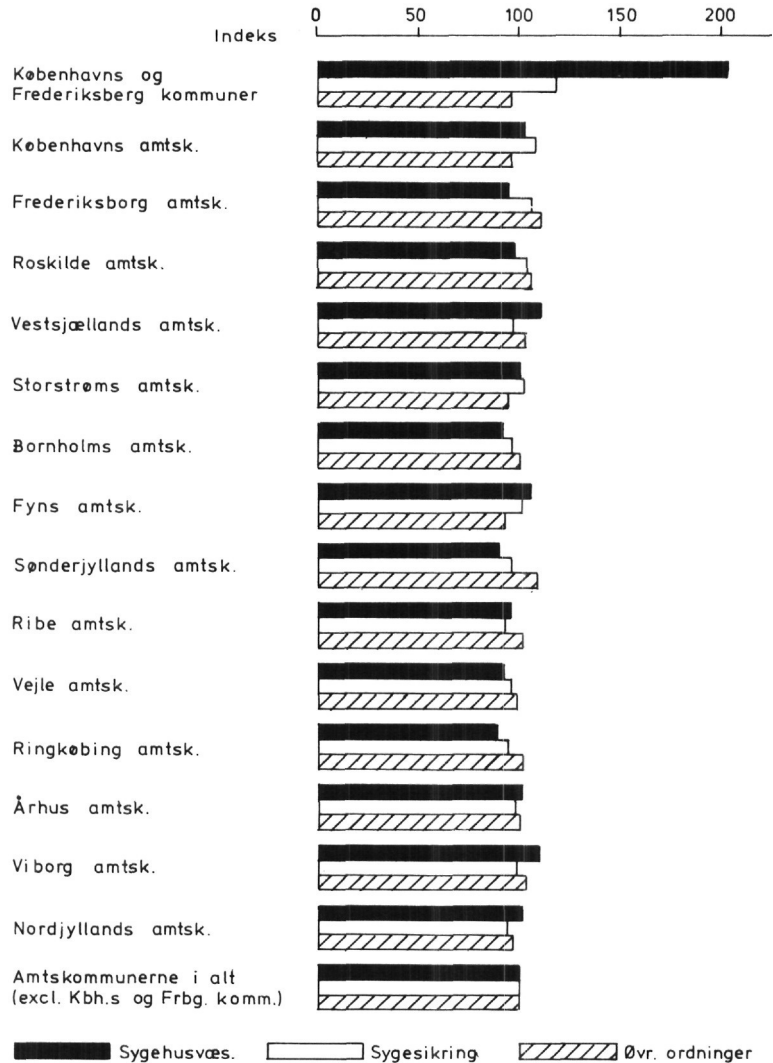
Figur 10 *Personale i offentlige sundhedsordninger.
Omregnet til heltid. 1974-1984.*



Den regionale variation inden for sundhedsvæsenet bærer præg af, at Frederiksberg og i særlig grad Københavns kommune adskiller sig fra det øvrige land. Det er derfor hensigtsmæssigt at lade sygehuskommunerne ekskl. Københavns og Frederiksberg kommuner udgøre grundlaget for en sammenligning mellem sygehuskommunerne, og i de efterfølgende indeks svarer tallene for hele landet ekskl. Københavns og Frederiksberg kommuner derfor til 100.

Figur 11 Index for driftsudgifter pr. indbygger til sygehusvæsen, sygesikring og offentlige sundhedsordninger.

Sygehuskommunerne excl. Københavns og Frederiksberg kommuner = 100. 1983.



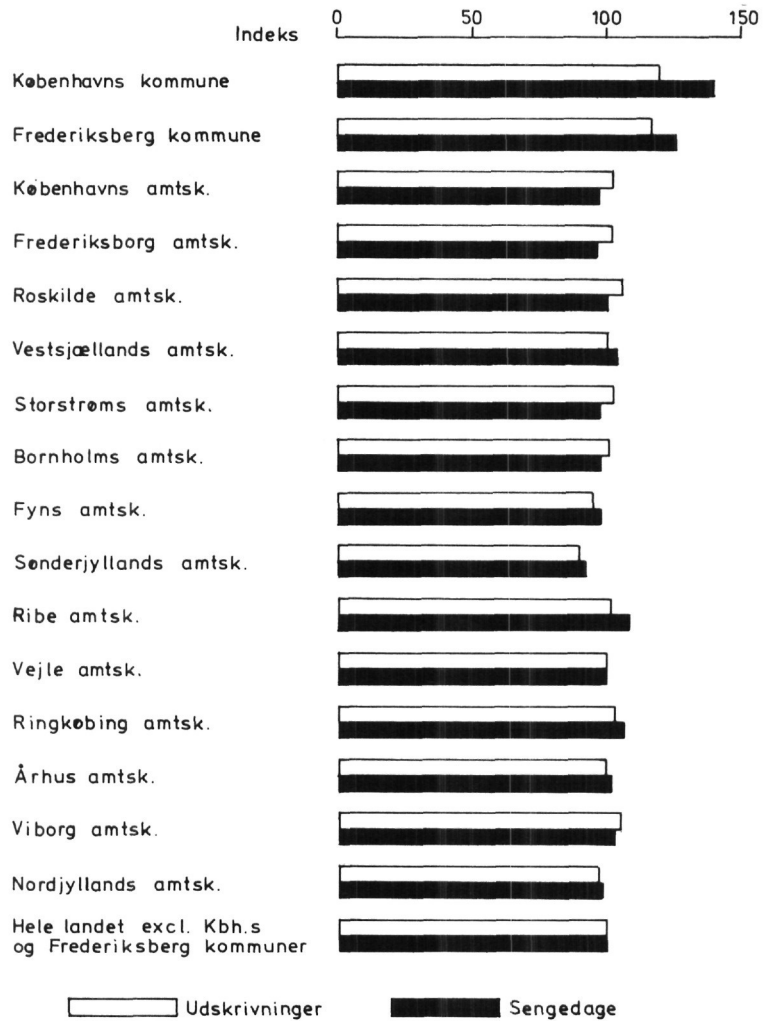
Figur 11 belyser den regionale variation med hensyn til udgifter til sundhedsvæsenet pr. indbygger. De samlede sundhedsudgifter pr. indbygger var i Københavns og Frederiksbergs kommuner 63% over gennemsnittet for hele landet i 1983, og figur 8 viser, at det hovedsagelig skyldes sygehusvæsenets og i nogen grad sygesikringens udgifter, medens udgifterne til de offentlige sundhedsordninger lå en smule under udgifterne i det øvrige land. I Københavns

og Frederiksbergs kommuner var fordelingen af de samlede sundhedsudgifter til sundhedsvæsenet (81%), sygesikringen (14%) og de offentlige sundhedsordninger (5%) således markant forskellig fra fordelingen i de øvrige sygehuskommuner, hvor de tilsvarende andele udgjorde 68-73%, 19-22% og 8-10%. Hovedstadens særstilling skyldes dels en speciel aldersfordeling og dels andre specifikke forhold, der er beskrevet i Københavnnerrapporten (Amtskommunernes og Kommunernes Forskningsinstitut. Februar 1985).

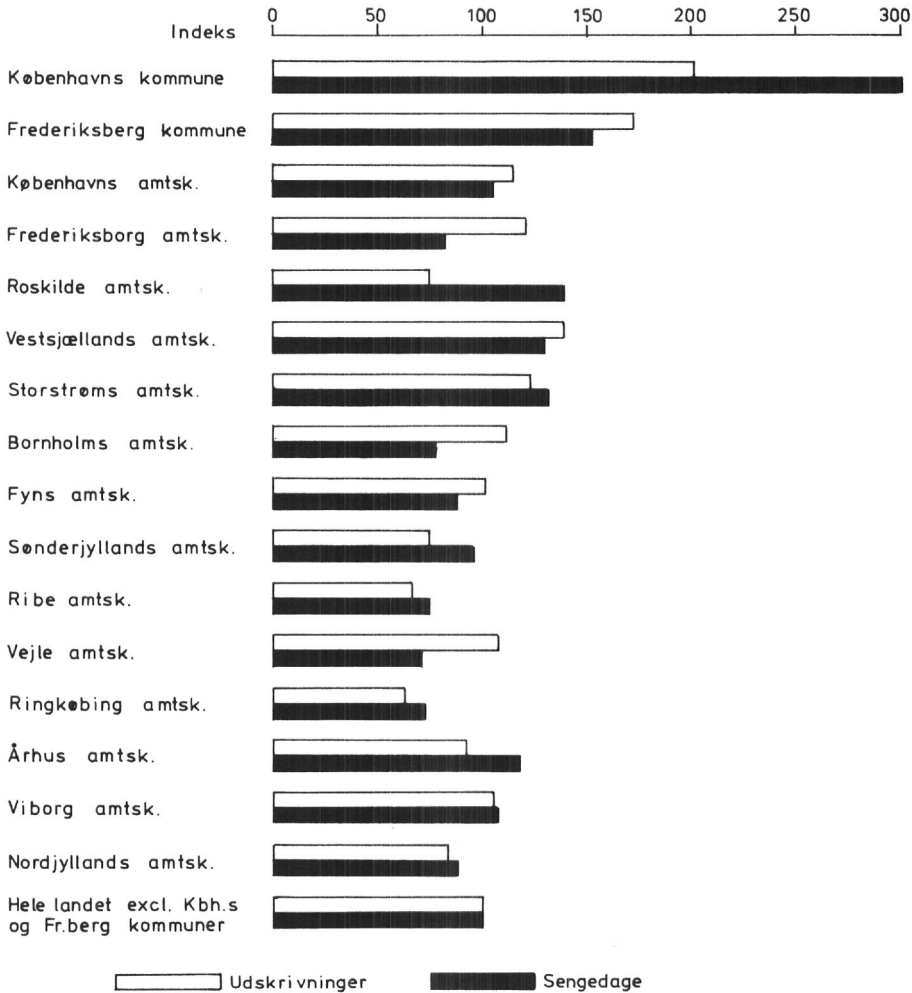
Forskellen mellem de øvrige sygehuskommuner indbyrdes er ikke stor. Indeks for sygehusudgifter pr. indbygger ligger således i intervallet 88-111, indeks for offentlige udgifter til sygesikringen i intervallet 94-109, og indeks for udgifter til offentlige sundhedsordninger i intervallet 93-111.

For sygehusudgifternes vedkommende findes ikke køns- og alderskorrigerede indeks til belysning af den del af den amtskommunale variation, der skyldes andre forhold end forskelle i køns- og alderssammensætningen. Det gør der derimod for antallet af udskrivninger og sengedage (figur 12 og 13). En sammenligning med figur 11 viser, at en stor del af Københavns og Frederiksbergs overforbrug af sygehusydelse skyldes køns- og alderssammensætningen, men selv efter korrektion herfor er forbruget i hovedstaden større end i resten af landet. Figur 9 og 10 viser endvidere, at variationen sygehuskommunerne imellem er betydeligt større inden for psykiatrien end inden for somatikken.

Figur 12 *Køns- og alderskorrigerede index for udskrivninger og sengedage. Sygehuskommunerne excl. Københavns og Frederiksberg kommuner = 100. Somatiske sygehusafdelinger. 1983.*



Figur 13 *Køns- og alderskorrigerede index for udskrivninger og sengedage, Sygehuskommunerne excl. Københavns og Frederiksberg kommuner — 100. Psykiatriske sygehusafdelinger. 1983.*



Tabel 3. Index for den regionale variation i den primære sektor. Hele landet excl. Københavns og Frederiksberg kommuner = 100. 1983

	Indeks for sygesikringsydelse fra almen praksis	Indeks for personaleforbruget i sundhedsplejerskeordninger ¹⁾ pr. 0-14 årige	Indeks for sundhedsplejerskebesøg til 0-6 årige pr. 0-6 årigt barn	Indeks for personale i sygeplejerskeordning pr. indbygger over 65 år
København kommune	-	170	139	87
Frederiksbergs kommune	-	136	123	96
Københavns amtskommune	92	122	113	71
Frederiksborg amtsk.	103	108	116	126
Roskilde amtsk.	101	104	119	138
Vestsjællands amtsk.	100	97	94	108
Storstrøms amtsk.	100	111	113	85
Bornholms amtsk.	98	84	88	77
Fyns amtsk.	102	94	96	87
Sønderjyllands amtsk.	103	77	100	125
Ribe amtsk.	100	100	83	119
Vejle amtsk.	97	104	98	99
Ringkøbing amtsk.	105	82	73	104
Århus amtsk.	103	103	105	114
Viborg amtsk.	105	80	80	112
Nordjyllands amtsk.	99	95	100	86

¹⁾ Skolesundheds-, småbørnssundheds- og kombineret ordning

Kilde: Beregning af indeks for almen praksis er baseret på materiale fra Sygesikringens forhandlingsudvalg.

Tabel 3 beskriver den amtskommunale variation inden for dele af den primære sektor i 1983. Det fremgår af tabellen, at der kun er ubetydelig forskel på amtskommunerne med hensyn til sygesikringsydelse fra almen praksis pr. indbygger, når der korrigeres for forskelle i køns- og alderssammensætningen. Der er derimod en betydelig forskel på amtskommunernes personaleindsats i sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordningerne. Endvidere ligger Københavns og Frederiksbergs kommuner højt, hvad angår antal sundhedsplejersker i forhold til antal børn i alderen 0-14 år - men under gennemsnittet for amtskommunernes som helhed, hvad angår antal hjemmesygeplejersker i forhold til antallet af ældre over 65 år.

Tabel 4. Indeks for sikringsydelse til speciallægeparaksis, fordelt på amtskommuner og specialer. 1983

amtskommune	øre-næse hals ¹⁾	øjens ¹⁾	hud	gynæko-logi	fysiurgi (rheuma)	intern medicin ²⁾	kirurgi ³⁾	psykiatri	andet	i alt
	amtskommuner i alt = 100									
København	104	127	154	251	266	186	214	163	157	165
Frederiksborg	139	111	147	132	305	159	144	172	153	153
Roskilde	102	98	118	170	107	132	157	206	151	128
Vestsjælland	91	94	92	81	32	89	107	101	66	86
Storstrøm	127	88	117	73	49	92	78	65	67	92
Bornholm	72	55	27	48	-	17	43	71	45	47
Fyn	140	108	47	58	90	150	88	88	74	96
Sønderjylland	75	76	86	30	13	85	27	110	109	77
Ribe	102	80	107	49	3	37	43	25	106	75
Vejle	85	121	110	57	49	100	57	36	44	81
Ringkøbing	45	76	70	32	29	53	44	84	78	58
Århus	105	110	75	76	79	90	86	85	117	95
Viborg	69	76	89	71	31	30	50	117	106	79
Nordjylland	85	81	92	85	40	12	80	37	51	70
amtskommunerne ialt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1000 kroner									
Udgifter i alt	140.456	85.667	85.824	44.572	26.652	23.279	70.346	50.787	69.667	597.250

¹⁾ I indeks for Københavns amtskommune for øre-næse og halsspecialiet og øjenspecialiet er Dragør og Tårnby kommuner ikke medregnet.

²⁾ Incl. tropemedicin.

³⁾ Incl. ortopæd. kirurgi og plastikkirurgi.

Kilde: Materiale fra Sygesikringens forhandlingsudvalg.

Tabel 4 viser den amtskommunale variation, når det gælder sygesikringsydelser fra praktiserende speciallæger. Det ses, at forbruget af de pågældende ydelser er betydeligt større i hovedstadsområdet amtskommuner end i resten af landet. Ringkøbing og Bornholms amtskommuner viser specielt lave tal.

3. Socialvæsenet (bistandslovens område)

3.1 Organisation, finansiering og opgaver

Som allerede nævnt, er den følgende beskrivelse begrænset til bistandslovens område, og tager således ikke hensyn til, at kommunerne i henhold til den kommunale styrelseslov har enhedsforvaltning for deres sociale- og sundhedsmæssige virksomhed.

I henhold til den sociale styrelseslov træffer kommunalbestyrelsen bestemmelse om alle forhold vedrørende kommunens virksomhed på sociale og sundhedsmæssige områder, der ikke er henlagt til andre myndigheder ved særlig lovgivning. Dette gælder bl.a. de hjemmesygeplejerske- og sundhedsplejerskeordninger, der er nærmere beskrevet foran under 2.1.3 og 2.1.4.

Kommunernes enhedsforvaltning for den sociale og sundhedsmæssige virksomhed er af stor betydning for samordning af indsatsen på primærkommunalt niveau.

Amtskommunens sociale og sundhedsmæssige anliggender uden for sygehusvæsenet er ligeledes samlet under en forvaltning, og omfatter således også sygesikringen, der er nærmere beskrevet foran under 2.1.2.

I henhold til bistandsloven er det offentlige forpligtet til at yde forskellige former for bistand, herunder rådgivning, økonomisk eller praktisk hjælp, støtte til udvikling eller genoprettelse af erhvervsevnen, pleje, særlig behandling eller opdragelsesmæssig støtte. Opgaverne varetages dels af kommunerne og dels af amtskommunerne.

I kommunerne er det sociale udvalg som hovedregel ansvarlig for tildeling af ydelser efter bistandsloven. I praksis er opgaven som regel delegeret til social og sundhedsforvaltningen.

Som hovedregel finansieres de kommunale udgifter i henhold til bistandsloven af kommunerne med 50% refusion fra staten. Administration, rådgivning og opsøgende virksomhed finansieres dog fuldt ud af kommunerne, og formidlet døgnophold (familiepleje m.v.) finansieres med 50% af opholdskommune og 50% af amtskommune. Udgifter til amtskommunale institutioner i henhold til bistandsloven finansieres som hovedregel med 50% af amtskommunen og 50% af personens opholdskommune. Forsorgshjem finansieres af amtskommunale rådgivningscentre og den rådgivning og vejledning, som påhviler de amtskommunale socialcentre, afholdes af amtskommunerne.

I modsætning til sundhedsvæsenet, hvor ydelserne normalt er gratis for modtagerne, skal der betales for bistandslovens ydelser, med mindre andet er bestemt i loven.

I det følgende beskrives de foranstaltninger i henhold til bistandsloven, som er mest relevante i forhold til samordningsudvalget kommissorium.

3.1.1 Rådgivning og opsøgende virksomhed

De sociale udvalg er forpligtet til ved opsøgende virksomhed at tilbyde rådgivning og vejledning til alle, som antages at trænge til det. Der er ikke peget på særlige risikogrupper, men det fremgår af de udsendte retningslinier, at der for alle aldersgrupper kan være truende situationer (dødsfald i familien, langvarig sygdom m.v.), som gør det naturligt at tilbyde støtte.

Der er dog skærpede forpligtelser i forhold til mennesker med vidtgående fysiske og psykiske handicap samt børn og unge. Det forudsattes ved bistandsloven ikrafttræden, at den opsøgende indsats som minimum skal rettes til de persongrupper, der tidligere var omfattet af børneforsorgsloven (familievejledning) og af særforsorogslovgivningen.

Rådgivning og opsøgende virksomhed er iøvrigt funktioner, der udføres i tilknytning til alle bistandslovens ydelser. Funktionerne varetages af forskellige personalegrupper og ud fra hver deres faglige indfaldsvinkel og erfaringer.

Den opsøgende virksomhed, som ydes i henhold til bistandsloven, må ses i sammenhæng med den opsøgende og rådgivende virksomhed, der ydes i forbindelse med hjemmesygeplejerske-, sundhedsplejerske- og skolelægeordningerne. Om almen praksis, se kapitel VIII.

3.1.2 Praktisk bistand i hjemmet

Kommunalbestyrelserne har pligt til at sørge for en hjemmehjælpsordning, så der kan ydes praktisk bistand i hjemmene af uddannede hjemmehjælpere.

Der kan ydes:

- midlertidig hjemmehjælp til varetagelse af normale huslige arbejdsopgaver ved sygdom, fødsel eller rekonvalescens,
- hjemmehjælp til lejlighedsvis afløsning af personer, der i hjemmet passer et barn eller en voksen med en fysisk eller psykisk lidelse, og
- varig hjemmehjælp til husligt arbejde og personlige fornødenheder, som en person på grund af en vedvarende sygdom eller svækkelse ikke kan udføre på egen hånd. Formålet med varig hjemmehjælp er at give modtageren mulighed for at blive i eget hjem så længe, det er muligt og ønskeligt.

Hjemmehjælpen ydes gratis til personer, hvis socialindkomst ikke overstiger folkepensionens grundbeløb med pensionstillæg. I øvrigt kræves betaling i forhold til modtagerens økonomiske forhold. For varig hjemmehjælp kan der dog højst kræves betaling for 6 timer pr. uge. Hjemmehjælp ydes hovedsage-

ligt i dagtimerne, men der skal være adgang til at få bistand på andre tidspunkter, herunder søn- og helligdage.

Hjemmehjælp ydes på grundlag af en behovsvurdering i hvert enkelt tilfælde. Hvis der er behov for hjemmehjælp, men den nødvendige hjælp ikke kan stilles til rådighed, kan der i stedet ydes tilskud til hushjælp, som familien selv antager.

3.1.3 Hjælpe midler

Til personer med invaliditet eller varig sygdoms eller aldersbetinget svagelighed kan der ydes støtte til hjælpemidler, der

- er nødvendige for at kunne udøve et erhverv,
- i væsentlig grad kan afhjælpe den enkeltes lidelse, eller
- i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet.

Det er en forudsætning for støtte til hjælpemidler efter bistanndsloven, at hjælpemidlet ikke kan ydes efter lovgivningen om social ulykkesforsikring eller som led i sygehusbehandling. Her ligger et samordningsproblem, der er under behandling i et udvalg nedsat af socialministeriet. Hjælpe midler i henhold til bistanndsloven må også ses i sammenhæng med hjælpemidler, der ydes via hjemmesygeplejen.

3.1.4 Boligændring

Til personer med invaliditet eller varig sygdoms eller aldersbetinget svagelighed kan der ydes hjælp til indretning af boligen. Hjælpen ydes efter behov, og som hovedregel uden hensyn til modtagerens økonomiske forhold. Hvis ansøgeren bor i egen ejendom, og der er tale om betydelige udgifter til boligændring, kan der tages pant i ejendommen for den del af boligændringen, der udgør en værdiforøgelse.

3.1.5 Daghjem og dagcentre

Personer, der har behov for vedvarende tilsyn og pleje, som ikke kan ydes i deres hjem i dagtimerne, skal have mulighed for optagelse i *daghjem*. I et daghjem udføres de samme funktioner som på et plejehjem, d.v.s. fornøden omsorg og pleje efter den enkelte behov. Ud over dette er der ikke fastsat nærmere retningslinier for indhold. I praksis ydes mange steder bl.a. træning i vedligeholdelse af fysiske færdigheder. Der betales et beløb for kost og pleje. Beslutningen om optagelse foretages på grundlag af en behovsvurdering i hvert enkelt tilfælde.

I et *dagcenter* skal der ifølge reglerne udføres et aktiverende, plejehjemsforebyggende arbejde og om muligt ydes fodpleje og beskæftigelsesterapi. Der kan endvidere ydes fysioterapi, der sigter mod vedligeholdelse af helbredstilstanden og forebygger, at den forringes, og som ikke kræver ordination eller behandlingsanvisning. Fysioterapi, der forudsætter lægeundersøgelse og læge-

ordination, og fysioterapi, der kræver specielt apparatur, hører under sundhedsvæsenet. I praksis er der dog ingen klar afgrænsning, idet optræning f.eks. efter sygehusophold i stigende grad foregår på daghjem, dagcentre og ved midlertidige ophold på plejehjem. Optagelse på dagcentre sker efter en individuel behovsvurdering, og der betales for deltagelse.

3.1.6 Plejehjem

Et plejehjem er bestemt for personer, hvis helbredstilstand bevirker, at de ikke kan klare sig i eget hjem selv med den støtte, der kan ydes efter bistandsloven til hjemmeboende. Optagelse i plejehjem foretages efter en individuel behovsvurdering almindeligvis af et særligt udvalg, der normalt bl.a. består af en læge med kendskab til ældre og handicappede, en medarbejder fra social og sundhedsforvaltningen, en hjemmesygeplejerske samt eventuelt en repræsentant fra et af kommunens plejehjem.

Plejehjem er en boligform, hvor der skal kunne gives den fornødne omsorg og pleje efter den enkeltes behov. Desuden har beboerne ret til ydelser, der sædvanligt gives på plejehjem, herunder beklædning, hårpleje, fodpleje og hjælpemidler. Ud over dette er der ikke fastsat nærmere retningslinier for indhold og ydelser.

Der betales for opholdet med pension (minus et beløb til personlige fornødenheder) og 60% af indtægter ud over pensionen. Er der rimeligt udsigt til udskivning inden for ca. 3 måneder, kan betalingen nedsættes, så der bevares et beløb af pensionen til husleje m.v. Der er således mulighed for midlertidige ophold på plejehjem. Disse anvendes i stigende grad, bl.a. i forbindelse med udskrivning fra sygehus til optræning og vurdering af færdigheder med henblik på tilbagevenden til eget hjem. Midlertidige ophold anvendes også til aflastning for personer, der passer klienten i eget hjem til daglig.

3.1.7 Institution for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap

Amtsrådet skal sørge for institutioner for voksne, der på grund af et vidtgående fysisk eller psykisk handicap har et særligt behov for pleje, behandling m.v., som ikke kan dækkes gennem optagelse på sygehus eller ophold på de øvrige institutioner under bistandsloven.

Formålet med amtskommunens specialinstitutioner for voksne med vidtgående fysiske og/eller psykiske handicap, er dels at kunne give et institutions-tilbud på en special institution i de tilfælde, hvor den primært ansvarlige kommune ikke er i stand til at anvise et passende og rimeligt institutionstilbud, dels gennem træning og herigennem intensiv socialpædagogisk indsats, at gøre beboeren egnet til at udflytte fra specialinstitutionen til en anden og mere "normaliseret boform".

Redskaberne, der anvendes for at opnå disse mål, er dels intensive socialpædagogiske træningsprogrammer, der skal hjælpe beboeren til en mere selv-

stændig situation, d.v.s. en højere grad af selvhjulpethed/selvstændighed, der også opnås ved dels beskæftigelsesaktiviteter, del aktivering af den fornødne specialundervisning, der kan i værksættes efter undervisningsministeriets regelsæt i forhold til målgruppen.

Denne indsats følges op med rådgivning og vejledning i et snævert samarbejde mellem amtskommunernes specialrådgivere og hjemstedskommune.

Målsigtet er, at opholdet på specialinstitutioner skal begrænses og således at beboerne tilføres sådanne færdigheder, at deres basale behov i en daglig livssituation kan tilgodeses uden for specialinstitutionen under forhold, der kan betegnes så nær det normale som muligt, hvad enten der er tale om en mindre beskyttet og trænende institutionstype eller om boforhold med større eller mindre - eller ingen - personaleindsats.

Bistandslovens § 68 giver således mulighed for etablering af bofællesskaber for personer, der ikke kan bo selvstændigt, men har behov for fornøden bistand, før de kan udflytte i en bosituation, hvor bistandslovens almindelige bestemmelser om "bistand i eget hjem" kan iværksættes.

Den mere langsigtede målsætning er at nedbryde institutionernes og den dertil knyttede institutionskultur til fordel for udnyttelse af samfundets generelle tilbud til befolkningen.

3.1.8 Særlige plejehjem

Amtsrådet skal sørge for

- særlige plejehjem for yngre (fysisk handicappede),
- særlige plejehjem for personer med lidelser, der forudsætter en bestemt indretning af plejehjemmet,
- særlige plejehjem for personer med lidelser, der gør periodevis indlæggelse til rekreation eller behandling påkrævet.

Særlige plejehjem for yngre (fysisk handicappede) er bestemt for personer mellem 18-45 år (på ansøgningstidspunktet), der på grund af fysisk handicap er ude af stand til at klare sig under andre boligformer med den bistand, som i øvrigt kan stilles til rådighed.

Særlige plejehjem for personer med lidelser der kræver en bestemt indretning af plejehjemmet er f. eks. plejehjem for tidligere tuberkulosepatienter og personer med andre lungehandicap samt plejehjem for blinde. Desuden er der åbnet mulighed for, at der i særlige tilfælde kan indrettes *plejehjem for personer med vidtgående psykiatriske lidelser*, der ikke skønnes at have behov for de behandlingstilbud og muligheder for hurtige frem- og tilbageflytninger mellem plejehjem og sygehus, som ophold på psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet giver mulighed for. De særlige plejehjem under bistandsloven for personer med vidtgående psykiatriske lidelser er bestemt for personer, der har behov for specialforanstaltninger, der ikke kan tilgodeses på et almindeligt plejehjem. Disse plejehjem må ses i sammenhæng med de psykiatriske pleje-

hjem under sygehusvæsenet (plejehjem) og de igangværende overvejelser om overførelse af plejehjem til bilstandsloven.

Særlige plejehjem for personer med lidelser, der gør *periodevis indlæggelse til rekreation eller behandling* påkrævet, kan f. eks. være bo-institutioner i forbindelse med social- og erhvervsmæssig revalidering for psykiatriske patienter som led i efterbehandling eller lignende.

3.2 Økonomi og ressourcer

I tabel 5-7 er for perioden 1976-84 (for § 112 - institutioner for perioden 1980-84) givet oversigter over de offentlige udgifter til og pladser og personale (omregnet til fuldtidsbeskæftigede) ved de foranstaltninger, der er nævnt i det foregående.

Tallene, der hidrører fra årenes finanslove og ressourcetællinger, viser bl.a., at antallet af fuldtidsbeskæftigede hjemmehjælpere fra 1976 til 1985 er steget fra 16.177 til 22.961, svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på 4,5%. Antal fuldtidsbeskæftigede ved institutioner efter § 112, stk. 1 og 2 har haft en gennemsnitlig årlig stigning på 4,7% og fuldtidsbeskæftigede ved pleje- og daghjem en årlig stigning på 3,9%.

Tabel 5. Antal fuldtidsbeskæftigede ved hjemmehjælp og de budgetterede udgifter til hjemmehjælp og hjælpemidler ifølge årenes finanslove

beskæftigede	Hjemmehjælp		Hjælpemidler
	Antal fuldtids- FFL mia. kr.	Udgifter årets FFL mia. kr.	Udgifter årets
1976	16.177	1,2	
1977	17.013	1,2	0,29
1978	17.932	1,4	0,35
1979	20.224	1,6	0,39
1980	22.009	1,8	0,43
1981	22.579	2,3	0,51
1982	22.657	3,0	0,52
1983	22.777	3,0	0,53
1984	22.961	3,4	0,55

Tabel 6. Antal pladser, fuldtidsbeskæftigede og udgifter ved institutioner efter bistandslovens § 112, stk. 1, § 112, stk. 2

	§ 112, stk. 1. institutioner			§ 112, stk. 2. institutioner		
	Antal pladser	Antal fuldtidsbeskæf.	Udgifter mia.kr.	Antal pladser	Antal fuldtidsbeskæf.	Udgifter mia.kr.
1980	8.063	-	-	789	684	
1981	7.851	6.293 ^{1>}	1,2 ³⁾	774	724	0,13 ^{3>}
1982	7.765	6.657 ^{2>}	1,5 ^{3>}	741	748 ²⁾	0,14 ³⁾
1983	7.838	7.223 ^{2>}	1,7 ^{4>}	740	747 ^{2>}	0,15 ^{4>}
1984	7.910	7.222 ²⁾	1,7 ⁴⁾	638	637 ²⁾	0,17 ⁴⁾

¹⁾ incl. langtidsledige²⁾ excl. langtidsledige^{3>} regnskabsbal BUR^{4>} budgettal BUR**Tabel 7.** Pleje- og daghjem. Antal pladser og personale samt de budgetterede udgifter ifølge årenes finanslove

	Døgnpladser	Daghjemspladser	Personale ialt omregnet til fuldtidsbeskæf.	Udgifter året FL. mia. kr.
1976	46.525	1.457	33.479	4,2
1977	48.091	1.700	34.907	4,4
1978	48.754	1.915	36.927	4,9
1979	49.511	2.141	39.408	5,3
1980	49.126	2.412	41.079	6,3
1981	49.456	2.443	42.979	7,4
1982	49.588	2.520	43.392 ¹⁾	9,2
1983	49.755	2.642	44.297 ^{1>}	9,4
1984	49.812	2.836	45.420 ^{1>}	10,6

¹⁾ excl. langtidsledige

**Liste over love, bekendtgørelser, cirkulærer m.v., som nævnes i kapitel III:
Beskrivelse af sundhedsvæsenet og den tilgrænsende del af socialvæsenet**

Arbejdsmiljøloven

Lov nr. 681 af 23.12.1975 om arbejdsmiljø, som ændret senest ved lov nr. 247 af 8.6.1979.

Børnetandpleje

Lov nr. 217 af 19.5.1971 om børnetandpleje, jfr. Indenrigsministeriets bkg.nr. 538 af 5.12.1982 om børnetandpleje.

En række cirkulærer om børneklunikkers indretning, indberetning om børnetandpleje, kvalifikation som ledende børnetandlæge m.v.

Hjemmesygeplejerskeordninger

Sundhedsstyrelsens retningslinier af juli 1974 for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger.

Indenrigsministeriets bkg. nr. 198 af 17.5.1979 om hjemmesygeplejerskeordninger.

Sundhedsstyrelsens vejledning af 16.12.1980 vedr. sygehjælpere, ansat under hjemmesygeplejerskeordningen.

Den kommunale styrelseslov

Lov om kommunernes styrelse, jfr. lovbkg. nr. 188 af 22.4.1981 som ændret senest ved lov nr. 210 af 16.5.1984.

Lægeundersøgelser af børn

Lov nr. 236 af 30.4.1946 om lægeundersøgelser af børn, som ændret ved lov nr. 236 af 4.6.1969.

Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 309 af 10.6.1981 om lægeundersøgelser af børn.

Sundhedsstyrelsens retningslinier af januar 1982 i profylaktiske lægeundersøgelser af børn i alderen fra 0-6 år og i anvendelse af det autoriserede journalkort.

Rigshospitalet

Lov nr. 277 af 16.6.1980 om RH's styrelse, som ændret ved lov nr. 234 af 23.5.1984.

Skolelægeordning

Lov nr. 266 af 7.6.1972 om skolelægeordning, jfr. lovbkg. nr. 430 af 16.8.1974, som ændret senest ved lov nr. 634 af 17.12.1976.

Indenrigsministeriets bkg. nr. 535 af 4.10.1982 om skolelægeordning.

Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier af 31.1.1983 for tilrettelæggelse af skolelægeordningen.

Sundhedsstyrelsens vejledning af august 1984 om skolelægeordningens journalsystem.

Sundhedsstyrelsens vejledning af august 1984 om skolelægeordningens blanketsystem.

Sundhedsstyrelsens supplerende vejledning af oktober 1983 vedr. sundhedsplejerskens opgaver i skolelægeordningen.

Social bistand

Lov om social bistand, jfr. lovbekendtgørelse nr. 356 af 19.7.1983, som ændret senest ved lov nr. 301 af 6.6.1984.

Den sociale styrelseslov

Lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender, jfr. lovbekendtgørelse nr. 188 af 22.4.1981, som ændret senest ved lov nr. 156 af 11.4.1984.

Sundhedsplejerskeordninger

Lovnr. 409 af 13.6.1973 om sundhedsplejerskeordninger, som ændret ved lov nr. 244 af 12.6.1975.

Indenrigsministeriets bkg. nr. 162 af 7.3.1974 om sundhedsplejerskeordninger.

Sundhedsstyrelsens retningslinier af februar 1985 for tilrettelæggelsen af sundhedsplejerskeordninger.

Svangerskabshygiejne og fødselshjælp

Lov nr. 282 af 7.6. 1972 om svangerhygiejne og fødselshjælp, jfr. lovbkg. nr. 431 af 23.9.1975 med senere ændringer.

Indenrigsministeriets vejledende retningslinier af 22.3.1985 for tilrettelæggelsen af forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og af fødselshjælpen.

Sundhedsstyrelsens retningslinier af 26.3.1985 for svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

Sygehushuset

Lov nr. 324 af 19.6.1974 om sygehusvæsenet, jfr. lovbkg. nr. 541 af 27.9.1982, som ændret ved lov nr. 215 af 16.5.1984.

Sygesikringen

Lovnr. 311 af 9.6.1971 om offentlig sygesikring, jfr. lovbkg. nr. 94 af 9.3.1976, som ændret senest ved lov nr. 266 af 30.5.1984.

Kapitel IV

UDVIKLING - TENDENSER

I dette kapitel har samordningsudvalget søgt at give et formentlig kalejdoskopisk billede af den udvikling og de tendenser og forsøg i retning af samordning/udlægning, som i disse år finder sted i amts- og primærkommuner.

Udvalget finder det afgørende at præcisere, at man med den til rådighed værende tid for udvalgsarbejdet ikke har haft mulighed for at foretage en udtømmende beskrivelse af de iværksatte eller planlagte ændringer i opgavefordelingen inden for sundhedsvæsenet og den nærmest tilgrænsende del af socialsektoren.

Det er udvalgets opfattelse, at en redegørelse for udviklingstendenser i opgavevaretagelsen kan tjene som inspiration for politikere og de professionelle faggrupper såvel i deres egne som i deres indbyrdes overvejelser om forbedret samordning inden for sundhedsvæsenet og visse dele af socialsektoren.

Når udvalget har ment, at den følgende beskrivelse kan være af værdi, hænger det også sammen med, at hele betænkningen fra samordningsudvalget - som det vil fremgå af de fleste øvrige kapitler - skal bestå af forslag til løsningsmodeller til brug for lokale initiativer.

1. Indberetninger fra embedslægeinstitutioner

Allerede inden Samordningsudvalget afholdt sit første møde i december 1983 havde sundhedsstyrelsen bedt embedslægeinstitutionerne om en beskrivelse af de ændringer i opgavefordelingen inden for sundhedsvæsenet, som havde fundet sted i de sidste 2 år.

Embedslægeinstitutionerne blev bedt om at belyse opgaver, som er

- a) flyttet fra stationær til ambulanssygehusvirksomhed
- b) flyttet fra sygehusvæsenet til praktiserende speciallæger
- c) flyttet fra sygehusvæsenet til primærsektoren
- d) flyttet fra sygehussektoren til den kommunale socialsektor
- e) flyttet fra behandling til sygdomsforebyggelse.

Omkring årsskiftet 1984/85 blev det fundet hensigtsmæssigt at foretage en fornyet enquete om de samme forhold til embedslægeinstitutionerne, og i det følgende gives et kort resumé af de to "enqueter".

4 institutioner oplyser, at ændringer i opgavefordelingen inden for sundhedsvæsenet har fundet sted efter en aktiv politisk beslutning. Modsat anføres det fra 4 andre, at en sådan aktiv beslutningsproces ikke har fundet sted, mens de resterende bemærker, at man i sygehuskommunen ikke direkte har iværksat foranstaltninger med henblik på ændret opgavefordeling, men man finder det

sandsynligt, at en række forskydninger rent faktisk har fundet sted initieret af de enkelte afdelinger eller institutioner.

Ad a) Flytning fra stationær til ambulanssygehusvirksomhed

Den helt overvejende del af sygehuskommunerne synes ikke alene at have haft overvejelser herom, men også at have flyttet en ikke uvæsentlig del af behandlingen fra de stationære afsnit til ambulatorierne. Dette gælder såvel for somatiske som især for den psykiatriske behandling. Endvidere har man de fleste steder indført eller overvejer at indføre korttidsafsnit/dagafsnit under en eller anden form.

Ad b) Flytning fra sygehusvæsenet til praktiserende speciallæger

Kun halvdelen angiver, at der er initiativer i gang på dette område. Det drejer sig mest om specialerne øre-næse-hals-sygdomme og øjensygdomme, men enkelte angiver, at man er i gang med en nøjere undersøgelse og planlægning af ændringer også inden for andre specialer, ligesom det fra en enkelt institutions side oplyses, at det er besluttet at etablere en speciallægefunktion i dermatologi med henblik på formodet aflastning af sygehusfunktionen.

Ad c) Flytning fra sygehusvæsenet til primærsektoren

En række afdelinger har bidraget hertil ved nedsættelse af antallet af ambulatoriebesøg såvel før som efter indlæggelse. Af områder som nævnes fra flere amtskommuner er kardiologi, antikoagulationsbehandling, smertebehandling, ambulanskræftbehandling, endoskopiske undersøgelser samt laboratorieundersøgelser. Også her nævnes psykiatri flere gange med iværksættelse af distriktspsykiatri og involvering af de praktiserende læger. Et enkelt sted har man overvejelser om ansættelse af yderligere en overlæge med konsulentfunktioner over for amts og primærkommunernes sociale sektorer.

Ad d) Flytning fra sygehussektoren til den kommunale sociale sektor

Etablering af psykiatriske plejehjem, gerontopsykiatriske plejehjem og andre foranstaltninger inden for psykiatrien nævnes af flere embedslægeinstitutioner. Derudover nævnes i en række tilfælde dag- og døgn-plejeordninger især med fokus på omsorg for ældre, jfr. omtale heraf i kapitel VII.

Ad e) Flytning fra behandling til sygdomsforebyggelse

Kun i tre sygehuskommuner angives eksempler herpå. Der kan nævnes:

- besøg hos alle ældre, når de er fyldt 75 år
- kampagne mod spirituskørsel
- fremme af den korrekte brug af medicin
- misbrugsområdet
- allergier
- boligbetingede lidelser
- ernæringssygdomme

Det er hovedindtrykket efter afslutningen af de to indberetningsrunder fra embedslægeinstitutionerne, at kun enkelte sygehuskommuner har haft en egentlig drøftelse af spørgsmål om at forskyde opgaver fra traditionel statio-

nær sygehusbehandling over ambulant behandling til behandling i primærsektoren. Derimod synes der i de fleste amter rent faktisk at være sket en sådan udvikling i løbet af de senere år, iværksat af de enkelte afdelinger eller de centrale forvaltninger. Især fra lægeside gives udtryk for en vis skepsis med hensyn til yderligere forskydninger, mens man på den anden side i enkelte sygehuskommuner aktivt er gået i gang med en undersøgelse og planlægning af mulighederne og forventer relativt store resultater.

Der synes generelt i amtskommunerne at være tilfredshed med de opnåede resultater, og det er samordningsudvalgets opfattelse, at der formentlig har været tale om en stille og rolig proces, der er meget afhængig af, at den nødvendige mentalitetsændring hos samtlige implicerede finder sted.

2. Særligt om ændringer i organisationen - udvalgsstrukturen i henhold til sygesikringslovens § 23

Efter vedtagelse herom i Samordningsudvalget har sekretariatet besøgt 4 amtskommuners sygehusforvaltning og social- og sundhedsforvaltning med henblik på drøftelse af igangværende initiativer vedrørende samordning og udlægning. Besøgene har vist, at der i de pågældende amtskommuner og formentlig også i de fleste andre amtskommuner, jfr. foran om indberetningerne fra embedslægeinstitutionerne, foregår en del ændringer i opgavevaretagelsen i retning af samordning og udlægning. De 4 amtskommuner var: Frederiksborg, Vejle, Ringkøbing og Fyn.

Til støtte for disse ændringer har man i 4 amtskommuner ændret strukturen i udvalg nedsat i henhold til sygesikringslovens § 23.

I *Frederiksborg amtskommune* har man etableret en ny organisation for koordineret social- og sundhedsplanlægning. Organisationen hviler på sygesikringslovens § 23, stk. 2-udvalg, som er udvidet med flere politiske repræsentanter fra primærkommunerne. (5 amtskommunale og 5 primærkommunale).

Dette udvidede samordningsudvalg er det politiske forum for de nødvendige drøftelser, og under udvalget er etableret 2 administrative planlægningsudvalg, sundhedsplanlægningsudvalget og socialplanlægningsudvalget. Disse udvalg er tværfagligt og tværsektorielt sammensat.

I *Vejle amtskommune* har man styrket § 23, stk. 2-udvalget ved at have taget formanden for den lokale socialchefforening med som støtte for det kommunale medlem. Man mener i øvrigt her, at § 23, stk. 2-udvalget har fået en ny og mere selvstændig rolle, bl.a. gennem afholdelse af månedlige orienteringsmøder. Amtsrådet har endvidere nedsat et lokalt forebyggelsesråd, som består af formand og næstformand for samtlige stående udvalg.

I *Ringkøbing amtskommune* har man ændret sygehusudvalget til et sundhedsudvalg, som ud over sygehusudvalgets hidtidige opgaver har overtaget

sygesikringen, jordemodervæsenet og amtssundhedsplejersken fra social- og sundhedsudvalget. Dette sidstnævnte fortsætter derefter som et rent socialudvalg. Man opnår herved bl.a. en samlet sundhedsforvaltning, og de skete ændringer skal sikre en bedre koordinering af de samlede sundhedsydelser i amtskommunen.

I *Bornholms amtskommune* har § 23, stk. 2 og 4-udvalgene nedsat 3 plangrupper, en vedrørende sygehusvæsen, en vedrørende amtskommunens social- og sundhedsvæsen og en vedrørende kommunernes social- og sundhedsvæsen med henblik på samordning inden for amtets primære og sekundære sundhedssektorer. Under dette arbejde er man nu nået så langt, at man mener i fremtiden at kunne sammenlægge de to sociale plangrupper - den amtslige og den primærkommunale til én arbejdsgruppe.

På anden vis end gennem ændringer af udvalgsstrukturen har navnlig *Fyns amtskommunes* centrale forvaltning siden januar 1983 arbejdet med en temaplanlægning vedrørende alternativer til sygehusindlæggelse og vedrørende bedre udnyttelse af ressourcerne inden for den ambulante speciallægebehandling.

Man har nedsat en række arbejdsgrupper der bl.a. er kommet med rapporter om ambulante fødsler, gynækologi, kirurgi og medicin/geriatri. Om patientforskydninger fra stationær kirurgiske sengeafsnit konkluderes, at ca. 6.800 indlæggelser pr. år kan erstattes med behandling i korttidsafsnit, i ambulatorium i samarbejde med speciallæge, eller hos speciallæge i samarbejde med alment praktiserende læger. Herved skønnes det muligt at opnå besparelser på mellem 5 og 14 mill. kr. om året. Tilsvarende muligheder findes inden for gynækologien, hvor man skønner at kunne spare mellem 2 og 7 mill. kr. om året. Endelig har man fundet, at 13% af indlæggelserne i de medicinske afdelinger vil kunne undgås ved etablering af en række foranstaltninger uden for sundhedssektoren. Den stedfundne temaplanlægning i sygehussektoren er oplyst at være et redskab til brug for den samlede økonomiske planlægning for hele amtskommunen. De øvrige sektorer udfører en lignende planlægning.

3. Særligt om funktions- og/eller organisationsændringer

Som nævnt ovenfor har de fleste amtskommuner interesseret sig for etablering af korttidsafsnit (d.v.s. dagafsnit og 5-døgns-afsnit). *Frederiksborg amtskommune* finder, at korttidsafsnit i udpræget grad kræver planlægning for at fungere, og at denne planlægning smitter af på det stationære sygehusvæsen. Amtskommunen har siden 1980 lukket ca. 10% af senge massen og omdannet andre 10% til andre formål (korttidsafsnit, ambulatorier), og kirurgisk dagafsnit medførte ikke færre stillinger, men afvikling af ventelister. Et medicinsk dagafsnit medførte fjernelse af overbelægningen samt en personalereduktion. En af korttidsafsniternes afgørende fordele er, at der sikres en koordineret planlægning og tilrettelæggelse af arbejdet. Hertil kommer, at de kan lukke

i ferieperioder, hvilket medfører en øget fleksibilitet i den samlede sygehusdrift.

Et par amtskommuner har særligt interesseret sig for spørgsmålet om udskrivning til plejehjem. *Frederiksborg amtskommune* oplyser, at kommunerne ønsker at komme mere ind i udskrivningsproceduren og i indstilling til plejehjem, et synspunkt som amtskommunen deler, således at udskrivning til plejehjem ikke længere bør kunne foretages direkte fra sygehuset. Det er tanken, at sygehusvæsenet i denne forbindelse markerer sig som det sekundære led der afgiver et lægeligt råd til kommunen, som hurtigst muligt skal overtage patienten. Det kommunale niveau har betydelig bedre forudsætninger end sygehusvæsenet for at kende patientens hele sociale situation, og dermed for at iværksætte de mest hensigtsmæssige foranstaltninger.

Ringkøbing Amtskommune oplyser, at hjemmesygeplejersker kommer ind på sygehuset, når de modtager en henvisning om udskrivning, og hjemmesygeplejersker er med i visitationsudvalg vedr. plejehjem m.v.

Et forslag fra centralforvaltningen og overlæger i *Frederiksborg amtskommune*, går ud på, at en patient af almen praksis ikke blot henvises til f.eks. endoskopi, men henvises til undersøgelse for mave-tarmsymptomer. En konsekvens af denne tanke vil være, at det er sygehusets speciallæger der afgør, hvilke undersøgelser der er relevante i det enkelte tilfælde. Det vil kunne betyde, at patienten sendes tilbage til almen praksis med den begrundelse, at der ikke ses at være behov for at foretage nogen undersøgelse, eller at patienten sendes til en privat praktiserende speciallæge i det givne speciale med henblik på undersøgelse.

Ligeledes i *Frederiksborg amtskommune* har man etableret et udvalg vedrørende koordinerede forundersøgelser, som skal forbedre kommunikationen mellem sygehusvæsenet og almen praksis, f.eks. vedrørende forebyggende livmoderhalskræftundersøgelser, hvorved man har kunnet nedskære antallet af (dobbel) undersøgelser og dermed omkostningerne. Man har forladt pipette-metoden til fordel for smear. Dette har også et pædagogisk sigte over for den alment praktiserende læge, der ved smear-metoden har personlig kontakt med kvinden.

Selv om spørgsmålene om konsulentordninger og distriktpædiatri tages op senere i rapporten (kapitel VI) er det fra besøgene i amtskommunerne værd at fremhæve et par eksempler.

Ringkøbing amtskommune har etableret en konsulentordning med en intern mediciner som konsulent for en almen lægepraksis med 5 læger. Konsulenten kommer i pågældende praksis 1 gang månedligt, og man har på det halve år, der er gået siden ordningen trådte i kraft, dels drøftet konkrete patienter, dels generelle problemer med bl.a. uddannelsesmæssigt sigte (patientløse kontakter). Konsulenthvervet varetages af en fuldtidspraktiserende speciallæge, som også modtager telefoniske forespørgsler fra praksis. Man så gerne ordningen udvidet til andre specialer.

Frederiksborg amtskommune oplyser vedrørende distriktspædiatri, at forvaltningen og overlægerne er enige om, at kontakten til sygehusvæsenet fra primærsektoren skal lettes mest muligt. En nyoprettet overlægestilling på pædiatrisk afdeling skal gøre det muligt at holde kontakt til institutioner m.v. og udvide den udadgående virksomhed. Sygeplejerskerne på afdelingen tager allerede i dag ud i lokalområder for at sikre kontakt med primærsektoren. Det er opfattelsen i Frederiksborg amtskommune, at distriktspædiatri forudsætter en holdningsændring hos lægecheferne bl.a. i retning af større villighed til at medvirke med konferencer, undervisning og supervision over for primærsektoren.

Ringkøbing amtskommune oplyser om distriktspædiatri, at en af de pædiatriske overlæger har en aftale med en lokal praksis, ud til hvilken overlægen efter aftale med lægerne og forældrene kommer og ser patienterne. Denne ordning omfatter også patienter, som ellers skulle have været henvist til ambulatoriet på sygehuset. Mellem overlægen og det pågældende lægehus foregår også drøftelser på "papirplan". Den pågældende pædiatriske afdeling har endvidere foretaget en distriktsopdeling af sundhedsplejerskerne mellem overlægerne. Sundhedsplejerskerne kommer efter denne opdeling ind på deres del af afdelingen, og deltager i stuegang.

I *Vejle amtskommune* afholder sygehusenes læger og alment praktiserende læger fællesmøder, og visse sygehuse har læger fra almen praksis med i lægerådet. Endvidere er lægemiddelkomitearbejdet fælles for de 2 områder.

I *Vejle* og *Fyns amtskommuner* hersker der tvivl om, hvorvidt man kan nå ret meget længere i retning af samordning og udlægning uden at foretage mere radikale omlægninger. *Vejle amtskommune* oplyser, at der som led i de senere års bestræbelser på en omstilling inden for sygehusvæsenet er nedlagt ca. 250 senge, og dette har givet en besparelse på ca. 35 mill. kr. og en nedlæggelse af 250 stillinger. *Fyns amtskommune* har oplyst, at de seneste års omlægninger og besparelser har betydet, at kapaciteten i sygehusvæsenet nu anses for passende, men at reduktioner fremover bliver betydeligt sværere og forudsætter mere radikale omlægninger.

Fyn og *Vejle amtskommuner* har oplyst, at der foreligger en klar politisk tilkendegivelse om, at der ikke skal lukkes små sygehuse. Man er helt opmærksom på, at såfremt man udlægger funktioner af et betragteligt omfang, vil det navnlig kunne gå ud over de mindre sygehuse. *Ringkøbing amtskommune* har oplyst, at spørgsmålet om reduktion af sygehusvæsenets udgifter i forbindelse med udlægning er særdeles vanskeligt, dels fordi der i det mindste skal lukkes hele sygehusafdelinger, såfremt der skal ses en effekt, dels fordi en opblødning af hidtidige bogholderimæssige betragtninger forvaltningerne imellem er nødvendige. Dette kunne opfattes som en klar barriere for samordningsinitiativer. Man lagde heller ikke skjul på, at der var lægelige barrierer, forstået på den måde, at en afdelings status er afhængig af sengetallet, hvorfor holdningen til udlægning af funktioner er delte.

I forbindelse med de kasseøkonomiske betragtninger har *Vejle amtskommune* fremhævet de vanskeligheder, der ligger i at få startet en oprustning i den ene sektor, hvis der ikke foreligger sikre indici for, at denne prompte bliver modsvaret af besparelser andetsteds inden for amtets regie.

Det kan være enklere at overskue indsatsen for den enkelte familie, og der nævntes i det pågældende amt en eksempel, hvor en families meget store forbrug af ydelser fra den alment praktiserende læge, var blevet konverteret til et forbrug af socialrådgiverbistand.

4. Visse særlige institutionsformer

Nogle kommuner hvor etableret forsøgsordninger, der bryder med de traditionelle institutionsformer for ældre.

Her skal nævnes Prøvehjemmet i Frederiksberg kommune og Geriatrisk center på Diakonissestiftelsen under Københavns kommune, der begge sigter på optræning af ældre til at være selvhjulpne efter sygehusindlæggelse.

Endvidere kan nævnes Gentofte kommunes geriatriiske behandlingscenter Tranehaven, der har til formål at bevare pensionisterne selvhjulpne således at de længst muligt kan klare sig i eget hjem. Der gives kombineret social og medicinsk behandling såvel ambulantly som ved indlæggelse.

De nævnte 3 ordninger er nærmere omtalt andre steder i rapporten navnlig i kapitel **XII**.

5. Særligt om forsøg i den primære sundhedstjeneste

Den primære sundhedstjenestes placering i lokalsamfundet giver en indlysende mulighed for udvikling af nye former for forebyggelse, pleje og behandling med udgangspunkt i befolkningens sociale og sundhedsmæssige situation. Forventningerne til den primære sundhedstjenestes udvikling er imidlertid igennem de senere år ofte blevet knyttet til håbet om ressourcebesparelser.

På denne baggrund er der etableret en række forskellige typer forsøgsaktiviteter i den primære sundhedstjeneste med meget forskellige formål.

5.1 Dansk sygehus Instituts undersøgelse i 1983

Dansk Sygehus Institut har i 1983 gennemført en kortlægning af denne forsøgsvirksomhed i form af en spørgeskemaundersøgelse i to faser. Analyse materialet indeholdt 182 forsøgsaktiviteter og samtlige amtskommuner med en enkelte undtagelse har rapporteret forsøgsaktiviteter. Ide og initiativ til igangsættelse af forsøgsaktiviteterne kommer primært fra personalet, og oftest ser man forskellige myndigheder samarbejde om planlægning, admini-

stration og finansiering af aktiviteterne. Finansiering af forsøgsaktiviteterne viser et broget billede, hyppigt med kombination af flere finansieringsformer. Forsøgsaktiviteterne udføres af næsten alle personalegrupper. Sygeplejerskegruppen deltager i godt halvdelen af de kortlagte forsøgsaktiviteter, medens de alment praktiserende læger deltager i godt 15% af forsøgsaktiviteterne. Forsøgsaktiviteterne vedrørende småbørnsgruppen udgør ca. 1/4 af samtlige, og medtages forsøgsaktiviteterne vedrørende fødsels- og efterfødselsforløb samt skolebørn, kommer man op på ca. halvdelen. Overfor børnene er der ofte tale om generel sygdomsforebyggelse med familien som målgruppe, blandt ældre om en indsats over for det enkelte individ, ofte præget af ønsket om ressourcebesparelser gennem "forebyggelse" af institutionsanbringelse.

Initiativer over for voksengruppen er i kortlægningen klart underrepræsenteret i forhold til befolkningsgruppens størrelse, ligesom disse initiativer er præget af en snæver sygdoms- og eller problemafgrænsning. Kun sporadisk formuleres en generelt sygdoms-opsporende og forebyggende indsats som målet for den sundhedsmæssige indsats i relation til voksengruppen.

6. Speciallægenes Hus i Århus

6.1 De overenskomstmæssige rammer

I foråret 1975 indgik SFU (Sygesikringens forhandlingsudvalg) og FAS (Foreningen af speciallæger) efter anbefaling fra Århus amtsråd og sundhedsstyrelsen en særlig overenskomst om en *forsøgsordning* i et Speciallægenes Hus i Århus. Den særlige overenskomst var en overbygning på den almindelige sygesikringsoverenskomst om speciallægehjælp, men kun omfattende sikrede i Århus amtskommune (forsøgsområdet)

Overbygningen bestod i, at der ud over den speciallægehjælp, der kan ydes efter den almindelige speciallægeoverenskomst inden for de i "Huset" repræsenterede specialer, kan foretages røntgendiagnostik og anæstesi samt visse større operationer inden for de ortopæd- og organkirurgiske specialer.

I forbindelse med forsøgsordningens etablering nedsattes en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra sundhedsstyrelsen, sikringsstyrelsen, SFU, Århus amtsråd og FAS. SFU's sekretariat virkede som sekretariat for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppens opgaver var at følge forsøgets forløb og løbende rapportere herom og afslutningsvis udarbejde den omtalte redegørelse, hvilket skete i samarbejde med Dansk Sygehus Institut og Kommunedata. Redegørelsen forelå i oktober 1980.

Forsøgsordningen blev ved overenskomstens indgåelse aftalt for en 5 årig periode, som imidlertid blev forlænget med et år bl.a. med henblik på udarbejdelse af arbejdsgruppens redegørelse om forsøgets forløb.

Denne redegørelse blev lagt til grund, da parterne ved udløbet af det 6. år skulle tage stilling til, om ordningen skulle gøres permanent.

Med virkning fra 1. april 1982 indgik parterne en overenskomst, som gjorde ordningen permanent og som i sit indhold og omfang i det store og hele er identisk med den under forsøgsperioden gældende, omend en enkelt ydelse blev taget ud ("fjernelse af bryst"). Endvidere indskrænkedes røntgenklinikens virksomhed således, at der på grund af ledig kapacitet på røntgenafdelingerne i amtets sygehuse blev lagt "loft" over det gennemsnitlige antal henvisninger pr. kvartal fra alment praktiserende læger og speciallæger. Samtidig blev det endeligt aftalt, at speciallæger i anæstesiologi, der er knyttet til "Huset", skal have deres hovedbeskæftigelse dQr og ikke må have ansættelse inden for sygehusvæsenet.

6.2 Speciallægehusets funktion

Speciallægerne Hus i Århus er en gruppepraksis med i alt 9 speciallæger repræsenterende 7 specialer.

Målsætningen for virksomheden i behandlingsmæssig henseende er, at husets læger ved et tæt internt samarbejde om visse patientgrupper skal kunne gennemføre mere krævende undersøgelser og behandlinger, end der er mulighed for, hvis speciallægerne sidder isoleret i hver sin praksis.

Herved er det muligt at færdigbehandle også patienter, som ellers ville kræve henvisning til en sygehusafdeling, samt at aflaste sygehusene ved at de patienter, der henvises til sygehuse, er vel undersøgte.

Et tæt samarbejde mellem flere specialer om de mere komplicerede sygdomstilfælde forudsætter, at røntgenundersøgelser og bedøvelse kan foretages i selve huset. Dertil kommer nytten af, at der kan etableres et gunstigt fagligt miljø, hvortil alle personer i huset kan bidrage, ligesom klinikerne i en række hverdagsituationer vil kunne støtte hinanden.

Endelig medfører fællesskabet om en del tekniske installationer en række fordele. Navnlig i forbindelse med investering i mere kostbart apparatur, f.eks. røntgenudstyr, er det en fordel at en større personkreds står som medgaranter.

De 7 specialer repræsenteret i huset er:

- Anæstesiologi
- Gynækologi
- Intern medicin
- Organkirurgi
- Ortopædkirurgi
- Plastikkirurgi
- Røntgendiagnostik

Foruden de 9 speciallæger er et varierende antal sygeplejersker, lægesekretærer og rengøringspersonale beskæftiget i huset. Ved redegørelsens afslutning, oktober 1980, var der beskæftiget i alt 41 personer, svarende til 25 fuldtidsstillinger.

Det fremgår af redegørelsen, at husets kapacitet var fuldt udnyttet efter 3 års forløb. I 1979 modtog man 19.000 henvisninger, heraf 50% til forsøges særlige ydelser.

Virksomheden i Speciallægernes Hus beskrives tildels ud fra en 3 måneders registrering af en række sygesikringsdata vedrørende kun de af forsøgsordningen omfattede særlige ydelser, d.v.s. for specialerne anæstesiologi, organ- og ortopædkirurgi og radiologi. Herved opnåes et billede af ydelsesmønster, henvisningsmønster og sygesikringens udgifter samt udgiftsfordelingen på forsøgsspecialerne.

Endvidere beskrives ventetid og ventelistetid og endelig beskrives almen praksis' holdning til huset på grundlag af en interviewundersøgelse blandt de henvisende praktiserende læger.

Omkostningerne ved virksomheden i speciallægehuset og i sygehusvæsenet søges sammenlignet bl.a. gennem en analyse af omkostningerne ved behandlingen af 2 sygdomme (lyskebrok og åreknuder) i henholdsvis speciallægepraksis og sygehusregi.

Afsluttende redegøres for økonomien i ordningen, dels for sygesikringens vedkommende ved udgiftsstatistikken dels gennem speciallægernes driftsregnskaber.

Der er 3 aspekter, som synes velbelyste ved gennemførelsen af forsøgsordningen:

- *kvaliteten* i virksomheden,
- *serviceniveauet* set med brugernes øjne, og
- *modellens* anvendelighed.

Kvaliteten af forsøgsordningens undersøgelser og behandlinger var fuldt tilfredsstillende både medicinsk fagligt og ud fra brugernes synspunkt.

Serviceniveauet vurderedes af de henvisende læger som særdeles højt, bl.a. fordi ventetiden og ventelistetiden var lav, den personlige kontakt mellem henvisende praktiserende læger og deres patienter og speciallægehusets personale var god og tilbagemeldingen efter endt undersøgelse og behandling særdeles hurtig og fagligt set af god kvalitet.

Modellen må anses for at være anvendelig andre steder (eventuelt med en afvigende specialekonstellation), især hvor der er behov for en kapacitetsudvidelse på særlige områder, som en amtskommune ikke kan eller ønsker at investere i. *Økonomien* i den model, der er redegjort for, bedømtes som forsvarlig.

Derimod måtte man konkludere, at spørgsmålet om, hvorvidt de offentlige *omkostninger* var højere eller lavere ved behandling af samme lidelse i hen-

holdsvis speciallægepraksis og sygehusregi ikke kunne besvares entydigt. Materialet i den sammenlignende undersøgelse var for lille til, at en generel konklusion kunne uddrages, og de anvendte behandlingsforløb helt forskellige. Intet tyder dog på, at behandlingen i Speciallægenes Hus var dyrere for det offentlige. Ved en samlet økonomisk vurdering bør man dog være opmærksom på, at en udvidelse af behandlingsindsatsen i Speciallægenes Hus inden for visse områder kan medføre ledig sygehuskapacitet, hvorved der kan ske en samlet omkostningsstigning.

I *overenskomstmæssig* henseende er konklusionen, at der ikke er behov for en generel udvidelse af ydelsesspektret inden for de specialer, som indgik i forsøgsordningen. Hvis modellen skal anvendes andre steder, må der derfor indgås særoverenskomst, således som tilfældet er for Speciallægenes Hus i Århus.

Ved en lokal vurdering af, om etablering af et speciallægehus efter den beskrevne model bør nyde fremme eller ej, bør de alment praktiserende lægers holdning og adfærd over for huset, som den er beskrevet i redegørelsen, indgå i overvejelserne.

95% af de almene praksis i Århus amt henviste med varierende hyppighed til speciallægehuset. Hyppigere jo nærmere lægens konsultationssted lå ved speciallægehuset.

Undersøgelsen viste, at de henvisende læger var yderst selektive i valget mellem henvisning til sygehus eller til speciallægepraksis, i alt væsentlig ud fra 3 aspekter:

1. Sygdommens natur og sværhedsgrad.
2. Patientens forhold i bredeste forstand, bl.a. karakteriseret ved sygdomstilstand, mobilitet, hjemlige pasningsmuligheder, andre sociale forhold, herunder eventuelt behov for hurtig behandling eller sen konsultation, typisk af arbejdsmæssige grunde etc.
3. Patientens egne ønsker om undersøgelse og behandling i sygehusregi eller i speciallægepraksis betragtedes som afgørende i de tilfælde, hvor lægens samlede vurdering tilsagde, at der med rimelighed forelå en valgsituation.

Ud fra et samordningssynspunkt synes de henvisende læger således at have anvendt speciallægehuset på en relevant og hensigtsmæssig måde.

Kapitel V

OMSTILLING I INTERNATIONALT PERSPEKTIV

I det følgende gives en omtale af nogle initiativer, som uden for Danmark er taget til væsentlige omstillingsaktiviteter inden for sundhedsvæsenet.

Der er dels tale om et verdensomspændende program, præsenteret af verdenssundhedsorganisationen WHO, dels om nogle større udredningsarbejder, som inden for de seneste år er gennemført i Norge og Sverige.

Disse initiativer har et væsentligt bredere sigte end det opgaveområde, der er omfattet af samordningsudvalgets kommissorium, men et fremtrædende træk for dem alle er, at en betydelig styrkelse af den primære sundhedstjeneste indgår som et af midlerne til at realisere de mål, man stræber efter.

1. WHO's europæiske sundhedspolitik

Ved regionalkomitémødet for WHO's europæiske region i september 1984 godkendte man WHO's måldokument for Europa. Dokumentet bygger på den berømte WHO-resolution fra maj 1977, som fastslog, at "det væsentlige sociale mål for regeringer og WHO i de kommende årtier skal være opnåelsen af, at alle borgere i verden ved år 2000 har en helbredstilstand, som tillader dem at føre et socialt og økonomisk produktivt liv". WHO's slogan er "Health for All by the Year 2000", i det følgende forkortet til "HFA 2000".

Ved den europæiske regionalkomité's møde i 1980 var den europæiske strategi for at opnå HFA 2000 blevet vedtaget. Denne regionale strategi opfordrede til en gennemgribende omstilling af de nationale sundhedsudviklinger, og der er skitseret 4 hovedområder:

- livsstil og sundhed;
- risikofaktorer, som påvirker sundheden og omgivelserne;
- omstilling af sundhedsvæsenet selv;
- den politiske, teknologiske, uddannelsesmæssige, forsknings- og planlægningsmæssige støtte, som er nødvendig for at frembringe de ønskede ændringer i de 3 ovenstående områder.

Strategien lægger vægt på, at der gives højere prioritet til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, at ikke kun sundhedssektoren, men alle sektorer har indflydelse på sundheden, at der lægges mere vægt på individets, familiens og nærsamfundets rolle i sundhedsudviklingen, og sluttelig, at primær sundhedstjeneste vælges som den primære og væsentlige angrebsvinkel for

at få gennemført forandring og dermed bedret sundhedstilstanden. Beslutningen fra 1980 fastslog også det nødvendige i at formulere specifikke, regionale delmål for at understøtte gennemførelsen af strategien.

WHO's regionalkontor for Europa har herefter arbejdet med udviklingen af delmåldokumenter. Det nu vedtagne dokument har været til høring i alle medlemslande, og flertallet af landene har endvidere foretaget høringer af andre sektorer, organisationer m.v.

Om dokumentet som helhed kan siges, at det har 6 gennemgående hovedtemaer:

- Det første er *lighedsbegrebet*, hvilket vil sige, at der er uligheder i sundhedstilstanden mellem lande og inden for lande, som skal søges reduceret.
- Endvidere er det et mål at give mennesker en oplevelse af sundhed, således at de kan udnytte dette i deres aktiviteter og *eftertrykket* skal derfor lægges på *sygdomsforebyggelse* og *sundhedsfremme*.
- Deltagelse af *oplyste, motiverede* og *aktivt medvirkende borgere* er en forudsætning i den videre udvikling.
- En aktiv medvirken fra alle sektorer. Det *tvær- og multisektorielle samarbejde* er altså en nødvendighed.
- Vægten i sundhedsvæsenet skal ligge på den *primære sundhedstjeneste*, som skal være i stand til at opfange de basale sundhedskrav fra hvert samfund ved at ydelserne gives så nær som muligt, hvor befolkningen lever og arbejder, og skal samtidig være let tilgængelig og acceptabel for alle, baseret på aktiv medvirken.
- Da sundhedsproblemer i nogle tilfælde går over grænser, f.eks. luftforurening, der det nødvendigt med et *internationalt samarbejde*.

Ved at tiltræde dokumentet, har WHO's europæiske medlemslande, herunder Danmark, påtaget sig en moralsk forpligtelse til at udforme og gennemføre en sundhedspolitik, som i det alt væsentlige tilstræber at opnå de 38 delmål i den europæiske HFA 2000-strategi.

Indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen har på denne baggrund udarbejdet en dansk, forkortet "oversættelse" af WHO's målsætningsdokument, og vil i løbet af 1985 udarbejde en generel beskrivelse af status for danskernes sundhedstilstand og det danske sundhedsvæsen.

Disse to publikationer kan danne udgangspunkt for en bred, folkelig debat om sundhedspolitikken frem mod år 2000.

Indenrigsministeren har endvidere i januar 1985 nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen og DIKE (Dansk Institut for klinisk Epidemiologi), hvis opgave bl.a. vil være at foretage en udvælgelse af hvilke af WHO's målsætninger, der bør indgå i en aktuel

dansk handlingsplan for sundhedsområdet, samt tilvejebringe en perspektivplan for sundhedsvæsenet på grundlag af sundhedsdebatten i og uden for Folketinget.

2. "Helseplan for 1980-åra" (Norge).

I 1982 offentliggjordes i Norge en rapport under navnet "Helseplan for 1980-åra". Den var udarbejdet af en arbejdsgruppe, nedsat i 1980 af Helsedirektoratet, og hensigten med dette arbejde var ifølge forfatterne at stimulere til en sundhedspolitisk debat, der kunne tilvejebringe grundlaget for etablering af en "nasjonal helseplan".

En sådan plan skønnedes fra arbejdsgruppens side nødvendig på grund af det stigende svælg mellem på den ene side de hastigt øgende tilbud inden for sundhedsvæsenet, og på den anden side det offentlige vigende muligheder for at kunne honorere disse tilbud.

Det var "institutionshelsetjenesten", som gennem de seneste årtier - trods intentioner i modsat retning - havde tegnet sig for hovedparten af den realvækst, som den offentlige finansiering havde muliggjort.

Dette var sket på bekostning af en fra mange sider ønsket udbygning af "distriktshelsetjenesten". En udbygning af denne tjeneste var ellers i højere og højere grad fundet nødvendig både af økonomiske og faglige grunde, bl.a. i lyset af et ændret sygdomsmønster med vægten på kronisk syge - specielt under hensyn til den stigende ældrepopulation - samt miljø- og livsstilssygdomme.

På denne baggrund måtte hjørnesteinen i den "nasjonale helseplan" efter forfatterens mening blive en streng prioritering af en udbygning af en *samordnet distriktshelsetjeneste* på bekostning af institutionshelsetjenesten. Netop fordi der lige var vedtaget en lov om helsetjenesten i kommunerne (hvorved distriktshelsetjenesten, incl. almen lægehjælp, blev et primærkommunalt anliggende) fandtes tidspunktet at være egnet for etablering af en landsomfattende helseplan, vedtaget af stortinget, og indeholdende bl.a. de elementer, der skulle kunne sikre vejen frem mod de opstillede mål, herunder i form af en ændret tilskudspolitik.

For at gennemføre den ønskede udbygning af distriktshelsetjenesten fandt man det i rapporten nødvendigt med en realvækst i den samlede helsetjeneste gennem 80-erne. 2%'s realvækst om året ville give mulighed for en væsentlig styrkelse af distriktshelsetjenesten. (Anslået til 7% årligt). Samtidig ville der med den nævnte vækst i den samlede sundhedssektor blive mulighed for en opretholdelse af institutionshelsetjenesten og endda udbygning af visse svagere led i denne, særligt for så vidt angår psykiatriske patienter.

For at give institutionerne en rimelig omstillingsperiode, var det en af ideerne i rapporten, at den tilladte vækst i den samlede sundhedstjeneste blev størst i begyndelsen af 80-erne, for derefter at blive aftrappet i den sidste peri-

ode, samtidig med at driftsbudgetterne i sygehusvæsenet m.v. fra dette tidspunkt blev "fastfrosset".

Det var således en ledende idé i rapporten, at væsentlige omstillinger af den nævnte karakter i sundhedsvæsenet ikke kunne gennemføres på forsvarlig vis, med mindre man i en overgangsperiode var villig til at tillade en vækst i de samlede udgifter til sundhedsvæsenet. Det er denne idé, der senere har fået tillagt betegnelsen "pukkelteorien".

Den her nævnte rapport gav anledning til en række drøftelser i Norge, men på politisk plan har den ikke ført til den tilsigtede "nasjonale helseplan".

3. "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (Sverige)

I Sverige trådte den nye "hälso- och sjukvårdslag" i kraft den 1. januar 1983.

Der var tale om en rammelov, der indeholdt forskellige mål. Et hovedsynspunkt var, at sundhedsfremme og sygdomsbehandling skulle opfattes som et sammenhængede begreb. Loven pålagde landstingene (svarende til de danske amtsråd) at fremme befolkningens sundhed, d.v.s. en egentlig forpligtelse inden for sygdomsforebyggelsen, og tillige at tilbyde behandling og pleje på lige vilkår for hele befolkningen.

Hvorledes denne forpligtelse - som helt i overensstemmelse med den samtidigt gennemførte decentralisering - skulle opfyldes, var helt op til den enkelte landstingskommune, som kunne tilrettelægge de fornødne foranstaltninger alt efter de lokale forhold. Til at understøtte de lokale sundhedsmyndigheders planlægning var der fra centralt hold iværksat et omfattende udredningsarbejde, der afsluttedes med et kompleks af rapporter (HS 90), som offentliggjordes i august 1984. Der er tale om en hovedrapport og ialt 10 delrapporter, der nærmere redegør for grundlaget for de enkelte elementer i hovedrapporten.

Det vil ligge udenfor formålet med denne fremstilling nærmere at beskrive omfanget af HS 90, endside nærmere at redegøre for visse udvalgte detaljer.

Det skal dog kort anføres, at hovedstudierne retter sig mod 3 områder:

- *sundhedspolitik og forebyggende indsats,*
- *en ændret struktur af behandlingsskapaciteten og*
- *personale- og uddannelsesplanlægning.*

Nøgleordet, der går gennem hele rapportarbejdet, er en "offensiv" sundhedspolitik, som spænder fra forslag om handlingsprogrammer til imødegåelse af to så store sundhedsproblemer som skader og hjerte-karsygdomme, til mere strukturelle forslag, f.eks. sådanne der sigter på at fremme det tværsektorielle samarbejde med sundhedsfremmende hensigt.

Hvad der imidlertid er af særlige interesse i forbindelse med samordningsudvalgets arbejdsopgaver, er den vægt, som rapporten - med henblik på opfyldelsen af de stillede mål - lægger på en udbygning af primærsektoren i sundhedsvæsenet.

Allerede i et tidligere svensk udredningsarbejde (HS 80) havde man lanceret sloganet: "Rättvård på rätt vårdnivå". Alle sundhedsfremmende og sygdomsbehandlende foranstaltninger måtte ses som en sammenhængede behandlingskæde, hvor patienten slusedes fra led til led, således at han hurtigt muligt endte på rette sted.

Der havde angiveligt ikke i Sverige i de siden forløbne år været nogen indvendinger i princippet mod berettigelsen af en sådan målsætning. Ej heller principielle indvendinger imod at omstrukturere funktionerne og støtte en udvikling af prioriterede områder, oprettelse af decentraliserede lægestationer uden for sygehusvæsenet samt udbygning af langtidsbehandling og -pleje i primærsektoren.

Alligevel konstateredes det i HS 90, at udviklingen er gået meget langsomt, hvorfor man ret indgående beskæftiger sig med grundene hertil.

Blandt grunde til denne træghed nævnes således, at der savnes et alsidigt beslutningsgrundlag og metoder til at virkeliggøre de gjorte prioriteringer. Endvidere peges på modstand fra stærke lokale opinioner, hidrørende bl.a. fra bekymringer over beskæftigelsen ved eventuelle nedskæringer og omstruktureringer samt på tendensen til kortsigtede "løsninger" af f.eks. køproblemer gennem ressourceforstærkning i stedet for en ændring af hele behandlingsstrukturen. Endelig nævnes forekomsten af forskellige holdninger til behandlings- og plejeproblemerne samt et for stort hensyn til en række professionelle interesser o.m.a.

Ved præsentationen af rapporten blev det stærkt fremhævet, at trægheden inden for systemet i Sverige har bevaret en, internationalt set, helt usædvanlig sygehusdominans. Det siges lige ud, at en betydelig del af de ressourcer, der er stillet til rådighed for sygehusvæsenet, i stedet bør anvendes af primærsektoren.

Det er samtidig forudsat, at sygehusvæsenet kommer til at spille en ny rolle. De mindste sygehuse vil af driftsøkonomiske eller kvalitative årsager skulle nedlægges eller omstruktureres til anvendelse i primærsektoren.

Undersøgelser, som er gjort som led i HS 90-arbejdet, peger på, at der består meget store regionale forskelle i forbruget af sygehuskapacitet, og alt tyder på, at disse forskelle stort set kan tilskrives adgangen til og nærheden af sygehustilbuddene, og ikke forskelle i sygelighed mellem de forskellige områder.

Disse forskelle bør ifølge HS 90 mindskes under hele den kommende planlægningsperiode. Sagt med andre ord, men må i højere grad over til en styring af sundhedsvæsenet gennem udbudssiden.

HS 90-projektet er blevet udført i socialstyrelsen efter anmodning fra et særligt stående udvalg under socialdepartementet. En arbejdsgruppe inden for departementet har fungeret som styregruppe for arbejdet, og formanden for denne arbejdsgruppe har været statssekretæren i socialdepartementet.

Rapporten er udsendt til høring hos de lokale sygehusmyndigheder og andre interesserede. Når denne høringsrunde er afsluttet, forventes hele det da foreliggende materiale at danne en væsentlig del af grundlaget for en sundhedspolitisk debat i Rigsdagen i løbet af 1985.

4. Perspektivet for samordningsudvalgets arbejde

Omtalen i nærværende rapport af de nævnte udenlandske aktiviteter har navnlig til formål at illustrere nogle af de mange initiativer til omstilling inden for sundhedsvæsenet, der på internationalt plan overvejes, planlægges eller sættes i værk.

Et fælles træk for disse omstillinger synes at være, at de tilstræber en højere prioritering af primærsektoren i de kommende år. Bag disse bestræbelser ligger i vidt omfang ønsket om at opnå formodede besparelser i det samlede sundhedsudgifter. Andre hensyn, såsom ændret sygdomsmønster og bedre service, ligger dog også i flere tilfælde til grund for ønsket om at tilbyde ydelserne så nært som muligt ved de samfund, hvor sundhedsproblemerne udspilles, nemlig i hjemmet, på arbejdspladsen, i skolerne o.s.v.

Trods mange fælles træk optræder de problemer, som man ønsker at løse, med forskellig styrke og med indhold af varierende karakter i de forskellige lande.

Ser man på de nordiske lande, er forholdet det, at Danmark i højere grad end Sverige og Norge har haft held til at opretholde en stærk primær sundhedstjeneste med den alment praktiserende læge som en nøgleperson.

Dette skyldes i væsentlig grad, at Danmark allerede i 1890'erne fik en sygekasselov, som i modsætning til lovene i de fleste andre europæiske lande var en lov, som tillod familien at være medlemmer uafhængig af deres arbejdsplads, medens traditionen mange andre steder centreredes om, hvorvidt man var ansat på en bestemt arbejdsplads eller ej.

Sygekasseloven har været basis for en udvikling af familielægesystemet i Danmark. Sammenlignet med Sverige, som nok ikke har en så stærk primær sundhedssektor som Danmark, kan man notere sig, at man i Sverige ikke har haft en reel sygesikringslov om lægehjælp før 1932, hvilket betyder, at den blev introduceret efter at den medicinske specialisering var påbegyndt.

Disse forhold er dog ikke ensbetydende med, at opgavefordelingen i Danmark mellem sygehusvæsenet og primærsektoren, herunder almen praksis, idag ikke kan tilrettelægges mere rationelt ud fra både faglige sundhedsmæssige og økonomiske hensyn. Udgangspunktet er blot et andet end det, der gør sig gældende i vore nabolande. Udover en forskydning af opgaver fra sygehusvæsenet til primærsektoren, vil opgaven i Danmark navnlig bestå i at få foretaget en bedre samordning mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og mellem disse og de nærmest tilgrænsende dele af socialektoren.

Hvad angår WHO's målsætning, "HFA 2000", har dette, som også tidligere nævnt, et langt bredere sigte end det opgavekompleks, som er indeholdt i samordningsudvalgets kommissorium. For dette udvalgs arbejde kan WHO-programmet kun rumme grundlaget til en erkendelse af, at man gennem bestræbelser på at styrke den primære sundhedssektor - til dels på bekostning af institutionssundhedstjenesten - er helt i pagt med brede internationale strømninger. Men modsat **kan** en behandling af de spørgsmål, **som** er omfattet af samordningsudvalgets kommissorium blive en vigtig bestanddel i det grundlag, der skal tilvejebringes, for at Danmark gennem udformning af en egentlig sundhedspolitik kan efterleve de forpligtelser, man har påtaget sig gennem tilslutningen til WHO's program.

Kapitel VI

GENERELT OM SAMORDNING

1. Indledning

Beskrivelsen af sundhedsvæsenet, som er givet i kapitel III, viser det samlede systems komplekse struktur og det samlede ressourceforbrug. For den enkelte bruger af sundhedsvæsenet kan det forekomme stort og uoverskueligt.

Den enkelte patient vil ved et sygdomsforløb kunne komme i kontakt med mange forskellige personer og institutioner fra forskellige instanser, når samtlige behov, der kan affødes af en sygdomsperiode, skal tilgodeses. Det må derfor være et vigtigt princip for sundhedsvæsenets varetagelse af de mangeartede opgaver, at borgeren, på trods af sundhedsvæsenets komplekse struktur, kan føle sig betjent af et sammenhængende og koordineret system.

Som omtalt i kapitel V og XIII har sundhedsvæsenet i løbet af de senere år i hele den vestlige verden givet anledning til såvel sundhedspolitiske som samfundsøkonomiske overvejelser. Sundhedsvæsenet findes af mange at være for dyrt samtidig med, at der stilles spørgsmålstejn ved dets effektivitet og dets serviceniveau. Hertil kommer, at man forudser fortsatte udgiftsstigninger, uden at det øgede ressourceforbrug vil bidrage til, at sundhedsvæsenet opfylder de forventninger, som befolkningen formodes at have til dets indsats og resultater. Omvendt finder andre, at de senere års opbremsning i ressourcetilgangen til sundhedsvæsenet har været for voldsom og i flere tilfælde direkte skadelig for sundhedsvæsenets muligheder for at varetage sine opgaver.

Uanset udgangspunktet er der dog en erkendelse af, at også sundhedsvæsenet må tilgodese overordnede samfundsmæssige hensyn, og et vigtigt princip må derfor være, at sundhedsvæsenets ydelser til borgerne leveres kompetent på det billigst mulige niveau. Sagt med andre ord, bør den enkelte patient undersøges og behandles på det sted i systemet, hvor den for patientens behandling nødvendige kunnen er tilstede, og hvor ressourceforbruget er mindst samtidig med, at kravet om kvalitet og service fuldt ud respekteres. En forudsætning herfor er en udvikling af et tæt samarbejde og nøje koordination mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet og mellem de forskellige behandlergrupper. Denne udvikling må understøttes af en samtidig udvikling af sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter.

Arbejdsdelingen mellem de forskellige led i sundhedsvæsenet er sket igennem en løbende proces over mange år, i løbet af hvilke de forskellige dele af sundhedsvæsenet har fået eller påtaget sig de opgaver, som dets forskellige faggrupper - først og fremmest lægerne - har ment, de var uddannede til at kunne klare. En undtagelse herfra er sygehusvæsenets udvikling siden 1970, en udvikling, der dog kun i meget begrænset omfang har taget planlæg-

ningsmæssige og funktionelle hensyn til de øvrige områders aktiviteter og muligheder.

Der er i dag ikke trukket skarpe grænser for, hvad alment praktiserende læger og speciallæger kan og må lave, og der findes ganske betydelige forskelle i behandlingsmønstret m.v. fra læge til læge. Der er således i det eksisterende system ingen faste rammer for arbejdsdelingen, som fortsat i høj grad er afhængig af den enkelte (over-)læges opfattelse af egne opgaver og forpligtelser. Uanset dette, opfattes sundhedsvæsenet fra såvel et administrativt som et fagligt synspunkt i almindelighed som stort set velfungerende.

Den nuværende arbejdsdeling mellem de forskellige led i sundhedsvæsenet er i alt væsentligt blevet til med en begrænset styring og planlægning fra de politiske organers side.

Dette forhold, at udviklingen stort set er sket uden styring af politisk, økonomisk eller faglig art, og det forhold, at samfundet og den almindelige opfattelse af sygdomsbegrebet har ændret sig, kan tale for, at opgavefordelingen tages op til vurdering. Først og fremmest bør det undersøges, om fordelingen af opgaver mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer og mellem sundhedsvæsenet og andre tilgrænsende sektorer har udviklet sig hensigtsmæssigt, eller om aktuelle og fremtidige forventninger til patientbehandlingen og serviceniveauet gør det ønskeligt at foretage ændringer i det bestående. En bedre samordning kan betyde en bedre patientbehandling og en bedre service overfor patienterne og muligvis en øget effektivitet med en tilsvarende forbedret ressourceanvendelse. Udlægning af opgaver kan indgå i en samordning og være medvirkende til at opnå disse fordele. En gennemført samordning, og i denne forbindelse på en række punkter en omfattende udlægning, vil herudover kunne vise sig at være et betydningsfuldt værktøj ved realiseringen af flere af de sundhedspolitiske mål, som har fundet udtryk i WHO's strategi "HFA 2000" jfr. kapitel V.

2. Definitioner

Udvalgets væsentligste opgave er at diskutere og stille forslag til fremme af denne *samordning*, hvorved i det følgende forstås en koordination og styring af alle initiativer og aktiviteter i sundhedssektoren og den tilgrænsende del af socialsektoren med henblik på at opnå et hensigtsmæssigt forløb af den enkelte patients behandling ud fra både medicinske, plejemæssige, organisatoriske, økonomiske og servicemæssige hensyn.

En udvikling af samordningen i sundhedsvæsenet betyder ikke nødvendigvis, at der må ske en flytning af opgaver fra én del af sundhedsvæsenet til en anden. Ressourceforbruget behøver heller ikke nødvendigvis at mindskes, men resultatet vil under alle omstændigheder blive en bedre udnyttelse af de til rådighed værende ressourcer.

Ved *udlægning* forstås sædvanligvis flytning af opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedssektor. Der kan dog i denne forbindelse også være tale om flytning af opgaver fra én personalegruppe til en anden, f.eks. fra lægepraksis til hjemmesygepleje. Ved udlægning opnås først og fremmest en ændret opgavefordeling, hvilket forudsætter en ændret ressourcefordeling. Imidlertid behøver heller ikke udlægning i sig selv at betyde et mindre samlet ressourceforbrug i sundhedsvæsenet.

Samordning og udlægning er således principielt to forskellige begreber, som imidlertid i praksis ofte vil hænge sammen. Begreberne vil i det følgende blive anvendt i overensstemmelse med de her anførte definitioner.

3. Almene forudsætninger

De senere års ofte udtrykte ønsker om en bedre samordning og udlægning af sundhedsvæsenets funktioner har sin baggrund i forskellige ændringer i de givne forudsætninger både hvad angår samfundsmæssige forhold, økonomi og sundhedspolitiske principper. Nævnes kan bl.a.:

- Sundhedsbegrebet har i de senere år skiftet karakter, således at det i stadig højere grad inddrager individets samlede fysiske, psykiske og sociale velbefindende og ikke blot omfatter fraværet af erkendte sygdomme.
- Sygdomsbilledet præges i tiltagende grad af kroniske, aldersrelaterede socialt betingede eller livsstilbetingede sygdomme eller tilstande.
- Det er almindelig anerkendt, at behandlingsindsatsen må suppleres med andre foranstaltninger, for at den samlede indsats kan føre til en bedre folkesundhed.
- Erkendelsen af, at sygehusvæsenet (fortsat) varetager en række opgaver, først og fremmest inden for ældreomsorgen, som rettelig burde varetages af socialsektoren.
- Udviklingen i sundhedsvæsenet er præget af en stadig større specialisering i behandling og undersøgelser, hvilket stiller større krav til samordning og planlægning af den enkelte patients behandlingsforløb.
- Grænserne mellem sygehusenes, praksissektoren og socialsektorens opgaver er blevet mere flydende. Dette er i nogen grad sket som led i en bevidst indsats for at øge samarbejdet om og bevægeligheden af opgaver, og i en nedbrydning af traditionelle faggrænser. Det indebærer imidlertid en risiko for opbygning af konkurrerende behandlingstilbud og dårlig udnyttelse af ressourcerne.
- Den ophørte stigning i ressourcetildelingen i sundhedsvæsenet har nødvendiggjort en nøje prioritering af, hvilke aktiviteter eller behandlinger, der skal udføres inden for de givne rammer.

Disse og andre ændringer i forudsætningerne for sundhedsvæsenets nuværende tilrettelæggelse har sammen med politikeres og den almindelige offentligheds stadig klarere opfattelse af, at sundhedsvæsenet ikke **kun** bør styres af eksperter, bidraget til kravet om en løbende vurdering af sundhedsvæsenet også ud fra den enkelte patients og fra samfundets synspunkt.

4. Specielle forudsætninger

Den enkelte patient vil kunne opleve et sygdomsforløb, som f.eks. begynder i den primære sundhedstjeneste hos den alment praktiserende læge, og som derfra fører til undersøgelse og behandling hos en speciallæge eller på et sygehus. Herfra går forløbet måske tilbage til den praktiserende læge, hjemmesygeplejen og evt. socialektoren. En række forhold har indflydelse på, hvor patienten modtager de nødvendige ydelser fra sundhedsvæsenet, og hvor kompliceret det samlede forløb vil blive. Sådanne forhold kan dels være betinget af den enkelte patients tilstand og dels af lokale administrative, organisatoriske og politiske forudsætninger. Det kan dreje sig om bl.a.:

- Patientens medicinske og plejemæssige behov
- Patientens sociale forudsætninger og behov
- Organisatoriske og ressourcemæssige forhold i det lokale sociale system
- Lokale, organisatoriske og overenskomstmæssige forhold i sygehusvæsenet og i sygesikringen, herunder arten af foreliggende tilbud.
- Kasseøkonomiske og samfundsøkonomiske overvejelser.

5. Midler og muligheder

Det vigtigt at fastholde princippet om, at sundhedsvæsenets ydelser skal finde anvendelse, således at der er overensstemmelse mellem patientens behov og sundhedsvæsenets indsats. Dette må ske ud fra overordnede samfundsøkonomiske overvejelser, der bl.a. må tage sigte på at begrænse anvendelsen af de dyreste led i behandlingssystemet. Dette kan ske ved stedse at påvirke befolkningen og sundhedsvæsenet med henblik på at styre efterspørgslen efter sundhedsvæsenets ydelser i retning af, at efterspørgslen bliver både mindst og rigtigst mulig, samt at befolkningen motiveres for at anvende det samlede sundhedsvæsenets enkeltdele på en i forhold til deres behov økonomisk hensigtsmæssig måde.

Skal et så komplekst område som sundhedsvæsenet påvirkes systematisk og varigt er det en forudsætning, at der rådes over de nødvendige strukturer og metoder til at de ønskede ændringer i principper, holdninger og fordeling af opgaver kan indføres og fastholdes. Midler og muligheder herfor beskrives i det følgende ved en række eksempler grupperet under overskrifterne *information, kommunikation og organisation og procedurer*.

5.1 Information og informationsformidling

Ved informationer forstås i denne forbindelse oplysninger og andre data, som er knyttet til den enkelte person som patient eller klient. Der er således tale om informationer, således som de sædvanligvis registreres i kendte journal- og informationssystemer, og de omfatter derfor både oplysninger og data, som indgår i beslutningsgrundlaget, og de beslutninger der træffes vedrørende den enkelte person.

Opsamling og systematisering af informationer om det enkelte individ og formidling af relevante informationer til relevante medarbejdere i det samlede behandlings- og omsorgssystem er en væsentlig forudsætning for at skabe samordning og koordination i den enkelte patients behandlingsforløb. Tilstrækkelig og relevant informationsformidling vil også være en forudsætning for, at man ved udlægning kan flytte dele af behandlingsforløb fra et sted i sundhedsvæsenet til et andet.

Der foregår i alle dele af sundhedsvæsenet og de tilgrænsende dele af socialsektoren en betydelig indsamling og opbevaring af data om den enkelte patient. Kun i begrænset omfang og fortrinsvis inden for sygehusvæsenet opbevares disse data på elektroniske medier, som gør dem direkte tilgængelige, idet langt størstedelen af sundhedsvæsenets information samles i traditionelt skrevne *journaler*, som kun er tilgængelige for manuel behandling og udnyttelse. Den enkelte patient vil kunne have et meget stort antal af hinanden uafhængige journaler, f.eks. en journal hos familielægen, en på et sygehus, eller måske på flere enkelte sygehusafdelinger, en hos hver enkelt af forskellige speciallæger, og måske en i socialforvaltningen.

Det er ikke realistisk at forestille sig, at disse mange journaler vil kunne samles i én journal, fælles for alle berørte instanser i et patientforløb. Formentlig vil det heller ikke, hverken set fra patientens eller sundhedsvæsenets synspunkt, være ønskeligt med et sådan fællessystem.

Det ville være ønskeligt, at de mange journaler var opbygget efter visse fælles grundprincipper, som kunne lette indsamlingen, formidlingen og sammenligningen af relevante basisdata.

Det har ofte været kritiseret, at netop udførte undersøgelser fra laboratorier eller røntgenafdelinger gøres om, når patienten kommer til et nyt led i sundhedsvæsenet under et sygdomsforløb. Ikke sjældent er sådanne gentagelser af undersøgelser relevant begrundet, fordi undersøgelserne udføres forskellige steder, der ikke anvender samme standarder og referencer, som det aktuelt behandlede led.

En standardisering af undersøgelsesmetoder og standarder indenfor et sygehus' eller et speciales optageområde ville i højere grad gøre udførte undersøgelser direkte sammenlignelige.

Fælles grundprincipper for opbygningen af journaler og fælles minimumskrav til basisoplysninger ville også gøre afgivelse og modtagelse af informationer om en patient lettere og mere præcis, end det ofte er tilfældet nu.

Da informationsformidlingen helt overvejende er baseret på de anvendte manuelle journalsystemer, vil den blive af tilsvarende uensartet karakter og kvalitet. Hertil kommer, at navnlig akut informationsformidling ofte sker telefonisk, uden at der altid sker en efterfølgende skriftlig bekræftelse af de givne informationer.

En drøftelse af fælles informationer for sundhedsvæsenet i et område ville, udover de nævnte lettelser, også kunne medføre en mere bevidst vurdering af informations- og dataindsamling og dermed modvirke den ofte forekommende "dataforurening".

Indlæggelses- og henvisningssedler er en del af den informationsformidling som sker mellem de enkelte led i sundhedsvæsenet. Kvaliteten af de herigenom givne informationer har ofte været kritiseret, idet man finder, at henvisningen ikke indeholder tilstrækkelige informationer til at den modtagende læge, afdeling eller lign. kan træffe de nødvendige beslutninger. Dette kan medføre, at der må indhentes supplerende oplysninger til besvær for både den henvisende og den modtagende part, og at der måske opstår unødvendige forsinkelser af patientens undersøgelse eller behandling.

Det kan derfor anbefales, at man, således som det allerede gøres mange steder, i fællesskab indenfor et område aftaler form og minimumindhold i de forskellige typer af henvisninger. Men i øvrigt vil det være påtrængende at søge tilvejebragt et sådant tæt samarbejde mellem de enkelte led, at den nødvendige disciplin på området kan opbygges og fastholdes.

De samme forhold gør sig gældende for det andet vigtige led i informationsformidlingen indenfor sundhedsvæsenet, sygehusafdelingernes *udskrivningsbreve*. Udskrivningsbrevene, som er sygehusafdelingens meddelelse til patientens praktiserende læge, har ikke sjældent med rette været genstand for betydelig kritik. Kritikken sigter både mod udskrivningsbrevens indhold og mod den ofte for sene fremsendelse til patientens læge.

Hvad indholdet angår, bør de samarbejdende led også finde frem til minimumskrav til udskrivningsbrevets form og indhold, således at det bedst muligt passer til den modtagende parts øvrige journalsystem. Det er væsentligt, at der ikke meddeles større mængder data, som er uden interesse eller anvendelsesmulighed for modtageren, som f.eks. urimeligt lange opremsninger af laboratorieprøver. Derimod bør der gives tilstrækkelige oplysninger om den anbefalede videre

behandling og rimelige præcise oplysninger om, hvad man har sagt til og aftalt med patienten om sygdommen, dens forløb og den videre behandling. De samme krav bør stilles til *lægebrev* fra en praktiserende speciallæge til den henvisende alment praktiserende læge.

Den informationsformidling der finder sted gennem henvisningssedler og udskrivningsbrev tager sigte på videregivelse af oplysninger fra en læge til en anden, og oplysningernes art og omfang vil derfor kun sjældent være egnet til generel brug til alle led i sundheds- og socialvæsenet. I tilfælde hvor en videre behandling eller kontrol af en patient skal ske ved primærkommunernes hjemmesygepleje eller sundhedspleje bør informationsformidlingen ske ved en videregivelse af de for sygeplejen relevante oplysninger, således som den normalt finder sted ved sygehusafdelingernes sygeplejerapportering til socialforvaltningernes ledende hjemmesygeplejerske. Herigennem sikres den fagligt relevante information, som sætter hjemmesygeplejen og sundhedsplejen i stand til at indgå hensigtsmæssigt i det nødvendige samarbejde med patientens læge. De oplysninger, som den alment praktiserende læge får fra en sygehusafdeling, vil ikke være et tilstrækkelig grundlag for tilrettelæggelsen af de plejemæssige opgaver. Skal primærsektoren på væsentlige områder overtage opgaver fra sygehusvæsenet i en udlægningsproces, må de nødvendige pleje- og omsorgsrelaterede oplysninger være til rådighed for både de praktiserende læger og kommunernes socialforvaltninger.

Særlige krav stilles til formidlingen af informationer mellem behandlende læger og socialforvaltningerne. Udskrivningsbrev vil normalt ikke være tilstrækkelige eller anvendelige informationskilder for socialforvaltningernes behandling af personsager.

Det er derfor nødvendigt med specifikke lægelige oplysninger, som bedre end journaler og journaluddrag kan give socialforvaltningen den relevante information om sygdommens mulige konsekvenser for den pågældende klients sociale forhold. Sådanne oplysninger vil dels lette den almindelig sagsbehandling, dels medvirke til, at der ikke videregives informationer uden betydning for sagens behandling - et forhold, der også set fra patientens synspunkt er af afgørende betydning. For den enkelte er det væsentligt at vide sig sikker på, at kun få og nødvendige oplysninger videregives og kun til få og relevante sagsbehandlere.

Ud over ovennævnte informationsformidling mellem professionelle inden for sundheds- og socialvæsenet må også nævnes patienten selv som budbringer. I overensstemmelse med opfattelsen af patienten som hovedperson og det vigtige i at medinddrage patienten i beslutningen om det videre forløb, lægges især fra visse almen praksis vægt på, at patienten er den, der viderebringer oplysninger fra den ene instans til den anden og tilbage igen. En sådan patientmedvirken kræver i begyndelsen tid til god og grundig information af patienten og diskussion om de forskellige muligheder - på længere sigt vil det

imidlertid sikkert vise sig at være en ikke alene kvalitativ forbedring, men også tidsbesparende fordel for alle involverede.

Som nævnt sker størstedelen af sundhedsvæsenets opbevaring og formidling af informationer gennem manuelle journal- og meddelelses-systemer. Disse systemer opfattes oftest som ret tungt fungerende og med betydelige begrænsninger i deres anvendelsesmuligheder, men fremfor alt kræver den manuelle førte journal og den skriftlige informationsformidling en betydelig arbejdsindsats og en ikke ubetydelig disciplin fra brugernes side, hvis de optimale og nuancerede krav til systemet skal opfyldes. Mange af disse problemer vil med anvendelse af ny *elektronisk informationsteknik* kunne overvindes eller formindskes ganske betydeligt. Den nye computerbaserede informationsteknik har allerede fået en betydelig anvendelse indenfor sygehusvæsenet. Det er herigennem muligt at tilbyde direkte adgang til alle relevante oplysninger om en patient, og desuden afgive rekvisitioner og modtage svar fra andre afdelinger, hvis bistand i form af undersøgelser er nødvendig i patientbehandlingen. Det er muligt at udbygge disse systemer med omfattende journaloplysninger, og systemer, der overfører undersøgelsesresultater m.v. til direkte brug ved udfærdigelsen af udskrivningskort. Denne betydelige oplagring af information om den enkelte patient kan desuden spærres helt eller delvist, således at den enkelte bruger af systemet kun **kan** få de oplysninger om den enkelte patient, som er nødvendig for at den pågældende kan udføre sine funktioner.

Mulighederne i de elektroniske informationssystemer er imidlertid langt fra udnyttede. Der er teknisk ingen hindring for, at informationssystemerne kan nyttiggøres for alle led i sundhedsvæsenet, både til oplagring af informationer og til overførelse af henvisningsoplysninger og rekvisitioner samt svar herpå. Også udveksling af informationer mellem flere sektorer vil kunne gennemføres, således at f.eks. den praktiserende læge, skolesundhedstjenesten og den stedlige børneafdeling vil kunne få direkte adgang til hinandens informationer om en given patient.

En detaljeret gennemgang af den ny teknisk muligheder ligger uden for rammerne for udvalgets arbejde, men det må anbefales, at man i det løbende arbejde med informationsrettelæggelsen i sundhedsvæsenet også overvejer de muligheder, den nye teknik kan tilbyde under respekt af de diskretions- og registerkrav der stilles til sådanne systemer, samt af gældende regler for tavshedspligt.

5.2 Kommunikation

Den væsentligste kommunikationsopgave er at sikre, at den enkelte medarbejder til enhver tid besidder den bedst mulige viden om udviklingen i den pågældendes fagområde samt sikre, at denne viden fastholdes og at den udnyttes hensigtsmæssigt. Herudover vil kommunikationen bidrage til at de enkelte behandlergrupper og medarbejdere har tilstrækkelig viden om mulig-

heder og tilbud i andre dele af sundhedsvæsenet og tilgrænsende dele af socialsektoren.

Kommunikation mellem medarbejdere inden for sundhedsvæsenet og mellem de forskellige led i sundhedsvæsenet finder i dag sted under mange forskellige former. Ikke mindst i de senere år er der mange steder i landet på lokalt initiativ skabt nye kommunikations- og samarbejdsformer, som har betydet væsentlige forbedringer både i serviceniveauet og i ressourcudnyttelsen. Såvel kendte som nye kommunikationsformer kan dog udnyttes mere systematisk med henblik på bedring af kontinuiteten og samordningen af indsatsen overfor den enkelte patient og en bedre udnyttelse af det samlede sundhedsvæsens muligheder.

Afdelingskonferencen er den traditionelle grundpille i sygehusafdelingernes kommunikationsvirksomhed. Konferenceformen bruges **både** til at tilrettelægge den bedst mulige behandling for den enkelte patient og til løbende uddannelse af afdelingens lægestab. Den er karakteristisk ved næsten udelukkende at beskæftige sig med lægelige spørgsmål og problemer og har kun begrænset tværfaglig betydnng.

Den lægelige afdelingskonference modsvares af tilsvarende *konferencer* ("rapporter") i *sygeplejegruppen*. For begge typer af konferencer gælder det, at de helt overvejende beskæftiger sig med den enkelte afdelings eller meget nært samarbejdende afdelingers funktioner og specialområder. Udover tilrettelæggelsen af den enkelte patients behandling tjener de således til at sikre ajourføring, vedligeholdelse og udnyttelse af det pågældende speciales aktuelle muligheder.

Med udbygningen i almen praksis gennem etablering af gruppe- og kompagniskabspraksis er *konferencen* også blevet en naturlig del af arbejdet i et *lægehus*. Som følge af karakteren af primærsektorens funktioner udvides disse konferencer i et vist omfang til at være af tværfaglig karakter med deltagelse af sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, jordemødre og medarbejdere fra socialforvaltningen og lign. Konferencer af denne karakter kan koordinere funktioner i forbindelse med behandlingen af konkrete patienter, men tjener også til vedligeholdelse og ajourføring af deltagerens viden om hinandens arbejdsområder og muligheder.

Mange steder er der etableret nogenlunde regelmæssige møder og konferencer af tværfaglig natur, som gør det muligt at bibringe deltagerne større viden om de forskellige områders og sektorers virksomhed. En særlig ret udbredt form for sådanne møder er de såkaldte "*åbent hus*-arrangementer, hvor sygehusenes specialafdelinger overfor en bredere kreds præsenterer deres virksomhed, deres muligheder og begrænsninger i patientbehandlingen.

Det kan anbefales, at man alt efter de lokale muligheder og behov udvikler og udbygger brugen af tværfaglige og tværsektorielle møder eller konferencer som middel til at sikre

brede kendskab til det samlede sundhedsvæsenets funktioner.

Efter udannelse, givet på længere eller kortere kurser, kan bruges som et effektivt redskab til samordning af sundhedsvæsenets forskellige funktioner og vil oftest være en forudsætning for gennemførelsen af opgaveudlægninger. Med henblik på at forbedre samordningen vil tværfaglige kurser være værdifulde, men også kurser der tager sigte på at uddanne enkelte faggrupper i udnyttelse af andre områders tilbud og muligheder bør tages i brug, ikke mindst ved ændringer i gældende regler og opgavefordelinger.

Samordning af sundhedsvæsenets forskellige funktioner vil på mange områder forudsætte udarbejdelse af alment anerkendte retningslinier suppleret med en organisation, som tillader effektiv behandling af enkeltsager, der falder uden for retningsliniernes rammer, og som kan gennemføre nødvendige ændringer og tilpasninger efterhånden som det gøres nødvendigt. Som eksempler herpå kan nævnes, *visitationsudvalg*, både for sygehusvæsenet og for visitation af patienter til plejehjem og andre sociale foranstaltninger samt *læggemiddelkomitéer*. Visitationsudvalgene har ud over konkret sagsbehandling en betydelig opgave i at sikre, at der tilvejebringes og vedligeholdes et almindeligt kendskab til de for området gældende retningslinier, således at fejlhenvisninger begrænses til det mindst mulige. Hvad angår visitationen af patienter fra sundhedsvæsenet til sociale sektorens forskellige foranstaltninger er det væsentligt, at denne virksomhed sikrer en så hensigtsmæssig udnyttelse af sociale sektorens tilbud som vel muligt.

Visitation af patienter fra sundhedssektoren til sociale sektoren bør derfor ikke ske uden, at man i hvert enkelt tilfælde udnytter den enkelte primærkommunes viden om de aktuelle muligheder og begrænsninger.

På det mere generelle plan er det vigtigt, at der sikres en fast tværsektoriel kommunikation mellem sundhedsvæsenets forskellige dele og det primærkommunale sundheds- og socialsystem. Med henblik herpå har man flere steder etableret *kontakt- eller koordinationsudvalg* i tilknytning til sygehusene. I disse udvalg deltager repræsentanter for det pågældende sygehus og fra de praktiserende læger i sygehusets optageområde sammen med repræsentanter for de primærkommunale social- og sundhedsmyndigheder.

5.3 Organisation og procedure

Informationsindsamling og informationsformidling samt den faglige kommunikation er nødvendige forudsætninger for, at sundhedsvæsenet kan organiseres på en sådan måde, at alle rimelige krav om samordning af de forskellige aktiviteter overfor den enkelte patient kan imødekommes.

Organisationen af indsatsen overfor sundhedsvæsenets brugere og de i denne forbindelse anvendte procedurer må tage sit udgangspunkt i forløbet af den enkelte patients kontakt med sundhedsvæsenet.

Som hovedregel vil *en patients kontakt med sundhedsvæsenet* begynde med en henvendelse til den alment praktiserende læge, som på grundlag af en samtale og en klinisk undersøgelse vil tage stilling til det videre forløb. Ofte vil behandlingen og dermed kontakten kunne afsluttes alene på grundlag af den første samtale og undersøgelse, men hyppigt vil der dog være behov for videre undersøgelser og kontrol. I et begrænset antal tilfælde kan der blive tale om akut henvisning til sygehusvæsenet.

Når supplerende undersøgelser er nødvendige, er det normalt den praktiserende læge, der styrer det videre forløb. Der kan være tale om blodprøver, der kan tages på stedet og fremsendes til et laboratorium, eller det kan være nødvendigt at henvise patienten til sygehusvæsenet med henblik på ambulante undersøgelser på laboratorium eller røntgenafdeling. Ofte vil henvisning til en praktiserende speciallæge være hensigtsmæssig og ønskelig. Kun undtagelsesvis vil en kortvarig indlæggelse kunne begrundes alene i diagnostiske hensyn.

Resultatet af de udførte undersøgelser sendes fra sygehuset eller den praktiserende speciallæge til patientens læge, som på det således foreliggende grundlag tager stilling til, om behandling er nødvendig og kan iværksættes, eller om yderligere undersøgelse er nødvendig.

Såfremt yderligere undersøgelser er påkrævet, vil dette ofte kunne ske ved henvisning til en praktiserende speciallæge inden for Qt eller flere specialer. Selve undersøgelserne vil af disse kunne suppleres med vejledning til den alment praktiserende læge om den videre behandling, og om hvorvidt yderligere speciallægebistand er påkrævet. Efter henvisning til sygehus vil også dettes ambulatorium kunne inddrages i et sådant videre forløb, men sædvanligvis vil sygehusenes specialafdelinger udover diagnostisk bistand også færdigbehandle patienten.

Resultatet af den ambulante undersøgelse kan i et mindre antal tilfælde blive, at patientens læge må henvise til indlæggelse på sygehus, fordi lægelige, plejemæssige eller sociale forhold gør dette nødvendigt. Dette er særligt typisk for situationer, der kræver større kirurgiske indgreb. Når først indlæggelse er iværksat, vil forløbet principielt være ens for alle patienter, uanset om indlæggelsen har måttet finde sted akut.

Når behovet for behandling og pleje under indlæggelse ikke længere er tilstede, kan patienten udskrives. I langt de fleste tilfælde vil der være behov for en efterfølgende kontrol eller en egentlig efterbehandling. Dette vil alt efter sygdommens og behandlingens karakter og de tilstedeværende muligheder kunne ske i et af sygehusets ambulatorier eller hos patientens alment praktiserende læge. Kun sjældent sker denne efterkontrol hos en praktiserende speciallæge.

Som anført ovenfor er en relevant og korrekt informationsformidling en væsentlig forudsætning for, at dette typiske forløb foregår på den for patienten mest hensigtsmæssige måde.

Det her beskrevne typiske forløb af en patients kontakt med sundhedsvæsenet vil kunne påvirkes gennem *ændringer i organisation og procedure*. Et væsentligt formål hermed kan være, dels at mindske brugen af indlæggelse, dels at forbedre de servicemæssige forhold ved at placere flest mulige funktioner nær patientens bopæl hos de alment praktiserende læger. I undersøgelsesfasen vil en udvidet og hurtig adgang for den praktiserende læge og speciallæge til benyttelse af sygehusvæsenets diagnostiske service kunne lette undersøgelsesforløbet og i visse tilfælde begrænse antallet af indlæggelser alene begrundet i diagnostiske formål. Begrebet diagnostisk service dækker imidlertid over et spektrum af forskellige undersøgelser, som udover mere eller mindre kompliceret apparatur forudsætter varierende grader af konkret viden og erfaring for at kunne blive anvendt på de rigtige indikationer og ikke mindst for at resultaterne kan blive tolket korrekt.

For at sikre en bedre udnyttelse af sygehusenes diagnostiske faciliteter vil det derfor for visse undersøgelser være formålstjenligt at *lade henvisningerne vurdere* af afdelingernes speciallæger før undersøgelserne iværksættes med en hurtig kontakt tilbage til den alment praktiserende læge om fornødent. Dette vil forudsætte, at henvisningerne er tilstrækkelig informative, men vil samtidig dels kunne bidrage til korrekt anvendelse af de diagnostiske muligheder, dels kunne virke som en løbende efteruddannelse af de henvisende læger fra praksissektoren.

Mens ændringer i organisationen af det diagnostiske arbejde og efterbehandling efter indlæggelser kun i begrænset omfang vil påvirke *behovet for indlæggelser*, kan der på andre områder tilvejebringes grundlag for at opnå dette. En del indlæggelser, specielt af ældre patienter, er begrundede i et behov for pleje og tilsyn under et sygdomsforløb. Øgede muligheder for hjemmesygepleje og hjemmehjælp vil kunne imødekomme en stor del af dette behov, særligt hvis der skabes mulighed for døgnfunktioner på dette område og mulighed for den praktiserende læge til at rekvirere pleje og anden bistand akut.

Det må anbefales, at primærkommunernes socialforvaltninger overvejer at udbygge denne service, og at det sker i nært samarbejde med repræsentanter for alment praktiserende læger og de sygehusafdelinger, der betjener det pågældende område. Kun herigennem vil der kunne opnås rimelig sikkerhed for, at sygehusenes kapacitet og ressourceindsats kan tilpasses løbende i takt med udbygningen af de **primærkommunale** funktioner.

Øgede pleje og støttemuligheder i hjemmet vil ikke alene kunne begrænse antallet af plejebetingede indlæggelser, men vil også ofte gøre det muligt at afkorte behandlingsbetingede indlæggelser. Herudover vil hjemmesygeplejen og socialforvaltningens nære kontakt i øvrigt med den enkelte patient give et

nuanceret grundlag for at vælge den bedste bistand og omsorg, herunder indflytning på plejehjem.

Med en veludbygget hjemmesygepleje m.m. og muligheden for akut iværksættelse heraf øges muligheden for i væsentlig større omfang at anvende såkaldt *subakut indlæggelse/henvisning til sygehus/ praktiserende speciallæge*. Et ikke ubetydeligt antal indlæggelser finder sted akut, fordi dette er det eneste alternativ til en almindelig henvisning med den deraf følgende ventetid, før undersøgelser og behandling kan iværksættes. Den subakutte henvisning til sygehusene eller speciallæger vil kunne betyde, at nødvendige undersøgelser vil kunne iværksættes uden akut indlæggelse på u hensigtsmæssige tidspunkter og uden forsinkelse. Der vil også hurtigt kunne sikres et beslutningsgrundlag for det videre behandlingsforløb, herunder også stillingtagen til, om indlæggelse overhovedet er nødvendig.

Det må derfor anbefales, at der arbejdes med tilrettelæggelsen af subakut henvisning i et nært samarbejde mellem sygehusenes specialafdelinger, områdets praktiserende speciallæger, almen praksis og kommunernes socialforvaltninger.

En øget anvendelse af ambulant undersøgelse og behandling og en placering af en større del af disse aktiviteter hos den almen praktiserende læge vil kunne understøttes af mulighederne for at patienter, der er afhængige af daglig pleje og tilsyn i hjemmet, kan indlægges midlertidigt, bl.a. af aflastningshensyn overfor pårørende, naboer m.fl.

Sådanne midlertidige indlæggelser bør kunne ske som selvfølgelig led i et længere varende sygdomsforløb og kan organiseres både som en opgave for visse sygehusafdelinger og for plejehjem. En mulighed for *midlertidig plejehjemsindlæggelse* vil for mange betyde, at afstanden til pårørende og bekendte ikke øges.

Ved *udskrivelse af patienter fra sygehus* er det vigtigt, at udskrivelsen er veltilrettelagt og godt forberedt. Det gælder principielt alle udskrivelser, men er først og fremmest af betydning, når den fortsatte behandling og pleje er afhængig af socialforvaltningernes og de praktiserende lægers indsats. Det er således en forudsætning, at der sker en korrekt og samtidig formidling af informationer fra sygehusafdelingen til hjemmesygeplejen, og at socialforvaltningerne på grundlag heraf får tid til at mobilisere den relevante indsats i hjemmet. Ofte vil det således ikke være tilstrækkeligt at medgive patienten en skriftlig rapport på selve udskrivelsesdagen, idet en forudgående evt. mundtlig kontakt mellem afdelingens og socialforvaltningens sygeplejersker vil være nødvendig. På tilsvarende måde vil det være hensigtsmæssigt med umiddelbar informationsformidling til den praktiserende læge, som skal overtage kontrollen eller behandlingen af patienten. Såfremt lægetilsyn dagligt eller enkelte gange umiddelbart efter udskrivningen er nødvendig eller

ønskelig, bør den praktiserende læge ligesom socialforvaltningen kontaktes forud for udskrivelsen.

Da mange udskrivinger først besluttet samme dag, som de sidste undersøgelser foreligger eller nødvendiggøres af et uforudset pres på grund af akutte indlæggelser, kan de omtalte procedurer ikke altid gennemføres.

En tæt kontakt mellem afdelingerne og primærsektorens personale vil derfor under alle omstændigheder være ønskelig, og det må derfor anbefales, at der søges tilvejebragt *faste kontaktformer* som f.eks. ugentlige besøg af ledende hjemmesygeplejersker eller praktiserende læger på ihvertfald de afdelinger, der kvantitativt betyder mest i sygehusbetjeningen af den enkelte kommune.

Et meget stor antal patientforløb vil omhandle relativt kortvarige sygdoms-episoder, og de almindelig anvendte former for informationsformidling vil derfor være tilstrækkelige til at sikre den nødvendige koordination af undersøgelser og behandling. Når det drejer sig om længerevarende eller kroniske sygdomsforløb kan det imidlertid være ønskeligt med en enklere og mere direkte informationsudveksling om den enkelte patient. Dette vil være særligt påkrævet, hvor flere instanser til stadighed er involveret i behandling og kontrol med patienten.

I sådanne situationer kan *vandrejournaler* være et nyttigt hjælpemiddel. Vandrejournaler har kun begrænset anvendelse i det nuværende system, men er dog generelt anvendt inden for den offentlige svangrehygiejne og fødsels-hjælp. Her anvendes en vandrejournal som kombineret henvisning- og informationsmiddel mellem almen praksis, jordemodercentre og specialafdelinger. Herved sikres det, at nødvendige informationer viderebringes til de øvrige led i systemet, uden at det kræver særskilt (og forsinkende) fremsendelse af informationerne, idet patienten altid selv medbringer de nødvendige oplysninger.

I meget begrænset omfang er vandrejournaler blevet anvendt ved efterbehandling af patienter med kroniske gigtsygdomme. En ganske væsentlig del af de kontrol- og behandlingsfunktioner, der tidligere blev udført i et sygehusambulatorium er herigennem flyttet til almen praksis, idet specialambulatoriet har kunnet videregive forslag til behandlingsplaner og derigennem begrænset behovet for besøg i ambulatoriet. Noget sådan giver den praktiserende læge en større føling med sygdomsforløbet hos patienten med samtidig hensyn til anvendelse af den relevante specialkundskab. Yderligere betyder det for mange patienter et væsentligt mindre antal rejser i områder, hvor der er relativt langt til specialafdelingerne.

Det kan anbefales, at vandrejournaler anvendes i et øget omfang, specielt i forbindelse med behandling og kontrol af kroniske og langvarige sygdomme. Vandrejournalerne bør udformes og anvendes på en måde, der svarer både til patient-

gruppe og lokale muligheder og forudsætninger. Da vandrejournalen til staidighed er i patientens besiddelse, vil vandrejournalen også kunne udnyttes til en forbedret forståelse for og samarbejde om behandlingen hos den enkelte patient.

Med henblik på at sikre en ensartet og samordnet behandling har man flere steder i udlandet i de senere år fastlagt *behandlingsprogrammer* for visse patientgrupper. Bedst er princippet kendt fra Sverige og Finland, hvor behandlingsprogrammer ("V rdprogrammer") har fået en ret stor udbredelse.

Et behandlingsprogram defineres som skriftlige retningslinier for indholdet i og organisationen af den behandling, pleje og service, som tilbydes patienter med en vis sygdom eller risiko for sygdom. Sådanne retningslinier vil oftest være udformet under hensyn til lokale foruds etninger af faglig og organisatorisk art, men er normalt baseret på centralt udarbejdede behandlingsprogrammer.

Behandlingsprogrammer indeholder vejledende retningslinier både for den l agelige behandling og sygeplejen. Desuden fastl egges principperne for fordeling af arbejdsopgaverne mellem forskellige behandlingsniveauer og personalekategorier, hvorved behandlingsprogrammet får karakter af en handlingsplan for den samlede indsats overfor en vis patientgruppe eller et vist sundhedsproblem. En vigtig funktion for behandlingsprogrammet er derfor selve processen med udarbejdelse, tilpasning og vurdering af programmet, idet denne proces foruds etter medvirken af alle involverede parter i det samlede forl ob.

Et behandlingsprograms overordnede formål er gennem en systematisk samordning at opnå en effektiv udnyttelse af de tilg angelige ressourcer og give hver patient den bedst mulige behandling og pleje på det rigtige niveau. Herigennem sikres også ensartethed og kontinuitet i behandlingen i og uden for sygehusv esenet og i socialektoren. Der opnås en klarere fordeling af arbejdsopgaverne uden overlappende funktioner, og programmerne vil herigennem tjene som st otte for personalet i det praktiske arbejde med den enkelte patient med fastlagte rutiner og for tilpasning af programmerne til ny viden, teknologi m.v.

Indholdet af behandlingsprogrammer vil som n ævnt være bestemt af lokale forhold, men de bör generelt indeholde fölgende:

Baggrundsoplysninger

- sygdommens årsager og karakter, forekomst samt medicinske og sociale konsekvenser,
- mulighederne for forebyggelse,
- foruds etninger for og metoder til opdagelse og behandling,

*Behandlingsprogrammets formål**Retningslinier for programmets enkeltdele*

- forebyggende foranstaltninger,
- undersøgelses- og behandlingsmæssige foranstaltninger,
- pleje og rehabilitering,
- komplikationer og kontrolforanstaltninger,

Organisation af pleje og behandling

- Visitationsregler,
- behandlingsniveauer, arbejds- og opgavefordeling,
- plejeformer

Information og informationsformidling

- uddannelses- og oplæringsbehov og -aktiviteter

Rutiner for opfølgning og opdatering

Der findes kun få danske erfaringer med behandlingsprogrammer. Det eneste generelt anvendte er retningslinier for svangerskabshygiejne og fødsels-hjælp, hvis anvendelse og resultater er almindelig accepterede. Herudover har Dansk Selskab for Intern Medicin offentliggjort vejledninger vedrørende den lægelige behandling af mavesårspatienter og patienter med forhøjet blodtryk. De bedst beskrevne erfaringer med behandlingsprogrammer må derfor søges i de øvrige skandinaviske lande.

I Sverige udsendte socialstyrelsen sit første behandlingsprogrammateriale om sukkersyge i 1977, og man har siden publiceret tilsvarende materiale om forhøjet blodtryk, brystkræft, sundhedsvæsenets sociale indhold og selvmordsproblemer. Flere oplæg er under forberedelse, og over 50 behandlingsprogrammer er med bl.a. socialstyrelsens materiale som udgangspunkt blevet udarbejdet til lokal anvendelse.

De fleste svenske erfaringer har været positive, selvom man i begyndelsen - navnlig fra lægeside - ofte var direkte negativ overfor behandlingsprogrammernes princip. Man opfattede således behandlingsprogrammerne som en trussel mod den kliniske frihed og mod den enkelte behandlende læges ansvar og forudså, at den medicinske udvikling ville gå i stå. Denne negative indstilling skyldtes i høj grad usikkerhed, bl.a. med hensyn til de centrale myndigheds rolle, men efterhånden som sådanne misforståelser er blevet fjernet, og der er opnået lokale erfaringer med behandlingsprogrammer, er interessen for disse vokset.

Såvel patienter som personale er nu overvejende positivt indstillet overfor behandlingsprogrammerne. Patienterne giver udtryk for en følelse af øget tryk-
hed, bedre information og kontinuitet i behandlingen. Personalet værdsætter decentraliseringen af ansvaret og det øgede engagement i behandlingen af den enkelte patient, ligesom der er enighed om, at programmerne har medført en forøget kvalitet og sikkerhed.

Også svenske politikere og administratorer er angiveligt positive og nævner bl.a. behandlingsprogrammerne som et bedre grundlag for sundhedspolitiske prioriteringer.

I Finland er der af de centrale myndigheder udarbejdet behandlingsprogrammer om hjerneblødning, brud på lårbenshalsen, åreknuder, leddegigt, astma, rygsmerter og galdestenssygdomme.

Disse programmer har i begyndelsen fået en noget blandet modtagelse, som efterhånden er vendt til en positiv holdning, og mange steder udnytter man behandlingsprogrammerne direkte eller anvender dem som grundlag for udarbejdelsen af lokale programmer. Egentlige systematiske vurderinger er dog ikke gennemført.

Til trods for en forståelig initial skepsis har andre nordiske lande således gode erfaringer med at udarbejde vejledende behandlingsprogrammer for større patientgrupper. På denne baggrund anbefaler udvalget, at der lokalt tages initiativ til forsøg med udarbejdelsen af behandlingsprogrammer. Der bør i sådanne forsøg først og fremmest arbejdes på områder, hvor der er entydige muligheder for at forbedre samordningen, idet udbyttet og erfaringerne bedst vil kunne opnås med forsøg på behandlingsprogrammer for større patientgrupper eller særlig ressourcekrævende sygdomme.

Udvalget kan i den forbindelse tilslutte sig de forudsætninger, som SPRI (Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings- og Rationaliseringsinstitut) har opstillet for arbejdet med udarbejdelse af behandlingsprogrammer i Sverige:

- behandlingsprogrammer må udarbejdes i samarbejde med alle involverede personalegrupper,
- særligt sagkyndige og interesserede personer må tage ansvaret for og lede arbejdet,
- veltilrettelagte uddannelsesprogrammer må gennemføres forud for behandlingsprogrammets introduktion og i indkøringsfasen,
- ansvarlige politikere må engageres i arbejdet,
- der må sikres fornøden opmærksomhed om opfølgning og vurdering,
- der må afsættes tilstrækkelig tid og andre ressourcer til arbejdet.

Herudover er det væsentligt, at sådanne programmer må være under stadig revision og ajourføring og ledsaget af en dialog mellem dem, som laver programmerne og dem, som bruger dem til dagligt.

Organisatorisk er det også muligheder for at tilrettelægge arbejdet efter principper afvigende fra den traditionelle struktur i sundhedsvæsenet. Et eksempel herpå er sygehusafdelingens tilrettelæggelse af arbejdet under *distrikts-*

ordninger - et princip der specielt er kendt fra de senere års udvikling indenfor psykiatrien. Der findes forskellige modeller for disse distriktspsykiatriske ordninger, og disse er nærmere omtalt i appendix C og i betænkningens bilag 4.

Indtil nu er distriktsordningerne næsten udelukkende kendt fra det psykiatriske område, men enkelte steder er også pædiatriske afdelinger begyndt at arbejde ud fra tilsvarende principper.

Det kan anbefales, at man også inden for andre specialer tilrettelægger forsøg med en tilsvarende organisationsform.

Et af hovedprincipperne i distriktsordninger er, at indsatsen fra det enkelte speciale baseres på en opdeling i mindre geografiske områder, hvor planlægning og gennemførelse af arbejdet kan ske med direkte udgangspunkt i distriktets særlige forudsætninger og problemer i et nært samarbejde mellem enkeltpersoner eller teams med særlig sagkundskab og distriktets sundheds- og socialepersonale.

Arbejdsområdet i distriktsarbejdet kan f.eks. omfatte:

- konsulent- og kontaktfunktion overfor praktiserende læger, hjemme- og sundhedsplejersker, kommunale og amtskommunale social- og sundhedsforvaltninger i spørgsmål vedrørende patienter boende i distriktet,
- tilsyn med patienter fra distriktet indlagt på andre sygehuse eller på døgninstitutioner og plejehjem,
- rådgivning og undervisning af sundhedspersonale i den primære sundhedssektor og personale i socialforvaltningerne og på institutionerne i spørgsmål med tilknytning til specialet.

Afhængig af lokale ønsker og behov vil indsatsen i en sådan distriktsordning kunne udløses alene efter henvisning og forespørgsel fra den primære sundhedssektor og socialsektor eller med forpligtelse til og mulighed for udadgående og opøgende virksomhed.

Velfungerende distriktsordninger forudsætter en udvikling af samarbejdet mellem primærsektoren, social- og sundhedsforvaltningerne, de praktiserende læger og specialafdelingerne på sygehusene. En veltilrettelagt distriktsordning vil kunne mindske antallet af personer, som skal samarbejde om den enkelte patient og herigennem skabe et bedre kendskab til det samlede behandlingstilbud.

Da distriktsidéen endnu er ny og relativt uprøvet må udvalget opfordre til, at der igangsættes forsøgsordninger, således at indhøstede erfaringer kan stilles til rådighed for andre. Det er væsentligt, at sådanne forsøg iværksættes på grundlag af en detaljeret beskrivelse af projektet, og at der sker en kritisk vurdering af resultaterne.

Er en egentlig distriktsordning ikke ønskelig vil elementer heri som for eksempel *konsulentordninger* kunne etableres selvstændigt. Ideen hermed er at øge speciallægenes konsultative bistand - fra sygehusene eller speciallægepraksis - over for almen praksis dels vedrørende konkrete patienter, dels om generelle spørgsmål, den patientløse kontakt. Rådgivningen vil kunne ske telefonisk - måske gennem indførelsen af fast telefontid for speciallægen - og ved møder i almen praksis eller ind i mellem på sygehusafdelingen eller i speciallægepraksis. Også konsulentbistand til andre sygehuse uden speciallægebistand i pågældende speciale vil kunne etableres - igen med det formål at yde patienten speciallægehjælp så nær som muligt ved hjemmet.

Kapitel VII

KONKRETE OMSTILLINGSMULIGHEDER INDENFOR UDVALGTE STØRRE OMRÅDER

I kapitel VI er anført en række muligheder for - generelt eller lokalt - at fremme den samordning og økonomisering i sundhedsvæsenet, som udviklingen til stadighed nødvendiggør.

I dette kapitel gennemgås omstillingsmulighederne indenfor en række områder med henblik at udbygge grundlaget for de lokale myndigheders overvejelser.

En omstillingsproces vil naturligvis kunne indebære, at der også sker en flytning af ressourcer. Det vil være den konkrete situation, der er bestemmende for, hvilke personelle ressourcer der i givet fald skal flyttes (læger, sygeplejersker, hjemmehjælpere etc.), og hvilke tekniske eller bygningsmæssige faciliteter der skal omdisponeres.

Det vil være nødvendigt, at de ansvarlige myndigheder ved planer om omstrukturering undgår, at der opbygges overflødig dobbeltkapacitet, f.eks. i og uden for sygehusvæsenet. I modsat fald vil man ikke alene fremkalde unødige udgifter, men også risikere at forringe kvaliteten som følge af et for ringe patientunderlag for den enkelte service. I overvejelserne bør også indgå, om man ved en udbygning af dele af sundhedsvæsenet - den være sig nok så hensigtsmæssig ud fra en ren faglig betragtning - forøger behandlingstilbuddene ud over det egentlig tilsigtede. Dette må navnlig ses på baggrund af, at der både inden for speciallægeområdet og sygehusområdet til enhver tid vil være opgaver, som i tilfælde af at kapacitetsdelen forøges vil kunne tages op ud fra en rent faglig betragtning.

De konkrete eksempler vil blive omhandlet i 3 afsnit:

1. Visse kroniske sygdomme, hvis behandling ved anvendelse af vandrejournalssystem og/eller etablering af behandlingsprogrammer i højere grad end tilfældet er i dag kan overføres til praksissektoren i stadigt samspil med sygehusenes specialafdelinger.
2. Patientgrupper, hvis behandlingsforløb det er medicinsk forsvarligt at ændre, (jvf. bl.a. bilag 1, sundhedsstyrelsens notat, maj 1983), og som i henhold til medicinalstatistikken har et sådant omfang, at en ændring vil kunne spille en økonomisk rolle, de såkaldte "sengetunge" sygdomsgrupper.
3. Funktioner, der i særlig grad medinddrager mange fagområder eller har en særlig samfundsmæssig betydning:
 - Børnesundhedstjeneste
 - Sundhedstjenesten for de ældre

- Skadebehandling
- Psykiatri
- Terminal pleje

Af de under punkt 3 nævnte områder har udvalget som nævnt i kapitel I fundet problemerne vedrørende behandling af de ældre patienter, af skaderne og af de psykiatriske patienter så betydningsfulde, at man har ladet særlige arbejdsgrupper udarbejde redegørelser for disse områder. Redegørelserne, der er resumeret i bilag 2, 3 og 4 danner grundlag for udvalgets forslag vedrørende disse grupper.

1. Kroniske sygdomme

En række af "store" eller "større" sygdomme i befolkningen er langvarige evt. livslange og kræver stadig eller periodevis behandling, genoptræning og sociale støtte foranstaltninger. Disse kroniske sygdomme har ofte akutte episoder, der kræver indlæggelse og langvarige mere stabile faser, der kræver vedligeholdelsesbehandling, kontrol og rehabilitering. Nogle af de største grupper er

- gigttilidelser
- epilepsi
- sukkersyge
- astma og bronkitis
- forhøjet blodtryk og andre kredsløbsslidelser
- hudsygdomme
- psykiske lidelser

Enkelte af disse sygdomme starter i barnealderen, de fleste begynder i voksenalderen.

Patienterne har behov for kontinuitet i behandlingen, selvom den gennemføres på flere niveauer af sundhedsvæsenet, ligesom de har behov for et tilhørsforhold til enkelte behandlere. Opfyldelsen af disse behov vil være en forudsætning for en økonomisk og rationel tilrettelæggelse af forløbet. Alment praktiserende læger er i vidt omfang inddraget i behandlingen af disse patientgrupper, men der er en tendens til, at den stadigt forfinede behandling i højere grad henlægges til sygehusvæsenets afdelinger herunder især ambulatorierne.

Almen praksis tilfører kontakten med patienterne nogle kvaliteter, som forbedrer behandlingen, nemlig et bredere syn på patientens sundhed og sygdom, en relativ let adgang til kontinuitet, fortrolighed og nærhed. Det er imidlertid forudsætningen for, at almen praksis i højere grad kan varetage behandlingen og koordinationen af de enkelte behandlingselementer, at den pågældende sygdomsgruppe findes med en sådan hyppighed, at den praktiserende læge til stadighed ser et vist antal patienter, at behandling og kontrol ikke kræver andet apparatur, end det der findes i almen praksis, eller som al-

men praksis har mulighed for direkte at henvise til (røntgen, laboratorieanalyser, ultralyddiagnostik etc.), at den praktiserende læge har og kan bevare en tilstrækkelig viden om området samt at ressourceforbruget ikke øges ved at flytte tyngden i behandlingen fra sygehusvæsen til praksis. Endvidere kan det ofte være ønskeligt, at der tilvejebringes behandlingsprogrammer, forstået som lokalt udarbejdede vejledninger for indholdet i og organisationen af den behandling og service, som kan tilbydes mennesker med en bestemt sygdom, jvf. kapitel VI.

De nævnte sygdomsgrupper og en række andre tilsvarende opfylder disse krav, og adskillige steder i den vestlige verden søger man at give den praktiserende læge det koordinerende ansvar for sådanne patienter.

For så vidt angår sygehusbehandlingen må det anbefales, at indlæggelser på sygehusafdeling forbeholdes til situationer med akutte forværelser af sygdommen, og at indlæggelse i så fald finder sted på samme afdeling som tidligere indlæggelser. Indlæggelse til justering af behandling og til registrering af sygdomsstatus kan finde sted på korttidsafsnit. Indlæggelse kan ofte undgås og den nødvendige sygehuskontrol kan finde sted på ambulatorier, med specialkyndigt personale til klarlæggelse af behandlingsmæssige spørgsmål, diætetiske foranstaltninger, vurdering af arbejdsfor måen, rehabilitering etc.

Såfremt behandlingsopgaverne i højere grad skal flyttes ud i primærsektoren, vil det efter såvel danske som udenlandske erfaringer forudsætte:

- at der etableres formaliseret efteruddannelse af læger, hjemmesygeplejersker og andre personalegrupper. Manglende uddannelse nævnes i størstedelen af den internationale litteratur som den væsentligste hindring for udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet, og der tænkes på efteruddannelse både m.h.p. eksisterende viden og ajourføring med den fremtidige udvikling.

Hvis praksissektorens behandling af disse patienter i højere grad skal samordnes med behandlingen i sygehusvæsenet og hos speciallæge, må en række foranstaltninger overvejes - herunder:

- indførelse af vandrejournaler
- koordination af eksempelvis syge-/hjemmepleje og af ergoVfysioterapi inden for og uden for sygehussektoren, må ske i en sådan grad, at den enkelte sygeplejerske eller terapiassistent bevæger sig fra sygehusvæsenet ud i primærsektoren, eller omvendt.
- brug af speciallæge konsulenter med tilknytning til såvel sygehus som primærsektor, hvorved opnås fordele, med hensyn til patientbehandlingen og uddannelse af personale i primærsektoren.

- tilbud om "interesseopdeling" i almen praksis for at sikre den enkelte alment praktiserende læges mulighed for samtidig at bevare en bred viden om et stort område og specialviden om et eller to af mange mulige særområder.
- anvendelse af behandlingsprogrammer ("vårdprogrammer") for at sikre ensartet kvalitet, organisatorisk sammenhæng og hensigtsmæssig resourceanvendelse.
- anvendelse af "små sygehuse" som behandlingssted i en overgangsfase for særlige patientgrupper, der er ude over den mest akutte og med hensyn til diagnostik og behandling mest apparaturkrævende fase eller modsat patienter, som nok er plejekrævende, men hvis behandling fortsat kan varetagelse af den praktiserende læge, evt. i samarbejde med en speciallæge.
- overenskomstmæssige forudsætninger for at den enkelte praktiserende læge kan organisere sig fleksibelt med eksempelvis korte og lange konsultationer eller "klinikker" for patienter med samme sygdom, således at hele praksis på én eftermiddag kan indstilles på bestemte kontroller og rutiner.
- tilsvarende relevante overenskomstjusteringer for andre sundhedsprofessioner.

Man vil kunne opnå, at patienterne indlagt på sygehusene samles på færre afdelinger end det mange steder er tilfældet i dag, at ambulatorierne aflaster sengeafdelingerne, og at de praktiserende læger aflaster ambulatorierne på sygehusene.

Patienterne vil kunne opnå den tryghed, der er forbundet med kendskab til alle behandlerne og følelse af kontinuitet. Forudsætningen er, at ambulatoribesøg programmeres og af patienten kan opfattes som en veltilrettelagt procedure, hvor alle aktuelle behov imødekommes.

2. Sengetunge sygdomsgrupper

Tabel 1 og 2 viser udviklingen i antal udskrivninger og antal forbrugte senge-dage i sygehusvæsenet fra 1979 til 1983 for de mest sengekrævende sygdomme i sygehusvæsenet. Af tabellen ses en udvikling i retning affaldende senge-dagsforbrug på trods af uændret eller endog stigende antal udskrivninger (indlæggelser) årligt. Undtaget herfra er akut dårligt defineret sygdom i hjernekær, slidgigt, symptomatisk hjertesygdom, leddegigt og lungekræft, der alle viser tiltagende forbrug af sygehussenge.

Tabel 1 De 17 "tungeste" sygdomsgrupper efter antal udskrivninger 1983

Diagnose (ICD 8)		1979	1981	1983
650 Fødsel uden komplikation	U	22801	20934	19325
	S	121420	105692	94461
641 Abort fremkaldt på andre legale indikationer	U	19435	19326	16556
	S	44223	37542	29105
626 Menstruationsforstyrrelser	U	19370	16969	16809
	S	64588	53555	51051
410 Akut hjerteinfarkt	U	16579	15790	16584
	S	227690	201945	193580
850 Hjernerystelse	U	14846	14291	14166
	S	52082	44286	41218
793 Observationstilfælde, som ikke kræver behandling	U	13397	13984	15566
	S	53493	51569	51669
250 Sukkersyge	U	12564	12893	13735
	S	190911	182108	173047
550 Lyskebrok uden oplysning om tarmslyng	U	11010	11301	12051
	S	58615	53348	50476
427 Symptomatisk hjertesygdom	U	10175	11123	13124
	S	107592	116830	129626
412 Kronisk iskæmisk hjertesygdom	U	10663	10355	9722
	S	153786	143140	130723
725 Diskusprolaps	U	10067	10417	11687
	S	145730	148134	148879
634 Andre komplikationer i svangerskab	U	9642	10213	9630
	S	81122	76818	64111
820 Brud af lårbenshals	U	10128	9996	10637
	S	321035	283547	281080
657 Komliceret langvarig fødsel af anden årsag	U	9218	9563	9110
	S	55451	54705	50793
540 Akut blindtarmsbetændelse	U	8881	9180	9052
	S	57457	51383	46850
713 Slidgigt og beslægtede tilstande	U	7837	8407	10607
	S	154986	169378	192576
174 Ondartet svulst i brystkirtel	U	6818	7442	9312
	S	79414	78072	82649

Tabel 2 De 16 "tungeste" sygdomsgrupper efter antal sengedage 1983

Diagnose (ICD 8)		1979	1981	1983	
820	Brud af lårbenshals	U	10128	9996	10637
		S	321035	283547	281080
436	Akut dårligt defineret sygdom i hjernekar	U	5421	6677	8067
		S	188995	239128	279020
410	Akut hjerteinfarkt	U	16579	15790	16584
		S	227690	201945	193580
250	Sukkersyge	U	12564	12893	13735
		S	190911	182108	173047
713	Slidgigt og beslægtede tilstande	U	7837	8407	10607
		S	154986	169378	192576
725	Diskusprolaps	U	10067	10417	11687
		S	145730	148134	148879
412	Kronisk iskæmisk hjertesygdom	U	10063	10355	9722
		S	153786	143140	130723
433	Blodprop i hjerne	U	3969	3937	3786
		S	142671	130718	116454
427	Symptomatisk hjertesygdom	U	10175	11123	13124
		S	107592	116830	129626
712	Leddegigt og beslægtede sygdomme	U	4686	4749	5238
		S	95702	107958	104471
650	Fødsel uden komplikation	U	22801	20934	19325
		S	121402	105692	94461
162	Ondartet primær svulst i luftrør, bronkie og lunge	U	6814	7120	9094
		S	98298	96859	105979
491	Kronisk bronkit	U	6653	7062	7135
		S	90352	93056	88615
796	Andre utilstrækkeligt oplyste og ukendte sygdoms-eller dødsårsager	U	2397	3704	4893
		S	48689	86684	94925
437	Udbredt sygdom i hjernen som følge af dårlig blodforsyning	U	2917	2636	2506
		S	90694	81441	79082
440	Åreforkalkning	U	3965	4289	5038
		S	83962	91898	94092

Den største enkeltgruppe er brud på *lårbenshals*, som på trods af markant faldende senge-dagsforbrug stadig beslaglægger op mod 1000 senge i sygehusvæsenet. Indlæggelsestiden er faldet i perioden. Det vurderes stadig som muligt at forbedre den operative teknik, således at patienterne bliver mobiliseret hurtigere. Med udbyggede pleje- og omsorgsforanstaltninger vil det efter ortopædkirurgisk skøn være muligt yderligere at nedbringe liggetiden. Denne diagnosegruppe er gjort til genstand for en særlig analyse i kapitel XIII og skal ikke nærmere omtales her.

Næsttungeste gruppe er gruppen akut, dårligt defineret *sygdom i hjernekar* der sammen med diagnoserne blodprop i hjernen og udbredt sygdom i hjernen som følge af dårlig blodforsyning tegner sig for op mod 475.000 senge-dage eller godt 1.600 senge i sygehusvæsenet. Dette meget store tal er utvivlsomt kun delvis udtryk for et reelt medicinsk behandlingsbehov. Forbruget er efter al sandsynlighed i lige så høj grad udtryk for, at det drejer sig om en svagelig gruppe af ældre patienter, hvis mulighed for tilbagevenden til aktiv livsførelse også kompromiteres af sådanne livsvilkår, at omsorg og pleje i hjemmet eller midlertidig eller permanent plejehjemsanbringelse er påkrævet, men ikke opnåelig. Dette kan bl.a. udledes af, at den gennemsnitlige liggetid er over 30 dage, hvad der er mere end nødvendigt for at opnå den behandlingseffekt, sygehuset kan tilbyde. Patienternes problem er dybtgående behandlet i arbejdsgruppen om ældre.

Sukkersygepatienter bruger op mod 600 senge i sygehusvæsenet. En arbejdsgruppe under sundhedsstyrelsens planlægnings- og visitationsudvalg har fornylig foretaget en undersøgelse af sukkersyges træk på hele sundhedsvæsenet. På arbejdsgruppens foranledning tilsluttede planlægnings- og visitationsudvalget sig en anbefaling af en oprustning af den ambulatoriske behandlingsskapacitet i sygehusvæsenet. Herved skulle det være muligt at nedbringe trækket på sengeafdelingerne. Såvel praktiserende speciallæger som alment praktiserende læger har fremført det synspunkt, at de i højere grad end i dag kunne overtage behandlingsopgaven.

Der synes således at tegne sig et mønster til afprøvning i de enkelte amtskommuner i retning af, at ambulatorier vil kunne aflaste sengeafdelingerne for nogle opgaver vedrørende sukkersygepatienter, og at praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger igen vil kunne aflaste ambulatorierne for visse opgaver. Forudsætningen for at overføre visse dele af den tungere sukkersygebehandling til praxissektoren er utvivlsomt en tættere kommunikation mellem sygehuse og praksis om den enkelte patient f.eks. ved hjælp af vandrejournaler. Endvidere vil det være en forudsætning, at hjemmesygeplejen og diætvejledningen oprustes i den primære sundhedssektor.

Tilsammen tegner *kronisk iskæmiske og symptomatiske hjertesygdomme* sig for ca. 260.000 senge-dage årligt, eller op mod 900 senge i sygehusvæsenet.

Den gennemsnitlige liggetid er ca. 11 dage. En del aftrækket på sygehusvæsenet vedrørende disse diagnosegrupper er utvivlsomt betinget af patienternes høje alder og vanskelige sociale baggrund. Imidlertid har speciallæger i intern medicin anført, at de i højere grad end det sker i dag vil kunne behandle patienter med hjertesygdomme og patienter med kredsløbslidelser som f.eks. for højt blodtryk i speciallægepraksis. Afhængig af lokale forhold kan amtskommunerne overveje, om visse af de til denne gruppe knyttede behandlingsopgaver kan udlægges fra sygehusenes sengeafdelinger og ambulatorier.

Ledlidelser er omtalt i afsnittet om kroniske sygdomme. Danske undersøgelser har påpeget muligheden af, at man med vandrejournalssystemet kan henlægge dele af behandlingen til den primære sundhedssektor under medvirken af specialafdelingerne. Herved frigøres i særlig grad ambulatoriekapacitet. Som anført i kapitel IX har fysiurigske speciallæger anført, at de også vil kunne overtage dele af den behandling, der i dag finder sted i sygehusregi.

Sundhedsstyrelsens idékatalog fra 1980 ("Ressourceanvendelse i sygehusvæsenet") påviste forskelligheder i indlæggelsestider for lettere *kirurgiske og gynækologiske sygdomme*. Lokale vaner, traditioner og præferencer er udslagsgivende herfor. Imidlertid har det vist sig, at sygdomme som lyskebrok, forhudsforsnævring, åreknuder etc. i mange tilfælde kan behandles enten under korttidsindlæggelse eller deldøgnsindlæggelse. En afkortning af den gennemsnitlige liggetid i forbindelse med abort skulle ligeledes være mulig. Afgørende for en sådan reduktion er imidlertid, at ambulatorieforløb og indlæggelsesforløb planlægges af kompetent læge på et tidligt tidspunkt, så den diagnostiske fase begrænses, behandling iværksættes tidlig og afsluttende kontrol bliver effektiv. Om behandlingen kan overtages af praktiserende speciallæger må afhænge af lokale forhold og kapacitetsbetragtninger. I kapitel IX er refereret lægelige synspunkter herpå.

Cancerpatienter

Der opstår godt 20.000 nye cancertilfælde om året i Danmark, der næsten alle primært opereres. Cancerpatienter er imidlertid en kategori der vidtgående trækker på ambulatorier og tværgående servicefunktioner i sygehussektoren, før behandling iværksættes, for at diagnosticere og stadieinddele patienterne med henblik på valg af behandling. I alt foretages der 63.000 indlæggelser af cancerpatienter årligt svarende til, at hver cancerpatient indlægges ialt 3 gange med sin sygdom. Der medgår hertil 875.000 sengedage svarende til ca. 3.000 sengepladser. Hver indlæggelse er således i gennemsnit af ca. 2 ugers varighed. Hertil kommer ambulatoriebesøg og ambulante behandlingsbesøg. Opmærksomheden henledes på, at det høje forbrug ikke umiddelbart kan udtrækkes af sundhedsstyrelsens medicinalstatistik, fordi cancerpatienterne er underopdelt efter hvilket organ, der primært er sygdommens sæde.

En egentlig forkortelse af liggetiden og en mindselse af sengeforbruget vil være vanskelig opnåelig, men der vil nok være mulighed for at undgå en del

af indlæggelserne ved en udbygning af hjemmeplejen. Et særligt forhold er muligheden for terminal pleje uden for sygehusene. Der henvises her til afsnittet herom i slutningen af dette kapitel.

Skadebehandlingen er omtalt andetsteds i dette kapitel. I dette afsnit skal blot anføres, at der foruden patienter med brug på lårbenshalsen indlægges ca. 100.000 skadespatienter årligt med et forbrug på godt 800.000 sengedage. Den relative korte indlæggelsestid for disse patienter viser, at en intensiveret arbejdsgang næppe vil kunne nedbringe liggetiden yderligere. Imidlertid viser det meget store antal patienter, at omkostningerne til drift må ses i lyset af indsatsen, herunder den forebyggende indsats indenfor andre sektorer, specielt trafiksektoren.

3. Udvalgte områder

3.1 Den sociale og sundhedsmæssige indsats overfor børn og unge

I de senere år har samfundet vist børn og unge en øget opmærksomhed, bl.a. manifesteret i Børnekommissionen (betænkning nr. 918, 1981) og Regeringens ungdomsudvalg (afsluttende rapport nr. 5, 1984). Endvidere afgav Dansk pædiatrisk Selskab 1983 betænkningen "Dansk pædiatri frem til år 2000". Disse vidner samstemmende om, at den øgede materielle vedfærd ikke har givet sig udtryk i en reduktion af antallet af børn med sociale og sundhedsmæssige behov. Der har derimod været tale om en ændring i karakteren af disse behov. De påpeger ligeledes samstemmende, at den dårlige helbredstilstand viser sig i et nyt sygdomsmønster, som er mindre dramatisk, men ikke mindre nedbrydende for livskvaliteten, og som kalder på opprioritering af samfundets indsats, ændrede holdninger og ændrede samarbejdsformer både i sundhedsvæsenet og i andre sektorer, som har med børn og unge at gøre.

I det følgende beskrives udviklingstendenser i helbredstilstanden hos børn og unge, og der gives en oversigt over sundhedsvæsenets opgaver. Dernæst omtales nogle samordningsproblemer, der knytter sig til indsatsen over for børn og unge, og der opstilles forslag med henblik på en forbedret samordning af indsatsen.

Udviklingstendenser i børns helbredstilstand

Der er i dette århundrede sket et betydeligt fald i dødeligheden for børn og unge, ligesom der er sket en afgørende reduktion i sygeligheden af f.eks. de infektionssygdomme, som tidligere bidrog til den høje dødelighed.

Disse konstaterende faldi dødeligheden og sygelighed må for en væsentlig del tilskrives samfundets sociale og økonomiske udvikling.

Derimod er der inden for samme periode forekommet et stigende antal psykosociale sygdomme og sygdomme i bevægeapparatet, som i væsentlig grad kan tilskrives ændringer i levevilkår.

Det drejer sig om adfærdsmæssige problemer i hjem, daginstitution og skole og for de unges vedkommende om problemer i forholdet mellem deres egne og samfundets regler og normer (samspilsproblemer). De medfører indlæringsproblemer i skolen og problemer med uddannelse og erhvervstilpasning. De opstår på grund af forskellige psykosomatiske reaktioner, lettere sansemæssige vanskeligheder og afvigelser i bevægeapparatets funktion, som alle påvirker børnenes følelsesmæssige og indlæringsmæssige funktion og udvikling. Det er sygdomme, der set ud fra et "somatisk" synspunkt *kvalitativt* ikke er så alvorlige, men som bedømt ud fra hyppigheden og fra et trivsels- og udviklingssynspunkt må anses for at være af væsentlig og alvorlig betydning for børns og unges dagligdag, udvikling og fremtidsmuligheder.

Eksempler på sygdomsproblemer præsenteret i forskellige dele af sundhedsvæsenet

- a. Opgørelser fra sundhedsplejersker tyder på, at ca. 15% af alle børn i førskolealderen har væsentlige sanse- eller bevægelseshandicap, følelsesmæssige eller sociale problemer eller lever under belastende sociale forhold.
- b. Opgørelser fra skolelægeordningen tyder på, at 15% har legemlige problemer, heraf 10% af alvorlig betydning og at 15% har psykiske lidelser, heraf 5% af alvorlig karakter.
- c. Praksisundersøgelser fra forskellige dele af landet viser med en vis variation, at ca. 10% af almen praksis' patientkontakter er med børn (excl. de forebyggende helbredsundersøgelser). Gruppen udgør ca. 21% af befolkningen. De hyppigste årsager til kontakt med almen praksis er akutte infektioner og skader og med stigende alder ses især børn med psyko-somatiske reaktioner og lidelser i bevægeapparatet.
- d. Hvis der ses bort fra raske nyfødte, udgør børn (0-14 år) 13% af samtlige udskrivninger fra de somatiske sygehusafdelinger og de beslaglægger 10% af samtlige sengedage. De største diagnosegrupper er skader, forgiftninger og vold, åndedrætsorganernes, nervesystemets og fordøjelsesorganernes sygdomme, medfødte misdannelser og sansedefekter. Det skønnes endvidere, at ca. 10% af alle børn har en eller anden kronisk lidelse, hvoraf hovedparten er "medicinske" lidelser (allergi, sukkersyge etc.) og mentale handicap. Mange af de sidstnævnte børn er multihandicappede med et stort behov for en koordineret indsats fra forskellige samarbejdende faggrupper.

Oversigt over sundhedsvæsenets forebyggelses- og behandlingsopgaver

De 0-6-årige

De forebyggende helbredsundersøgelser af kvinden under svangerskabet danner den naturlige optakt til de forebyggende helbredsundersøgelser af de 0-6-årige, inklusive vaccinationsprogrammet hos alment praktiserende læge.

Udnyttelsen af disse programmer er vedvarende høj, og der er sket en betydelig udvikling i den lægelige indsats i løbet af de seneste 10 år for at forbedre

kvaliteten af programmet. Indførelse af vaccinationsprogrammet mod røde hunde, mæslinger og fåresyge vil yderligere forøge værdien af det samlede program.

Næsten alle børn over hele landet tilses af *sundhedsplejerske*, indtil de bliver 1 år. Herefter ses betydelige forskelle i indsatsen, idet sundhedsplejersken i nogle kommuner opretholder kontakten med en relativ stor gruppe børn indtil 4 års alderen eller aflægger besøg til alle på et bestemt alderstrin, f.eks. 3 årige, mens de i andre kommuner kun følger ganske få børn, der er over 1½-2 år.

Med hensyn til samarbejdet mellem praktiserende læger og sundhedsplejersken er der et formelt krav til sundhedsplejersken om at formidle kontakt til lægen, såfremt hun finder, at et barn har behov derfor, og at yde vejledning og bistand i samarbejde med lægen til forældre, hvis børn har talrige sundhedsmæssige problemer. Endvidere lægges der i sundhedsstyrelsens vejledning af januar 1982 til praktiserende læger vedrørende profylaktiske lægeundersøgelser af børn stor vægt på, at lægens indsats samordnes med andre faggrupper, herunder sundhedsplejersken, især i forbindelse med helbredsundersøgelser af børn med trivsels- og udviklingsproblemer. Endelig indgår i sundhedsplejerskens blanketsamling "Barnets Kort". Dette kan benyttes af sundhedsplejersken, lægen, børnetandplejen og hjemmet til notater om barnets udvikling og sundhedstilstand m.m.

Omfanget af uformelle kontakter og henvisninger fra læger til sundhedsplejersker er imidlertid ofte meget begrænsede, især i København og i andre urbaniserede områder, hvor den enkelte sundhedsplejerske har klientfællesskab med et stort antal læger. Der er dog adskillige eksempler på intensiveret samarbejde mellem sundhedsplejersker og almen praksis, spændende fra hyppige telefoniske kontakter til teamdannelser og tværfaglige fællesmøder med sagsbehandlerne i social- og sundhedsforvaltningen om enkeltsager og fælles problemområder f.eks. grupper af klienter/patienter med fælles sundheds- og sociale problemer. Endelig har læger og sundhedsplejersker i enkelte kommuner gennemført tværfaglige forsøgsaktiviteter, der omfatter eksempelvis familieforbereelse og gruppeundersøgelse af børn.

De 6-16-årige

I 1982 ændredes *skolelægeordningen* således, at antallet af rutinemæssige lægeundersøgelser blev reduceret. Langt de fleste kommuner (ca. 92%) har dog indført ordninger, der tæller flere undersøgelser end minimumsmodellen (én undersøgelse ved skolestart).

Ved indførelsen af den nye ordning tilstræbte man en øget sundhedspædagogisk indsats i et samarbejde mellem skolelægeordningens personale, lærerne og forældrene.

Omlægningen har imidlertid medført et stigende behov for samarbejde mellem skole og social- og sundhedsforvaltning, samt en klarere afgrænsning af

skolelægeordningens "bedriftssundhedstjenesteopgaver" og de individuelle opgaver, som igen afgrænses over for de opgaver, der varetages af almen praksis.

Børnetandplejen har inden for de sidste 10-20 år gennemgået en stærk udvikling og bidraget væsentligt til den stærkt forbedrede tandsundhed.

Som det fremgår af tabel 3 anvender børnetandplejen mere end dobbelt så mange ressourcer, som anvendes af de andre forebyggende sundhedsordninger tilsammen.

Som det videre fremgår af tabel 3 udgjorde ressourcerne til *behandlingsmæssig indsats* navnlig i forbindelse med *sygehusindlæggelse* (i 1980) hovedparten af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenets indsats over for 0-16 årige.

Tabel 3 Omtrentlige driftsøkonomiske budgettal 1980 for sundhedsudgifter til børn og unge (0-16 år)

1. Børneprofylakse 0-6 år i almen praksis	45 mio.kr.	1,7%
2. Sundhedspleje excl. skolesundhedspleje	128 mio.kr.	4,8%
3. Skolelægeordning	116 mio.kr.	4,3%
4. Børn 0-6 år i almen praksis (fordelt ud fra procentuelle kontakter)	195 mio.kr.	7,4%
5. Sygehusindlæggelser af børn 0-16 år (baseret på fordeling af sengedagsforbrug)	1400 mio.kr.	52,7%
6. Pædiatriske speciallæger i praksis	2,5 mio.kr.	0,1%
7. Børnetandplejen	770 mio.kr.	29,0%
Ialt	2.656,5 mio.kr.	100%

En væsentlig del af indsatsen er rettet mod en mindre del af gruppen af børn og unge, fortrinsvis grupperne af børn med særlige behov, som er omfattet af folkeskolelovens § 19, mod børn med kroniske sygsomme samt mod børn af indvandrerfamilier.

Samordningsproblemer og forslag til afhjælpning

I det følgende omtales 3 områder, hvor der optræder samordningsproblemer i den sociale og sundhedsmæssige indsats over for børn og unge. Det drejer sig om pleje og pasning af børn med akut sygdom og om indsatsen over for de børn, der er omfattet af folkeskolelovens § 19, henholdsvis stk. 1 og 2 (børn med særlige behov og børn med vidtgående handicap). Der fremsættes forslag til en forbedret samordning af indsatsen på disse områder.

Der indlægges om året herhjemme ca. 100.000 børn under 15 år på sygehus, langt de fleste akut som følge af en *akut sygdom*. I de fleste tilfælde er indlæggelsen påkrævet, f.eks. på grund af behandlingsbehov, der kun kan dækkes på sygehus.

Ved en mindre del af indlæggelserne, skønsmæssigt 10-15%, skyldes denne en kombination af behandlings- og pasningsbehov, som i den aktuelle situation ikke kan dækkes i hjemmet. Det drejer sig typisk om infektioner, f.eks. lettere tilfælde af lungebetændelse, hvor behandlingen kunne finde sted i hjemmet, såfremt pasningsmulighederne var til stede.

Pasningsproblemerne forekommer hos familier med udearbejdende forældre. Endvidere kan der være problemer med at gennemføre behandling i hjemmet hos socialt belastede familier samt i indvandrerhjem, hvor der f.eks. på grund af kommunikationsproblemer ikke kan sikres et behandlingsprogram gennemført.

Der er i dag hjemmel for, at flere faggrupper kan inddrages i forbindelse med *syge børns behandling og pleje i hjemmet*. Den praktiserende læge kan efter sygesikringsoverenskomsterne foretage hjemmebesøg således, at behandlingen kan påbegyndes og kontrolleres ved efterfølgende besøg. Hvad angår observations- og plejemuligheder er der herudover muligheder for, at forældrene kan rekvirere besøg af sundhedsplejerske, ligesom lægen kan henvise til besøg af hjemmesygeplejerske. Endelig kan der i henhold til bistandsloven rekvireres hjemmehjælp til praktisk bistand i forbindelse med plejen af det syge barn.

I praksis stilles der imidlertid store krav til, at ovennævnte foranstaltninger iværksættes. I dag benyttes hjemmesygeplejersker i et vist omfang i forbindelse med akut sygdom hos børn, men det er ikke almindeligt, at sundhedsplejerskerne inddrages i disse tilfælde.

Det er derfor behov for at gennemføre forsøgsordninger i udvalgte kommuner, hvorefter ovennævnte grupper inddrages efter en model, som planlægges i et samarbejde mellem de involverede faggrupper, eventuelt bistået af den lokale pædiatriske afdeling. Specielt er det vigtigt, at der foreligger nøje planer for, hvorledes observationsforløbet ved starten af sygdommen tilrettelægges.

De etablerede pasningsordninger bør nøje evalueres, og det bør herunder præciseres, hvilke forløb der gennemføres som alternativ til sygehusindlæggelse.

Børn med *vidtgående fysiske eller psykiske handicap*, som er omfattet af folkeskolelovens § 19 stk. 2, kræver en samordnet indsats fra 3 forskellige forvaltningsområder under amtskommen: Skoleforvaltningen har ansvaret for den pædagogiske indsats, også i barnets *førskolealder*. Social- og sundhedsforvaltningen har ansvaret for omsorg og pleje på boinstitution (herunder den lægelige betjening), medens sygehusforvaltningen har ansvaret for en indsats, der varetages på f.eks. de pædiatriske afdelinger, herunder de sygeafdelinger, der er knyttet til boinstitutionerne. Indsatsen varetages af en lang række fagpersoner, og dette medfører i praksis, at der ofte er samordningsproblemer. I visse tilfælde kan der f.eks. opstå problemer, hvis et barn overgår til skolegang i pri-

mærkommunen, idet der ikke her kan tilbydes særlig bistand i forbindelse med undervisningen, f.eks. fra fysio- og ergoterapeuter og speciallæger.

§ 19 stk. 2-børnene har et relativt stort forbrug af sengedage i sygehusvæsenet, og det er karakteristisk, at behovet for sygehusbehandling kan opstå på grund af manglende kontinuitet i den terapi og træning, som er påkrævet som led i barnets hverdag.

Da ansvaret for den samlede indsats over for § 19 stk. 2-børnene i første række påhviler amtskommunen, skulle der være gode muligheder for at styrke en samordning af indsatsen mellem de 3 amtslige forvaltningsområder, og mellem amtskommune og primærkommunerne. Indsatsen vil involvere repræsentanter for skoleforvaltning, socialcenter, ledelse fra boinstitutioner, institutionslæger, sygehus (pædiatrisk afdeling) samt fra primærkommuner.

Der bør bl.a. ske en kortlægning af den samlede indsats, herunder benyttelsen af sygehuskapacitet, og anvendelsen af primære lægeydelser på boinstitutioner. Endvidere bør det påses, at terapi og træning ikke afbrydes hos de børn, der overgår til undervisning i primærkommunalt regi.

En lang række fagpersoner er inddraget i undervisningen af og i sideløbende støtte til de *børn med særlige behov*, der er omfattet af folkeskolelovens § 19, stk. 1. Ud over skolens lærerstab inddrages den pædagogiske/psykologiske rådgivning (PPR), samt skolelægeordningen. Disse børn vil imidlertid ofte have behov for andre foranstaltninger hos social- og sundhedsforvaltningen, ligesom den praktiserende læge ofte inddrages. Endvidere er det karakteristisk for denne gruppe af børn, at de relativt hyppigt indlægges på sygehus på grund af blandede sociale og medicinske problemer.

Samordningsproblemerne består bl.a. i, at der ikke direkte er knyttet sundhedsfaglig ekspertise til specialrådgivningen, samtidig med, at det kan være vanskeligt at afgrænse, om den lægelige bistand, når denne kommer på tale, skal varetages af skolelæge eller alment praktiserende læge.

Samordningsudvalget skal foreslå, at der gennemføres forsøgsordninger med forskellige *modeller for samarbejde* mellem pædagogisk, social og sundhedsfaglig sagkundskab som led i en samordnet indsats over for denne gruppe af børn og unge. Ordningerne bør tilrettelægges i de enkelte kommuner på baggrund af disses størrelse, demografiske forhold og organisation. Der bør tages samlede beskrivelser af indsatsen, og denne bør evalueres, bl.a. med henblik på eventuelle ændringer i sygehusforbrug m.v. i forbindelse med forsøgsordningernes gennemførelse.

Som led i sådanne forsøgsordninger bør det afprøves, i hvilket omfang pædiatrisk bistand fra lokalt sygehus eller fra

speciallægepraksis kan udnyttes på konsulentbasis. Endelig bør det undersøges om det tværfaglige samarbejde om § 19 stk. 1-børnene kan udstrækkes til også at omfatte forebyggende opgaver over for daginstitutionsbørn med særlige behov.

3.2 Den sociale og sundhedsmæssige indsats over for ældre

Samordningsudvalget nedsatte en arbejdsgruppe til at behandle den sociale og sundhedsmæssige indsats over for ældre og skal henvise til bilag 2, som indeholder gruppens kommissorium og sammensætning samt forslag til handlingsmodeller. Endvidere henvises til gruppens samlede rapport, der publiceres særskilt, som appendix A. Udvalget finder, at arbejdsgruppens rapport er et vægtigt bidrag til diskussionen af indsatsen over for ældre og kan i alt væsentligt tilslutte sig indholdet i både rapporten og de foreslåede handlingsmodeller. Udvalget finder, at handlingsmodellerne tilsammen udgør et idégrundlag, som direkte vil kunne anvendes i forbindelse med den samlede planlægning af indsatsen over for ældre i den enkelte amtskommune og dennes primærkommuner.

Udvalget finder ikke blot, at der i materialet er baggrund for forsøgsvirksomhed. Man finder også, at der inden for visse områder er tilstrækkelig dokumentation til, at konkrete tiltag kan iværksættes.

I det følgende skal udvalget fremhæve nogle generelle forhold, som det finder væsentlige, når indsatsen over for ældre skal samordnes. Der ligger heri ikke et forsøg på at udvælge enkelte idéer blandt arbejdsgruppens handlingsmodeller, idet disse efter udvalgets opfattelse bør betragtes i en helhed.

Ældrekommissionens rapporter fremhævede de ændringer, der er sket i *befolkningens alderssammensætning*. Gruppen af ældre, og især af de ældste (på 80 år og derover), er vokset meget stærkt, og der er for sidstnævnte gruppe næsten sket en fordobling i løbet af 20 år. Det er dog vigtigt, at de enkelte ældre-årsgange ikke betragtes statisk, idet der over selv en kortere tidsperiode bl.a. forekommer generationsbetingede forskydninger inden for de enkelte aldersgrupper, både hvad angår sygelighed, funktionsniveau samt sociale betingelser (f.eks. socialt netværk og boligforhold). Derfor er det nødvendigt, at der i vurderingen af behovene for indsats over for ældrebefolkningen i et lokalområde tages højde for, at indsatsen ikke kan planlægges alene ud fra alderssammensætningen.

Ved tilrettelæggelsen af indsatsen over for ældre er det vigtigt at anskue *aldringsforløb* og *behandlingsforløb*. De fleste ældre befinder sig i egen bolig, og man finder for størstedelens vedkommende et godt helbred og et funktionsniveau, der ikke kræver social eller sundhedsmæssig bistand. Den enkelte ældre kan imidlertid, som følge af sygdom i hjemmet eller ændringer i sociale betingelser, relativt hurtigt gennemgå et forløb med markant nedsættelse af funktionsniveauet, med risiko for varig og yderligere reduktion af dette. En

hurtig indsats er derfor påkrævet, specielt da der ofte forekommer forsinkelser, før problemerne præsenteres for læge eller social- og sundhedsforvaltning.

Når ældre får behov for social- og sundhedsmæssig bistand, kræver denne ofte samtidig indsats fra flere fagpersoner, ligesom der i et tidsforløb forekommer skift mellem forskellige grupper og instansers indsats.

Arbejdsgruppen har i sin analyse af disse forhold introduceret og defineret en ”*behandlingskæde*”, og som eksempel anvendt en forløbsmodel omfattende indsats i hjemmet, sygehusindlæggelse, -ophold og -udskrivning, samt opfølgning efter udskrivning. Herved illustreres det store behov for samordning af indsatsen, idet forløbet indebærer ”krydsninger” af både fag- og sektorskel.

De ofte komplicerede behandlingskæder, som ældre personer typisk gennemløber, nødvendiggør en løbende og **samordnet planlægning og** justering af indsatsen, både på politisk/overordnet administrativt niveau og på praktisk ledelsesniveau. Da behandlingsforløbene typisk omfatter indsats fra både almen praksis, social- og sundhedsforvaltning samt sygehus, må samordningen sikres i et samarbejde mellem amtskommunen og tilhørende primærkommuner på begge de omtalte niveauer. Både de forløb, der omfatter sygehusindlæggelse, og de forløb, som overvejende indebærer forebyggende indsats ved social- og sundhedsforvaltning og almen praksis, bør være anliggender for dette samarbejde, ikke mindst, da en øget vægt på forebyggende indsats i kommunerne giver anledning til ændret byrdefordeling.

Arbejdsgruppen har peget på forskellige modeller for samarbejde, og der skal henvises hertil.

Den organisatoriske samordning kan, især når det gælder ældreområdet, ikke ses isoleret fra *uddannelsesbehovene*. Der er generelt store udækkede behov for undervisning i både gerontologi og geriatri i alle faggrupper.

Udvalget finder det væsentligt, at en samlet uddannelsesplanlægning varetages i et samarbejde mellem amtskommuner (sygehus), primærkommuner og almen praksis. Karakteren af indsatsen inden for ældreområdet taler for anvendelsen af tværfaglige kursusmodeller. Der kan i den forbindelse peges på de modeller som anvendes i socialstyrelsens forsøgskurser, idet der er stort behov for indlæring i omstillingsprocesser og i kommunikation. Det er imidlertid også nødvendigt, at gerontologi og geriatri indgår med større vægt i såvel grund-, videre- og efteruddannelse.

Udvalget finder det vigtigt at fremhæve arbejdsgruppens anbefalinger om at lægge øget vægt på den *forebyggende* indsats. Fremhævelsen skyldes ikke mindst, at der foreligger dokumentation for, at en opsøgende og opfølgende indsats har effekt. Her kan nævnes arbejdsgruppens eksempler på forsøg med regelmæssige hjemmebesøg i Rødovre og i Odense kommuner, forsøg med døgnhjemmepleje i Næstved, og

forsøg med opsporing af "risikosituationer" i Holbæk. Udvalget kan, på baggrund af den foreliggende dokumentation, og på baggrund af bl.a. socialstyrelsens indehøstede viden om forsøgs- og omstillingsmuligheder i kommunerne anbefale, at der i alle kommuner udarbejdes planer for opfølgende og opfølgende virksomhed blandt hjemmeboende ældre. Den nøjere tilrettelæggelse af den forebyggende virksomhed bør ske lokalt, men det er vigtigt, at udvalgte modeller nøje følges og evalueres både i amtskommunerne og centralt. Det bør herved analyseres, i hvilket omfang disse programmer medfører ændringer i sygehusforbrug m.v.

Arbejdsgruppen har peget på vigtigheden af, at *indlæggelsesforløb planlægges*. Akutte indlæggelser bør undgås, hvor det er muligt, og der bør tilvejebringes gode lægelige og sociale oplysninger ved indlæggelsen.

Samordningsudvalget skal fremhæve arbejdsgruppens inddeling af det ældre patientklientel. De fleste indlæggelser, især af "yngre" ældre skyldes forholdsvis enkle diagnostiske og behandlingsmæssige behov, hvorved indlæggelsesforløbet ikke adskiller sig fra det, som findes hos yngre patienter. Der kan derimod udskilles et patientklientel, fortrinsvis i de allerældste aldersgrupper, som har det typiske geriatriske (sammensatte) sygdomsbillede, som kræver længelevende færdighedsbehandling, og hvor en "kompliceret udskrivning" kan forudses.

Samordningsudvalget kan tilslutte sig arbejdsgruppens anbefaling af, at der under hele sygehusopholdet sikres et kontinuerligt lægeligt ansvar for det geriatriske patientklientel, og at en udvikling af det geriatriske/langtidsmedicinske grenspeciale til dette formål i amtskommunen sker i et tæt samarbejde med de internmedicinske afdelinger, hvad enten der er tale om geriatriske afdelinger eller geriatriske afsnit. Det bør herved tilstræbes, at geriatriske patienter tidligst muligt kan aftages fra akut modtageafdeling til geriatrisk afsnit/afdeling.

Hvad angår udskrivningsforløbet, kan udvalget tilslutte sig arbejdsgruppens forslag om, at social- og sundhedsforvaltningerne under sygehusopholdet inddrages i et sådant omfang, at visitationen til sociale foranstaltninger under sygehusopholdet bliver i overensstemmelse med den indsats, som ud fra en bedømmelse efter at udskrivningen har fundet sted, findes påkrævet.

Udvalget er endvidere enig i, at udskrivningsforløbet især for det ældre patientklientel er en sårbar periode, og kan derfor anbefale, at social- og sundhedsforvaltningerne og al-

men praksis indgår i forsøgsordninger med samordnet opfølgning i form af hjemmebesøg efter udskrivning. Udvalget skal henvise til de foreslåede modeller.

Arbejdsgruppen har i forbindelse med opstilling af handlingsmodellerne udtalt, at en gennemførelse af disse ikke nødvendigvis vil kræve flere *ressourcer*. Begrundelsen for dette er, at der i visse tilfælde bliver tale om en intern omlægning af arbejdsressourcerne, med vægten på en tidligere indsats således, at unødige ekstraudgifter ved en for sen indsats undgås.

Samordningsudvalget er enig i, at der i et vist omfang foreligger dokumentation for, at øgede ressourcer ikke er påkrævet. Det forudses dog, at der ved visse af programmerne kan blive tale om primærkommunale ekstraudgifter ved ordningernes iværksættelse. Udvalget skal derfor understrege nødvendigheden af, at der i et samarbejde mellem den enkelte amtskommune og tilhørende primærkommuner sker en nøje overvågning af effekten på sygehusforbruget af kommunernes forebyggende virksomhed over for ældre. Udvalget finder, at frigjort sygehuskapacitet og de derved frigjorte ressourcer opnået ved denne virksomhed, bør kanaliseres til finansieringen af sygesikringen og kommunernes eventuelle tilsvarende merbrug.

3.3 Skadebehandling

Fra arbejdsgruppen vedrørende skadebehandling har udvalget modtaget en redegørelse, hvis resumé og forslag til handlingsmodeller er gengivet som bilag 3. Redegørelsen publiceres i sin helhed særskilt som appendix B.

Det fremgår, at arbejdsgruppen særligt har undersøgt mulighederne og forudsætningerne for, at skadebehandlingen i et vist større omfang overføres til almen praksis fra sygehusenes skadestuer.

Fra redegørelsen ønsker samordningsudvalget særligt at fremhæve at:

der er en betydelig variation fra sygehuskommune til sygehuskommune i organiseringen af skadebehandlingen med mindst udlagt til almen praksis i nærheden af større byområder betjent af vagtlæger, samt at det er muligt at tilrettelægge skadebehandlingen med skadestuer, der er lukket for selvvisiterende patienter.

- skadestuebehandlingen af selvhjulpne patienter sjældent er foranlediget af behov for speciallæge og ikke findes tilgængelig for patienterne i alle sygehuskommuner,
- 90% af de nødvendige røntgenundersøgelser efterfølgende kan udføres i dagarbejdstiden,

brugen af skadestuen har afsmittende virkning i form af øget efterkontrolbehandling i sygehusambulatorier,

- foreliggende undersøgelser synes at pege på muligheden for reduktion af lægetidsforbruget ved begrænsning i patienternes adgang til skadestuerne.

Udvalget har samtidig noteret sig, at

- øget skadebehandling i almen praksis forudsætter mulighed for lægelig visitation og let adgang til konsultation, og at 40% af befolkningen er dækket af vagtlægeordninger, der ikke tilgodeser dette, selvom mulighederne herfor er til stede i landsoverenskomsten for almen praksis,
- det findes vigtigt at tilvejebringe et forbedret grundlag for at vurdere befolkningens behov for skadebehandling.

Samordningsudvalget kan tilslutte sig forslaget om, at der etableres retningslinier for skadebehandlingen i de enkelte amtskommuner. Med udgangspunkt i de muligheder arbejdsgruppen har opstillet for at begrænse sygehusvæsenets tilbud om skadebehandling med henblik på udlægning til almen praksis kan udvalget *tilslutte* sig, at

det bør undersøges, om deldøgnslukning af nogle eller alle skadestuer for selvvisiterende patienter er hensigtsmæssig, dels ud fra driftsøkonomiske overvejelser, dels ud fra kendskab til kapaciteten i almen praksis. Eller om visse skadestuer i en sygehuskommune kan lukkes permanent eller på rotation indenfor sygehuskommunen.

Udvalget kan *tiltræde*, at det bør være en forudsætning for en udlægning af skadebehandling til praksis, at vagtlæger i almen praksis i lighed med praktiserende læger har adgang til telefonisk kontakt med patienterne, adgang til konsultationslokale eller/og mulighed for hjemmebesøg.

Udvalget kan endvidere *tilslutte sig* anbefalingerne af informativ virksomhed vedrørende selvhjælpsmuligheder og den lokale organisering af skadebehandlingen.

Som grundlag for amternes overvejelse kan udvalget *tiltræde* de beregningsmodeller arbejdsgruppen har redegjort for.

3.4 Distriktpsychiatri

Indenfor det distriktpsychiatiske område har man i en årrække arbejdet for en koordinering af den psykiatiske indsats med inddragelse af såvel den primære og den sekundære sundhedssektor som socialsektoren. I den distriktpsychiatiske indsats har man bl.a. lagt vægt på at styrke behandlingen uden hospitalsindlæggelse.

I litteraturen beskrives forskellige modeller for psykiatrisk indsats, og både internationalt og her i landet er der allerede nu erfaringer med praktisk gennemførelse af flere typer.

Samordningsudvalget nedsatte derfor en arbejdsgruppe med den opgave at udarbejde en redegørelse for distriktpsykiatrien samt at fremkomme med et forslag til anbefalinger og henstillinger til amtskommunerne med henblik på at fremskynde psykiatriens udvikling efter distriktpsykiatriske principper.

Idet der henvises til arbejdsgruppens resumé (bilag 4) og samlede notat (Appendix C), skal især fremhæves følgende synspunkter:

Den distriktpsykiatriske tanke indebærer bl.a. et ønske om en geografisk opdelt og decentral psykiatrisk serviceordning. Dette udspringer af en stigende erkendelse af, at en del patienter med psykiske lidelser med fordel kan behandles uden indlæggelse.

Indholdet i distriktpsykiatrien er kendetegnet ved et nuanceret udbud af behandlingstyper, hvor forskellige former for psykiske problemer i befolkningen imødekommes med forskellige former for indsats fra social- og sundhedssektoren. Hovedtendensen i distriktpsykiatrien er således ikke udelukkende et spørgsmål om en ændret organisation og nye samarbejdspartnere, men også en ændring af både behandlingstilbud og behandlingsindhold.

Selvom der fokuseres på udviklingstendenser inden for sundhedssektoren må social- og sundhedssektorens samlede indsats overfor mennesker med psykosociale problemer betragtes i sin helhed, idet der også inden for socialektoren forekommer en lang række aktiviteter, hvis formål er at styrke befolkningens sociale netværk også i relation til klienter med psykiske problemer.

Der vil imidlertid til stadighed være patienter, som foretrækker den form for psykiatrisk behandling, som gives af praktiserende speciallæger, og disse vil derfor udfylde en vigtig funktion som supplement til de distriktpsykiatriske ordninger.

Det må erkendes, at der findes ingen entydige opfattelser af, hvorledes man definerer distriktpsykiatri. Der er dog enighed om en række hovedelementer som i forskellig udstrækning bør indgå i den konkrete udformning af distriktpsykiatriske modeller.

Hovedelementerne i det distriktpsykiatriske arbejde kan henføres til følgende syv principper:

- geografisk nærhed mellem patient og behandler
- afinstitutionaliserende behandling
- kontinuitet i patient/behandlerforholdet
- samarbejde mellem sektorerne omkring patientbehandlingen
- tværfaglig behandlingsindsats
- forebyggende indsats
- forskning/evaluering

Geografisk nærhed mellem patient og behandler

Formålet er dels at give lettere adgang til forskellige former for psykiatrisk og/eller social indsats, dels at patienterne kan forblive i lokalmiljøet, og dels

at etablere klient/patientfællesskab mellem social- og sundhedssektoren. Ved at decentralisere indsatsen reduceres det antal behandlere, som har med den enkelte patient at gøre og dermed antallet af nødvendige samarbejdspartnere.

Så lidt institutionaliserende som muligt

Behandlingen må tage udgangspunkt i en helhedsbetragtning af patienten. Behandlingen bør således gå ud fra patientens eget miljø og familiemæssige forudsætninger, således at et **symptom/problem** ses i sammenhæng med den sociale og familiære virkelighed, som patienten er en del af. For at sikre de sociale relationers (netværkets) fortsatte betydning, bør behandlingen tilrettelægges med henblik på, at indlæggelse så vidt muligt undgås.

Kontinuitet i patient/behandlerforholdet

For at opnå den bedst mulige behandlingssituation er det nødvendigt med trygge relationer og et tillidsforhold mellem patient og behandler. Det må derfor tilstræbes, at den samme behandler følger patienten gennem hele behandlingsforløbet, uanset om dette foregår under indlæggelse eller ambulans.

Samarbejde mellem sektorerne omkring patientbehandlingen

Ud fra en helhedsbetragtning af patientens samlede situation må relevante behandlere samarbejde, hvilket vil være ensbetydende med tætte samarbejdsrelationer mellem den primære sundhedstjeneste, de psykiatriske speciallæger, sygehussektoren og den sociale sektor. For at sikre tilvejebringelsen af et sådant effektivt samarbejde må det anbefales, at der tilvejebringes et patient/klientfællesskab mellem de forskellige sektorer.

Det er et problem fra begge sektors side, at der ikke sker en systematisk udveksling af information mellem de to systemer.

Tværfaglig behandlingsindsats

Tværfagligt samarbejde er en naturlig forudsætning fra helhedsbetragtning af patientens samlede situation. Den tværfaglige behandlingsindsats giver en mere nuanceret indfaldsvinkel og dermed en behandlingsmæssig tilpasning til den enkelte patient/klients specifikke problem.

Forebyggende indsats

En fornyelse, som vil få afgørende konsekvens for befolkningens sundhedsmæssige situation, vil først indtræffe, når forebyggelse indgår i den **distrikt** psykiatriske praksis som en omfattende aktivitet på lige fod med behandlingssamarbejdet.

Den forebyggende indsats indenfor det psykiatriske område kan indeholde følgende elementer:

- at udbrede viden i befolkningen om årsagen til psykiske problemer,
- at rådgive om forskellige former for social- og sundhedsmæssig indsats i relation hertil,
- at udføre forebyggende initiativer, der tilstræber en tidlig sygdomsopsporing bl.a. gennem opsøgende arbejde, samt
- at udføre initiativer, som forsøger at forhindre tilbagefald i sygdom.

I den samlede distriktpsykiatriske indsats er socialt netværksarbejde et betydeligt element, ligesom lokalsamfundsanalyse med afdækning af problemer og ressourcer er et nødvendigt arbejdsredskab.

Forskning/evaluering

Et væsentligt element i distriktpsykiatriske forsøgsordninger bør være forskning, som kan have mange forskellige formål og indfaldsvinkler. Vigtigt er det imidlertid, at de forskellige typer af psykiatrisk og distriktpsykiatrisk behandlingsindsats beskrives og vurderes. Derudover må der arbejdes med en kontinuitet og samordning af forskningen som helhed med det formål at nå frem til et grundlag for udviklingen og planlægningen inden for det psykiatriske område.

Selvom det er distriktpsykiatriens intention at gennemføre mest muligt af den psykiatriske behandlingsopgave uden hospitalsindlæggelse er det vigtigt ud fra en helhedsbetragtning på den samlede psykiatriske indsats at fastholde, at de psykiatriske afdelinger fortsat vil have vigtige opgaver at løse - også efter indførelsen af en fuldt udbygget distriktpsykiatri. At forestille sig andet vil være utopisk og til skade for fremtidens psykiatriske patienter. Samtidig vil man i de psykiatriske afdelinger komme til at stå overfor en række problemer som følge af, at mange kræfter bruges på det ambulante arbejde.

Som nævnt tidligere, vil de praktiserende speciallæger ligeledes fortsat have en vigtig funktion, ligesom også de alment praktiserende læger bør inddrages i distriktpsykiatriske ordninger. Udover den konkrete behandlingsindsats vil såvel den alment praktiserende læge som speciallægen kunne indgå i konsultative og rådgivende funktioner i forhold til sundheds- og socialektoren. For begge grupper gælder, at en tilpasning af de overenskomstmæssige muligheder for en sådan integration i distriktpsykiatriske opgaver vil være nødvendige. Ligeledes bør der sikres ressourcer, således at den enkelte medarbejder i social- og sundhedsforvaltningen udover det daglige klientarbejde kan udføre samordnede initiativer på et tilstrækkelig højt kvalitativt niveau.

Som ved gennemførelsen af andre nye initiativer, må der også ved tilrettelæggelsen af de distriktpsykiatriske ordninger ofres opmærksomhed og ressourcer på plejepersonalets uddannelse, ikke alene for det personale som direkte indgår i ordningerne, men også for de grupper, som i højere grad fortsætter varetagelsen af opgaver på de psykiatriske sengeafdelinger. Kun ved kendskab til hele området kan sikres det nødvendige sammenhæng indenfor psykiatrien.

Endvidere skal nævnes de mange patienter med kroniske psykiatriske lidelser, som tidligere permanent var indlagt på psykiatriske afdelinger, men som nu i vid udstrækning behandles ambulant. Disse patienter får økonomisk hjælp, har tag over hovedet og får den nødvendige medicinske behandling, men derudover er tilværelsen indholdsløs - et problem, som kunne afhjælpes ved etableringen af halvdagsinstitutioner, værksteder, kontaktsteder, erhvervstilbud, beskyttede arbejdspladser, bofællesskaber m.v.

Der er endnu ikke generelle konklusive erfaringer vedrørende distriktpsykiatri, hverken hvad angår patienternes udbytte eller de økonomiske konsekvenser af nye behandlingsprincipper. Der må fremover opbygges en ensartet registrering af nye typer psykiatrisk virksomhed, ligesom indsatsen vedrørende forskning og evaluering bør intensiveres med henblik på en planlægning af det psykiatriske område.

For at sikre en koordinering og samordning af forskningen som helhed kan samordningsudvalget tilslutte sig, at der nedsættes en *arbejdsgruppe* med følgende opgave/kommis-sorium:

- at udarbejde forslag til, hvorledes man på landsplan kan registrere ambulante psykiatriske ydelser,
- at udarbejde forslag til indsamling af erfaringer og redegørelse for forskning vedrørende distriktpsykiatriske ordninger,
- udarbejde forslag til, hvorledes forskningsresultater m.v. formidles til omverdenen,
- udarbejde forslag til tværsektorale samarbejds-mønstre ved etablering og evaluering af forsøgsinitiativer.

Sammenfattende anbefaler samordningsudvalget, at de her nævnte idéer lægges til grund for udviklingen af distriktpsykiatri, at der lokalt iværksættes forsøg af mere eller mindre vidtrækkende karakter, samt at disse forsøg evalueres og erfaringerne videregives til andre, f.eks. gennem den oven for nævnte arbejdsgruppe.

3.5 Terminal pleje

Plejen af og omsorgen for døende patienter har altid været opfattet som en naturlig del af sygepleje. I de senere år er mulighederne for en effektiv smertebehandling blevet væsentligt forøget.

Samtidig har der været en stigende interesse for at gøre en særlig indsats på dette område. Sundhedsstyrelsen udarbejder for tiden - på foranledning af indenrigsministeriet - en vejledning til amtskommuner og kommuner m.fl.

indeholdende en beskrivelse af, hvad myndighederne kan gøre specielt med henblik på, at uhelbredeligt syge og døende kan få mulighed for at dø i egne hjem.

De mange og vanskelige opgaver, plejen af disse patienter omfatter, er blevet sammenfattet i begrebet terminal pleje.

Sædvanligvis defineres terminal pleje, som den samlede somatiske, psykiske og sociale indsats overfor terminalt syge og døende samt deres pårørende, der ydes af de professionelle i samforståelse og samarbejde med de pårørende og patienten selv. Vægten er ved den terminale pleje flyttet fra aktive sygdomsbekæmpelse, med helbredende sigte til omsorg og lindring. I sit mål adskiller den terminale pleje sig således betydeligt fra anden patientpleje- og behandling.

Hensigten er, at forbedre livskvaliteten i videst muligt omfang, i et afgrænset tidsrum, og at give patienten mulighed for en rolig og værdig død.

I Danmark dør der årligt 55.000 mennesker, og mange må antages at have behov for terminal pleje, uanset om dødsfaldet finder sted på sygehuse, i andre institutioner eller i hjemmene. I 1976 fandt 75% af dødsfaldene sted på sygehus eller institution. Denne andel har gennem en lang årrække været jævnt stigende og er således dobbelt så stor i dag som for 50 år siden. Der er imidlertid store variationer i dødssted efter dødsårsagen. Ca. 70-75% af cancerdødsfaldene finder sted på sygehuse, men hvor mange af disse dødsfald, der har været forudgået af hel eller periodevis terminal pleje i hjemmet, vides ikke. Hjemmesygeplejerskestatistikken fra 1983 viser, at ca. 6.000 af de tilsete patienter er døde i eget hjem. Udfra foreliggende data må det skønnes, at ca. 5-10% dør hjemme efter forudgående terminal pleje.

I mange tilfælde vil det kunne betragtes som en forbedring, såfremt man i større omfang end det allerede er tilfældet kan imødekomme patientens og familiens ønsker om, at den uhelbredeligt syge eller døende person kan passes i sit eget hjem eller forblive på et plejehjem fremfor at blive passet på et sygehus. Men uanset en sådan ønskelig udvikling, må det forventes, at sygehusene fortsat skal spille en væsentlig rolle i terminal plejen, idet en stor andel af patienterne vil have behov for ihvert fald periodevis indlæggelse f.eks. til intensiv symptombehandling og pleje, ligesom de pårørende vil kunne have behov for aflastning.

Indførelse af døgnhjemmepleje vil givetvis øge mulighederne for at patienter kan dø hjemme. Men det er vigtigt, at døgnhjemmeplejen ikke opfattes som et samtidigt krav til pårørende om at beholde terminalt syge hjemme indtil døden, idet plejeforløbet kan blive forbundet med personlige konflikter og skyldfølelser, hvis de pårørende presses til at påtage sig opgaver, som de i virkeligheden ikke magter.

Kapitel VIII

ALMEN PRAKSIS

Bestræbelser på at samordne indsatsen inden for sundhedsvæsenet, og herunder at dæmpe presset på sygehusvæsenet ved en udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til primærsektoren, må nødvendigvis kræve en beskrivelse af de opgaver, der i dag udføres i almen praksis, og en analyse af de praktiserende lægers muligheder for at påtage sig nye opgaver. Når der tales om udlægning af opgaver fra sygehus til almen praksis, er der i realiteten tale om "tilbageflytning" af sådanne opgaver, idet opgaver nødvendigvis kun kan udlægges fra sygehusene, hvis en praktiserende læge oprindeligt har visiteret dem dertil. En udlægning af opgaver betyder derfor i realiteten, at den alment praktiserende læge selv varetager pågældende opgaver, eventuelt med bistand fra speciallægepraksis eller sygehus og undlader at henvise patienten til sygehus. Da de alment praktiserende læger ud over samarbejdsrelationer til sygehus og praktiserende speciallæger også har væsentlige berøringsflader med socialektoren, må en analyse af samordningsmulighederne omfatte alle disse relationer.

I sundhedsstyrelsens notat af maj 1983 om foranstaltninger, der kan dæmpe presset på sygehusvæsenet, herunder udlægning af opgaver til lægepraksis, blev bl.a. fremhævet behovet for tættere samarbejde mellem lægepraksis og sygehus i forbindelse med sygehusindlæggelser. Endvidere blev der peget på følgende områder vedrørende almen praksis, som krævede nye initiativer som led i udviklingen af almen praksis:

- vagtberedskab
- forebyggende helbredsundersøgelser
- videreuddannelse og efteruddannelse

Med udgangspunkt i ovennævnte notat gives i det følgende en beskrivelse af de hidtidige udviklingstendenser inden for almen praksis. Dernæst beskrives samarbejdsrelationer til social- og sundhedsforvaltningens faggrupper, til sygehus og til praktiserende speciallæger, med en indkredsning af nogle samordningsproblemer, og endelig fremsættes forslag med henblik på en bedre samordning.

Der henvises endvidere til betænkningens øvrige kapitler hvor samordnings-spørgsmål vedr. almen praksis er berørt, f.eks. kapitel VI og VII samt bilagene om indsatsen overfor ældre og om skadebehandling (bilag 2 og 3).

1. Status og udviklingstendenser

1.1 Formål og opgaver

Der findes ikke i lovgivningen nogen samlet formålsbeskrivelse for almen læ-

gepraksis, idet der kun er formuleret formål for de forebyggende undersøgelser af børn og for de lægeundersøgelser der indgår som led i svangerskabshygjehje og fødselshjælp. Herudover er der gennem sygesikringsloven hjemmel for, at befolkningen kan modtage vederlagsfri lægehjælp i almen praksis.

I forbindelse med tidligere udvalgsarbejder er der fremkommet formålsbeskrivelser for almen praksis, som anvender en bredere definition af de opgaver end dem, der fremgår af ovennævnte lovgrundlag. Et eksempel herpå findes i en betænkning om planlægning for almen lægepraksis, afgivet i 1980 af en socialministeriet nedsat arbejdsgruppe:

"Formålet med almen praksis i Danmark er i lokalsamfundet og nærmiljøet at tilbyde borgerne lægelig kompetent hjælp og rådgivning på et ikke specialiseret niveau med henblik på opnåelse af størst mulig sundhedstilstand, trivsel og livskvalitet for den enkelte, dennes familie og for lokalsamfundet som helhed."

Det er et dansk særkende, at borgeren har mulighed for livslang kontakt med en alment praktiserende læge efter eget valg, "familielægen". Det er denne, der ud over at foretage primær undersøgelse og behandling, har ansvaret for forebyggende undersøgelser og vejledning til den enkelte og dennes familie i sundhedsspørgsmål i videste forstand. Det er endvidere, i modsætning til forholdene i en række andre lande, almen praksis, der har ansvaret for, at patienten henvises til andre dele af sundhedssektoren, herunder sygehus, speciallæge, jordemoder og hjemmesygeplejerske.

I princippet vil patienten først blive viderehenvist af lægen, når dennes formåen og muligheder er opbrugt, og patientens problem endnu ikke er løst. Dette skulle medføre, at patienten kun "afgives" fra "familielægen" i det kortest mulige tidsrum, hvad enten det sker til sygehus eller praktiserende speciallæge.

Henvisningen skulle indebære at der hos speciallæge alene stilles diagnose og afgives behandlingsforslag, hvorefter patienten igen "tilbagegives" til den praktiserende læge.

Den alment praktiserende læge har for den mindre del af patienterne, der har socialmedicinske problemer, væsentlige samarbejdsrelationer til social- og sundhedsforvaltningen. På det behandlingsmæssige område for de ældre patienter er der navnlig samarbejdsrelationer til hjemmesygeplejersker, og på det forebyggende område for småbørn til sundhedsplejersker. Social- og sundhedsforvaltningens opdeling af befolkningen efter geografiske områder eller forsørgers personnummer sammenholdt med patienternes individuelle lægevalg har efter nogles opfattelse vist sig at kunne hæmme dette samarbejde i større kommuner.

1.2 Organisatoriske rammer

1.2.1 Overenskomster og praksisformer

Ifølge sygesikringsloven skal der indgås overenskomster mellem det offentlige og lægelige organisationer om vilkårene for vederlagsfri lægehjælp til gruppe 1-sikrede under sygesikringen. For de ca. 95% af de sygesikrede, der tilhører gruppe 1, gælder, at de har adgang til gratis speciallægehjælp efter henvisning fra alment praktiserende læger. Der findes to forskellige overenskomster for almen lægehjælp: Landsoverenskomsten og Københavns-overenskomsten. Sidstnævnte omfatter Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner.

Lægerne under landsoverenskomsten er honoreret med dels et basis- honorar pr. tilmeldt gruppe 1-sikret og dels et honorar pr. ydelse, mens lægerne under Københavns-overenskomsten alene honoreres med et basishonorar pr. tilmeldt gruppe 1-sikret. For begge overenskomster gælder dog, at honorering for lægehjælp uden for dagarbejdstiden og for lægehjælp til gruppe 2-sikrede principielt er ens, idet der i begge overenskomster honoreres pr. ydelse.

Under landsoverenskomsten er honorarerne delt op i kategorier af ydelser:

Grundydelse (konsultation, telefonkonsultation, receptfornyelse og sygebesøg), laboratorieundersøgelser og tillægsydelse. Sidstnævnte omfatter ydelser i form af undersøgelser m.v., der kræver enten mere tid eller flere omkostninger end de undersøgelser, der omfattes af grundydelsen. Ud over disse ydelser honoreres særskilt for de lovhjemlede profylaktiske undersøgelser samt for socialmedicinsk samarbejde.

Lægerne afholder selv etablerings- og driftsomkostninger, og har selv ansvar for tilrettelæggelse af arbejdsforholdene i praksis. Bruttohonorarerne forudsætter en andel på 25% til omkostningsdækning, men ifølge en fælles opgørelse fra Sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation udgør de reelle driftsomkostninger omkring 40%.

Overenskomstsyste­met kan generelt karakteriseres ved, at det er baseret på individ­alkontakter. Sygesikringsstatistik­ken kan ved en registrering af de sygesikringsafregnede ydelser, der overvejende er behandlingsydelse, samt de forebyggende børne- og svang­reundersøgelser give et mål for efterspørgslen på almen lægehjælp, og derved en ressourcestatistik, som bl.a. kan anvendes til økonomisk styring. Registreringen af de individrettede ydelser kan dog ikke give et billede af befolkningens reelle behov for almen lægehjælp, herunder for en forebyggende indsats. Der indgår f.eks. rådgivning og sundhedspædagogik i lægekontakter. Dette belyses i forskellige undersøgelser over kontaktmøn­stret i almen praksis. Løbende statistiske oplysninger om de diagnoser og de sundhedsproblemer, der behandles i almen praksis foreligger ikke.

Også indenfor den 12-års periode, hvor sygesikringssystemet har været i kraft, er der løbende sket ændringer og justeringer i overenskomsterne. Der er bl.a. indført mulighed for vejledning og kontrol i forbindelse med svanger-

skabsforebyggende metoder m.v. De mange tillægsydelser vidner bl.a. om, at en række undersøgelser og indgreb m.v. enten kan foretages i almen praksis, i speciallægepraksis eller på sygehuse. Af sygesikringsstatistikken kan man ud fra omfanget af specifikke tillægsydelser iagttage visse forskelle i behandlingsmønstrer i forskellige områder af landet. Det kan f.eks. udledes, at omfanget af skadebehandling i almen praksis er mindre i en amtskommune, hvor skadestuebesøgshyppigheden ligger højt.

Siden 1976 har der været særlig overenskomst for socialmedicinsk samarbejde, der sker efter anmodning fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger, og som vedrører gruppe 1-sikrede personer. Sådanne ydelser registreres i sygesikringsstatistikken, men udgør kun en del af lægernes kontakter med social- og sundhedsforvaltningerne. Der sker f.eks. ikke en statistisk registrering af lægernes henvendelser til social- og sundhedsforvaltningerne, f.eks. henvisninger til sundheds- og hjemmesygeplejersker eller til andre medarbejdere i forvaltningerne eller af de amtskommunale social- og sundhedsforvaltningers henvendelser til lægerne.

Der er siden 1970 sket en udvikling med hensyn til praksisformer. I 1971 virkede således ca. 78% af lægerne i enkeltmandspraksis og 43% af lægerne i gruppe- eller kompagniskabspraksis. I området udenfor Københavnsområdet virker nu ca. 54% af lægerne i kompagniskabspraksis, d.v.s. en praksis, der drives af 2 eller flere læger med fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. Ca. 13% virker i andre former for samarbejdspraksis, og de resterende 33% i enkeltmandspraksis. Udvikling i retning af flere lægehuse med kompagniskabs- og samarbejdspraksis er dog stagneret i de senere år, muligvis som følge af det relativt stigende omkostningsniveau.

1.2.2 Vagtordninger

I Københavns-overenskomstens område dækkes vagten af en særskilt organisation under Københavns lægeforening. Ordningen rummer kun mulighed for at yde besøg. Siden 1. oktober 1984 har der dog i 2 områder været gjort forsøg med en lægelig visitation af vagtydelserne; forsøget har ikke indebåret mulighed for konsultationsydelser.

I landsoverenskomstens områder findes principielt 2 vagtformer:

1. § 46-ordninger, der er vagtordninger med deltagelse alene af praktiserende læger. Disse er oftest lokaliseret i landdistrikterne, de omfatter 80% af alle vagtordninger, men dækker kun ca. 50% af befolkningen. I § 46-ordningerne er der altid mulighed for at præstere konsultations- og telefonnydelser.
2. § 47-ordninger, i hvilke nogle vagter bestrides af læger, der har selvstændigt ydernummer, men i øvrigt ikke er praktiserende læger (som oftest yngre læger). § 47-ordningerne er sædvanligvis by-vagtordninger og ca. 20% af disse var i 1982 visitationsordninger (omfattende ca. 10% af befolkningen), d.v.s. ordninger, hvor en læge visiterer samtlige henvendelser og

bestrider konsultations- og telefonydelser, mens en eller flere læger varetager de besøg, der videregives af visitator.

I de kommuner, hvor døgnhjemmepleje er indført, er der mulighed for kontakt mellem vagthavende læge og hjemmeplejen. Dette muliggør bl.a., at lægen kan henvise patienter til hjemmepleje i hele vagtdøgnet.

1.2.3 Lægedækning

Igennem perioden siden 1961 er ydelsesmængden i almen praksis gennemsnitligt steget med omkring 1% om året målt i grundbeløb pr. A-medlem hhv. gruppe 1-sikrede. Der har været variationer fra år til år. Antal grundydelse pr. indbygger steg således med 1,4% fra 1979-1980, med 0% fra 1980-1981 og med ca. 1,6% fra 1981-1982.

I takt med den stigende ydelsesmængde i almen praksis, men med en forsinkelse på 2-5 år, er der sket en stigning i antallet af alment praktiserende læger, således at det gennemsnitlige antal indbyggere pr. alment praktiserende læge i perioden 1960-1985 er faldet fra 2.300 til ca. 1.800. Udvidelsen af antal alment praktiserende læger har altid fundet sted efter, at der er konstateret en forøgelse i arbejdsmængden, således at den enkelte læges arbejdsbyrde ikke herved er reduceret.

Som følge af praksisreguleringen i amtskommunerne er der sket en udvikling, hvorved fordelingen af læger i de enkelte områder er blevet relativt jævn. En tilsvarende fordeling er ikke set inden for speciallægeområdet. Det kan endvidere konstateres, at ydelsesmønstret inden for almen praksis er nogenlunde jævnt fordelt landet over, mens ydelsesmønstret inden for speciallægeområdet udviser store forskelle fra storby- til landområdet.

1.2.4 Praksisplanlægning

Efter sygesikringslovens § 26, stk. 2 afslutter Sygesikringsens Forhandlingsudvalg på den offentlige sygesikrings vegne overenskomsten med Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Overenskomsten skal godkendes af indenrigsministeret efter høring af sundhedsstyrelsen.

Siden 1976 har der mellem parterne været aftalt regler for regulering og planlægning af almen praksis, og styringskompetencen har centralt ligget i landssamarbejdsudvalget og lokalt i amtskommunernes fællesudvalg og samarbejdsudvalg.

Som led i overenskomstens bestemmelser om praksisregulering og -planlægning er der foretaget en inddeling af samtlige amtskommuner i praksisområder, hvorefter alle amtskommuner har udarbejdet praksisplaner til godkendelse i landssamarbejdsudvalget.

Det må imidlertid konstateres, at der til grund for denne regulering ikke ligger en bredere vurdering af befolkningens behov for lægelig betjening i almen praksis.

Medens der således er truffet en række foranstaltninger for at planlægge og regulere bl.a. udbudet aflægepraksis, er det vanskeligere at foretage egentlig planlægning af selve ydelsesmønsteret i almen praksis. Overenskomstsyste- met er opbygget således, at der - i hvert fald uden for Københavnsområdet - er forbavsende små variationer i ydelsesforbruget amtskommunerne imellem (+/- 5%).

I overenskomstsyste- met uden for Københavns-området er indbygget oven- nævnte kontrolfunktioner, der bl.a. blev berørt i den tidligere omtalte be- tænkning af 1980 om praksisplanlægning. Man fandt, at et forsøg på at påvir- ke udviklingen i antallet af ydelser ikke strider mod målsætningen om, at borgeren frit skal kunne henvende sig til lægen i det omfang, borgeren føler behov herfor, og at den alment praktiserende læge frit skal kunne give de ydelser, som lægen finder lægeligt nødvendigt.

Betænkningen pegede på 2 forskellige administrative modeller for tilrette- læggelsen af planlægningssystemet:

1. Praksisplanlægning foretages af overenskomstparterne med statslig ind- sigt. Ydelsesplanlægningen foretages af de offentlige myndigheder
2. Praksisplanlægning og ydelsesplanlægning foretages af de offentlige myndigheder.

Endelig blev der i betænkningen peget på at det er en forudsætning for, at en samordnet planlægning kan fungere effektivt, at planlægningssystemet i den videre udformning opbygges således, at der skabes grundlag for dialog mellem amtskommunerne og primærkommunerne.

Efter indenrigsministeriets overtagelse af sygesikringsområdet er det så- kaldte K-udvalg genetableret. Der er herigennem åbnet muligheder for, at ministeriet i samarbejde med sundhedsstyrelsen og Sygesikringens Forhand- lingsudvalg kan drøfte rammerne for en ydelsesplanlægning, og bl.a. derigen- nem foreslå ændringer i overenskomsterne ud fra en overordnet sundhedspo- litisk synsvinkel.

1.3 Kontaktmønster og ydelser

1.3.1 Udviklingen i kontaktmønsteret

Siden 1973 er der sket en række ændringer i kontaktmønsteret i almen prak- sis. Medens antallet af konsultationer hos lægen konstant har ligget på om- kring 3 pr. år pr. gruppe 1-sikret i gennemsnit, er det sket et mindre fald i an- tallet af hjemmebesøg og en stigning i antallet af telefonydelser således, at der samlet er sket en stigning i ydelsestallet på 10-15% pr. individ. I 1982 var der ifølge sygesikringsstatistikken 6.78 ydelser pr. gruppe 1-sikret og ca. 75% af befolkningen var i kontakt med almen praksis i løbet af et år, 90% i løbet af 3 år.

Den samlede stigning i ydelsestallet kan delvis tilskrives ændringer i befolkningens alderssammensætning.

Sådanne ændringer kan også delvis forklare det øgede antal telefonkontakter, idet ældregruppernes "merforbrug" i forhold til gennemsnitsforbruget af ydelser overvejende skyldes flere telefonkontakter. I 1982 havde de ældste sikrede personer (på 80 år og derover) ca. dobbelt så mange kontakter som en gennemsnitsperson.

1.3.2 Ydelsernes indhold

I en undersøgelse gennemført af Institut for Almen Medicin, Københavns universitet, og socialforskningsinstituttet i 1976/77 blev bl.a. foretaget en kortlægning af ydelser og henvisninger i almen praksis i 3 forskellige sygesikringskommuner. Man fandt, at der ved ca. 1/4 af kontakterne hos lægen blev foretaget diagnostiske undersøgelser. 114% af tilfældene blev der givet almen rådgivning og i 13% anden form for behandling. Ca. halvdelen af konsultationerne resulterede i receptudstedelse.

Ved 20% af konsultationerne blev foretaget henvisning til forskellige instanser, heraf til speciallæge i 5% af tilfældene, 3% til hospital, 7% til laboratorium eller røntgenundersøgelse. En procent blev henvist til hjemmesygeplejerske og 2% til andre grupper i social- og sundhedsforvaltningen.

Henvisningsmønsteret i København viste sig at være væsentligt anderledes end i landet i gennemsnit. Næsten det dobbelte antal (15%) af de københavnske patienter blev således henvist til enten speciallæge eller sygehus.

Henvisningsmønsteret og frekvensen hænger sammen med *udbudet* af serviceydelser i det sekundære (specialiserede) sundhedsvæsen. Dette er mest udbygget i byerne. Adgangen til serviceydelser fra ambulatorier, laboratorium/røntgenafdeling er følgelig let tilgængelig i byer med sygehuse. Endvidere findes de fleste praktiserende speciallæger i byerne og deres antal er steget betydeligt i årene 1975-82. Forbruget af ydelser i det specialiserede sundhedsvæsen er således størst i storbyerne, hvilket også bekræftes af sundhedsstyrelsens undersøgelser af sygehusydelse, som bl.a. har vist, at forbruget af sidstnævnte er større i kommuner, der *både* har sygehus og praktiserende speciallæger, end i kommuner uden begge disse tilbud.

Det kan af undersøgelsen *konkluderes*, at i 90% af kontakterne i sygdomstilfælde mellem gruppe 1-sikrede og almen praksis, afsluttes undersøgelser/behandling af den alment praktiserende læge, dog med støtte fra den sekundære sundhedstjeneste i ca. 20% af kontakterne (30% i København). Heri er inkluderet henvisning til praktiserende speciallæger samt til sygehusambulatoriumAfdelinger.

2. Forsøg og udvikling

Ifølge en opgørelse fra Dansk Sygehus Institut fra 1983 var der blandt 182

registrerede forsøgsprojekter i den primære sundhedstjeneste involveret alment praktiserende læger i 15% af disse ordninger.

Et af disse projekter omhandler lægehuset i Billund. Specielt for dette projekt er, at der er indgået særlig overenskomst for lægehuset med henblik på bl.a. gruppeterapi og fødselsforberedende undervisning. Projektet er beskrevet i en delrapport fra Dansk Sygehus Institut fra 1984.

Der er endvidere gennemført en række projekter med f.eks. integreret samarbejde mellem læger og sundhedsplejersker vedr. børnesundhed, samt tilsvarende samarbejde mellem læger og hjemmesygeplejersker om forebyggende indsats over for ældre.

Den centrale forskningsenhed for almen praksis blev, efter oprindeligt at være startet under det lægevidenskabelige forskningsråd, fra 1984 videreført gennem aftaler mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens forhandlingsudvalg. Formålet med den fortsatte virksomhed var bl.a. at give forskningsmuligheder i forbindelse med udlægning af opgaver til den primære sundhedstjeneste. Forskningsenheden er bl.a. involveret i forskning vedrørende kontaktføreløb i almen praksis.

Også andre forskningsinstitutter er engageret i projekter vedr. almen praksis, f.eks. de almenmedicinske institutter og de socialmedicinske institutter under universiteterne. Sammenfattende må det dog konstateres, at trods en stigning i forskningsaktiviteten indenfor den primære sundhedstjeneste er kun ca. 1% af de samlede forskningsmidler inden for sundhedsvæsenet stillet til rådighed for forskning i almen praksis.

3. Uddannelse

Undervisning i almen medicin er siden 1973 indført i det medicinske studium ved landets tre medicinske fakulteter. Undervisningen er valgfri og har fortsat et relativt beskedent omfang. Undervisningstilbuddet udnyttes af ca. en trediedel af studenterholdene.

I 1976 indførtes 18 måneders klinisk basisuddannelse for alle medicinske kandidater, uanset senere valg af speciale. Reservelægestillingerne etableredes fra 1980, og tilbudet udnyttes i dag stort set kun af yngre læger, der sigter mod almen praksis.

Videreuddannelsen inden for almen medicin er i løbet af de sidste 15 år gradvist ændret fra 12 måneders klinisk ansættelse til i alt 60 måneders klinisk ansættelse plus 150 timers obligatorisk teoretisk kursus således, at kravene til videreuddannelsen nu kan sidestilles med videreuddannelsen inden for de øvrige specialer.

Efter uddannelsesmulighederne omfatter dels kurser arrangeret af lokale lægekredsforeninger og fælles/ kurser for hele landet. En del af kurserne beskæftiger sig med samordningsspørgsmål, men tværfaglige kurser, hvor

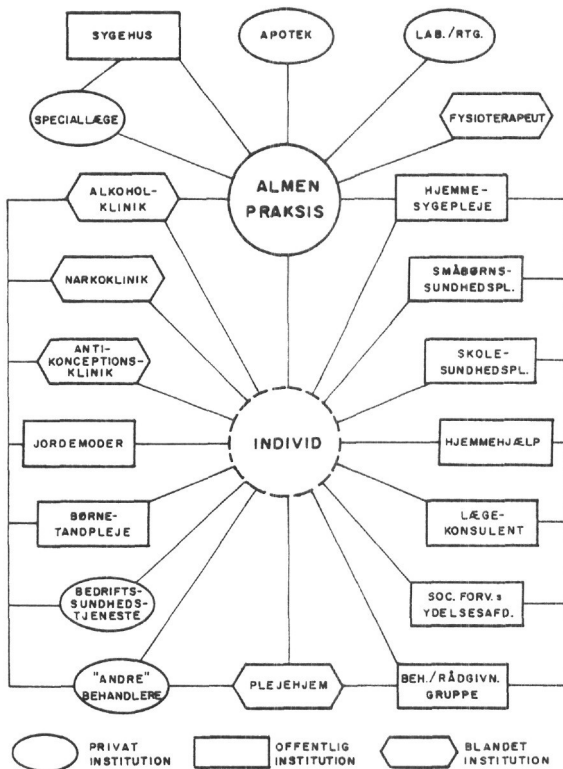
f.eks. også sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker kan deltage, tilbydes kun i beskedent omfang. Lægerne må selv afholde udgifterne til deltagelse i kurserne, men der er i overenskomstsystemet fastsat regler om dækning af indtægtstab.

4. Samarbejdsrelationer

Som det fremgår af figur 1 har den alment praktiserende læge en række samarbejdspartnere. Det drejer sig overvejende om speciallæger/sygehuslæger samt de grupper, der er ansat i social- og sundhedsforvaltningen.

Som anført i den tidligere omtalte undersøgelse fra Institut for almen medicin og socialforskningsinstituttet resulterede 5% af konsultationerne i almen praksis i en henvisning til speciallæge, 3% til indlæggelse på sygehus, 7% i henvisning til diagnostiske undersøgelser, 1% til hjemmesygepleje og ca. 2% til social- og sundhedsforvaltningerne.

Figur 1 Samarbejdspartnere i almen praksis
(Kilde: Socialforskningsinstituttet, pub. nr. 119, 1983)



Antallet af direkte kontakter mellem de alment praktiserende læger og patienter var i 1982 22.100.000. Det direkte registrerede social-medicinske samarbejde udgør således i forhold til den praktiserende læges samlede arbejdsmængde en meget lille del. En del af den praktiserende læges samarbejde med hjemmesygeplejerske er dog næppe registreret eller registreret som patientkontakter.

Af sygesikringsstatistikken fremgår det, at der i perioden 1980-82 skete en vækst i antallet af ydelsesregistrerede kontakter, foranlediget af forvaltningen fra 83.000 til 93.000 pr. år. Disse tal må dog betragtes som minimumstal, da ydelsesregistreringen på dette punkt er usikker. Dertil kommer, at ikke alle henvendelser følges op med krav om honorering, hvorfor de ikke bliver registreret i ydelsesstatistikken.

Om kvaliteten af samarbejdsrelationerne til sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker kan det ud fra den tidligere omtalte undersøgelse fra Institut for Almen Medicin siges, at samarbejdet (i 1976/77) ikke var udviklet i synderlig grad. Der er utvivlsomt siden sket forbedringer, bl.a. som led i det generationsskifte, som almen praksis nu gennemlever. Også den række af fælles projekter, som siden er startet, vidner om, at der flere steder er etableret et tæt samarbejde mellem almen praksis og ovennævnte grupper samt andre medarbejdere i social- og sundhedsforvaltningerne.

En forklaring på, at samarbejdet mellem almen praksis og sundheds- og hjemmesygeplejerskerne af nogle kan opfattes som utilstrækkeligt udbygget visse steder kan være, at der i de fleste kommuner ikke er fælles klient/patientgrundlag. Dette skyldes, at befolkningens lægevalg ikke nødvendigvis er geografisk begrundet, hvorimod både sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker i de fleste kommuner arbejder efter geografisk inddeling. Praktiske forsøg i bl.a. Roskilde og Holbæk kommuner har dog vist, at klientfællesskab imellem almen praksis og forvaltningerne kan etableres under nuværende overenskomstforhold.

5. Samordningsmuligheder

I andre af betænkningens kapitler er givet eksempler på, hvorledes almen praksis kan inddrages i omlægninger inden for både social- og sundhedssektor som et led i bestræbelserne på at skabe bedre samordning og på at dæmpe presset på sygehusvæsenet. F.eks. er der i kapital VII (med tilhørende bilag 2 og 3) omtalt mulighederne for at effektivisere indsatsen over for ældre samt for at udlægge skadebehandling fra sygehuse til almen praksis.

I det følgende gennemgås mulighederne for, at almen praksis i større omfang kan medvirke både ved ovennævnte opgaver og ved andre opgaver, som ligeledes rummer muligheder for at dæmpe presset på sygehusvæsenet. Der refereres herunder forslag, som er fremsat af Dansk selskab for almen medicin under drøftelser med samordningsudvalgets sekretariat.

5.1 Forebyggende indsats

I almen praksis udføres i dag en række forebyggende undersøgelser, hvoraf undersøgelserne af børn fra 0-6 år samt undersøgelserne af kvinder under graviditet og barsel er lovhjemlede. Endvidere foretages flere steder screeningsundersøgelser for livmoderhalskræft, ligesom der - som led i andre lægekontakter - i et vist omfang foretages undersøgelser, der kan henføres under "sekundær forebyggelse" (f.eks. blodtryksmåling). Derimod findes ikke i Danmark - som i visse andre lande - forebyggende helbredsundersøgelser af voksne i almen praksis.

I bilag 2 har arbejdsgruppen vedrørende den sociale og sundhedsmæssige indsats over for ældre, bl.a. på baggrund af resultaterne fra den såkaldte "Rødovre-undersøgelse" (nærmere omtalt i appendix A), foreslået, at der i kommunerne udarbejdes planer for opfølgende og opfølgende virksomhed over for ældre. Rødovre-undersøgelsen giver dokumentation for, at en sådan indsats bl.a. kan dæmpe presset på sygehusvæsenet, men lader det i sin konklusion stå åbent, hvorledes en forebyggende indsats iøvrigt bør tilrettelægges.

Det foreslås, at der afprøves forskellige modeller for en sådan opfølgende og opfølgende virksomhed over for ældre i kommunerne, men at planlægningen og tilrettelæggelsen af indsatsen sker i et tæt samarbejde mellem social- og sundhedsforvaltning og almen praksis.

Internationale erfaringer fra undersøgelser med screening over for mange sygdomme samlet har generelt ikke givet gode resultater, men der er i de seneste år fremkommet positive resultater fra projekter med forebyggende selektive screeninger over for enkelte, udvalgte sygdomme hos voksne (f.eks. forhøjet blodtryk). Endvidere har bl.a. norske erfaringer vist, at sundhedspædagogisk indsats over for voksne med henblik på at reducere hyppigheden af hjerteinfarkt, kan give overbevisende resultater.

Det foreslås derfor, at der som led i forsøgsordninger gennemføres forskellige modeller for forebyggende helbredsundersøgelser for voksne i almen praksis, med vægten på sundhedspædagogisk indsats og screening over for få, udvalgte sygdomme.

Både de forebyggende tiltag over for ældre og forsøgene med helbredsundersøgelser bør planlægges i samarbejde mellem de berørte kommuner, amtskommuner og de centrale instanser således, at der ved hjælp af "serviceinstitutter" kan ske en evaluering, herunder med henblik på en vurdering af disse ordningers effekt på sygehusforbruget.

5.2 Samordning vedrørende sygehusindlæggelser

En bedre samordning ved indlæggelser, og en dæmpning af presset på sygehusvæsenet, kan ske på flere måder. *For det første* kan indlæggelser undgåes gennem en effektivisering af vagtordningerne i almen praksis. *For det andet*

kan indlæggelsesforløbene effektiviseres ved bedre planlægning af indlæggelserne i et samarbejde mellem almen praksis og sygehusene, og *for det tredje* kan genindlæggelser undgås ved en bedre opfølgning efter udskrivning fra sygehus.

Det foreslås, at der sker en udbygning af vagtordningerne i almen praksis således, at indlæggelser på sygehus så vidt muligt foretages af en læge, der kender vedkommende patient. I de større byområder kan det foreslås, at der sker en videreudbygning af visitationsvagtordningerne, og at disse ordninger nøje evalueres, bl.a. med henblik på ændret sygehusforbrug.

Langt de fleste indlæggelser på sygehus sker akut. Det er bl.a. påpeget i appendix A om indsatsen over for ældre, at næsten 90% af de ældres sygehusindlæggelser sker akut. De fleste steder er det ikke i praksis muligt at gennemføre subakutte (fremskyndede) indlæggelser. Det vil sige, at der enten må foretages akut indlæggelse, eller patienten må skrives på venteliste til planlagt indlæggelse. Akutte indlæggelser kan medføre større omkostninger pr. senge dag, ligesom især ældre patienter kan få sygehusopholdet forlænget på grund af dårligere planlægning ved en akut indlæggelse.

Det foreslås derfor, at der åbnes mulighed for, at de praktiserende læger kan foretage subakutte indlæggelser på sygehus således, at der kan ske en bedre planlægning af indlæggelsesforløbet.

I en betænkning udarbejdet af Praktiserende lægers organisation og Foreningen af sygehusoverlæger i provinsen i 1971 er der redegjort for mulighederne for at effektivisere samarbejdet mellem sygehusene og almen praksis, og begrebet "*koordineret forundersøgelse*" er beskrevet. Forsøg efter de beskrevne retningslinier blev kun gennemført ved enkelte af landets sygehuse, og erfaringerne er kun sparsomt evalueret.

Det foreslås derfor, at der foretages evalueringer af de beskrevne handlingsprogrammer vedrørende koordineret forundersøgelse som grundlag for fornyet forsøgsvirksomhed.

Opfølgning efter udskrivning fra sygehus er behandlet i andre kapitler i betænkningen, f.eks. i appendix A om indsatsen over for ældre. Den alment praktiserende læges mulighed for at medvirke ved opfølgningen forudsætter, at der i udskrivningsbrevene fra sygehusene ikke blot gives oplysninger om diagnoser og behandling. Også plejemæssige og socialmedicinske oplysninger er nødvendige.

Det foreslås derfor, at der gennemprøves forskellige modeller for udskrivningsbreve, der kan sikre de fornødne oplysninger til almen praksis.

Der kan peges på de modeller med 2-fløjede kombinerede indlæggelsessedler/udskrivningskort, der er foreslået i bilag 2. Endvidere kan man tænke sig ordninger, hvorefter almen praksis udover udskrivningsbrev får tilsendt kopier af de sygeplejerapporter, der i forvejen sendes fra sygehusafdelingerne til social- og sundhedsforvaltningerne (hjemmesygeplejen).

Der skal endelig peges på de forslag til forsøgsordninger med systematisk opfølgning i form af udskrivningsundersøgelser ved de alment praktiserende læger i forbindelse med ældre patienters udskrivning fra sygehus (se bilag 2).

5.3 Behandlingsprogrammer

I kapitel VII er der stillet forslag om forsøg med vejledende behandlingsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme. Flere af sådanne programmer vil nødvendigvis skulle inddrage almen praksis, som i forvejen indgår i (lovhjemlede) "behandlingsprogrammer", nemlig de forebyggende helbredsundersøgelser af kvinder i graviditet og barsel. Ved en række kroniske sygdomme (f.eks. forhøjet blodtryk og kronisk leddegigt) vil der ofte være behov for samordning af undersøgelser og behandlinger mellem sygehus/speciallægepraksis og almen praksis.

Det foreslås, at der i et samarbejde mellem almen praksis og lokale sygehuse gennemføres forsøgsordninger med vejledende behandlingsprogrammer, bl.a. med anvendelse af vandrejournaler.

5.4 Uddannelse

Generel oprustning af almen praksis med henblik på øget samordning inden for sundhedsvæsenet og tilgrænsende områder af socialektoren kræver høj prioritering af almen medicin inden for både grund-, videre- og efteruddannelse. Ved Københavns universitet er der planer om, at almen medicin gøres til obligatorisk fag i det medicinske studium. Dette vil ikke blot have betydning for vordende alment praktiserende læger, men også kunne bidrage til, at også fremtidige sygehusansatte eller praktiserende speciallæger får et indblik i de samordningsmuligheder, der ligger i et mere effektivt samarbejde mellem sygehus og almen praksis. En almenmedicinsk skoling af alle læger bør i det hele prioriteres højt, hvorfor

det anbefales, at 6 måneders ansættelse som reservelæge i almen praksis gøres obligatorisk inden for 18-måneders basisuddannelsen til opnåelse af retten til selvstændigt virke som læge.

Hvad efteruddannelserne angår bør der ske en opprioritering af samordningsemner i kurserne.

Det foreslås derfor, at der på amtskommunalt plan etableres samarbejde mellem amtsråd, primærkommuner, læge-

kredsforeninger og evt. andre relevante organisationer med henblik på at arrangere efteruddannelseskurser, som behandler samordningspørgsmål.

Kurserne kan f.eks. omhandle lokal sygehusplanlægning, praksisplanlægning og kommunernes planer for det sociale og sundhedsmæssige område, og de kan med fordel arrangeres som tværfaglige kurser.

5.5 Forskning og forsøgsvirksomhed

Dansk selskab for almen medicin har over for udvalget anbefalet, at forskningskapaciteten inden for almen medicin forøges efter samme retningslinier som gælder for nuværende aftale mellem Praktiserende lægers organisation og Sygesikringens forhandlingsudvalg, evt. ved at der etableres forskningsenheder ved de almenmedicinske institutter i Aarhus og Odense. Sådanne enheder vil bl.a. kunne medvirke ved evalueringen af de forsøgsordninger, som er anbefalet i nærværende betænkning.

Der bør dog generelt ske en samordning af bestræbelserne på at udbytte forskningskapaciteten på de eksisterende forskningsinstitutioner til sådanne evalueringsopgaver.

Der er i dette kapitel peget på flere områder, der kan gøres til genstand for forsøgs- og udviklingsarbejde inden for almen praksis. Yderligere kan nævnes følgende initiativer til forsøgsordninger, som kunne tages i en amtskommune: Gruppeundersøgelser af børn og af gravide, ansættelser af diætassistenter i almen praksis, henvisningsmuligheder til klinisk psykolog, samt etablering af laboratoriekonsulentfunktion (sidstnævnte er gennemført og beskrevet i Fyns amtskommune).

Hvad angår det socialmedicinske samarbejde, er der behov for en yderligere udvikling inden for dette område.

Det kan f.eks. anbefales, at der på baggrund af erfaringer fra Roskilde og Holbæk kommuner gennemføres flere forsøgsordninger med tilnærmelse til klient/patientsammenfald for sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker og almen praksis.

5.6 Planlægning og overenskomster

Både planlægning, tilrettelæggelse og evaluering af samordnings- og udlægningsforsøg bør som nævnt primært finde sted i respektive amtskommuner, hvorfor der kan være behov for en samordningsorganisation til dette formål. Dansk selskab for almen medicin har over for udvalget anbefalet, at der på amtligt plan oprettes koordinationsudvalg repræsenterende sygehusudvalg, sygesikring, de kommunale socialudvalg, lægekredsforeningen samt eventuelt embedslægeinstitutionen med henblik på opfølgning af samordningsudvalgets initiativer.

Selv om formålet med udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til det primære sundhedsvæsen i væsentlig grad skyldes ønsket om opnåelse af besparelser på det samlede budget for sundhedsvæsenet, kan større udlægningsopgaver næppe gennemføres uden revurdering af fordelingen af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Da en del af de beskrevne opgaver vil nødvendiggøre ansættelse af mere ikke-lægeligt personale i almen praksis må det anbefales, at omkostningsforholdene tages i betragtning ved forhandlinger af fremtidige overenskomster mellem Praktiserende lægers organisation og Sygesikringens forhandlingsudvalg.

I denne forbindelse må anvendelsen af tillægs- og laboratorieydelsehonoreringen vurderes som et muligt styringsredskab vedrørende udførelsen af specielle opgaver i almen praksis. Da honoreringen af praktiserende læger under Landsoverenskomsten er baseret på honorering af ydelser til enkeltpersoner, må det yderligere overvejes, hvorledes honorering af deltagelse i gruppeaktiviteter og i offentlige planlægningsudvalg kan indpasses i fremtidige overenskomster.

Dansk selskab for almen medicin har anbefalet, at der i lighed med forsøgsordningen i Billund i stigende omfang åbnes mulighed for, at der indgås særoverenskomster i forbindelse med samordningsforsøg, som inddrager almen praksis.

Kapitel IX

DEN AMBULANTE SPECIALBETJENING

1. Speciallæger

Retten til at betegne sig som speciallæge er betinget af, at lægen har fået udstedt tilladelse hertil fra sundhedsstyrelsen. Tilladelsen gives, når ansøgeren kan dokumentere en krævet videreuddannelse efter den lægevidenskabelige embedseksamen. I modsætning til Danmark gør visse lande en sådan tilladelse betinget af en særlig eksamen, og visse steder forudsætter opretholdelse af tilladelsen dokumentation for regelmæssig gennemførelse af anerkendt efteruddannelse.

Tilladelse til at betegne sig som speciallæge muliggør erhvervsudøvelse i speciallægepraksis, og er som hovedregel en nødvendig men ikke tilstrækkelig forudsætning for overlægeansættelse og dermed tildeling af ansvar for den lægelige ledelse af en sygehusafdeling. Undertiden er der også ansat speciallæger i underordnede og dermed tidsbegrænsede lægestillinger. Sygehusafdelingerne omfatter - noget afhængig af specialet - både en sengeafdeling og et eller flere ambulatorier. Sygehusansatte speciallæger har efter nærmere aftale mulighed for at drive speciallægepraksis på deltid.

En henvisning fra den alment praktiserende læge er som altovervejende hovedregel en forudsætning for, at den del af befolkningen (ca. 95%), der er tilknyttet sygesikringsgruppe 1 kan få speciallægebetjening fra praktiserende speciallæger. Endvidere er antallet af konsultationer i speciallægepraksis, for hver henvisning fra alment praktiserende læge, begrænset. Når grænsen nås, må der ske fornyet henvisning fra alment praktiserende læge. En henvisning fra praktiserende læge er normalt - bortset fra skadetilfælde - forudsætningen for ambulante sygehuskonsultation.

Henvisning til speciallæge eller sygehusambulatorium ledet af speciallæge er i den konkrete situation begrundet i patientens, den alment praktiserende læges eller eventuelt anden speciallæges ønsker og vurdering.

2. Den ambulante speciallægebetjenings opgaver

Målet for en dækkende ambulante speciallægebetjening kan, efter udvalgets opfattelse, opstilles i følgende punkter:

- a. Speciallægebetjeningen må som supplement til ydelserne fra almen praksis sikre befolkningen specialkyndig undersøgelsesvirksomhed, (helbreds)vurdering, rådgivning, behandling og forebyggelse uden indlæggelse på institution.
- b. Speciallægerne må kunne give direkte rådgivning og støtte til almen praksis vedr. såvel konkrete patienter som generelle spørgsmål.

- c. Speciallægebetjeningen må omfatte rådgivning af offentlige myndigheder vedrørende den enkelte patients/klients helbredsforhold, behandling m.m.
- d. Gennem special lægebetjeningen må sikres en kritisk vurdering af den enkelte patients/klients behov for specielle ydelser fra sundheds- og socialvæsenets institutioner.
- e. Den ambulante speciallægebetjening må indgå i organisatorisk samspil med den øvrige lægebetjening således
 - at* der skabes en dækkende specialiseret service,
 - at* adgangen hertil bliver uafhængig af patientens bopæl, rimelig let og uafhængig af patientens sociale og økonomiske status,
 - at* sundhedsvæsenets ressourceforbrug fordeles hensigtsmæssigt mellem almen praksis, speciallægepraksis, sygehusambulatorier og stationær sygehusbehandling, således at man samtidig med opnåelse af dækning undgår ukoordineret udbygning af speciallægepraksis og sygehusambulatorier og uhensigtsmæssig overførsel af almen praksisydelser til speciallægevirksomhed.

Den praktiserende speciallæge kan undersøge og færdigbehandle langt størsteparten af de patienter, der henvises af alment praktiserende læge, uden at sygehusindlæggelse bliver nødvendig.

Let adgang til ambulante speciallægeydelser reducerer antallet af indlæggelser, såvel i diagnostisk som i terapeutisk hensigt og kan medvirke til at reducere indlæggelsestiden. Således kan de senere års tilvækst i speciallægedækningen opfattes som bidragende til den konstaterede nedgang i sygehusvæsenets sengedagsydelser.

3. Krav og forventninger til den ambulante speciallægebetjening

Både patienten, den alment praktiserende læge, de offentlige sundhedsmyndigheder og offentligheden generelt kan på baggrund af speciallægenes uddannelse og "autorisation" forlange, at speciallægebetjeningen foregår kompetent, effektivt, økonomisk og præget af medmenneskelig forståelse.

Det må endvidere kunne forudsættes

- at* en speciallæge personlig undersøger, vurderer og behandler den henviste patient,

- at* speciallægens fortsatte personlige kontakt med patienten som grundlag for samarbejde mellem den alment praktiserende læge og speciallægen kan medvirke til at sikre kontinuitet,

- at* der ydes effektiv og servicebetonet undersøgelse og behandling for den enkelte patient. Der må være kort ventetid på 1. konsultation, tidsbestilling uden lange ophold i venteværelser og mulighed for konsultation uden for normal arbejdstid,

at der som led i den forventelige direkte kontakt mellem henvisende alment praktiserende læge og modtagende speciallæge foregår dels en rådgivning både generelt og om den konkrete patient, dels at den alment praktiserende læge får omgående direkte tilbagemelding om undersøgelsesresultater og den foreslåede eller givne behandling som led i et smidigt og hensigtsmæssigt samarbejde.

4. Den nuværende tilrettelæggelse af den ambulante speciallægebetjening

Den ambulante speciallægebetjening kan, som allerede anført, deles i

1. Den private speciallægepraksis - på hel- eller deltidbasis.
2. De offentlige ambulatorier/klinikker/laboratorier oftest tilknyttet sygehuse.

4.1 Speciallægepraksis

4.1.1 Heltids-speciallægepraksis. Som hovedregel drives heltidsspeciallægepraksis som solopraksis med en sygeplejerske og/eller sekretær som medhjælp. Visse steder er der i de senere år oprettet samarbejds- eller kompagniskabspraksis med to eller flere speciallæger indenfor samme speciale. Som en særlig ordning er i Århus etableret et "Speciallægenes Hus" med læger inden for specialerne ortopædisk kirurgi, kirurgi, plastikkirurgi, gynækologi og obstetrik, intern medicin samt anæstesiologi og radiologi (jfr. kapitel IV).

Heltids-speciallægepraksis foregår i speciallægens private klinik, hvor såvel investerings- som driftsomkostninger fuldt ud påhviler lægen selv. Finansieringen sker helt overvejende gennem sygesikringens betaling for de ydelser, der gives til patienterne, og speciallægens økonomi er derfor direkte afhængig af ydelsernes antal og pris. Det incitament, der hermed måtte være til "kommerciel markedsføring" og deraf følgende stigende forbrug af speciallægeydelser, modvirkes dels af limiteringer i sygesikringsloven og i overenskomsterne for de praktiserende speciallæger dels af de alment praktiserende lægers interesse i, at ydelserne fordeles på en for dem og patienterne hensigtsmæssig måde.

Som sin egen herre med meget få ansatte har speciallægen i privat praksis rig mulighed for at tilgodese servicemæssige hensyn og tilrettelægge klinikens arbejdsgang ud fra patienternes ønsker og behov.

I overensstemmelse med intentionerne bag sygesikringsordningen er speciallægepraksis med de gældende overenskomster ikke forbundet med en pligt til at etablere døgnvagtordning. Der findes kun få vagtordninger enkelte steder som f.eks. ørelægevagten i hovedstadsområdet. Dette betyder, at patienter, som er eller kunne være i behandling hos speciallægepraksis, må søge hjælp hos vagtlæge eller på sygehusenes skadestuer ved akut opståede problemer.

Ved visse former for samordning og udlægning vil det være nødvendigt at overveje også dette aspekt.

Ligeledes i overensstemmelse med intentionerne vil speciallægen ifølge speciallægepraksis' natur - d.v.s. patienternes ambulante status, den manglende akutfunktion, de forholdsvis begrænsede diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder - tage sig af de lettere patienter og overlade de tunge og mere komplicerede opgaver til sygehusvæsenet.

En meget væsentlig - men langt fra udnyttet - fordel ved speciallægepraksis er muligheden for at opnå en geografisk udjævning af speciallægedækningen.

Det kan fremføres som en svaghed for solo-speciallægepraksis, at den bevirker en risiko for faglig isolation. Dette søges imødegået ved den løbende efteruddannelse, som specialselskaberne arrangerer, men formaliserede krav til løbende efteruddannelse findes, som allerede anført, ikke.

4.1.2. Deltids-speciallægepraksis.

Deltids-praksis adskiller sig ud over det kvantitative kun på meget få punkter fra heltidsspeciallægepraksis. Deltids-praksis udøves typisk af overlægerne på landets sygehuse. Overlægerne har de fleste steder ret til i et antal timer om ugen at udøve deltids-praksis fra lokaler på deres afdeling mod betaling til sygehuset efter særlig aftale. De har også adgang til benyttelse af sygehusets faciliteter, og af speciel betydning er her adgangen til de diagnostiske tilbud.

I andre tilfælde driver overlægerne deltids-praksis uden for sygehuset, mens en tredje gruppe deltids-praksis drives af tidligere overlæger.

Deltids-speciallægepraksis udøvet af sygehusenes overlæger giver mulighed for at tilbyde ambulante speciallægebetjening under sygesikringen også de steder i landet, hvor befolkningsunderlaget ikke er tilstrækkeligt til drift af heltids-praksis.

4.2 Sygehusvæsenets ambulante speciallægefunktion

De ambulante speciallægefunktioner på sygehusene er placeret i forskellige former for ambulatorier, men kan også have karakter af rådgivning over for de praktiserende læger.

Virksomheden drives på de sygehusansatte speciallægers ansvar, men en del af det praktiske arbejde er i vekslende omfang overladt til ikke-speciallæger.

Af forskellige typer ambulatorier kan nævnes poliklinikker, forundersøgelsesambulatorier, efterbehandlingsambulatorier og ekspertambulatorier. Hertil kommer de diagnostiske specialers ambulatorier og laboratorier.

Poliklinikker er åbne ambulatorier, som modtager alle patienter, der henvender sig, uanset om det sker efter henvisning eller ej. Udviklingen har medført,

at der kun i meget begrænset omfang findes poliklinikker på sygehusene, og i dag er skadestuerne og ambulatorier for kønssygdomme de eneste almindelige, egentlige åbne ambulatorier.

I forundersøgelsesambulatorierne foretages de undersøgelser, som er nødvendige til en vurdering af, om indlæggelse er påkrævet, og endvidere i mange tilfælde alle præoperative undersøgelser, ligesom patienterne kan tilses af speciallæger fra andre afdelinger. Forundersøgelseambulatorierne har gjort det muligt at afkorte mange indlæggelser, ligesom visse indlæggelser helt kan undgås.

De fleste sygehuse driver *efterbehandlingsambulatorier* bl.a. for at afkorte indlæggelsestiden på sengeafdelingerne mest muligt.

Ved *ekspertambulatorium* forstås et ambulatorium, hvortil alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og sygehusafdelinger kan henvise patienter til særlig vurdering af eksperter på særlige områder inden for et speciale.

Mens ekspertambulatorier næsten altid forstås af den pågældende afdelings overlæger med kun en meget begrænset bistand fra yngre læger under uddannelse, er den direkte medvirken af speciallæger i efterbehandlings- og forundersøgelsesambulatorier noget forskellig fra afdeling til afdeling og fra speciale til speciale.

Ambulatorierne inden for *de diagnostiske specialer* yder en diagnostisk service både over for alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og de kliniske sygehusafdelingers ambulatorier. Undersøgelserne strækker sig fra blodprøver og røntgenundersøgelser til specielle undersøgelser, som kræver særlig teknik og vurdering af undersøgelsesresultaterne. Den primære sundhedstjenestes muligheder for frit at anvende laboratorieblokkens ambulatorier og analyseservice er forskellig i de forskellige dele af landet og inden for de forskellige specialer.

4.3. Ambulatorier m.v. uden for sygehusvæsenet

Specielt i hovedstadsområdet findes enkelte ambulatorier uden for sygehusvæsenet, først og fremmest i form af fysiurgiske klinikker.

5. Hvorledes imødekommer de nugældende ordninger krav og forventninger til speciallægebetjeningen?

Speciallægepraksis og sygehusambulatorium dækker stort set de samme funktioner, om end der både er faglige, lokale og personlige årsager til den konkrete fordeling.

De nødvendige tekniske muligheder vil for nogle specialer reelt være uden betydning for, i hvilket regie de udøves. For andre specialer vil honoreringen og/eller praktiske vanskeligheder være til hinder for anskaffelsen af nødven-

digt undersøgelses- eller behandlingsapparat uden for sygehusvæsenet. Undertiden beherskes ny teknologi ikke af praktiserende speciallæger. I disse tilfælde vil speciallægepraksis alligevel kunne forstå patientbetjeningen, hvis adgangen til benyttelse af sygehusvæsenets diagnostiske service udvides eller lettes.

At speciallægen personligt undersøger og behandler patienten er helt naturligt i speciallægepraksis, hvorimod patienten ved besøg i sygehusambulatoriet ofte vil møde skiftende læger. Den almindeligst anvendte arbejdstilrettelæggelse i ambulatoriet gør det vanskeligt at sikre kontinuitet i den ambulante betjening.

Funktionerne i sygehusambulatorierne vil ofte blive varetaget af afdelingernes yngre læger med ingen eller kun delvis gennemført speciallægeuddannelse, således at patienterne ved besøg i ambulatoriet ikke er garanteret behandling af speciallæge. En sikring af såvel kontinuiteten som garantien for behandling af speciallæge vil i en del tilfælde forudsætte en forøgelse af antallet af afdelingernes speciallæger. Bortset fra dette bemandingsproblem er der imidlertid intet formelt eller strukturelt, som forhindrer en arbejdstilrettelæggelse, som sikrer, at speciallægearbejdet udføres af speciallæger, og at den samme læge ser patienten fra gang til gang. Tidsbestilling, kort ventetid til første konsultation, forskudt konsultationstid og andre patientvenlige foranstaltninger, der som nævnt er nødvendige forudsætninger for et højt serviceniveau i speciallægebetjeningen, findes kun i en vis udstrækning i sygehusambulatorier. Det kan imidlertid være muligt at nedbringe de meget hyppigt forekommende lange ventetider for patienterne på sygehusambulatorierne ved, at alle personalekategorier overholder tidsbestillingerne. Dette er særlig vigtigt i de mange situationer, hvor et ambulante besøg på sygehuset omfatter besøg og/eller konsultation ved flere afdelinger/laboratorier. Utilfredsstillende forhold af nævnte karakter bør elimineres, bl.a. ved en bevidst opprioritering af den ambulante funktion og tilrettelæggelse af det i forvejen aftalte ambulatoriebesøg.

Kontakten mellem den alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge opfattes normalt som bedre end den alment praktiserende læges samarbejde med sygehusambulatoriet - et forhold, som udover det ovenfor nævnte om, at ambulatoriefunktionen ofte varetages af yngre læger, imidlertid kun kan begrundes i delvis manglende opmærksomhed om problemet.

Samspillet mellem sygehusenes sengeafdelinger og ambulatorier fungerer umiddelbart bedre end kontakten mellem afdelingen og speciallægen i privat praksis - men som ovenfor nævnt vil også her kunne etableres et fuldt tilfredsstillende samarbejde, hvis opgaven prioriteres højt nok.

Det offentliges mulighed for at sikre en samfundsøkonomisk og hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne vil for begge ordningers vedkommende forudsætte indsamling af relevante informationer og data om ydelsernes art, antal

m.v. og om de anvendte ressourcer. Forbruget på speciallægepraksisområdet vil kunne styres gennem fastsættelse af regler og overenskomster og for sygehusenes vedkommende som led i den almindelige aktivitetsstyring.

Akut og subakut speciallægearbejde findes - i overensstemmelse med intentionerne - kun inden for ganske enkelte områder i dag. Det er på grund af det begrænsede antal speciallæger ikke realistisk at forestille sig en udvidelse af vagtordningen - og næppe heller hverken særlig nødvendigt eller ønskeligt, såfremt der findes et godt samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehuse.

Sammenfattende er speciallægepraksis' fordel: Nærhed i forhold til patienten og den alment praktiserende læge, muligheden for stor geografisk dækning med speciallæger, sikring af speciallægehjælp og kontinuitet i behandlingen, samt en tradition for i højere grad at tilgodese servicemæssige hensyn til patienterne.

Det må dog samtidig understreges, at den nævnte mulighed for jævn geografisk dækning ikke udnyttes, ej heller inden for relevante specialer. Der er en tendens til ophobning af speciallægepraksis i de større byer omkring større sygehuse.

Sygehusambulatoriernes fordel er en hurtigere og mere direkte adgang til hele det diagnostiske apparat og den enkelte speciallæges større mulighed for at bevare nær kontakt med speciallægepraksis' udvikling.

Ønskværdige ændringer for de to former for speciallægedækning kan efter samordningsudvalgets opfattelse kort udtrykkes således:

Speciallægepraksis må have udvidet og hurtig adgang til at kunne benytte sygehusvæsenets diagnostiske service og struktureret samarbejde om den akutte funktion. Der bør endvidere tilstræbes bedre udnyttelse af mulighederne for jævn geografisk dækning med praktiserende speciallæger.

Arbejdstilrettelæggelsen på sygehusambulatorierne må ændres således, at "en læge = en speciallæge", tidsbestilling og andre patientvenlige foranstaltninger kan indføres, tillige med en direkte samarbejdsform mellem den alment praktiserende læge og speciallægen på sygehuset.

6. Forudsætninger for en mulig aflastning af sygehusvæsenet ved øget anvendelse af ambulante speciallægebetjening

En øget anvendelse af den ambulante speciallægebetjening har været fremført som et af midlerne til at begrænse presset på sygehusvæsenet gennem nedbringelse af senedagsforbruget og med opretholdelse af kvalitets- og serviceniveau. Før dette punkt diskuteres for en række specialer skal fremhæves en række forhold, der må tages i betragtning ved en eventuel omlægning.

1. Serviceniveauet i speciallægepraksis må udbygges yderligere og også overføres til ambulatorium. Der må tilvejebringes større smidighed vedrørende tidsaftaler, konsultationstider og eventuelt vagtberedskab. Den tættere patientkontakt er et betydende forhold for servicefaktoren.

2. Behovet for nærhed til patienterne må bedre tilgodeses. Praktiserende speciallæger må geografisk længere ud end speciallægerne på sygehusene. Dette kan bl.a. opnås ved at knytte speciallæger til de små sygehuse - enten speciallæger fra de større sygehuse eller praktiserende speciallæger, der lejer lokale.

3. Samtidig med, at det er nødvendigt at fremhæve nærhedskriteriet, er det nødvendigt at fremhæve behovet for et tilstrækkeligt stort befolkningsunderlag. Det er vigtigt at finde frem til objektive kriterier for tildeling af ydernummer. Der tænkes her på et "korrigeret" befolkningsunderlag, d.v.s. korrigeret for alders, køns- og sociale forhold m.v. Det er endvidere nødvendigt at kunne planlægge speciallægepraksis således, at overlapning med sygehusene og disses ambulatorier ikke finder sted.

4. Man må etablere ordninger, der modvirker fristelser til, at investerings- og etableringsomkostninger for praktiserende speciallæger fører til overforbrug og giver "teknisk betingede" bindinger.

5. Praktiserende speciallæger, såvel som sygehuse og disses ambulatorier, må ikke i deres virksomhed kompromittere familielægesystemet. Tværtimod må man tilstræbe, at speciallægebetjeningen fungerer som en støttende funktion og ikke som en substitution for den alment praktiserende læge.

6. En udbygning af den ambulante speciallægetjeneste må kunne motiveres med en aflastning af sygehusene. Kun såfremt man i den enkelte amtskommune kan planlægge en udbygning af speciallægetjenesten, motiveret med en reel aflastning af sygehusene eller med en nødvendig øgning af serviceniveauet, bør den udbygges. Hvis ikke man er opmærksom på dette forhold, vil en udbygning af speciallægetjenesten blot bevirke en addition til sygehusenes tilbud.

7. Ved overvejelser om udlægning af kirurgisk virksomhed fra sygehus til speciallægepraksis bør det have i erindring, at ca. 10% af patienter, der underkastes universel anæstesi, har behov for overnatning. Af hensyn til sikkerheden vil det derfor være mere rationelt, at operationer, der fordrer universel anæstesi, foregår på sygehusene.

8. Såfremt nøglespecialer udtyndes på sygehusene ved udlægning til specialpraksis, vil man kunne forværre flaskehalse i sygehusvæsenet. Således udgør f. eks. anæstesiafdelinger i stor udstrækning fla-

skehelse for de kirurgiske afdelingers virksomhed. Omvendt vil en udbygning af den anæstesiologiske service på sygehusene kunne øge den kirurgiske kapacitet der væsentligt.

9. En forbedret døgndækning af sygehusenes speciallægebetjening bør overvejes. I den forbindelse bør det overvejes, om visse former for liberalisering af systemet kan give denne supplerings.

10. En række specialer har nært samarbejde med socialektoren. Dette gælder ikke mindst psykiatri, pædiatri, reumatologi, men også andre specialer har et sådant samarbejde. For privat speciallægevirksomhed bør det undersøges, om dette samarbejde er vanskeliggjort af kombinationen af et privat og et offentligt system.

11. En del af uddannelsen til praktiserende speciallæge bør finde sted i praksis. En udlægning fra sygehusene af en række funktioner til speciallægepraksis vil i øvrigt give uddannelsesmæssige og rutinemæssige kapacitetsproblemer.

7. Vurdering af hvorledes speciallægebetjening kan fordeles mellem sygehusvæsenet og speciallægepraksis

Som led i udarbejdelsen af maj 1983-notatet fra sundhedsstyrelsen om mulige foranstaltninger til aflastning af sygehusvæsenet, modtog sundhedsstyrelsen bemærkninger og forslag fra de lægevidenskabelige specialselskaber og speciallægeorganisationerne.

På grundlag af disse bemærkninger og efterfølgende drøftelser herunder også med repræsentanter for lægeforeningen og af foreningen udpegede repræsentanter for visse specialer, kan udvalget fremføre nogle betragtninger til de enkelte specialer og foreslå en gruppering efter deres praksisegnethed.

Gruppe 1 er specialer, der væsentligst er sygehusbaserede, og for hvilke udvalget ikke har fundet anledning til at overveje forskydninger i den nuværende fordeling mellem sygehusopgaver og opgaver for speciallægepraksis. Det drejer sig om de medicinske grenspecialer, bortset fra reumatologi, de kirurgisk grenspecialer samt neurokirurgi og terapeutisk radiologi.

Gruppe 2: Specialer og grenspecialer, hvis funktioner til en vis grad varetages såvel i sygehusvæsenet som i praksissektoren. Efter udvalgets opfattelse drejer det sig om: intern medicin, kirurgi, ortopædisk kirurgi, gynækologi og obstetrik, anæstesiologi, reumatologi, neuromedicin, pædiatri og psykiatri. Disse områder har været genstand for særlige drøftelse med repræsentanter for lægeforeningen og de nævnte specialer.

Gruppe 3: De "traditionelle praksisegnede specialer", hvis indplacering i sundhedsvæsenet udvalget ikke finder større anledning at fremkomme med ændringsforslag til. Det drejer sig om hudsygdomme, øre-næse-halssygdomme samt øjensygdomme.

Gruppe 4: Tværgående diagnostiske specialer. Disse er omhandlede i kapitel X.

8. Konkret gennemgang af de kliniske specialer

8.1 Specialerne i gruppe 1: Specialer og grenspecialer, som i helt overvejende grad varetages af sygehusvæsenet.

8.1.1 For de *medicinske grenspecialer* i denne gruppe - bortset fra langtidsmedicin, hvor behovet for sygehusbehandling først og fremmest skyldes pleje og genoptræning - gælder, at undersøgelse og behandling er kompliceret og apparatur- og laboratoriekrævende i en sådan grad, at det ud fra patienternes lille antal, servicemæssige og økonomiske hensyn ikke er rimeligt at overveje en udlægning af funktionerne.

8.1.2 Tilsvarende gælder for de *kirurgiske grenspecialer* samt for *neurokirurgi*, hvortil yderligere kommer de kirurgiske indgrebs karakter og behovet for intensiv overvågning.

De *plastikkirurgiske* funktioner, som i dag udføres på sygehusenes specialafdelinger, vil især for de rekonstruktive behandlings vedkommende af tekniske årsager kun i ringe omfang kunne flyttes. En række opgaver af såvel visiterende som behandlende karakter varetages allerede i dag i speciallægepraksis, men en udvidelse vil næppe kunne forbedre visitationen væsentligt, og kun i kvantitativ beskedent omfang aflaste den ambulante kontrolfunktion. Et særligt område er de kosmetiske operationer, som for så vidt vil være praksisegnede. Om alle sådanne ydelser skal honoreres af det offentlige, f.eks. via sygesikring, må bero på en politisk stillingtagen, idet en sådan åbning for plastikkirurgien vil betyde en addition til og ikke en substitution af sygeopgaver.

8.1.3 *Terapeutisk radiologi* bør ses i sammenhæng med den øvrige kræftbehandling. Funktionerne bør i første omgang koncentreres om de onkologiske centre og ikke lægges ud i speciallæge- eller almen praksis. Et nært samarbejde mellem centrene og de alment praktiserende læger er et særdeles vigtigt led i den almindelige opfølgning af patientens samlede fysiske, psykiske og sociale tilstand. Kommunikationen mellem den behandlende afdeling og praktiserende læge er derfor af umådelig stor betydning, men en udlægning af opgaver er ikke relevant.

For de fleste af ovennævnte specialer og grenspecialer gælder, at funktionernes størrelse og karakter ikke tillader heltidspraktiserende speciallæger. Derimod er overlægers deltidsvirke i speciallægepraksis med konsultative

funktioner nu og i fremtiden af stor betydning for en minimal belastning af sengeafdelingerne gennem en korrekt visitation.

8.2 Specialerne i Gruppe 2: De specialer og grenspecialer inden for hvilke der er teoretisk mulighed for ændret fordeling af opgaverne mellem sygehuse- nes sengeafdelinger, ambulatorier og speciallægepraksis.

Som anført ovenfor har der været ført orienterende drøftelser med lægeforeningen og af foreningen udpegede specialerepræsentanter inden for områderne anæstesiologi, kirurgi, ortopædisk kirurgi, gynækologi-obstetrik, intern medicin, reumatologi, neuromedicin, pædiatri og psykiatri med henblik på, om det vil være hensigtsmæssigt at foretage forskydninger i den nuværende fordeling.

8.2.1 Anæstesiologi. Specialets repræsentanter har anført følgende:

De anæstesiologiske funktioner kan inddeles i tre områder:

1. anæstesi til kirurgiske indgreb, 2. intensiv terapi og 3. smertebehandling. Af disse er intensiv terapi en ren sygehusopgave, mens anæstesi til ambulante kirurgi og smertebehandling har klar relevans for speciallægepraksis.

Såfremt man ønsker at øge den ambulante kirurgiske behandling, er anæstesi- en parat til at følge med. En forudsætning herfor er imidlertid et øget antal heltidsfungerende speciallæger, idet man ikke finder, at en sådan udvidelse af anæstesiologisk virksomhed i speciallægepraksis kan varetages på del- tidsbasis. En anden forudsætning er forsvarlige observationsmuligheder i op- vågningsfasen. Endvidere vil muligheden for hurtig overførsel til intensiv- eller observationsafsnit på sygehus være nødvendig, idet 8-10% af kirurgiske patienter, som forventes at kunne gå hjem efter fuld bedøvelse, får brug for overnatning. En væsentlig flytning til speciallægepraksis af opgaver, som kræver fuld bedøvelse, kan derfor ikke anbefales ud fra sikkerhedsmæssige og økonomiske betragtninger.

Det tredje område, smertebehandling, derimod vil i mange tilfælde kunne va- retages fuldt så godt i speciallægepraksis. Undtaget er de mere komplicerede tilfælde, som kræver tværfaglig indsats. Specielt med hensyn til smertebe- handling vil et udvidet samarbejde med alment praktiserende læger, herun- der forskellige former for konsulentvirksomhed, kunne være til gavn for såvel læger som patienter.

Ud fra vurderinger i de bedst dækkede amter finder læger i specialet, at et ri- meligt befolkningsgrundlag for en speciallæge vil være 200.000 indbyggere.

Afsærlige overenskomstmæssige problemer savnes muligheder i de kirurgi- ske speciallægers overenskomster for at foretage urologiske, gynækologiske og ortopædkirurgiske indgreb som helbedøvelse i speciallægepraksis på sam- me måde, som gælder for øjenlæger, ørelæger og tandlæger.

Samordningsudvalget har intet at indvende imod, at der i lo- kale forsøgsordninger etableres særlige sygesikringsover-

enskomster, der tillader anæstesiologer at virke som f.eks. i "Speciallægerne Hus" i Århus under forudsætning af, at funktionen evalueres både ud fra sikkerhedsmæssige, økonomiske og servicemæssige kriterier.

8.2.2 *Kirurgi*. Specialets repræsentanter har over for udvalget anført følgende:

Generelt er trækket på de kirurgiske specialer aftagende, idet en række tidligere kirurgiske sygdommes behandling i dag klares ad medicinsk vej. Dette betyder, at specialet, som i forvejen har vanskeligheder med at sikre en kvalitetsmæssig efter- og videreuddannelse, er særlig følsomt for yderligere nedsættelse af specialafdelingernes virksomhed.

Specialet er imidlertid rimeligt og relevant som praksisspeciale, idet der udover indgreb, som også kan udføres i almen praksis, findes en række mindre operationer, som i lokal bedøvelse udmærket kan foretages i speciallægepraksis. En yderligere udnyttelse til varetagelse af større operationer kræver, som nævnt under anæstesiologien, overenskomstsmæssige og praktiske muligheder for at kunne give fuld bedøvelse.

En udbygning af konventionel kirurgisk speciallægepraksis ("konventionel" i modsætning til Speciallægerne Hus i Århus, der har et særligt overenskomstgrundlag) vil imidlertid kunne betyde en mindre aflastning af sygehussvæsenets specialafdelinger. I Fyns amt er foretaget en analyse af de mulige forskydninger, og man finder at kunne reducere amtets samlede kirurgiske sengeforbrug med 11-12% - hvilket imidlertid fordelt på flere afdelinger kun giver mindre aflastning de enkelte steder.

Den praktiserende speciallæges rolle findes betydelig, idet under 10% videreføres til sygehuse. Adgangen til undersøgelsesfaciliteter på sygehuse skønnes rimelig, men kunne med en udvidelse på visse punkter yderligere lettes og dermed give et forbedret serviceniveau. Af hensyn til specialafdelingernes fortsatte brede erfaring og uddannelsesforpligtelser er det imidlertid ikke ønskeligt at indføre fast visitation gennem praktiserende speciallæge som nyt led mellem almen praksis og sygehuse.

Med hensyn til spørgsmålet om uddannelsesamannuenser finder man i specialet, at det vil være muligt at indpasse sådanne i speciallægepraksis, men at hensigtsmæssigheden heraf må afhænge af om målet for uddannelsen er funktion i sygehussvæsenet eller i speciallægepraksis?

Det konkluderes, at specialet på grund af den generelle udvikling er særlig følsom over for større forskydninger i opgavefordelingen. En udbygning af speciallægepraksis vil - ligesom en flytning af opgaver til mindre sygehuse - indebære nødvendigheden af en yderligere centralisering af sygehuses komplicerede højteknologisk prægede kirurgi.

Samordningsudvalget foreslår, at en udlægning af kirurgisk speciallægetjeneste sker efter lokale overvejelser og

nøje planlægning med henblik på undgåelse af dublering af funktioner. Ved overførsel til speciallægepraksis må man især have sig for øje, at udtyndingen af patientunderlaget ikke er til hinder for en rationel arbejdstilrettæggelse på sygehusene. Endvidere at det typisk vil være lettere sygehusfunktioner, der vil kunne overføres til en udvidet kirurgisk speciallægepraksis. I konkrete velplanlagte situationer vil en udvidelse af den kirurgiske speciallægepraksis efter modellen med Speciallægerne Hus i Århus kunne anbefales.

8.2.3 Ortopædisk kirurgi. Over for udvalget har specialet fremført følgende:

Som selvstændigt speciale er fagområdet nyt og derfor uensartet organiseret, hvad angår antal specialafdelinger og praktiserende speciallæger i de forskellige sygehuskommuner. Også kvalitativt har faget skiftet - og skifter fortsat - karakter. Stærkt ressourcekrævende kirurgiske aktiviteter beslaglægger en større og større del af hospitalsafdelingernes kapacitet, og flere behandlinger overføres derfor til det ambulante regie, dels i de traditionelle store ambulatorier ved de ortopædkirurgiske sengeafdelinger, dels efterhånden også til praktiserende speciallæger.

Kun en forsvindende del af patienterne, som i dag indlægges, skønnes at kunne behandles i speciallægepraksis, men de dele af den ambulante ikke-akutte ortopædisk kirurgi, som ikke forudsætter kompliceret apparatur, vil kunne klares særdeles vel i speciallægepraksis. Her vil en stor del af de lettere men ofte langvarige og meget generende lidelser kunne undersøges og færdigbehandles, ligesom det ofte nødvendige samarbejde med praktiserende læge, fysioterapeut og socialforvaltning kan klares hurtigt og direkte og med færre omsvøb end i hospitalsambulatoriet. Traumatologi findes ikke egnet til speciallægepraksis.

Der er ikke angivet specielle overenskomstmæssige problemer ud over som nævnt for anæstesiologien og kirurgien, behovet for overenskomstmæssige muligheder for at behandle patienter i helbedøvelse i speciallægepraksis.

Sammenfattende vil ortopædkirurgiske speciallæger fortsat og i øget omfang kunne aflaste sygehusvæsenets ambulatorier ved at varetage behandlingen af de ikke-akutte kolde ortopædkirurgiske lidelse, hvorimod man kun kan forvente en mindre aflastning af sengeafdelingerne.

Samordningsudvalget må anføre det samme som det, der er anført for kirurgi.

8.2.4 Gynækologi/obstetrik. Specialets repræsentanter har over for udvalget anført følgende:

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi har som led i udarbejdelsen af "Status og perspektiv i obstetrik og gynækologi 1984" specielt beskrevet den gynækologisk/obstetriske speciallægepraksis nu og i fremtiden. Kort kan arbejdsgruppens indstilling sammenfattes som følger:

- Gynækologien er et særdeles praksisrelevant speciale, hvor behandlingen af alle de lidelser, som ikke kræver indlæggelse, kan varetages lige godt i sygehusenes ambulatorier og i speciallægepraksis.
- Obstetrik derimod er der mindre ønske om at flytte væk fra sygehusvæsenets regie: Ca. 2/3 af de adspurgte speciallæger ønskede at indgå i svangreprofylaksen, men ingen ønskede at deltage i hjemmefødsler.
- På baggrund af udenlandske erfaringer skønnes der at være behov for én speciallæge på 18.000 indbyggere, hvilket svarer til et udækket behov på i alt ca 20 speciallæger her i landet.
- Der er stor interesse for nytænkning med hensyn til ansættelsesmuligheder i form af satellitpraksis, konsulentordninger, kombineret tilknytning til offentlig og privat regie m.v.
- Der er behov for en væsentlig justering af overenskomsterne, som bærer præg af at være udsprunget af kirurgisk virksomhed og derfor ikke er særligt velegnede for den nutidige behandling af gynækologiske og obstetriske patienters samlede problemkomplekser.

Der er behov for et snævert og hurtigt fungerende samarbejde mellem praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger og mellem praktiserende speciallæger og de gynækologiske specialafdelinger om den enkelte patient og om generelle spørgsmål - og opfyldelsen af disse krav må prioriteres højt.

Fra fagets side skønnes der at være store forskelle på, hvor mange af de nuværende indlagte patienter, som ville kunne behandles i ambulant regie - nogle steder har en forskydning af behandlingsmønsteret allerede fundet sted til det maksimalt mulige, andre steder vil der givetvis kunne ske en aflastning af sygehusvæsenet.

For alle specialer gælder, at man af hensyn til vagtberedskabet må have et vist stort antal læger på afdelingen og dermed også i dagarbejdstiden. Såvel for lægerne selv som for den samlede ressourceanvendelse er det en fordel at udnytte denne arbejdskraft. Gynækologisk-obstetriske afdelinger har i dagarbejdstiden sædvanligvis en betydelig ambulant funktion, der behøver lægelig arbejdskraft, men man skal være opmærksom på, at en yderligere udflytning af gynækologi kan medføre uudnyttet lægetid i dagtimerne. Obstetrik er jævnt fordelt på døgnnet, men det skal bemærkes, at planlagt obstetrik udføres i dagtimerne og beslaglægger lægelig arbejdskraft.

Også dette speciale peger på de uddannelsesmæssige problemer ved en væsentlig forskydning af opgaverne. Man er af hensyn til læge-patientforholdet meget skeptisk med hensyn til indførelsen af uddannelsesamanuenser i speciallægepraksis - man mener, at patienterne søger speciallægerne netop for at søge personen og ikke klinikken.

Samordningsudvalget må igen fremføre, at en udvidelse af virksomheden i speciallægepraksis må ske efter nøje planlægning og med hensyntagen til en rationel arbejdstilrettelæggelse på sygehusene. I øvrigt kan udvalget henholde sig til sine udtalelser vedr. kirurgi.

8.2.5 Intern medicin. Specialets repræsentanter har over for udvalget fremført følgende:

Som tegn på en allerede igangværende forskydning af opgaver fra stationær til ambulanseregime er andelen af akutte medicinske patienter steget fra 75 til 90% på de sidste 2 år.

Af de 10% ikke-akutte indlæggelser kunne en mindre del formentlig undgå indlæggelse ved muligheden for undersøgelse og behandling gennem forundersøgelsesambulatorier eller praktiserende speciallæge - især hvis denne havde let adgang til det diagnostiske apparat på sygehusene.

De akutte indlæggelser er ofte betinget af en kombination af sociale problemer og akutte legemlige skavanker. En akut mulighed for vurdering af de sociale problemer ved f.eks. socialrådgiver og en akut mulighed for vurdering af sygdomstilstanden hos en speciallæge kunne helt afværge eller eventuelt udskyde en del indlæggelser. På tilsvarende vis kunne etablering af akutte senge på plejehjem eller andre institutioner og observation på "halvvejsstationer" nedsætte indlæggelsestallet - i alt måske i størrelsesorden 20%

De mangelfulde udskrivningsmuligheder særligt i hovedstadsområdet af færdigbehandlede medicinske patienter forlænger indlæggelserne og øger sengeforbruget betragteligt.

Også intern medicin opfattes som et praksisegnet speciale, især i lyset af de seneste års medicinsk-teknologiske udvikling, som har medført, at langt de fleste intern medicinske sygdomme kan diagnosticeres og behandles i speciallægepraksis. At dette ikke hidtil har fundet sted i højere grad i Danmark er traditionsbestemt og skyldes kun i meget begrænset omfang overenskomstmæssige barrierer eller manglen på egnede opgaver. En fremtidig udbygning af speciallægepraksis bør baseres på grundspecialet intern medicin og ikke på en grenspecialisering. Endvidere er man i specialet positiv over for forskellige former for association mellem praktiserende speciallæger og afdelingerne.

Afgrænsning over for almen praksis skønnes ikke at være noget problem, selv om en del opgaver overlapper.

Samordningsudvalget skal udtale, at langt størstedelen af de intern-medicinske undersøgelses- og behandlingsopgaver udføres og bør udføres i almen praksis. Der findes imidlertid patientkategorier med medicinske sygsomme, som i dag behandles i sygehusvæsenet evt. ved ambulante besøg, som med fordel vil kunne behandles i speciallægepraksis.

8.2.6 *Reumatologi*. Specialets repræsentanter har over for udvalget anført følgende.

Det reumatologiske grenspeciale er særdeles praksisegnet, og i de sygehuskommuner, hvor der er en rimelig speciallægedækning, er ved naturlig udvikling opnået en god fordeling mellem sygehusvæsenet og speciallægepraksis. I en del amter findes imidlertid ingen praktiserende speciallæge, og der er mulighed for en større flytning af opgaver fra sygehusene til kommende praktiserende speciallæger. De økonomiske aspekter af en sådan ændret opgavefordeling er intetsteds beskrevet.

På basis af danske forhold skønnes et befolkningsgrundlag i størrelsesorden 35.000 pr. speciallæge at være hensigtsmæssigt. Et "idealamt" har efter fagets opfattelse følgende sammensætning:

1 speciallæge pr. 35.000 indbyggere, 1 lukket sygehusambulatorium, et snævert samarbejde og eventuelt association med praktiserende speciallæge og sygehusafdelingen, endvidere tæt samarbejde mellem den praktiserende speciallæge og almen praksis, fysioterapeut samt socialforvaltningen.

Efter fagets opfattelse vil man ved en ændring af rehabiliteringsfunktionerne kunne opnå en vis aflastning af sygehusvæsenet. En del ortopædkirurgiske patienter henvises således til genoptræning på sygehusene, men i stedet kunne opgaven varetages i ambulant regie i samarbejde med praktiserende reumatolog og fysioterapeut.

Den praktiserende reumatolog færdigbehandler 98% af henviste patienter. Der er ingen væsentlige overenskomstmæssige begrænsninger for udøvelse af speciallægepraksis - udover på baggrund af erfaringerne fra gruppen-patienter at få mulighed for, at fysioterapeuter kan henvise direkte til praktiserende reumatolog.

Specialet finder ikke, at den særlige københavnske ordning med fysiurgiske klinikker kan anbefales som eksempel andre steder i landet, idet der med en speciallægevurdering af den praktiserende læges henvisning er indskudt et fordyrende mellemlid.

Specialet er meget positiv overfor uddannelse af speciallæger i praksis.

Samordningsudvalget har den opfattelse, at reumatologi er et særdeles praksisrelevant grenspeciale, som har fundet en balance i opgavefordelingen i de amter, hvor der er en rimelig dækning med praktiserende speciallæger.

8.2.7 *Neuromedicin*. Specialets repræsentanter har over for udvalget anført følgende:

Det er karakteristisk, at de neuromedicinske afdelinger traditionsmæssigt har et relativt lille sengetal i forhold til en stor ambulatoriefunktion. En væsentlig del af de neuromedicinske opgaver varetages således allerede i ambu-

lantregie, og en yderligere flytning vil ikke kunne forventes at give en påvirkning af det samlede sengedagsforbrug.

Principielt er der ikke noget i vejen for, at en stor del af ambulatoriefunktionen kunne flyttes ud i speciallægepraksis, hvorimod en udflytning til almen praksis synes knap så relevant. For visse sygdomsgruppers vedkommende kunne dog gennemføres forbedringer gennem indførelsen af f.eks. vandrejournal og konsulentbistand.

På grund af det lille sengetal vil en forskydning af opgavernes fordeling medføre store uddannelsesmæssige problemer, ligesom hele specialets udvikling og forskningen vil være truet. Som et af de få specialer er man i neuromedicin ikke positiv over for det hensigtsmæssige i at uddanne kommende speciallæger i praksis.

Der er stor forskel i speciallægedækningen i forskellige dele af landet. Ud fra de bedst dækkede amter skønnes behovet at være 1 speciallæge pr. 150.000 indbyggere, d.v.s. der er behov for yderligere 5-6 speciallæger i hele landet. Tallene må imidlertid tages med et vist forbehold, idet det viser sig, at man i de amter, hvor man kun har ringe speciallægedækning, også har et meget ringe forbrug. Efter specialets opfattelse er der ingen tvivl om, at der er et stort udækket behov.

Der er ingen specielle overenskomstmæssige barrierer for udøvelsen af speciallægepraksis. Serviceniveauet derimod kunne øges med en øget adgang til det diagnostiske apparatur uden nødvendigheden af indlæggelser. Den praktiserende neuromediciner færdigbehandler over 90% af sine patienter. Fra specialets side peges endvidere på et behov for at udnytte de neuromedicinske tilsynsfunktioner inden for sygehusenes forskellige specialafdelinger i langt højere grad. Gennem en mere kompetent stillingtagen til undersøgelsesforløbet tidligt i indlæggelsesfase vil en del undersøgelser kunne undgås og hele forløbet afkortes.

Samordningsudvalget kan således konstatere, at allerede i dag leveres 1/3 af de samlede ambulante ydelser i speciallægepraksis. Yderligere forskydninger af opgaverne til aflastning af sygehusvæsenet er nok mulig, men bør overvejes nøje af hensyn til bl.a. fagets udvikling, uddannelse og forskning.

8.2.8 Pædiatri. Specialets repræsentanter har over for samordningsudvalget anført følgende:

Dansk Pædiatrisk Selskab har i sin "Redegørelse for dansk pædiatri frem til år 2000" søgt at vurdere bl.a. fagets placering inden for og uden for sygehusvæsenet. Specialet kan i vid udstrækning udøves i praksissektoren i samarbejde mellem alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge og specialafdeling. En større udflytning af opgaver har fundet sted i løbet af de sidste par år, og ikke meget yderligere kan forventes, da over 80% af indlæggelserne i dag er akutte.

Muligheden for akut speciallægeundersøgelse eller aftale om en sådan inden for de næste 12-18 timer kunne overflødigøre et vist antal indlæggelser.

Der er et stort behov for samarbejde mellem specialafdelingen, den praktiserende pædiater, almen praksis og det social system, og distriktpædiatri eller mindre organiserede konsulentordninger ville kunne lette samarbejdet. Alt andet lige har praktiserende speciallæge nok lettere ved at etablere direkte og hurtigt fungerende relationer til disse samarbejdspartnere end hospitalsambulatoriet.

Faget er opmærksom på vigtigheden af ikke at påvirke familielægesystemet. Derimod er der en række funktioner i forhold til socialforvaltning, pædagoger, skolepsykologisk kontor etc. som med fordel for patienterne kunne udbygges samlet i form af en børnesundhedstjeneste.

Der er nu ingen væsentlige overenskomstmæssige problemer for varetagelsen af pædiatrisk speciallægepraksis - et ønske er dog muligheden for at kunne få honoreret kontakter til socialforvaltning i lighed med, hvad der gør sig gældende for psykiatere med tilsvarende opgaver. Øget adgang til at trække på det diagnostiske apparatur på sygehusene vil endvidere være en klar service- og kvalitetsforbedring.

Samordningsudvalget finder, at betydelige dele af den pædiatriske speciallægebetjening kan ske enten fra ambulatorier eller speciallægepraksis, og at det vil kunne ske i distrikts-pædiatriske ordninger.

8.2.9 Psykiatri. Specialets repræsentanter har over for udvalget anført følgende:

Der er i faget enighed om, at den psykiatriske sengemasse og hospitalskapacitet i det hele taget er minimal i forhold til behovet og i forhold til, hvad man kender i udlandet. Der er derfor ingen mulighed for at reducere sengeafdelingerne yderligere ved udlægning af opgaver til praktiserende speciallæger i psykiatri. Men den i dag anvendte praksis filtreres på næsten inhuman vis patienterne fra indlæggelse, og de udskrives, før behandlingen er afsluttet.

Der er uden for sygehusvæsenet plads til praktiserende speciallæger med en aflastning af sygehusvæsenet til følge - denne må dog bruges til en forbedring af forholdene for de indlagte patienter, altså en addition i stedet for en substitution.

75-90% af samtlige indlæggelser er akutte. En del af disse vil kunne undgås eller eventuelt udskydes ved muligheden for vurdering af speciallæge i den akutte fase uden for sygehusvæsenet. Tilsvarende angives der på sygehusene at være behov for en socialrådgiverdækning det meste af døgnet.

En del indlæggelser vil på tilsvarende vis kunne afkortes ved muligheden for direkte henvisning til praktiserende speciallæge uden vejen omkring almen praksis som forsinkende mellemlid.

Der er behov for en udstrakt grad af samarbejde mellem praktiserende speciallæger, sygehusafdelingen, almen praksissektoren og socialforvaltningen, og der er derfor god grobund for distriktsordninger af den ene eller anden karakter. Specialet finder endnu de forskellige muligheder for dårligt belyst til at kunne anbefale den ene eller anden som værende den bedste.

Faget er meget positivt over for deltids- og kombinerede ansættelser, som kan bygge bro over kløften mellem praksis og sygehusvæsenet.

Der er kun behov for mindre ændringer af overenskomsterne i form af en moderat udvidelse i konsultationsantalsaftalen fra 15-20. Endvidere er der det uløste problem om honorering af psykoterapi, som ville lette muligheden for at give visse patienter en fornuftig langvarig behandling, uden at det dog vil betyde noget væsentligt for det samlede sygehus- eller ydelsesforbrug.

Samordningsudvalget må for så vidt angår fagområdet psykiatri henvise til redegørelsens afsnit om distriktspsykiatri i kapitel VII og bilag 4.

8.3 Specialerne i gruppe 3: De "traditionelle" praksisegnede specialer

Denne gruppe omfatter hudlæger, øre-næse-halslæger og øjnlæger. For disse specialer finder udvalget ikke anledning til at fremkomme med særlige ændringsforslag. Også for disse fagområder gælder imidlertid behovet for løbende tilpasning med det sigte at opnå en økonomisk, effektiv og servicebetonet dækning af behovene både i speciallægepraksis og i sygehusambulatorier.

8.4 Specialerne i gruppe 4: De diagnostiske specialer.

Denne gruppe er omhandlet særskilt i kapitel X.

Sammenfatning

Det er udvalgets opfattelse, at en række specialer udover de "traditionelle" praksisspecialer er velegnede for speciallægepraksis. Opgavefordelingen mellem sygehusvæsenet og speciallægepraksis er en dynamisk proces, som afhængigt af den medicinske udvikling, geografiske, økonomiske og traditionsbetingede lokale forhold udvikler sig forskelligt i forskellige områder. Behandling hos speciallæge i praksis eller på sygehusambulatorie byder på forskellige fordele og muligheder. Der synes imidlertid ikke at være væsentlige organisatoriske eller overenskomstmæssige begrænsninger for yderligere udbygning af speciallægepraksis. Der vil således i den enkelte sygehuskommune være rig mulighed for at planlægge den samlede speciallægebetjening på den måde, man måtte ønske det.

Væsentligt er det imidlertid, at man med henblik på en optimal ressourceudnyttelse samtidig med opfyldelsen af brugervenlige, servicemæssige hensyn ser den ambulante speciallægebetjening fra sygehusenes sengeafdelinger og korttidsafsnit over ambulatorier til speciallægepraksis som et hele, og at planlægningen heraf sker i sammenhæng - og i sammenhæng med almen praksis' funktioner.

Ved planlægningen bør endvidere følgende overvejes:

- at sikre en geografisk spredning af speciallægedækningen, enten ved praktiserende speciallæger eller ved konsulentordninger, således at behovet for nærhed til patienterne tilgodeses,
- at servicebevidstheden i speciallægepraksis udbygges og erfaringerne overføres til sygehusambulatorierne, evt. med ændret arbejdstilrettelægelse som konsekvens,
at samarbejdet mellem speciallæger og almen praksis styrkes dels vedr. den enkelte patient, dels om generelle spørgsmål - den patientløse kontakt, at praktiserende speciallæger får udvidet afgang til at rekvirere undersøgelser på sygehus som led i deres diagnostik og behandling,
- at nye former for speciallægebistand afprøves, eks. konsulentordninger, øget telefonkontakt, subakutte henvisningsmuligheder m.v.,
- at udbygningen af speciallægebetjeningen ikke kompromitterer familielægesystemet.

Som bilag 5 i betænkningen er medtaget en kortfattet oversigt over tilstande, hvis behandling skal varetages i sygehusregie.

Kapitel X

SÆRLIGT OM DE TVÆRGÅENDE DIAGNOSTISKE SPECIALER

Dette kapitel omhandler med særlig henblik på tre forhold visse diagnostiske specialydelser til praktiserende læger og speciallæger. Eksemplerne er hovedsageligt hentet fra klinisk kemi, fordi der her foreligger økonomidata både for ydelser præsteret af sygehuslaboratorier og fra sygesikringshonorerede laboratorieydelser samt en rapport om en forsøgsordning i Fyns amtskommune. Men en række af de afledte overvejelser vil også være relevante for andre diagnostiske specialer og til en vis grad for andre sygehusbaserede specialer.

De tre forhold som kapitlet især vil søge at belyse er:

- 1) Sammenligningen af økonomien ved at betjene primærsektoren med ydelser fra sygehusets specialafdeling eller fra sygesikringshonoreret "privat" enhed i primærsektoren.
- 2) Service-kvalitetsforbedring af ydelserne i almen praksis og samordning af virksomhed i og uden for sygehusenheden ved konsulentordning.
- 3) Forbedret kommunikation mellem sygehusafdeling og primærsektor ved nedsættelse af faglige fællesudvalg med repræsentation fra sygehussektorens læger og fra praksis også med henblik på etablering af fælles "standardiserede" retningslinier for valg og vurdering af analyser ved bestemte kliniske problemstillinger.

1. Organisering af klinisk kemisk diagnostik for alment praktiserende læger og speciallæger

Diagnostiske og behandlingskontrollerende laboratorieundersøgelser udføres af alment praktiserende læger og speciallæger i deres praksis og honoreres af sygesikringen i henhold til gældende overenskomst. En undersøgelse foretaget i Fyns amtskommune i 1982-84 viser, at det er et begrænset antal undersøgelsestyper der udføres nogenlunde hyppigt i praksis. En kvalitetsmæssig tilfredsstillende udvidelse af repertoireet synes at nødvendiggøre ny teknologi og udbygget kvalitetskontrol. Analyserne skal derfor ikke være ret komplicerede, før de ikke udføres eller ikke bør udføres i almen praksis, men henlægges til særlige, større laboratorieenheder. For sådanne mere komplicerede analysers vedkommende gør der sig forskelle gældende både med hensyn til organisering og honorering mellem det storkøbenhavnske område og det øvrige Danmark.

Praktiserende læger i Københavns Kommune og Københavns Amtskommunes Amagerkommuner sender således patienter eller prøver til Københavns

Praktiserende Lægers Laboratorium (KPLL), der udfører ikke blot klinisk kemiske, men også visse klinisk fysiologiske og neurofysiologiske undersøgelser. Frederiksberg Kommunes praktiserende læger kan henvise til KPLL, men hovedparten af undersøgelserne udføres i dag på Frederiksberg Hospital. Med virkning fra 1. januar 1983 overgik KPLL til at være en selvejende institution med driftsoverenskomst med Københavns Kommune. Ændringen indebar fastsættelse af nye vedtægter, oprettelse af driftsoverenskomst med Københavns Kommune, fastsættelse af retningslinier for budgetudarbejdelse m.v. Herved er laboratoriets ledelse og ledelses- og driftsmæssige forhold bragt i overensstemmelse med laboratoriets finansiering som en del af den offentlige sygesikringsordning. Undersøgelserne honoreres herefter i henhold til et prislistesystem.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg har indgået aftale vedrørende 5 privatejede laboratorier i Københavns amtskommune med speciallæger som ledere eller konsulenter. Ordningen tilbydes de praktiserende læger i Københavns, Roskilde, Frederiksborg, Vestsjællands og Storstrøms, bortset fra Lolland/Falster, amtskommuner. Hertil henvises patienter og/eller prøver, der ikke undersøges i lægernes egne praksis.

I det øvrige Danmark udføres de laboratorieundersøgelser, der rekvireres til brug i praksis, på sygehuslaboratorier, hvortil enten prøverne sendes eller patienterne kommer til prøvetagning.

Hertil kommer landsdækkende aftaler mellem sygesikringen og Statens seruminstitut og det privatejede "Medicinsk Laboratorium". Sygesikringens forhandlingsudvalg har yderligere indgået aftale med Århus Universitet vedr. udførelse af undersøgelser for chlamydia tracomatis

1.1 Økonomisk sammenligning af de forskellige ordninger

En del af udvalgsarbejdet har været at undersøge muligheden for under bibeholdelse eller forbedring af kvalitet og service og gerne med positivt økonomisk udbytte at udlægge funktioner fra syghussektoren. Den ovenfor skildrede forskel i organiseringen af laboratoriemedicinsk service til praksissektoren muliggør sammenligning også ud fra økonomiske synspunkter. Det synes at fremgå af det efterfølgende, at økonomien ikke kan begrunde en sådan aflastning af sygehusenes laboratorievirksomhed ved overførsel til private laboratorier. Tallene i tabel 1a for undersøgelser udført i almen praksis og speciallægepraksis vedrører regnskabsåret 1982 og hidrører fra sygesikringens forhandlingsudvalg, mens tallene for Københavns amts private laboratorier, KPLL og Statens seruminstitut hidrører fra 1983.

TABEL 1.a SYGESIKRINGSBETALING TIL FORSKELLIG LABORATORIEVIRKSOMHED

Ydet til	Regnskabsår	Antal undersøgelser (mio.)	Udbetalt (mio. kr.)	Gennemsnitlig stk.pris (kr.)
Almen praksis	1982	2,60	51,0	19,40
Speciallægepraksis	1982	0,21	4,8	22,86
Københavns amts private laboratorier	1983	ca. 0,60	27,2	ca. 45,00
København og Frederiksberg kommune (KPLL)	1983	0,57	36,5	63,70
Statens Seruminstitut	1983	0,33	30,3	90,82

TABEL 1.b SKØNNEDE UDGIFTER I FORBINDELSE MED SYGEHUSENES LABORATORIEYDELSER TIL PRAKSISSEKTOREN

1982	ca. 4,00	ca. 80,0	ca. 20,00
------	----------	----------	-----------

For så vidt angår undersøgelsestallet ved Københavns amts laboratorier er det anslået til ca. 600.000, idet det i 1977 var ca. 540.000 og i 1979 ca. 590.000. Tabel 1a rummer ingen tal for sygesikringens honorering af analyser udført på Medicinsk Laboratorium. Sådanne tal foreligger for Københavns amtskommunes vedkommende, hvor det i 1983 kostede sygesikringen 428.000 kr.

Til sammenligning med tallene i tabel 1a er det skønnede antal undersøgelser i 1982 for praksissektoren udført på sygehusenes laboratorier anført i tabel 1b. På grundlag af undersøgelser i Fyns amtskommune samt i Københavns amtskommune i 1977 kan det skønnes, at ca. 20% af det samlede undersøgelsestal ved de klinisk kemiske afdelinger ved landets sygehuse går til praksissektoren. Dette tal svarer til ca. 5 millioner undersøgelser for hele landet (totalt ca. 30 mill, analyser, heraf 20 mill, ved sygehuse uden for København, Frederiksberg og Københavns amt) og ca. 4 mill, for sygehusene ved amtskommuner uden for hovedstadsområdet.

Hvis man tilsvarende sætter 20% af de samlede driftsomkostninger for laboratorierne til at dække praksissektorens træk, giver det en omkostning på årsbasis på ca. 80 mill. kr. dækkende alle kommuner uden for København, Frederiksberg og Københavns amt.

En sammenligning af tallene i tabel 1a og 1b viser, at såfremt sygehuslaboratoriernes kapacitet kan dække en given regions behov for laboratorieydelser til praksissektoren, er der ikke økonomiske argumenter for at nyoprette en sygesikringshonoreret laboratorieservice uden for sygehusene i samme regi-

on. Hermed er der ikke taget stilling til hensigtsmæssigheden af de fastlagte etablerede ordninger, der findes i det storkøbenhavnske område.

1.2 Service og kvalitet

Service indbefatter naturligvis en række elementer, men i forbindelse med laboratoriediagnostik skal særligt anføres:

At patienterne kan få taget eller aflevere prøverne så nær hjemmet som muligt, og uden indskud af unødvendige led og ventetider.

Svarafgivelse inden for aftalte tidsfrister til den praktiserende læge, om nødvendigt i form af hastesvar.

Disse servicekrav vil naturligvis kunne imødekommes, hvis den praktiserende læge selv udfører undersøgelserne. Mulighederne for at modernisere, udvide og kvalitetssikre analyserepertoiret i almen praksis bl.a. ved anvendelse af moderne teknologi, undersøges bl.a. i de praktiserende lægers eget "laboratorie- og tillægsydelsesudvalg", men intet tyder på afgørende reduktion i behovet for ekstern laboratorieassistance.

Prøvetagning hos egen læge med efterfølgende forsendelse til sygehuslaboratorium eller prøvetagning direkte på sygehusenes laboratorier praktiseres forskelligt. Københavns amtskommune har netop bl.a. af servicemæssige grunde valgt en decentral løsning for laboratorieservice til praksissektoren. Ifølge amtskommunens betænkning vedrørende klinisk-kemisk betjening fra april 1977 har man overvejet 4 modeller for decentral løsning:

- Fri praksisret for speciallæger i klinisk kemi.
- Koncession for et begrænset antal speciallaboratorier.
- Laboratoriesamdrift med lægekredsforeninger og amtskommuner.
- Satellit-laboratorier fra sygehuse ("filialer").

Der er næppe betydelige forskelle i den kvalitet, hvormed både sygehuslaboratorier og de private laboratorier i Københavns amtskommune og Københavns kommune udfører analyserne. Personalet er alle disse steder specialuddannet, ledes af speciallæger, og der er indbygget i den daglige drift såvel intern som extern kvalitetskontrol.

En særlig model har, som allerede anført, i en projektfase fra 1982-84 været afprøvet i Fyns amtskommune. Modellen tilgodeser behovet for decentral service, og bidrager med kvalitetssikring ikke blot af de analyser, der er udført på sygehuset, men også af de analyser, der udføres i de praksis, der er omfattet af projektet.

Projektet er gennemført af et udvalg med bl.a. repræsentanter for praksisudvalget under lægekredsforeningen i Fyns amt og repræsentanter for de laboratoriemedicinske afdelinger. Formålet har været at fremme udviklingen af hensigtsmæssige samarbejdsformer mellem almen- og speciallægepraksis og de laboratoriemedicinske afdelinger.

I projektets første fase fra 1982 har man for at forbedre analysekvaliteten i de deltagende praksis med godt resultat afprøvet:

- 1) Konsulentordning til praksis i form af hospitalsansatte instruktionslaboranternes besøg, instruktion og undervisning.
- 2) Efteruddannelse.
- 3) Evaluering af tests og apparatur, der af firmaer tilbydes praksis. Herunder vejledning om apparaturvedligeholdelse, udskiftning og kommunikation med leverandører.
- 4) Løbende kontrol af analysekvaliteten.

Som led i sikringen af kvalitet og service over for patienterne i Fyns amtskommune etableredes også som del af projektet et system for transport af prøvemateriale. Dette system muliggør, at prøver af blod, urin etc. tages på patienterne i praksis, hvorfra det transporteres til depotsteder og herfra videre i passende emballage til Odense sygehus, hvor analyserne udføres. Erfaringerne med systemet kan opsummeres som følger:

Et patientvenligt system indebærer prøvetagning hos den praktiserende læge, organiseret videresendelse til sygehusenes klinisk-kemiske afdelinger, svarafgivelse herfra senest efter 1 døgn.

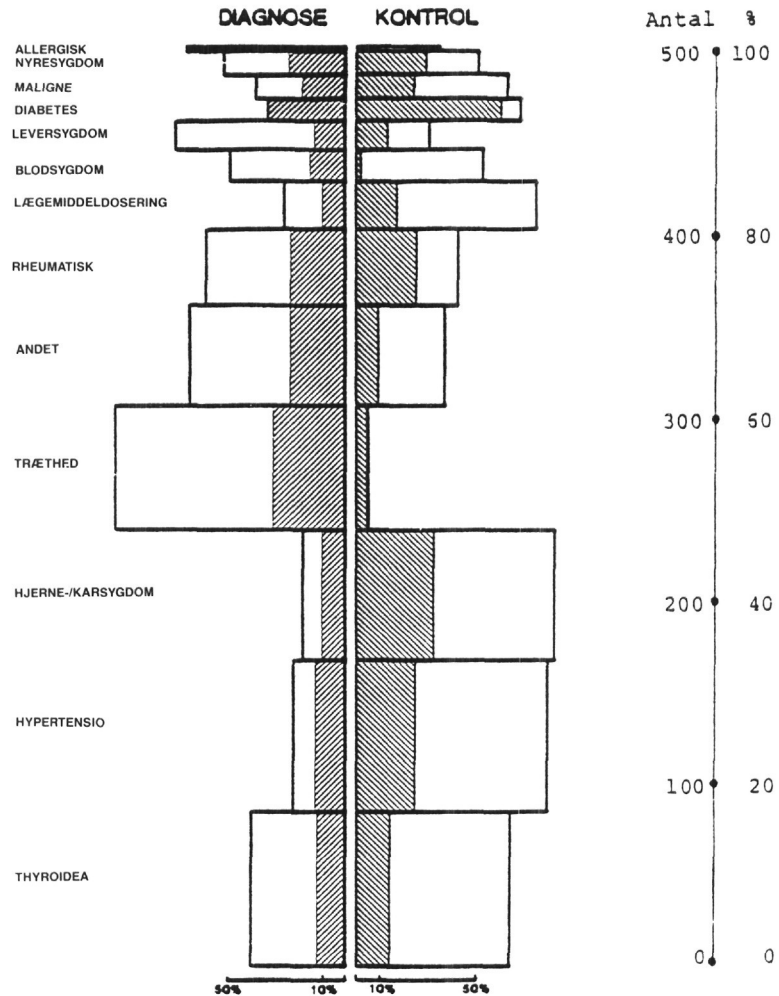
Krav om ambulant fremmøde på sygehus til blodprøvetagning er uvenligt over for patienterne med undtagelse af de få tilfælde, hvor det er absolut nødvendigt.

Behovet for hastesvar til praksissektorens patienter er meget beskedent. Således ønskedes næppe hastesvar i mere end eet tilfælde ud af 1000. For praksissektorens ikke-akutte patienter er tidsfaktoren således sjældent afgørende, men overholdelse af lovede tidsfrister er det.

1.3 Kommunikation mellem sygehusafdelinger og primærsektor med henblik på etablering af fælles retningslinier vedrørende rekvisition af laboratorieanalyser ved forskellige kliniske problemstillinger i praksis

Det ovenfor skitserede projekt i Fyns amtskommune illustrerer et eksempel på samordning også med henblik på udveksling og forbedring af information mellem sundhedsvæsenets sektorer. Det skal således anføres, at fællesudvalget for laboratoriemedicin på Fyn også har beskæftiget sig med at undersøge, hvilke og hvor mange laboratorieanalyser praktiserende læger rekvirerer og selv udfører ved forskellige almindelige kliniske problemstillinger i praksis. Resultatet heraf fremgår af figur 1.

Figur 1



Den lodrette akse repræsenterer alle 505 kontakter. Hver enkelt kasses højde viser den angivne diagnosekategoris andel af besvarelserne.

Kasserne har alle samme bredde, svarende til 100%.

Placeringen om midteraksen viser hvor stor del af analyserekvisitionerne, der er betinget af henholdsvis kontrol og diagnostik. Den skraverede del viser i hvor mange tilfælde, der blev udført analyser i egen praksis samtidig med henvisning til laboratorium.

Det synes oplagt, at informationsudvekslingen i sig selv bidrager til hensigtsmæssig økonomisk adfærd. Herudover er der skabt muligheder for at

etablere vejledende retningslinier for, hvilke analyser der rimeligt bør foretages ved sådanne kliniske problemstillinger. I forbindelse med overvejelserne herom inddrages sygehusansatte speciallæger i de relevante fagområder.

Den ovenfor beskrevne formelle og uformelle kommunikation mellem sundhedsvæsenets sektorer i Fyns amtskommune har også ført til overvejelser om fremtiden. Et sådant udvalg (fællesudvalget for laboratoriemedicin) er en model for, hvorledes centrale spørgsmål kan behandles, f.eks. hvilke analysetyper bør i fremtiden udføres i almen praksis under hensyn til medicinske, kvalitetsmæssige og sundhedsøkonomiske betragtninger. Også emner om udvikling af ny teknologi, herunder for såvel kommunikation- som analyseudstyr særligt med henblik på anvendelse i almen- og speciallægepraksis kan drøftes.

I det fynske projekt deltog indledningsvis 66 læger fordelt på 36 praksis og ved projektets afslutning 88 læger fra 46 praksis. Omkostningerne ved projektet i to år er opgjort til ialt 115.000 kr. betalt ligeligt af Fyns amtskommune og de deltagende praksis via lægekredsföreningen med et tilskud fra sygekassernes helsefond.

Erfaringerne grunder sig på et samarbejde mellem de deltagende praksis og sygehuslaboratorierne vedrørende 300.000 prøver udført årligt i praksis og ca. 500.000 prøver årligt udført for praksis på sygehuslaboratorierne.

Projektet søges nu videreført bl.a. i forbindelse med et nordisk projekt med henblik på at inddrage flere praksis af sygehusafdelinger på Fyn i projektet.

Initiativer som det i Fyns amtskommune bør finde støtte. Foruden de allerede anførte opgaver for fremtiden bør sådanne projekter også iværksættes med henblik på vurdering af økonomien ved den tilstræbte effektivitetsforbedring og samordning. Det bør overvejes, på hvilken må honorering af laboratoriemedicinsk service til praksissektoren bør ydes. Inden for det nugældende system kunne man forestille sig, at sygesikringen financierede den på Fyn forsøgte uddannelses- og kvalitetsforbedring ved at dække omkostningerne ved en konsulentordning, der fra sygehusenes specialafdelinger stilles til rådighed for praksis.

2. Seruminstitutet og decentrale mikrobiologiske laboratorier

Som det fremgår af tabel 2 honoreres Statens seruminstitut for ydelser til sygesikringsområdet. I hvert fald i visse amtskommuner går prøver til undersøgelser på Statens seruminstitut via sygehusenes laboratorier, herunder mikrobiologiske laboratorier, hvor disse findes. I andre amtskommuner sender praktiserende læger prøvematerialet direkte til Statens seruminstitut og dets regionalafdelinger. Private eller sygesikringsdrevne mikrobiologiske laboratorier findes ikke.

TABEL 2 Statens Seruminstitut, incl. regionalafdelingerne

Oversigt over sygesikringens betaling til Statens Seruminstitut for levering af vacciner og diagnostiske undersøgelser til alment praktiserende og speciallæger i året 1983.

Tekst	Vacciner		Undersøgelser		Ialt
	Kr.	Antal	Kr.	Kr.	
Københavns Kommune	99.246	61.781	5.205.019	5.304.265	
Københavns Amtskommune	172.288	57.682	5.129.658	5.301.946	
Frederiksborg Amtskommune	96.853	20.922	1.820.295	1.917.148	
Roskilde Amtskommune	50.666	22.605	2.277.794	2.328.460	
Vestsjællands Amtskommune	59.916	11.694	1.069.109	1.129.025	
Storstrøms Amtskommune	39.084	8.568	772.625	811.709	
Bornholms Amtskommune	6.162	2.440	203.850	210.012	
Fyns Amtskommune	73.639	32.073	3.604.210	3.677.849	
Sønderjyllands Amtskommune	62.955	6.047	481.460	544.415	
Ribe Amtskommune	54.511	10.793	882.245	936.756	
Vejle Amtskommune	74.295	6.363	497.454	571.749	
Ringkøbing Amtskommune	46.748	8.551	692.589	739.337	
Århus Amtskommune	97.398	41.308	3.825.230	3.922.628	
Viborg Amtskommune	45.041	9.927	946.831	991.872	
Nordjyllands Amtskommune	75.447	33.186	2.922.941	2.998.388	
IALT	1.054.249	333.940	30.331.310	31.385.559	

Ved en fremtidig udlægning af opgaver, fra Statens seruminstitut til amtskommunale mikrobiologiske laboratorier må det anbefales, at omkostningsudviklingen for så vidt angår ydelser til almen praksis følges og sammenholdes med de nuværende betalinger til Statens seruminstitut.

3. Patologisk anatomi

Vævsprøver udtaget ved operation og cellemateriale undersøges mikroskopisk dels som led i diagnostik af kræft og forskellige betændelsestilstande hos den enkelte patient, og dels som led i befolkningsundersøgelser af forebyggende karakter for livmoderkræft.

Dele af denne diagnostik, der ofte er vejledende for behandling, finder sted på såvel landsdels- som amtsinstitutter for patologisk anatomi, mens praktiserende patologer varetager en del af det diagnostiske arbejde, der hidrører fra patienter, der undersøges/færdigbehandles i speciallægepraksis eller almen praksis uden om sygehusvæsenet.

I nogle amter har man valgt at udføre alt pato-anatomisk diagnostik på det pågældende amts institut. Herved tilgodeses centraliseringens fordele, men det afskærer på den anden side praktiserende kliniske speciallæger fra at anvende den særlige ekspertise, der måtte findes på et privat drevet patologlaboratorium. Andre amter har bibeholdt såvel den praktiserende speciallæges som den alment praktiserende læges ret til at sende materiale til de laboratorier (sygehuslaboratorium eller privat drevet laboratorium), hvor klinikerens skønner, at han får den bedste service på tværs af amtsgrænserne. Typisk: herfor er ambulant operationsmateriale og diagnostiske biopsier fra praktiserende gynækologer, dermatologer, kirurger og øre-næse-halslæger.

De profylaktiske undersøgelser for livmoderkræft er i de fleste amter placeret i institutregie, der for en stor del netop er udbygget med henblik herpå, idet det drejer sig om et meget stort antal teknisk ensartede præparater, som i de fleste amter udgør den væsentligste præparatmængde fra almen praksis. Placeringen af de profylaktiske undersøgelser muliggør således central registrering, opsøgende virksomhed og informationsformidling, som bl.a. anbefalet af Dansk selskab for obstetrik og gynækologi og Dansk selskab for patologisk anatomi og cytologi, 1982.

Samordningsudvalget skal fremhæve behovet for den bedst mulige udbyggede kommunikation mellem speciallæger i patologi og praktiserende læger til sikring af optimal undersøgelsesteknik, herunder prøvetagningsteknik, undersøgelsesindikation, tilrettelæggelse af kontrolundersøgelser etc.

Konkluderende kan det anføres, at sygehusene har behov for patologi i amtsregie, der også skønnes at varetage den profylaktiske screening bedst. Praktiserende kliniske speciallæger vil, ikke mindst hvis deres virksomhed i de kommende år måtte blive udvidet, have behov for patologiservice. Om denne senere skal ydes af sygehusene eller ved en udvidelse af specialægepraksis i patologi bør imidlertid bero på en vurdering af mulighederne for indskrænkning på sygehuslaboratorierne som følge af overførsel af opgaver fra sygehusenes kliniske afdelinger til praktiserende speciallæger.

4. Diagnostisk radiologi og ultralyddiagnostik

Der foreligger ikke data til at gennemføre samme økonomiske analyse af den røntgendiagnostiske service over for praksissektoren som for klinisk kemi. Vedrørende økonomien er det dog sådan, at man i lighed med laboratoriemedicin kan foretage visse sammenligninger mellem forskellige dele af landet, fordi praksissektoren betjenes forskelligt.

Røntgendiagnostikernes videnskabelige selskab og deres organisation anfører, at praktiserende radiologer vil kunne betjene den primære sundhedssek-

tor med de undersøgelsestyper, der udføres idag på røntgenklinikkerne i København og i Speciallægerens Hus i Århus. Kun større karundersøgelser og invasiv radiologi må nødvendigvis henføres til sygehusene. Alligevel udføres røntgenundersøgelserne fra praksissektoren i Danmark uden for Københavns kommune på sygehusenes røntgenafdelinger, hvor de i 1982 udgjorde ca. 1/3 af de 2.1 millioner undersøgelser, der i alt blev udført. Det må dog formodes, at de ikke byrdemæssigt repræsenterer så stor en andel, men at det væsentligst drejer sig om lettere undersøgelser. Sammenlignet hermed har Sygesikringen til københavnske speciallæger i røntgendiagnostik udbetalt honorarer for ca. 86.000 undersøgelser i 1983 svarende til 21 % af totale undersøgelsestallet i kommunen.

En væsentlig begrundelse for at opretholde speciallægeejede røntgenklinikker i Københavns kommune har været ønsket som let adgang til undersøgelser, service for patienterne og kapacitetsproblemer på hospitalernes røntgenafdelinger. Udgifterne til de københavnske klinikker burde sammenholdes med en beregning af marginalomkostningerne ved at lade den primære sundhedstjeneste i resten af landet betjene sig af sygehusenes røntgendiagnostiske afdelinger.

Af økonomiske, servicemæssige og strålehygiejniske grunde må man kraftigt påpege nødvendigheden af, at de undersøgelser der foretages har en sådan kvalitet, at de ikke behøver gentagelse, blot fordi ansvaret for patienten flyttes fra et led i systemet til et andet.

Det er et stort problem for de røntgendiagnostiske afdelinger uden for København, der betjener praksis, at deres undersøgelseskapacitet ofte er så belastet, at ventetiden for ikke-akutte undersøgelser kan blive månedlang. Det kunne synes oplagt, at kapaciteten kan forbedres ved at oprette decentrale røntgendiagnostiske klinikker enten ejet af speciallæger eller andre private, eller som sygehusafdelingssatelitter. En del af belastningen både af de københavnske klinikker og af sygehusafdelingerne er imidlertid betinget af rekvisitionen af et unødigt stort antal undersøgelser.

Af hensyn til patienterne, økonomien og strålehygiejnen bør der ved et samarbejde mellem sygehusenes røntgenafdelinger og de praktiserende læger tilvejebringes et forbedret grundlag for vurdering af, om patienter nødvendigvis skal røntgenundersøges eller ej. Der foreligger for udvalget forskellige eksempler på forsøg på at skabe lokale retningslinier for anvendelse af røntgenundersøgelser, f.eks. i Fyns amtskommune. Sådanne foranstaltninger vil kunne hæve den tilsyneladende ofte lave procent af positive fund ved røntgenundersøgelser til antagelige størrelser, reducere ventetiden for patienter med behov for undersøgelser og nedbringe antallet af patienter, der venter på at få udført en overflødig undersøgelse.

Udvalget kan anbefale, at røntgendiagnostiske speciallæger indgår i udvalg på lokalt plan med bl.a. praktiserende læger for at opstille retningslinier og måske også konkret vurdere enkelte patienter og deres behov for røntgenunder-

søgelse. Det er udvalgets opfattelse, at man på denne måde vil kunne få begrænset ventelister, ventetider og unødvendige undersøgelser.

I de allerseneste år er der fremkommet en ny og relativ billig røntgenapparattype. Dette såkaldte basalradiologiske udstyr har aktualiseret overvejelserne om, hvorvidt røntgenundersøgelser skulle kunne udføres helt ude i den primære sektor af den alment praktiserende læge. I givet fald skal særlige krav opfyldes til strålehygiejniske foranstaltninger og strålehygiejnisk indsigt hos dem, der betjener udstyret. Sådanne krav vil næppe i dag generelt kunne tilgodeses i praksis. Imidlertid må det noteres, at der rent faktisk allerede er indgået en række lokale aftaler med praktiserende læger om honorering af røntgenundersøgelser udført i praksis, aftaler som senere er godkendt i landssamarbejdsudvalget.

4.1 Ultralyddiagnostik

Ultralyddiagnostik er for patienten en lidet belastende og for lægen en diagnostisk værdifuld metode, der imidlertid kun har en begrænset udbredelse, bortset fra i graviditets- og fosterdiagnostik. Derved bliver kapaciteten til ultralyddiagnostik mindre end det aktuelle reelle behov. Kapacitetsbegrænsningen ligger først og fremmest i, at et utilstrækkeligt antal læger er uddannet til at gennemføre ultralyddiagnostisk undersøgelse og fortolke resultatet. Dette indebærer, at denne metode, der er særdeles anvendelig til at afklare en række symptomers årsag, og som derfor er særdeles egnet som førsteundersøgelse af en række patienter fra praksissektoren, ikke er tilgængelig i det ønskede omfang. Tværtimod forlanges ofte indlæggelse af patienterne og undersøgelsen udføres sent i den diagnostiske proces, hvilket hverken ud fra servicemæssige eller økonomiske overvejelser kan være hensigtsmæssigt.

Udvalget må anbefale, at de radiologiske afdelinger prioriterer uddannelsen inden for ultralyd tilstrækkeligt højt til også at kunne betjene praksissektoren. Ligeledes kan det anbefales, at undersøgelserne tilbydes praksissektoren uden indlæggelse, men gerne med forudgående supplerende klinisk bedømmelse.

Udvalget kan anbefale, at ultralydkyndige speciallæger indgår i udvalg på lokalt plan med bl.a. praktiserende læger for at opstille retningslinier, og måske også konkret vurdere enkelte patienter og deres behov for ultralyddiagnostiske undersøgelser. Det er udvalgets opfattelse, at man på denne måde kunne få begrænset ventelisterne, ventetiderne og omfanget af unødvendige undersøgelser.

Spørgsmålet om udlægning af ultralyddiagnostik til speciallægepraksis vil være afhængig af, at der tilvejebringes den nødvendige uddannelseskapacitet inden for dette område.

5. Klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin udøves i dag udelukkende som et sygehusspeciale. Visse afdelinger er ansvarlige også for ultralyddiagnostik. Et tiltagende antal afdelinger yder i dag også diagnostisk service over for den primære sundhedssektor i sygehuses optageområde. Kvantitativt spiller det dog kun en begrænset rolle, fordi afdelingernes antal ikke er stort, og fordi en tiltagende andel af deres kapacitet beslaglægges af sygehusafdelingernes patienter. Dette indebærer, at patienter fra primærsektoren under tiden må henvises til ambulatorium eller indlægges på sygehus for at få foretaget relativt enkle klinisk-fysiologiske eller nuklearmedicinske undersøgelser. Såvel repræsentanter for almen praksis som for praktiserende speciallæger har tilkendegivet det ønskelige i at få adgang til at henvise patienter i højere grad end det i dag er tilfældet til klinisk-fysiologiske og nuklearmedicinske undersøgelser, især af hjerte, kredsløb, lunger, nyre og bevægeapparat. I øvrigt vil en lettere adgang til sådanne undersøgelser være betinget af etablering af speciallægestillinger ved sygehusene.

Udvalget kan anbefale, at speciallæger i klinisk fysiologi og nuklearmedicin indgår i udvalg på lokalt plan med bl.a. praktiserende læger og speciallæger for at opstille og måske også konkret vurdere enkelte patienter og deres behov for klinisk-fysiologiske og nuklearmedicinske undersøgelser. Det er udvalgets opfattelse, at man på denne måde vil kunne få tilvejebragt hensigtsmæssige undersøgelsesprocedurer og samtidig begrænse unødvendige undersøgelser.

Udvalget kan anbefale, at mulighederne undersøges for at alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger får ret til at henvise til undersøgelser på sygehus.

Udlægning af klinisk fysiologi og nuklear medicin til speciallægepraksis vil også være afhængig af, at der tilvejebringes den nødvendige uddannelseskapacitet inden for området.

Kapitel XI

DE SYGEPLEJEMÆSSIGE OPGAVER

Sygeplejen er en tværgående, generel funktion inden for sundhedsvæsenet og de til socialvæsenet hørende områder, som tager sig af borgere med behov for pleje. Sygeplejebegrebet er således meget omfattende, men hovedfunktionerne knytter sig til de patientrelaterede opgaver i behandling, pleje, rehabilitering og sundhedsoplysning. Karakteristik er det desuden, at sygeplejefunktionen i betydelig omfang indeholder integreret undervisning af elever fra alle plejeuddannelser.

I dette kapitel vil der ikke blive givet en generel gennemgang af de sygeplejemæssige funktioner inden for sundhedsvæsenet, men alene blive lagt vægt på at beskrive de sygeplejemæssige opgaver, der inden for de forskellige sygeplejeområder må lægges vægt på i forbindelse med samordning og udlægning.

1. Sygeplejen i sygehusvæsenet

Sygeplejepersonalet - sygeplejersker, sygehjælpere, plejere m.fl. - udgjorde i 1984 godt 41% af sygehusvæsenets personale. Plejepersonalets størrelse er øget jævnt gennem en længere årrække, og først i det seneste par år er væksten ophørt. I de senere år er der dog set en relativ forskydning af de enkelte gruppers størrelser, således at sygeplejerskernes andel er vokset på bekostning af grupperne af personale med korterevarende uddannelser.

Udviklingen i retning af nedsættelse af patienternes liggetid, øget ambulatorievirksomhed og indførelse af korttidsafsnittil patienter, der kun har behov for få dages indlæggelse, har betydet væsentlige ændringer i plejegruppens arbejdsopgaver. En stor del af de rutineprægede sygeplejeydelser er forsvundet, mens kravene til den individuelle pleje øges. Samtidig betyder de kortere liggetider, at opgaverne skal udføres inden for kortere tid. De forkortede indlæggelser og den stigende anvendelse af forundersøgelsesambulatorier har desuden skærpet kravene til nøje planlægning af behandling og pleje for den enkelte patient både under indlæggelsen og i forbindelse med udskrivningen fra sygehusafdelingen.

Det er i forbindelse med udskrivningen af patienter, at sygehusvæsenets sygeplejefunktioner får den største betydning i forbindelse med en øget samordning, specielt hvor dette indebærer en væsentlige flytning af opgaver til primær- og socialektoren. Det gælder både i forbindelse med kontrol og efterbehandling i fortsættelse af almindelige behandlingsforløb og i forbindelse med overflytning af den egentlige ældreomsorg til de primærkommunale socialforvaltningers område.

De særlige samordningsopgaver for sygeplejen på sygehusafdelingerne vedrører dels informationsformidling, dels undervisningsopgaver i elevuddannelsen og efteruddannelsen samt over for patienter og disses familier.

Der er efterhånden indhøstet en del erfaringer med hensyn til etablering af de nødvendige foranstaltninger som forudsætning for *udskrivning fra sygehus* til fortsat behandling og pleje i primærsektoren.

Når en patient sygeplejemæssigt ikke er færdigbehandlet, er det en klar forudsætning for udskrivningen, at plejen i og uden for sygehuset er koordineret og sammenhængende.

Også det tværfaglige samarbejde med læger, fysio- og ergoterapeuter, de sociale medarbejdere m.fl. er en forudsætning for at skabe sådanne vilkår for en fortsat patientpleje i den primære sundhedstjeneste, at de med sygehusbehandlingen tilsigtede forbedrede livsvilkår kan følges op.

Forberedelserne til en hensigtsmæssig udskrivning af en patient begynder i princippet allerede ved indlæggelsen og er baseret på samarbejde mellem alle implicerede, idet der må sigtes mod den bedst mulige udnyttelse af patientens og offentliges ressourcer.

Indhold og omfang af forberedelserne til en patients udskrivning afhænger ud over af den aktuelle anledning til indlæggelsen og de specifikke konsekvenser heraf tillige af faktorer som patientens alder, køn, livserfaring, livsvilkår samt egne og omgivelsernes ressourcer. Desuden kræves særlig opmærksomhed hos personalet med henblik på sikring af en målrettet forebyggende indsats sideløbende med den øvrige behandling og pleje.

I rimelig god tid før det planlagte udskrivningstidspunkt må afdelingssygeplejersken skaffe sig et overblik over patientens aktuelle situation. Der udarbejdes i samarbejde med den ansvarlige overlæge en oversigt over behandling, pleje, patientens tilstand, trufne beslutninger, patientens egne handlemuligheder og eventuelle problemer i forbindelse med udskrivningen. Dette informationsmateriale formidles i nødvendigt omfang til patienten, dennes pårørende, involverede praktiserende læger, ambulatoriet, hjemmesygepleje, andre sygehuse eller institutioner. Aftaler om *efterbehandling* på eller uden for sygehuset må ligge klar før patienten forlader afdelingen.

Det er væsentligt, at *patienten* er informeret om alle de forhold i forbindelse med helbredstilstanden, som patienten selv skal påtage sig ansvar for at tage initiativ til, såvel vedrørende sin livsførelse som vedrørende kontakter med sundheds- og socialvæsenet. Aftaler om praktiske forhold f.eks. transport, led-sagelse og hjemlige forhold skal ligeledes sikres.

I det omfang *pårørende* indvilliger i at bistå patienten, fordres - også for de pårørendes skyld - præcise aftaler om, hvilke opgaver de påtager sig og desuden fornøden instruktion i udførelse af de konkrete opgaver.

Fysisk og psyisk overbelastning af de pårørende bør forebygges ved aftaler

om regelmæssige besøg af en kontaktperson, f.eks. hjemmesygeplejerske. I det omfang aftaler ikke allerede er truffet, skal der gives oplysninger efter behov om muligheder for hjælp fra sundheds- og socialvæsenet og f.eks. om kontaktperson på sygehuset, om rekreationsophold, om henvendelse til praktiserende læge og hjemmepleje, om mulighed for at søge plejeorlov eller for aflastende indlæggelse af patienten.

Aftaler om *hjemmesygepleje* og om praktisk bistand for *hjemmehjælp*, herunder aftale om eventuelt hjemmebesøg og hjælpemidler, bør træffes nogle dage forud for udskrivning ved mundtlig kommunikation mellem sygehus og socialforvaltning efterfulgt af en skriftlige sygeplejerapport med relevante og tilstrækkelige oplysninger.

På nogle sygehuse praktiseres planlægning af udskrivninger på en ugentlig konference med deltagelse af læge, sygeplejerske og socialrådgiver m.fl. samt fra primærkommunen hjemmesygeplejerske, sagsbehandler eller andre, og de fornødne aftaler træffes. Patient og pårørende kan eventuelt deltage.

I fortsættelse af sygehusindlæggelse kan nogle patienter have behov for et *rekreationsophold*. Aftaler træffes fra sygehuset eller af patientens egen læge. Patienten skal på de fleste rekreationshjem være selvhjulpne og må i givet fald selv kunne tage initiativ til at anmode om bistand fra læge og sygeplejerske.

Aftaler i forbindelse med *overflytning til anden afdeling* omfatter praktiske forhold som tid og sted, transport og ledsagelse, information af pårørende og dertil udveksling af relevante og tilstrækkelige lægelige og sygeplejefaglige oplysninger også med henblik på at kunne oplyse patienten om forholdene på den modtagende afdeling.

Indflytning på plejehjem eller i anden særlig boligform er en væsentlig omvæltning i den pågældendes liv og fordrer medinddragelse af patient og pårørende samt samordnede og tværfaglige aftaler for, at vedkommende så velforberejdet som muligt kan få en acceptabel start på plejehjemstilværelsen.

Der har i enkelte amtskommuner gennem flere år eksisteret et vist *formaliseret samarbejde* mellem sygehusene og den primære sundhedstjeneste. Samarbejdet omfatter almindeligvis de ledende sygeplejersker ved sygehusene og ved hjemmesygeplejen samt ledende sygeplejersker ved plejehjem og amts-sundhedsplejersken. Arbejdet er under stadig udvikling, og de indhøstede erfaringer- positive som negative - viser sig nyttige for udbygningen af et sådant tværsektorielt samarbejde generelt i landet.

I bl.a. Sønderjyllands, Viborg og Frederiksborg amtskommuner har man i arbejdsgrupper og gennem regelmæssig mødevirksomhed mellem ledende sygeplejersker i sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste tilstræbt en *gensidig, løbende orientering* på den ene side om aktuelle ændringer i sygehusplaner, hvis gennemførelse vil få indflydelse på patientplejen, og på den anden side tilsvarende information om aktuelle tiltag vedrørende servicetil-

bud i den enkelte kommune og de muligheder for plejemæssige foranstaltninger, der i øvrigt er tilstede.

Primærkommunernes tilbud om serviceydelser er meget forskellige både med hensyn til hjemmesygepleje, hjemmehjælp, beskyttede boliger, plejehjemspladser m.v.. Dette har naturligvis indflydelse på sygehusenes udskrivningsprocedurer, idet der i hvert enkelt tilfælde må tages hensyn til i hvilket omfang kommunen har mulighed for at etablere de foranstaltninger, der er nødvendige for de patienter, hvis pleje og behandling skal fortsætte efter udskrivning.

Retningslinier for *udskrivningsordninger* for patienter fra sygehus til primær sundhedstjeneste hører til en af de opgaver, der generelt samarbejdes om blandt de ledende sygeplejersker.

Den nævnte uensartethed i kommunernes tilbud om sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger kan imidlertid indebære problemer i forbindelse med etablering af sådanne udskrivningsprocedurer, hvis de skal være tilfredsstillende for alle parter og samtidig også kunne administreres uden urimeligt tidsforbrug.

Nogle sygehuse modtager med henblik herpå fra de omkringliggende primærkommuner en *samlet oversigt* over de muligheder, der forefindes i kommunen. Sådanne oversigter er vigtigt arbejdsmateriale for sygehusafdelingerne, idet det bidrager til forenkling af det administrative arbejde i forbindelse med udskrivninger.

I relation til fastsættelsen af regler for udskrivning inden for et givent område vurderer de ledende sygeplejersker behovet for etablering af *konkrete tilbud om undervisning og vejledning* til hjemmesygeplejersker og plejehjemssygeplejersker bl.a. i forbindelse med udlægning af specialopgaver, der hidtil ikke normalt har været udført af disse.

I forbindelse med udlægning af plejemæssige funktioner har sygehusvæsenets plejepersonale også en væsentlig undervisningsfunktion over for patienter og pårørende for at styrke disses muligheder for at udvikle evnen til *egenomsorg*.

En gennemførelse af egenomsorgsbegrebet i plejen kræver særlig viden og kunnen på et professionelt plan for, at princippet skal kunne accepteres af alle involverede parter og især af patienter og pårørende. Mange sygeplejersker har arbejdet med en tilrettelæggelse og gennemførelse af plejen efter egenomsorgsprincipperne, som navnlig indebærer, at patienter og pårørende gennem nøje orientering og vejledning inddrages i et konkret samarbejde med personalet for sammen at kunne nå det bedst mulige resultat. Hvis dette samarbejde er mangelfuldt eller svigter, er der eksempler på, at patienter og pårørende oplever personalets bestræbelser som manglende hjælpsomhed og omsorg for den syge.

2. Hjemmesygeplejen

Formålet med hjemmesygeplejerskeordningen er at imødekomme behovet for hjemmesygepleje i tilslutning til sygdomsbehandling og optræning, således at patienter - i det omfang det er medicinsk og socialt forsvarligt - kan forblive i deres hjem under sygdom.

Det tilsigtes herved tillige at aflaste sygehusvæsenet og gennem et udbygget tværfagligt og tværsektorielt samarbejde at opnå behandlingsmæssige og samfundsøkonomiske fordele. Endvidere er det ordningens sigte gennem en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af en koordineret indsats af hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere og andre personalegrupper samt personale fra sundheds- og socialforvaltningen at medvirke til, at kommunens borgere, især ældre og patienter med kroniske sygdomme samt handicappede, kan forblive i eget hjem længst muligt.

Hjemmesygeplejerskeordningen administreres i den enkelte kommune af det sociale udvalg, som har ansvaret for koordinationen af hjemmesygeplejerskens virksomhed med anden virksomhed i kommunen indenfor det sociale og sundhedsmæssige område.

Da mange patienter har behov for både hjemmesygepleje og hjemmehjælp, er et samarbejde mellem sygeplejerske og hjemmehjælpere ikke alene hensigtsmæssigt, men ofte en forudsætning for individuel hensyntagen til patienternes daglige fornødenheder og velbefindende. Mange kommuner har derfor koordineret hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen til en organisatorisk enhed med fælles ledelse og betegnet *hjemmeplejen*.

I sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger tilrådes kommunerne at ansætte sygeplejersker til at varetage den daglige ledelse af ordningen. Der er gode erfaringer for, at ordningerne fungerer bedst, hvor der er ansat en faglig leder.

En opgørelse foretaget af Dansk Sygeplejeråd viser, at ca. 175 af landets kommuner ledes hjemmeplejen af en sygeplejerske, mens der er ansat sygeplejerske som leder alene for hjemmesygeplejerskeordningen i ca. 40 kommuner.

Ifølge oplysninger fra Dansk Sygeplejeråd var der pr. 1 februar 1985 ialt 35 kommuner, der havde udvidet eller planlagde at udvide hjemmeplejen (hjemmesygeplejerske- og hjemmehjælpsordningen) til ud over dagtimerne også at omfatte aften- og nattimerne, og 50 kommuner, der havde etableret eller var igang med at etablere en døgnhjemmeplejeordning. Endelig var der i 3 kommuner truffet aftale om, at hjemmeplejeordningen i aften- og nattimerne tillige skulle omfatte beboere på plejehjem samt 6 kommuner, der var i forhandling om en lignende ordning.

Sygeplejen af patienter i egne hjem er karakteriseret ved, at hjemmesygeplejersken er gæst i hjemmet, uddannet til at opfatte sig som en gæst, der kan tilbyde sundhedsfaglig bistand på det hjemlige miljøes vilkår og i overensstemmelse med den enkelte persons ønsker og behov. Karakteristisk for hjemme-

sygeplejen har endvidere været det rolige, ikke-akutte plejeforløb med nær kontakt til den enkelte patient og eventuelle pårørende og almindeligvis med tidsmæssigt gode vilkår for rådgivning, vejledning og undervisning. Ikke mindst de dele af hjemmesygeplejerskens arbejde, der særligt sigter mod at gøre patienterne aktive og selvhjulpne, er gennem de senere år blevet vægtet højt i hjemmesygeplejen, men med en klar erkendelse af, at disse opgaver kræver tid ud over varetagelsen af den almene fysiske og psykiske sygepleje i forbindelse med den ordinerede behandling.

Den konstanterede forøgelse af hjemmesygeplejeopgaverne i de senere år har flere årsager, men er navnlig en naturlig følge af, at langt flere syge og/eller alderdomssvækkede ældre borgere i kommunerne får tilbud om omsorgsforanstaltninger, herunder sygepleje i deres *egne* hjem som alternativ til institutionsanbringelse i plejehjems- eller sygehussektoren. Døgnplejeordninger i kommunerne vil givetvis fremme denne udvikling yderligere. Sundhedsfaglig pleje, behandling og navnlig kontinuerlig observation døgnet rundt til mennesker, der af en eller flere årsager har behov herfor, har traditionelt næsten udelukkende hidtil kunnet tilbydes i sygehusvæsenet og i en vis udstrækning i plejehjemssektorens døgninstitutioner.

Uanset, at døgnservice i hjemmeplejen ikke kan ligestilles og i mange tilfælde derfor ikke erstatte, hvad det akutte sygehusvæsen kan tilbyde, indebærer døgnhjemmeplejeordningerne klart muligheder for substitution for ophold på såvel sygehus som plejehjem. På lang sigt vil der dog for mange gamle menneskers vedkommende være en grænse for døgnhjemmeplejens substitutionsmuligheder i forhold til plejehjemmene.

Yderligere medvirkende til det øgede arbejde i hjemmesygeplejen er endvidere, at flere patienter end tidligere kan behandles ambulant uden sygehusindlæggelse eller udskrives efter en korttidsindlæggelse for derefter at skulle følges op medicinsk og plejemæssigt i den primære sundhedsstjeneste.

Sygehusvæsenets reduktion af patienternes gennemsnitlige liggetid har ligeledes betydet flere pleje- og behandlingskrævende patienter i hjemmesygeplejen.

3. Sundhedsplejerskeordningen

Efter lov om sundhedsplejerskeordninger er kommunerne pligtige til ved ansættelse af sundhedsplejersker at yde vejledning og bistand med hensyn til sundhedstilstanden hos børn under den skolepligtige alder. Ordningen kan tilrettelægges i kombination med skolelægeordningen og kan tillige udvides til at omfatte andre grupper end børn, herunder vordende mødre/forældre. I lighed med hjemmesygeplejerskeordningen administreres også denne ordning af det sociale udvalg.

Sundhedsplejerskens virksomhed omfatter i alle tilfælde familier med børn

under 1 - IV2 år, men kontakten kan opretholdes eventuelt indtil barnet når skolealderen, hvis det skønnes påkrævet. I mange kommuner får især førstegangsgravide tilbud om kontakt med sundhedsplejersken før fødslen.

Samordningen af den sociale og sundhedsmæssige indsats over for børnefamilier med særlige sundhedsmæssige problemer er intensiveret i forbindelse med sundhedsplejerskers placering i social- og sundhedsforvaltningen, og deres samarbejde med de praktiserende læger har enkelte steder i landet medført anvendelse af mere utraditionelle metoder inden for det forebyggende arbejde.

Der er dog fortsat i mange kommuner rent administrative hindringer herfor f.eks., faggruppernes forskellige distriktsopdelinger samt utilstrækkeligt kendskab til hinandens fagområder.

Med henblik på at sikre kontinuitet i den sundhedsmæssige indsats over for gravide og nyfødte børn er der mange steder i landet etableret et formaliseret samarbejde mellem sundhedsplejersker og jordemødre samt sygeplejersker på fødeafdelingen. Det samme er tilfældet mellem sundhedsplejersker og sygeplejersker på pædiatrisk afdeling om sygehusindlagte børn.

Sundhedsplejerskers og hjemmesygeplejerskers opgaver vil i en del tilfælde vedrøre de samme familier eventuelt på samme tidspunkt, f.eks. efter fødsel i hjemmet, ambulans fødsel eller ved sygdom i hjemmet, men denne indsats har hidtil kun i begrænset omfang været koordineret.

Som en konsekvens af, at sundhedsplejerskerne i stigende omfang har kontakt med gravide samt ansættelsen af faglige ledere af ordningerne, ses en tendens til at etablere forsøgsordninger med henblik på en samordning af sundhedsplejerskers og hjemmesygeplejerskers indsats i barselperioden og dermed en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i kommunen.

4. Sygeplejen i plejehjem

Tendensen til, at nyindflyttede beboere i dag har betydeligt flere sundhedsproblemer og handicap end for blot få år siden, har formentlig primært sin årsag i, at de ældre medborgere som tidligere nævnt i stigende grad forbliver i egne hjem længst muligt.

Plejehjemsindflytningen udsættes derved ofte til det tidspunkt, hvor den ældre ingen mulighed har for længere at kunne klare sig alene med hjemmeplejeordningens tilbud.

Klientellet i plejehjem har derfor også generelt ændret sig fra at være selvhjulpne eller lettere plejkrævende til at være stærkt svækkede og meget plejkrævende beboere, ofte tillige med sygdomme, der kræver behandling for at gøre den tilbageværende del af livet tålsom.

Den ofte meget fysisk og psykisk tunge pleje, som beboerne i plejehjemmene

fordrer, stiller store krav til de faglige og menneskelige kvalifikationer hos plejepersonalet, sygeplejersker, plejehjemsassistenter og sygehjælpere.

I tilslutning til visse plejehjem er der etableret dagcentre og beskyttede boliger, og det har vist sig fysisk og psykisk aflastede og motiverende for plejepersonalet at have mulighed for også at tage sig af et langt mere varieret klientel. Som for hjemmesygeplejens vedkommende har sygehusvæsenets politik med hensyn til afkortede indlæggelsesforløb også haft indflydelse på sygeplejen i plejehjemmene. Beboere, udskrevet fra sygehus, kræver således i stigende grad kvalificeret observation, og flere for plejehjemmet nye behandlingsopgaver påhviler plejepersonalet.

Det skal sluttelig anføres, at de undervisende opgaver i forbindelse med praktikuddannelsen af sygeplejeelever i de under punkterne 2, 3 og 4 nævnte områder er øget betydeligt i omfang, siden denne del af uddannelsen i 1979 blev obligatorisk i sygeplejerskeuddannelsen.

5. Terminal pleje

Plejen af og omsorgen for døende patienter har altid været opfattet som en naturlig del af sygeplejen, men vilkårene i bredeste forstand herfor har hidtil langt fra været tilfredsstillende. De mange og vanskelige opgaver plejen af disse patienter omfatter, er blevet sammenfattet i begrebet terminal pleje, som foruden sygeplejemæssige opgaver også indeholder en betydelig såvel lægelig som social indsats.

De igangværende aktiviteter på dette område og udvalgets anbefalinger i øvrigt fremgår af kapitel VII

6. Afsluttende bemærkninger

Som det måtte fremgå af det foregående, er det en forudsætning for en helhedsorienteret sundhedsfaglig indsats over for klienter og patienter, at der på tværs af faggrænser og sektorgrænser etableres et velfungerende samarbejde mellem de involverede parter.

I en fremtidig primær sundhedstjeneste - med varetagelse af en række opgaver, der hidtil har været udført i sygehusvæsenet, med stadig flere ældre medborgere, der vælger at bo i deres egne hjem også i deres sidste år, med vægten lagt på det forebyggende arbejde, sundhedsoplysning og inddragelse af borgerne i varetagelsen af deres eget helbred - vil så mange kræfter skulle forenes for at løse opgaverne, at det brede samarbejde nødvendigvis må være en forudsætning.

Forskellige velkendte forhold har gennem årene ofte besværliggjort samarbejdet. For så vidt angår f.eks. hjemmesyge- og sundhedspleje har et manglende klient-/patientsammenfald med praktiserende læge været særdeles uhen-sigtsmæssigt for kontakten i det daglige arbejde.

Ønsket om en forbedret samordning af den sundhedsmæssige indsats mellem sygehus og primær sundhedstjeneste rejser spørgsmålet, om det er muligt at etablere fastere organisatoriske strukturer i den primære sundhedstjeneste således, at både arbejdsopgaver og organisation bliver bedre defineret.

WHO's HFA 2000-politik indeholder flere anbefalinger, der vedrører organisationen af den primære sundhedstjeneste, ligesom den fremhæver betydningen af, at den forebyggende indsats prioriteres højere; f.eks. kunne lokale sundhedsteams etableres.

Ved forsøgsvirksomhed lokalt ville nye eller ændrede organisationformer og funktioner og opgaver kunne afprøves til gavn for såvel den lokale som den generelle udvikling inden for ordningerne.

Efter drøftelse med udvalgets sekretariat har Dansk Sygeplejeråd i december 1984 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle sygeplejefaglige ledere i den primære sundhedstjeneste (hjemmesygepleje, sundhedspleje og plejehjem) med henblik på en kortlægning af igangværende og planlagte aktiviteter i sygeplejen inde for områderne:

- Undervisning og faglig udvikling
- Opsøgende virksomhed
- Tværfagligt samarbejde
- Omorganisering og omstrukturering

Undersøgelsen giver sig ikke ud for at være totalt dækkende, men den giver grundlag for generelt at kunne konstatere, at der er tale om en bred vifte af aktiviteter på det sygeplejefaglige område i den primære sundhedstjeneste i sammenhæng med opgaveomlægning i sundhedsvæsenet. Det fremgår endvidere, at sygeplejerskerne selv spiller en meget aktiv rolle i forbindelse med aktiviteterne, såvel ved at tage initiativ til deres igangsættelse, som ved at lede dem, og at aktiviteterne i stort omfang har tværfaglig karakter, samt at der er tendens til en øget vægtning af gennemførelse af aktiviteter vedrørende omorganisering og strukturændring.

De pågældende aktiviteter kan hovedsagelig benævnes som udviklingsarbejder, for hvilke påtrængende behov for ændringer oftest er drivkraften. Det må imidlertid generelt konstateres, at metoder til vurdering af sundhedsmæssige besparelser herved kun udvikles i beskedent omfang.

Udvalget skal derfor foreslå, at der iværksættes aktiviteter med det formål at gennemprøve forskellige forsøgsmodeller i den primære sundhedstjeneste, tilrettelagt således, at der ved evaluering af forsøgene er grundlag for visse sammenligninger af disse og af konklusioner vedrørende eventuelle sundheds- og ressourcemæssige effekter, som det måtte være af værdi at søge indarbejdet generelt i sundhedsvæsenet.

Kapitel XII

SOCIAL- OG SUNDHEDSFORVALTNINGERNES INDSATS

1. Indledning

Dette kapitel omhandler nogle udviklingstendenser inden for de kommunale social- og sundhedsforvaltningers område, der er af betydning for samordningsudvalgets overvejelser om hurtigere udskrivning fra sygehus, udlægning af opgaver fra sygehus til almen- og speciallægepraksis m.v. Beskrivelsen omfatter både de sociale og de sundhedsmæssige ydelser, fordi disse forvaltningsmæssigt hører sammen, og fordi samordningen af dem er central i forhold til indsatsen overfor den enkelte klient.

Social- og sundhedsforvaltningerne stiller en lang række foranstaltninger til rådighed bl.a. som støtte i forbindelse med sygdom, rekonvalescens og genoptræning efter sygehusophold. Det gælder i første række hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler, boligændring, omsorgsarbejde, dagcenter, daghjem og midlertidige døgnophold. I enkelte kommuner tilbydes også natophold. Inden for de seneste 6-8 år er der sket en stærk udvikling i antal og omfang af disse foranstaltninger, og der sker løbende ændringer i organisationsformer, tilrettelæggelse af indsatsen m.v., der sigter mod en mere omfattende service (f.eks. døgnberedskab) og en bedre koordinering af indsatsen (f.eks. kollektiv hjemmehjælp).

Det er vigtigt at understrege, at der er tale om en igangværende udvikling, hvor enkelte kommuner er meget langt fremme, mens andre befinder sig i startfasen. Forskelle i kommunestørrelse, befolkningssammensætning, urbaniseringsgrad, boligstandard m.v. indebærer desuden, at der nødvendigvis må blive store variationer i de løsninger, man vælger i den enkelte kommune. *En samordning af indsatsen i hhv. sygehusvæsenet, almen- og speciallægepraksis og social- og sundhedsforvaltningen må tage hensyn til lokale variationer i social- og sundhedsmæssig service.* Der kan således ikke peges på een model for samordning i forhold til den primærkommunale indsats.

Beskrivelsen af social- og sundhedsforvaltningernes indsats er i det følgende koncentreret om udviklingstendenser vedrørende:

- Indsats i eget hjem, herunder døgnberedskabsordninger
- Dag- og døgnophold udenfor hjemmet, herunder midlertidige ophold på plejehjem.

Desuden behandles de konsekvenser en ændret udskrivningspraksis fra sygehus, udlægning af opgaver fra sygehus til almen- og speciallægepraksis m.v. må få med hensyn til:

- Social- og sundhedsforvaltningens samarbejde med sygehusvæsenet og almen praksis, og
- Kommunernes ressourceforbrug.

2. Indsats i eget hjem

I dette afsnit beskrives udviklingen inden for nogle udvalgte områder, der skønnes at have særlig betydning for, hvilke opgaver, som kan varetages i hjemmene som led i en aflastning af sygehusvæsenet. Det drejer sig om udviklingen inden for hjemmehjælp og hjemmesygepleje, herunder efteruddannelse, organisationsformer og etablering af forskellige former for døgnberedskabsordninger.

Udviklingen på disse områder må ses i sammenhæng med ydelser som hjælpemidler, boligændring m.v., der som regel også vil være nødvendige ved mere omfattende pleje i hjemmet.

Det samme gælder de tiltag, der er beskrevet i afsnit 3 om dag- og døgnophold uden for hjemmet.

2.1. Hjemmehjælp

Antallet af hjemmehjælpere er steget kraftigt de seneste 10 år. I 1974 var der 14.700 husmoderafløserere og hjemmehjælpere (omregnet til fuldtidsbeskæftigede med 40 t/uge). Det tilsvarende tal for hjemmehjælpere (husmoderafløserne forsvandt som begreb med bistandslovens ikrafttræden i 1976) var i 1983 22.777'. Her er set bort fra, at husmoderafløserere og hjemmehjælpere eventuelt havde andre opgaver under den daværende omsorgslov. Efter en vis stagnation i 1984 planlægges kommunerne en vækst i antallet af hjemmehjælpere op til ca. 26.300 i 1988.

Ca. 90% af ydede hjemmehjælpstimer i 1983 var varig hjemmehjælp, der hovedsageligt ydes til ældre. Den midlertidige hjemmehjælp ydes fortrinsvis til andre aldersgrupper.

Tidligere var rengøring hjemmehjælpernes altovervejende opgave. De senere år har *opgaverne ændret sig* i takt med ændrede behov hos klienterne, og med ændringer i uddannelsen, der har sat hjemmehjælperne i stand til at varetage nye opgaver.

Uddannelsen var frivillig indtil 1976 (bistandsloven) og hovedparten af hjemmehjælperne uddannede. Ved udgangen af 1980 skulle alle ansatte have gennemgået den obligatoriske grunduddannelse. Denne er senere revideret og udvidet 2 gange for at imødekomme de stigende krav til hjemmehjælperne. Siden 1982 har den bestået af et 3 dages (24 timers) introduktionskursus og et 7 ugers (280 timers) grundkursus. Dette omfatter bl.a. familiekundskab, handicaplære, socialorientering, praktisk bistand i hjemmet og sygdomslære/førstehjælp/sygepasning.

Herudover er der 13 frivillige, emneorienterede suppleringskurser à 40 timer, bl.a. "sygepasning", "hjemmehjælp som led i forskellige former for døgnberedskab" og "hjemmehjælp til personer med psykiske problemer og lidelser".

Organisationsformerne er også under udvikling inden for hjemmehjælpen. Hjemmehjælperne arbejder endnu mange steder alene, d.v.s. uden fast, daglig kontakt med kolleger eller andre faggrupper. Den kollektive hjemmehjælp er imidlertid under udvikling. Kollektiv hjemmehjælp vil sige, at hjemmehjælperne organiseres i mindre lokalgrupper, der sammen med tilsynsførende selv tilrettelægger arbejdet for en gruppe af hjemmehjælpsmodtagere og betjener et afgrænset geografisk område.

Lokalgrupperne har fast station i området, hvor de mødes dagligt. Det giver mulighed for en fleksibel tilrettelæggelse af arbejdet, herunder bl.a. hensyntagen til sygdom hos klienterne, der i en kortere periode kan kræve mere bistand. Det giver også mulighed for at udveksle erfaringer og trække på hinandens og andre faggruppers kundskaber, idet hjemmesygeplejerskerne ofte er tilknyttet lokalgrupperne, enten ved at de er stationeret samme sted eller sådan, at de mødes med hjemmehjælperne på faste tidspunkter en eller flere gange om ugen.

I mange kommuner er hjemmehjælp og hjemmesygepleje slået sammen i en organisatorisk enhed (hjemmeplejen) med fælles ledelse. Hjemmeplejen kan også omfatte andre faggrupper som sundhedsplejersker, ergo- og fysioterapeuter og omsorgsmedarbejdere. Disse organisationsformer giver også bedre mulighed for samordning af indsatsen.

2.2. Hjemmesygepleje

Antallet af medarbejdere i hjemmesygeplejen er steget fra 1.918 i 1975 til 2.879 i 1983 (omregnet til fuldtidsbeskæftigede). Ordningen omfatter hjemmesygeplejersker og sygehjælperne. Sygehjælperne har udgjort 9% af det samlede personalet i alle år, siden de kom ind i ordningen i 1979. Kommunerne planlægger en fortsat vækst i antallet af hjemmesygeplejersker til ca. 3.400 i 1988.

Hjemmesygeplejen omfatter alle, der opholder sig i kommunen uanset alder, men i 1982 blev kun 2% af samtlige indbyggere under 65 år henvist til hjemmesygeplejen, men 10% af samtlige i alderen 65-79 år og 25% af samtlige personer på 80 år og derover. Det samlede antal patienter pr. år er steget lidt de seneste 10 år, men samtidig er antallet af besøg pr. patient øget betragteligt.

Med ændring af lovgivningen for hjemmesygeplejen i 1973 fulgte en præcisering af, at hjemmesygepleje også omfatter omsorg, almen sundhedsvejledning, barselspleje, vejledning og bistand. Med formuleringen af vejledning og bistand blev der formelt lagt op til, at hjemmesygeplejen skulle indgå i

opsøgende arbejde i samarbejde med personer med lægelig og social fagkundskab.

Erfaringerne viser, at stadig flere *nye og til tider mere komplekse sygeplejerskeopgaver* varetages i hjemmesygeplejen. Dette skyldes bl.a., at et stigende antal klienter modtager hjemmesygepleje efter udskrivning fra sygehus. 27% af klienterne var således henvist fra sygehusafdeling i 1981.

Ændringerne i arbejdsopgaverne og arbejdsvilkårene er i 1979 fulgt op af en *justering af sygeplejerskeuddannelsen*. Det samfunds- og adfærdsvidenskabelige fagområde har fået en højere prioritet end tidligere og omfatter bl.a. psykologi og socialmedicin. Herudover er der sket en omlægning i det sundhedsvidenskabelige fagområde således, at uddannelse i forskellige sygehusafdelinger bl.a. er erstattet af en udvidelse af teori og praktik i den primære sundhedstjeneste. I 1981 blev der etableret en videreuddannelse for ledende hjemmesygeplejersker og plejehjemssygeplejersker ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

De fleste steder har hjemmesygeplejen nu fast station i social- og sundhedsforvaltningen (eventuelt lokalkontor) med de forbedrede samarbejdsmuligheder dette giver. Igennem de senere år har et stigende antal kommuner endvidere ansat ledende hjemmesygeplejersker i social- og sundhedsforvaltningen. I 1984 var der tale om 213 kommuner, heraf var 133 fællesordning med hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

2.3 Døgnberedskabsordninger

Efterhånden yder de fleste kommuner hjemmehjælp om aftenen og i weekenderne til en begrænset personkreds. De fleste kommuner har også etableret et vagtberedskab med nødkaldeanlæg i aften- og nattetimerne via Falck, den lokale brandstation eller et plejehjem, for personer, hvor der kan opstå akut behov for hjælp.

I en del kommuner er hjemmehjælpen udvidet til at dække hele døgnnet. Den første ordning af denne art blev etableret i Odense kommune i 1977. Hjemmesygeplejen udvides også i stadig flere kommuner til at omfatte aftenen (i 1984 ca. 20 kommuner), og både aften og nat (i 1984 ca. 30 kommuner). Den første kombinerede ordning med både hjemmehjælp og hjemmesygepleje på døgnbasis (døgnhjemmepleje) blev etableret i Viborg kommune i 1978. Ordningen er beskrevet og vurderet af Amtskommunernes og Kommunernes Forskningsinstitut (AKF), der også har foretaget en undersøgelse af tilsvarende ordninger i Næstved kommune, jfr. "Døgnhjemmeplejen i Næstved I-II", AKF 1983 og 1984 og i København, der alene er bemandet med hjemmesygeplejersker (Rapport ventes udsendt i juni 1985).

Døgnberedskabsordningerne kan omfatte to typer af besøg:

- planlagte besøg, baseret på en vurdering af klientens behov for bistand aften og eventuelt nat, og

- akutte besøg efter tilkald.

En række ordninger er baseret alene på planlagte besøg. Andre er baseret på planlagte og akutte besøg om aftenen og kun akutte besøg om natten, f.eks. i form af hjemmehjælp i rådighedsvagt. De kombinerede døgnordninger med både hjemmehjælp og hjemmesygepleje omfatter både faste og akutte besøg aften og nat.

Ordninger med faste besøg alene, vil i sagens natur være begrænset til en bestemt personkreds, der er visiteret til ordningen. Ordninger, der omfatter akutte besøg kan også være begrænset til dem, der er visiteret til ordningen, men den vil oftest være åben for alle, der i forvejen er kendt af hjemmeplejen. D.v.s. dem, der modtager hjemmehjælp og/eller hjemmesygepleje i dagtimerne. Derudover kan der som regel kaldes hjælp fra praktiserende vagtlæger og sygehusafdelinger. Erfaringer fra Næstved, Viborg og København viser dog, at praktiserende læger kun benytter denne mulighed i meget begrænset omfang.

Erfaringer fra døgnhjemmeplejen i Næstved viser iøvrigt, at 92% af alle besøg fandt sted før midnat, og at hovedparten (97%) af samtlige besøg var planlagte (d.v.s. besøg, planlagt ved vagtens begyndelse, både som gentagne og enkelte besøg). 83% af besøgene aften og nat blev klaret af hjemmehjælperne, 13% af hjemmesygeplejerskerne og 4% af hjemmehjælperne og hjemmesygeplejerskerne i fællesskab. I de besøg, hvor der alene deltog hjemmehjælperne, var medicingivning (hjælp til udtagelse fra doceringsæske eller apoteksemballage) den hyppigst udførte funktion (ved 36% af disse besøg). Tilsynsbesøg og besøg med skiftning af klæder forekom ved 30% af besøgene. Derefter fulgte hjælp til at komme i eller ud af sengen og servering af aftensmad. Akutte besøg med hjemmehjælperne alene var yderst få.

Akutte besøg udgjorde en højere andel ved besøg, som alene blev foretaget af sygeplejersker, og bestod ofte af sygeplejefaglig observation, injektionsgivning og samtale om sygdomsproblemer. Af samtlige besøg alene med sygeplejerske var injektionsgivning den hyppigst udførte funktion (34% af besøgene). Herefter fulgte sårbehandling (27%) og sygeplejefaglig observation (23%).

I Næstved varetages aftenvagterne af 13 hjemmehjælperne og 2 hjemmesygeplejerskerne. Om natten er der 2 hjemmehjælperne og 1 hjemmesygeplejerske i vagt. Kommunen har et indbyggertal på ca. 45.000, hvoraf hovedparten bor i bymæssigt område. Den måde døgnberedskabet er organiseret på i Næstved kan derfor ikke umiddelbart overføres til landets øvrige kommuner, hvoraf en stor del har et indbyggertal på under 10.000. Her kan det være nødvendigt at overveje andre former for døgnberedskab. I nogle kommuner er man bl.a. ved at etablere forsøgsordninger med samordning af aften- og natberedskabet i hjemmeplejen og på plejehjem. Det drejer sig specielt om kommuner eller lokalområder, hvor der ikke er befolkningsmæssigt grundlag for etablering af hjemmesygepleje på døgnbasis.

3. Dag- og døgnophold udenfor hjemmet

En aflastning af sygehusvæsenet i form af hurtigere udskrivning m.v. vil i mange tilfælde kræve en indsats i kommunerne, der går ud over hjemmehjælp og hjemmesygepleje (herunder eventuelt døgnberedskab). Der kan som tidligere nævnt, være tale om hjælpemidler, boligændringer og aflastningsophold, men dertil kommer de igangværende indskrænkninger i sygehusvæsenet og et stigende behov for optræningsmuligheder.

Stadig flere kommuner etablerer sådanne optræningsmuligheder enten på daghjem/dagcentre eller ved midlertidige ophold på plejehjem. Disse institutioner er ikke forbeholdt en bestemt aldersgruppe, men anvendes i praksis hovedsageligt til ældre. Det gælder også optræningsfunktionerne, der bl.a. anvendes som led i vurderingen af den enkeltes mulighed for at klare sig i eget hjem.

Den optræning, der etableres ved de kommunale institutioner omfatter normalt træning af fysiske færdigheder som gangfunktion m.v., og træning i at klare almindelige daglige funktioner som personlig hygiejne, husførelse m.v. Denne træning tilstræber man i stigende omfang at foretage under så hjemlignende forhold som muligt, fordi sigtet er, at den enkelte skal kunne klare sig i eget hjem med mindst mulig bistand udefra.

Hvor hovedvægten i optræningen hidtil har ligget på de fysiske færdigheder, er der en voksende forståelse for betydningen af psykisk stimulering og støtte til vedligeholdelse/etablering af sociale kontakter og aktiviteter. Der er imidlertid stor usikkerhed med hensyn til, hvorledes man griber dette arbejde an, og ofte efterlyses der konsulentbistand f.eks. fra en psykolog.

Gentofte kommunes geriatriske behandlingscenter Tranehaven har til formål i videst muligt omfang at bevare kommunens pensionister selvhjulpne, således at de længst muligt kan klare sig i deres eget hjem. Dette søges opnået ved en kombineret social og medicinsk behandling, der kan ske både ambulant og ved indlæggelse. Tranehaven fungerer i et nært samarbejde med social- og sundhedsforvaltningen, herunder med hensyn til visitation til plejehjem, vurdering af støtteforanstaltninger til hjemmeboende og opfølgning ved hjemmebesøg af besøgssygeplejersker. Da de geriatriske institutioner, der i et vist omfang var blevet oprettet efter omsorgsloven, i 1976 overgik til sygehusvæsenet, ønskede Gentofte kommune at bevare Tranehaven, der blev oprettet i 1969 som kommunal institution. Kommunen får derfor kun statsrefusion for den del af Tranehavnes drift, der kan karakteriseres som pleje-, dagcenter o.lign., mens driftsudgifterne ved behandling udelukkende påhviler Gentofte kommune.

Et par kommuner har med dispensation efter bistandslovens § 138 b etableret forsøg med særlige institutioner med henblik på optræning af ældre til at klare sig i eget hjem efter sygehusophold. Det drejer sig om Prøvehjemmet i Frederiksberg Kommune, der allerede har været i funktion to af de ialt fire år for-

søget er sat til, og Geriatrik Center ved Diakonissestiftelsen under Københavns Kommune, der er i opstartfasen. Begge steder er der etableret såvel døgnpladser som dagpladser med sigte på at ændre fordelingen mellem de to typer af pladser efterhånden som man indhenter erfaringer.

En række klienter, specielt ældre, vil i mange tilfælde være bedre tjent med den form for optræning, som kommunerne kan tilbyde af ovennævnte art, end med den, der traditionelt ydes i sygehusvæsenet med 1/2 til 1 times fysiurgisk behandling og optræning pr. dag, og iøvrigt ingen aktivitetsmuligheder. Der er imidlertid en række uafklarede problemer med hensyn til opgavefordeling og samordning af indsatsen på dette område. Iflg. bistsandslovens regler kan der kun ydes vedligeholdende behandling og optræning, der ikke kræver lægeordination på dagcentre, daghjem og plejehjem. I praksis er grænsen flydende. Ved et enkelt dagcenter har man fysioterapeuter med lokaler på dagcentret, der yder behandling i henhold til sygesikringsloven.

Patienter udskrevet fra psykiatrisk sygehus udgør et særligt problem i en række kommuner, idet disse patienter ofte henvises til de almindelige dagcentre (bistsandslovens § 74), der sjældent har forudsætninger for at tage sig af dem. Der er eksempler på, at man fra dagcentrets side er gået meget bevidst ind i arbejdet med disse klienter og deres særlige problemer, og gradvis har bygget et erfaringsgrundlag op ud fra en social-pædagogisk indfaldsvinkel. Det gælder f.eks. Settlementet Askovgården på Nørrebro i København.

I Gentofte Kommune har man søgt at imødekomme problemet med disse og andre klienter, herunder ældre med psykiske problemer på plejehjem, ved ansættelse af to psykiatriske sygeplejersker. Den ene har til opgave at støtte institutionerne, herunder visitationen til plejehjem. Den anden yder støtte til hjemmeboende, både yngre og ældre, og til det personale, der arbejder i hjemmene.

Efterhånden som stadig flere udskrives fra psykiatrisk sygehus til selvstændig bolig eller forskellige former for kollektiv beboelse, bliver behovet for samordning af indsatsen fra sygehus, amtskommunens socialvæsen og kommunerne overfor disse klienter større. Nogle problemer kan måske klares ved udbygning af den distriktspsykiatriske service, der også vil kunne yde støtte til dagcentre og andre institutioner, der har brugere med psykiatriske problemer.

Der har hidtil været en vis tilbageholdenhed med hensyn til at modtage disse beboere på de almindelige plejehjem. Men der er en voksende erkendelse af, at langt de fleste med psykiatriske plejehov kan være på de almindelige plejehjem. Dette forudsætter, at der tages de fornødne hensyn til hjemmenes indretning, arbejdets tilrettelæggelse, personalets sammensætning og uddannelse, og ved at der stilles den fornødne konsulentbistand, herunder psykiatrisk konsulentbistand til rådighed.

Der planlægges således allerede indrettet mindre selvstændige enheder i tilknytning til eksisterende plejehjem med en opdeling i mindre grupper, hvorved beboerne i højere grad får en fornemmelse af at leve under forhold, de kender hjemmefra. Ved indretningen vil man kunne tage hensyn til, at beboerne kan deltage i aktiviteter, som de er fortrolige med. Ved at sprede afdelingerne på flere hjem vil man endvidere kunne tilgodese nærhedsprincippet.

Endelig skal peges på de muligheder for nyskabelser i bistanden til personer med psykiatriske lidelser, der ligger i de bofællesskaber, der efter en ændring af bistandlovens § 68 kan etableres for personer over 18 år med vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

Ændringen er trådt i kraft 1. januar 1985. I et bofællesskab kan beboerne støtte hinanden, og kvalificeret medhjælp udefra, der er nødvendig på grund af pågældendes handicap, kan efter lovændringen ansættes for at støtte og bistå bofællesskabets beboere. Der henvises herom nærmere til socialstyrelsens vejledning nr. 5 af 26. november 1984.

4. Samarbejdsrelationer

En aflastning af presset på sygehusvæsenet er ikke klaret alene ved en udbygning af en række kommunale foranstaltninger. Det er en *forudsætning*, at der også etableres et *tæt, ligeværdigt samarbejde mellem sygehus og brugerkommune*, der bl.a. tager hensyn til den store forskel i omfang og art af service mellem kommunerne, som i nogen grad må forventes også i fremtiden på grund af forskelle i befolkningsunderlag, urbanisering, geografisk udstrækning m.v.

Fra sygehusside fremføres ofte problemer med kapaciteten i de kommunale foranstaltninger, der bevirker at patienter ikke kan udskrives, når de efter sygehusets opfattelse er færdigbehandlede. Fra kommunal side er det specielt følgende problemer, der fremføres i forhold til sygehusvæsenet, når det gælder de enkelte patienter:

- intet eller for kort forvarsel ved udskrivning,
- ingen eller mangelfuld information om patienten, og
- "beslutning" i sygehusregie om indsats efter udskrivning, der præsenteres for patienten, pårørende og social- og sundhedsforvaltningen, og uden at forvaltningen, der er ansvarlig for tildelingen, har været inddraget i vurderingen.

Desuden er der en række mere overordnede koordinationsproblemer, herunder problemer vedrørende ferielukning af afdelinger uden forvarsel.

Der er mange enkeltstående eksempler på, at samarbejde mellem sygehus/sygehusafdelinger og brugerkommuner fungerer rimelig godt. Flere steder besøger repræsentanter for social- og sundhedsforvaltningen sygehuset inden en udskrivning, hvor problemer tales igennem med patient og eventuelle pårørende og repræsentanter for afdelingen.

Det sker specielt, hvor der er tale om personer med stort pleje- og bistandsbehov. Repræsentanter for social- og sundhedsforvaltningen deltager også visse steder i sygehusets udskrivningskonference.

Erfaringer bl.a. fra Fyn viser, at det er nødvendigt med samarbejde på flere niveauer, for at sikre sammenhæng i beslutningerne, og dermed at det daglige samarbejde om den enkelte patient skal kunne fungere. På Fyn har man etableret fast samarbejde på hhv. overordnet politisk plan, overordnet administrativt plan og dagligt samarbejdsniveau.

5. Økonomiske konsekvenser

En aflastning af sygehusvæsenet kan ikke undgå at få virkning for indsatsen og dermed ressourceforbruget på kommunalt niveau. Der foreligger meget få beregninger af de økonomiske konsekvenser for hhv. sygehussektoren og socialsektoren af en forskydning af indsatsen fra sygehussektoren.

I forbindelse med døgnhjemmeplejeforsøget i Næstved har AKF foretaget beregninger af de økonomiske konsekvenser af døgnhjemmeplejen for ressourceforbruget i hhv. sygehusvæsenet og kommunens social- og sundhedsvæsen.

Beregningerne er foretaget på grundlag af en registrering af samtlige ydelser til 65-årige og derover, der var registreret som døgnhjemmeplejeklienter i eget hjem i det første år af ordningen. I 1982 var det offentliges (stat og kommune) samlede udgifter til bistand og pleje pr. døgnhjemmeplejeklient iflg. disse beregninger knap 110.500 kr. (ca. 74.100 kr. ekskl, pensionsydelser).

Der er ingen entydig sammenhæng mellem alder og størrelsen af de offentlige udgifter til ældre døgnhjemmeplejeklienter. Derimod varierer udgiften med klientens førlighed fra 74.000 kr. (38.000 kr. ekskl, pensionsydelser) i gennemsnit til personer med fuld førlighed, til 126.000 kr. (87.000 kr. ekskl, pensionsydelser) til klienter med ringe førlighed. Fordeles klienterne efter sygdom, var de offentlige udgifter i gennemsnit særligt store ved klienter med neurologiske lidelser (knap 131.000 kr. pr. år inkl. og 92.000 kr. ekskl, pensionsydelser) og med kræftsygdomme (knap 127.000 kr. pr. år inkl. og 93.000 kr. ekskl, pensionsydelser).

De ydelser, der indgår i beregningerne er hjemmehjælp og hjemmesygepleje (dag, aften og nat), administration af hjemmepleje, madudbringning, ergoterapi og beskæftigelsesvejleder, hjælpemidler, boligændringer, daghjemsophold, aflastning på plejehjem, individuel befordring, medicin og lægehjælp, pensionens grundbeløb med diverse tillæg.

Under forskellige forudsætninger om sparede sengedage i sygehussektoren og nedsat behov for etablering af plejehjemspladser anslår AKF, at den årlige besparelse ved etablering af døgnhjemmeplejen kan opgøres til mellem 4,5 og 5,5 mill. kr., der fordeler sig med ca. 2,7 mill. kr. på amtskommunen og mellem 2,1 og 2,5 mill. kr. på kommunen afhængig af om, der regnes med "tunge" el-

ler "lette" plejehjemspladser, mens staten holdes **udgiftsmæssigt** neutral, bl.a. som følge af forøgede pensionsudgifter. Udgiften pr. sengedag i sygehus er baseret på en langtidsmedicinsk afdeling, hvor patienternes træk på undersøgelseskapaciteten er begrænset sammenlignet med andre sygehusafdelinger.

Den kommunale nettobesparelse fremkommer først efter 3 år, og dækker over en mindreudgift til plejehjem på 11,2 -12,2 mill. kr. afhængig af forudsætninger om plejetyngde, og en merudgift til indsats i eget hjem på godt 9,5 mill. kr.

I de ovennævnte beregninger indgår kun personer over 65 år, der modtog varig bistand i hjemmet og hvor alternativet var flytning til plejehjem. En forøget indsats i kommunerne med henblik på at lette presset på sygehusvæsenet vil også komme til at omfatte en række personer, der har behov for intensiv indsats i hjemmet eller midlertidigt institutionsophold i en kortere eller længere periode, uden at der vil blive tale om varig institutionsanbringelse. Indsatsen overfor disse personer vil repræsentere en ren merudgift for kommunerne, mens besparelserne alene vil tilfalde sygehusvæsenet.

Kapitel XIII

ØKONOMISKE BETRAGTNINGER

Samordningsudvalget har bl.a. haft til opgave at søge at vurdere de ressource-mæssige konsekvenser af en flytning af opgaver mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Det har været en ret udbredt opfattelse, at udlægning af sygehusfunktioner til den primære sundhedstjeneste, vil medføre besparelser. Som nævnt flere steder i betænkningen, er der en omstillingsproces i gang mange steder. Endvidere er mange års stigning i sundhedsudgifterne afløst af en stagnation. Nogle ser umiddelbart en sammenhæng heri, men egentlige velbeskrevne analyser af de økonomiske og andre ressourcemæssige konsekvenser for de enkelte led, der er involveret i en ændret opgavefordeling, findes næsten ikke, hverken i Danmark eller i andre lande.

Blandt årsagerne hertil kan nævnes, at først i de seneste år er misforholdet mellem de mangfoldige tilbud og de til rådighed værende ressourcer blevet så stort, at kravet om, at der skal ligge en ressourcemæssig vurdering til grund for den nødvendige prioritering, er trådt tydeligt frem.

En anden årsag er de mange vanskeligheder ved at gennemføre sådanne analyser af de ressourcemæssige konsekvenser, som f.eks.: formålet med sundhedsvæsenet er at sikre sundhed, men det, som direkte leveres, er sundhedsydelse. Det er svært at fastsætte behov og efterspørgsel efter sundhed og sundhedsydelse - og hvem skal beslutte? Det er vanskeligt at måle, tælle, værdisætte og sammenligne ressourceindsatsen, d.v.s. tid, penge, angst og smerte m.v. og udbytte i form af sundhed, d.v.s. det er svært at finde egnede mål og analysemetoder. Og det er specielt vanskeligt at foretage sammenligninger, hvori indgår ikke alene kvantitative men også kvalitative vurderinger. Omkostninger og nytte - som er andet og mere end penge - fordeler sig oftest over forskellige sektorer, og specielt hvor der er tale om at inddrage opgavefordelingen sektorernes imellem er det vigtigt at anlægge en bred samfundsøkonomisk vurdering, og ikke nøjes med at vurdere konsekvenserne for en enkelt sektor. Holdbare økonomiske beregninger kan kun foretages på konkrete og præcist beskrevne aktiviteter, og sådanne beregninger kan kun i mindre grad overføres.

Økonomerne har forsøgt at benytte økonomiske tankegange og analysemetoder på sundhedsmæssige problemstillinger. Diskussionen af de forskellige samfundsøkonomiske metoder og modeller og disses anvendelighed er studium i sig selv, som det imidlertid vil føre for vidt at komme ind på i denne sammenhæng.

En sidste forklaring på det lille antal velgennemførte analyser kan være det forhold, at det i sig selv er en ressourcekrævende aktivitet at gennemføre sundhedsøkonomiske analyser.

Der er således ikke i dag tilstrækkeligt grundlag til at fremkomme med et holdbart skøn over de samlede virkninger af en ændret opgavefordeling. Man må i stedet opfordre **til**, at ressourcemæssige vurderinger indgår som et led i enhver konkret omstillingsopgave, og at overvejelserne beskrives sammen med forsøgets øvrige resultater. Forudsætningerne varierer fra sted til sted og fra opgave til opgave, men det må stærkt fremhæves, at enhver forskydning af behandlingstilbud fra en sektor til en anden skal vurderes økonomisk ud fra en bredt anlagt samfundsmæssig synsvinkel. Der vil bl.a. kunne blive tale om at anvende de metoder, som er omfattet af begrebet medicinsk teknologivurdering, som bl.a. beskrevet i en række notater og rapporter fra Dansk Sygehus Institut, samt fra det særlige udvalg vedrørende medicinsk teknologivurdering under sundhedsstyrelsens planlægnings- og visitationsudvalg.

Efter nogle betragtninger om sundhedsudgifter i internationalt perspektiv beskrives i det følgende dels et beregningseksempel, der viser i hvilket omfang resultatet er afhængigt af de indlagte forudsætninger, og dels de relevante eksempler hvor økonomiske overvejelser er medinddraget i forsøgsbeskrivelsen, som udvalget har fået kendskab **til**.

1. Danske sundhedsudgifter i internationalt perspektiv

Det er intet specielt dansk fænomen, at man opmærksomt følger udviklingen i sundheds- og socialvæsenets ressourceforbrug. Ifølge materiale fra OECD (Organisationen for økonomisk Samarbejde og Udvikling), der i 1984 afholdt møde med en række sundhedsøkonomiske eksperter, skulle Danmark ligge i den halvdel, der målt i forhold til indbyggertallet har de mindste udgifter. Det er velkendt, at der er en del afgrænsningsmæssige problemer forbundet med statistiske sammenligninger mellem forskellige lande, specielt på sundhedsområdet. Alligevel må det antages, at det pågældende materiale angiver en strømpil.

OECD har anført tre hovedproblemer inden for deltagerlandenes sundhedsvæsen:

1. De økonomiske rammer.
2. Udgifternes berettigelse i lyset af opnåede resultater.
3. Fordelingen af sundhedsudgifterne.

De økonomiske rammer

De fleste OECD-lande har stadig i modsætning til Danmark en vækstrate for sundhedsudgifterne, der er relativt større end for bruttonationalproduktet. Tabel 1 viser 14 OECD-landes vækstrate i de offentlige sundhedsudgifter og den offentlige andel i de samlede sundhedsudgifter udtrykt i %.

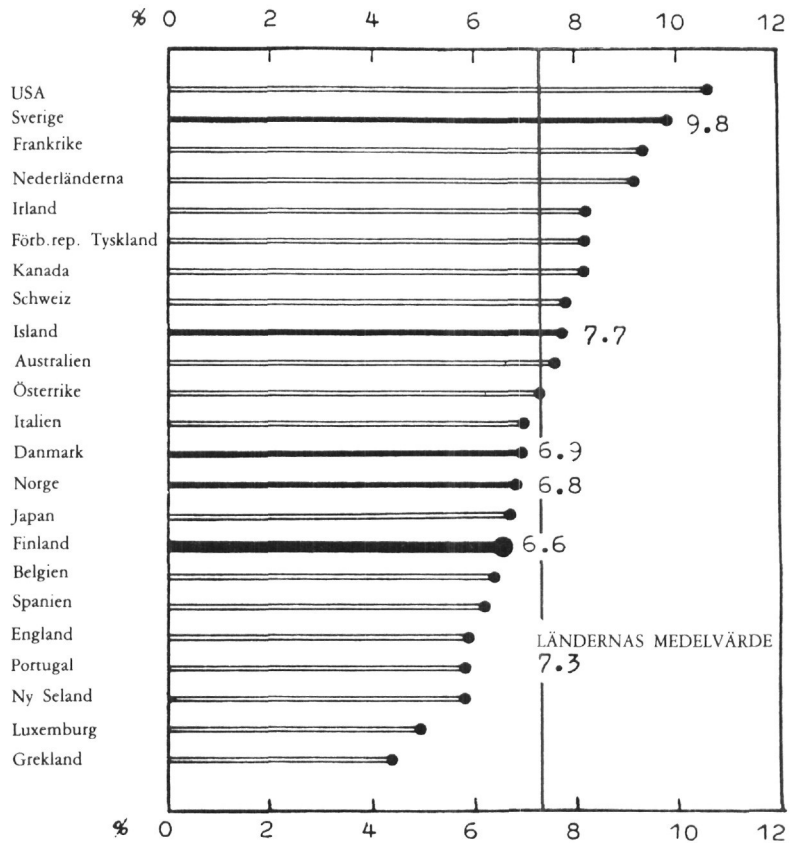
Tabel 1 Sundhedsudgifterne i 14 OECD-lande

	Årlig vækstrate (i % pr. år)			Offentligt finansieret del af sundhedsudg. (%)		
	1960-75	1975-81	1960-81	1960	1975	1981
Holland	13.1	2.7	10.0	33.3	76.5	79.2
Canada	13.0	2.7	9.9	43.1	76.6	74.2
Japan	14.6	5.4	9.8	60.4	70.4	72.3
Frankrig	10.9	6.3	9.6	57.8	72.2	72.0
Finland	11.9	3.9	9.6	54.5	78.6	78.7
Italien	10.5	5.0	8.9	83.1	86.1	84.9
Australien	12.5	-0.1	8.7	47.6	72.7	66.9
USA	10.3	3.8	8.4	24.7	42.4	42.6
Norge	8.6	4.7	6.8	77.8	96.2	98.6
Tyskland	7.4	2.5	6.0	66.1	81.0	81.0
Danmark	7.3	2.7	5.4	88.7	91.9	84.7
Belgien	8.6	2.6	5.2	61.6	80.9	81.8
England	6.5	1.1	4.9	85.2	92.0	84.1
Østrig	3.3	2.5	2.9	65.0	63.5	64.6
Gennemsnit (14 lande)	9.9	3.3	7.6	60.0	77.2	76.2

(Kilde: OECD 1984)

På figur 1 er Danmarks sundhedsudgifter anført til 6,9% af bruttonationalproduktet, og disse udgifter ligger dermed relativt i den nedre del indenfor OECD-området. De absolutte udgifter til sundhedsvæsenet ligger på knap ca. kr. 6.000 pr. indbygger. Til sammenligning er udgiften pr. indbygger i England ca. kr. 4.000, i Japan ca. kr. 5.000, i Frankrig ca. kr. 8.000, i Vesttyskland ca. kr. 9.000 og i USA ca. kr. 15.000.

Figur 1 Sundhedsudgifternes andel af bruttonationalproduktet i OECD-landene i 1982.



Kilde: "Regeringens Hälso-politiska RedogörelsetillRiksdagen26.3.1985", Helsingfors 1985

Det forhold at Danmark i international sammenligning har et rimeligt billigt sundhedsvæsen, udelukker imidlertid ikke, at de budgetterende midler kan søges anvendt på en bedre måde, eller at de fastsatte mål kan søges opnået for færre omkostninger.

Udgifternes berettigelse

De opnåede resultater i lyset af ressourceforbruget er et mål for sundhedsvæsenets effektivitet. OECD angiver en række årsager til stigning i forbruget inden for sundhedssektoren - herunder:

at sundhedsprofessionerne med baggrund i deres ekspertviden er medvirkende til at bestemme såvel udbud som efterspørgsel,

at dyr teknologi tages i anvendelse uden at konsekvenserne forinden bliver belyst,

at med øget levealder og forbedrede overlevelsesmuligheder for svage og invaliderede grupper vil flere være behandlingskrævende.

Resultaterne af indsatsen lader sig måle med klassiske indikatorer, såsom middellevetid og spædbørnsdødelighed. Sådanne mål kan sammenlignes fra land til land, og som anført i kapitel III ligger Danmark godt. På den anden side er en del af resultaterne umålelige i retning af at skaffe patienterne en mere smertefri tilværelse og i det hele taget at føje "liv til årene" og ikke blot "år til livet".

Et særligt forhold i de vestlige lande er den voksende gruppe af ældre, som ud fra såvel danske som udenlandske erfaringer viser sig at have et sygehusforbrug, som er 4-8 gange så højt som for den øvrige befolkning.

Fordeling af sundhedsudgifterne

I Danmark er over 90% af sundhedsudgifterne finansieret af det offentlige. Der er betydelige variationer i denne procentstørrelse fra land til land. Et gennemsnitstal for 13 OECD-lande for den offentlige dækning er 74%. Laveste offentlige andel i dækning af sundhedsomkostningerne har USA med kun 40% af de samlede udgifter på kr. 15.000 pr. indbygger pr. år.

Selvom Danmark bruger en forholdsvis stor del af de samlede sundhedsudgifter på sygehusvæsenet, ses der ikke at være et merforbrug i forhold til andre OECD-lande, jfr. tabel 2.

Tabel 2

1981	Danmark	Gennemsnit (n = antal lande)	Variations- bredde
Sengedage/indb.	2.30	2.5 (n = 18)	4.8 - 0.10
Liggetid	12.40	18.8 (n = 17)	8.80-56.40
Personalenorm/seng	2.12	2.0 (n = 5)	1.35- 2.69

(Kilde: OECD 1984)

Et forhold, der også er værd at fremhæve er, at den primære sundhedstjeneste er bedre udbygget og fastere struktureret i Danmark end i mange andre industrialiserede lande og således er i stand til at varetage mange af de opgaver, der andetsteds er henført til sygehusvæsenet.

2. Eksempler

Det er svært og i sig selv ressourcekrævende at få entydige og brugbare svar ved praktisk anvendelse af teoretiske/økonomiske analyser. I litteraturen findes ikke mange eksempler, hvor den økonomiske analyse indgår som led i en samlet vurdering, og der er få om emner af betydning for samordning og udlægning. Fra dansk side har Dansk Sygehus Institut i notater og rapporter søgt at belyse bl.a. de ressourcemæssige konsekvenser af forsøg på omstilling inden for sundhedsvæsenet.

I det følgende gives efter en kort omtale af sengedagsforbrugets begrænsede værdi som mål et teoretisk eksempel på konsekvensen af nedsættelse af sengedagsforbruget. Endvidere beskrives de relevante eksempler, hvor økonomiske overvejelser er medinddraget i forsøgsbeskrivelser, som udvalget har fået kendskab til. Eksemplerne fremlægges med forfatternes egne konklusioner, og der er ikke her gjort forsøg på en kritisk vurdering af hverken de anvendte metoder eller fundne resultater.

2.1 Sengedagsforbrug

Sengedagsforbrug fremkommer som antal indlæggelser x den gennemsnitlige indlæggelsestid. Aflastning af sygehusvæsenet forstået som nedsættelse af sengedagsforbruget kan derfor - alt andet lige - opnås ved en reduktion af indlæggelsestallet og/eller en reduktion af indlæggelsestiden.

Imidlertid er sengedagsforbruget ikke et særligt dækkende mål for sygehusvæsenets belastning. Dette skyldes bl.a. netop de initiativer, som for øjeblikket realiseres med øget vægt på ambulant behandling, deldøgnsindlæggelse etc. Aktiviteter omkring den ambulante patient kommer ikke til udtryk i sengedagsforbruget.

En reduktion i sengedagsforbruget kan kun føre til besparelser, hvis det mindre sengeforbrug kan følges af tilsvarende mindre ressourceforbrug, hvilket vil sige mindre personaleforbrug, idet lønudgifterne udgør ca. 75% af de samlede udgifter. Hvis man ønsker at tilpasse ressourceforbruget fuldt ud til et mindre sengedagsforbrug, vil det indebære lukning af hele afdelinger, afsnit eller enheder.

2.2 Beregningseksempel

Formålet med nedenstående regneeksempel er gennem teoretiske overvejelser på baggrund af tilgængeligt statistisk materiale og kendskab til udgifter i de forskellige sektorer at belyse konsekvenserne af ændringerne af behandlingsmønstret i form af udlægning af sygehusopgaver til primærsektoren.

Som eksempel er valgt behandlingen *af patienter med lårbenshalsbrud*, og det ændrede behandlingsmønster består i tidligere udskrivning fra sygehus til hjem, hvorved en række plejemæssige rehabiliterende og kontrollerende op-

gaver overføres fra sygehusets regie til varetagelse af hjemmesygeplejen, den alment praktiserende læge og ergo- og fysioterapeuter i primærsektoren.

Eksemplet er udarbejdet på grundlag af danske data og sammenholdes med en svensk undersøgelse. Herved bliver det åbenbart, at de indlagte forudsætninger bliver af afgørende betydning for resultatet.

Eksemplet lårbenshalsbrud er valgt ud fra 2 hensyn, nemlig et fagligt og tilstandens hyppighed.

Med moderne operationsteknik (intern fiksoation af frakturen og umiddelbar vægtbelastning) er det muligt at mobilisere patienterne til hurtig udskrivelse med efterfølgende rehabilitering i eget hjem. Dette forudsætter imidlertid et tæt samarbejde med sygehus og primærkommune fra den første indlæggelsesdag. I en undersøgelse fra lasarettet i Lund i samarbejde med Lund Kommune i Sverige fandt man, at 67% af patienterne over 50 år kunne udskrives til eget hjem efter en gennemsnitlig liggetid på 23 dage, og at næsten alle opnåede fuldt tidligere funktionsniveau efter 4 måneder.

Ud fra talmæssige betragtninger skulle det være muligt at opnå endda store nedsættelser af sengedagsforbruget ved ændring af behandlingsmønsteret med f.eks. tidligere udskrivning. Udover en række overvejelser om det hensigtsmæssige i en sådan ændring iøvrigt bliver spørgsmålet om det vil kunne medføre tilsvarende besparelser på konkret plan i den enkelte amtskommunes sygehusvæsen, også når reduktionen i sygehusbelastningen fordeles på de enkelte sygehuse og afdelinger. Endvidere skal de øgede omkostninger i primærsektoren beregnes.

I en amtskommune brugte 512 patienter med brud på lårbenshalsen på 1 år 12.500 sengedage fordelt på 5 sygehuse. Den gennemsnitlige liggetid var 24 dage, som imidlertid udviste en variation på i det væsentlige fra 13-60 dage. I alt 117 patienter havde en gennemsnitlig liggetid på 30 dage eller derover. Ud fra teoretiske overvejelser, resultaterne fra den nævnte svenske undersøgelse og danske ortopædkirurgiske erfaringer kan man rimelig realistisk - omend teoretisk - postulere muligheden af at reducere sengedagsforbruget med 1.600, hvilket svarer til i alt 5 senge på 2 sygehuse på årsbasis. Man skønner endvidere, at 71 af de 117 patienter var omfattet af reduktionen. Såfremt det mindre sengedagsforbrug ledsages af mindre ressourceforbrug, vil besparelser, afhængig af sengedagsprisen (fra 1.000 til et gennemsnit på kr. 2.500), udgøre fra 1,6 mio. kr. til 4 mio. kr. på årsbasis.

Med hensyn til de foranstaltninger, som det er nødvendigt at tilvejebringe i primærsektoren, er der mellem den svenske undersøgelse og de danske vurderinger nogen forskel, ikke med hensyn til arten, men med hensyn til omfanget og omkostningerne herved - et eksempel der imidlertid udmærket belyser nogle af vanskelighederne ved at overføre erfaringer.

Tabel 3

Ydelse- art	pris	Svensk Undersøgelse		danske vurderinger 3)	
		Ydelse- mængde 1)	Udgift pr. patient 2) d.kr.	Ydelse- mængde	Udgift pr. patient, d.kr.
Hjemmehjælp	90 kr/time	41. ugl.	2.200	2t. dgl.	7.400
Hjemmesygepleje	150 kr/besøg	8 besøg	600	2 x dgl. + afhjælp.	3.100
Fysio/ergoterapi	150 kr/besøg	8 besøg	400	1 x dgl. + afhjælp.	6.000
Alment praktiserende læge	500 kr/besøg	2 besøg	500	1 x ugl.	1.000
Indretning af hjælpe- midler i hjemmet			100		15.000
TOTAL			3.800		32.500

- 1) Gennemsnitligt forbrug efter udskrivning på 23.dagen og til 4 måneder efter lårbenshalsbruddet skete.
- 2) Udgifter beregnet for perioden efter udskrivningen på 23.dagen og til 60 dage efter bruddet.
- 3) Angiver forbruget og udgifterne efter udskrivningen på 20.dagen og til de første 30 dage efter opståen samt aftrapning i yderligere 30 dage.

De berørte 71 patienter påfører primærsektoren udgifter, der efter det svenske skøn er kr. 250.000 og efter dansk skøn 1,8 mio. kr., hvilket skal sammenholdes med de beregnede besparelser i sygehusvæsenet på mellem kr. 1,6 og 4 mio.

Forinden disse tal fører til en konklusion, skal gøres opmærksom på nogle specielle og generelle forhold:

- Patientforløb kan kun til en vis grad vurderes gruppevis som i dette eksempel. Specielt for denne type ældre, ofte enlige patienter vil en række individuelle hensyn skulle tilgodeses, før end der kan blive tale om en så tidlig udskrivning.
- Det er særdeles vanskeligt at finde sammenlignelige mål for produktivitet og effektivitet. Problemet med de fleste eksisterende data for in-put og out-put i sygehusvæsenet er, at data for de forskellige typer af out-put ikke er relateret til de in-put, der er medgået til de enkelte ydelser. F.eks. findes der tal for antal ydelser (eksempel: Sengedage, indlæggelser og operationer) opdelt på en lang række diagnosegrupper, men ressourceforbruget er ikke opdelt på diagnosegrupper. Eksemplet viser endvidere vanskelighe-

derne ved at opnå enighed om de pleje- og behandlingsmæssige behov, samt om en prisfastsættelse.

- De beregnede besparelser i sygehussektoren opnås kun i sit fulde omfang, såfremt den pågældende aktivitetsforskydning indgår i en bredere udlægning.
- Ved udlægning af opgaver, som nævnt her, flyttes en del af udgifterne fra det offentlige amtskommunale sygehusvæsen til ikke alene andre kasser, d.v.s. den ydelsesorienterede financerede sygesikring og primærkommunens socialudgifter, men også til selv- eller medbetaling af medicin, hjælpemidler, hjemmehjælp og transportudgifter. Endvidere vil pårørende i hjemmet ofte være en forudsætning for en så tidlig udskrivelse, og pårørendes fravær fra arbejdspladsen må derfor også medregnes.

Med alle nævnte forbehold kan man ud fra teoretiske betragtninger og et groft skøn konkludere, at den foreslåede tidligere udskrivning af patienter med brud på lårbenshalsen i bedste fald vil kunne medføre besparelser i det pågældende amts sygehusvæsen på kr. 4 mio. og påføre primærkommunerne udgifter på mindst kr. 250.000. I værste fald vil besparelserne i sygehusvæsenet kun være kr. 1,6 mio. med en merudgift i primærkommunerne på kr. 1,8 mio. Realiteten vil dog ofte være, at der ikke spares penge, men at de 5 senge på de to sygehuse bruges til noget andet. Nyttens af dette andet må så sammenlignes med de forøgede omkostninger i primærsektoren. En konkret vurdering er derfor nødvendig.

2.3 Eksempler vedrørende opgaveoverførsler mellem sygehusvæsen og primærkommuner

Vejle kommune påbegyndte døgnhjemmepleje i januar 1983 og har efter en første 1-årig forsøgsperiode besluttet at videreføre ordningen som permanent tilbud. 575 patienter har været henvist i det første år. Det er vurderet skønsmæssigt, at 52 patienter har udsat plejhjemmanbringelse, og 47 patienter har undgået hospitalsindlæggelse.

Udgifterne beløber sig til i alt 2,4 mio. kr., hvoraf 80% er lønudgifter. Døgnhjemmeplejeordningens nytteværdi vil være afhængig af de forskellige alternativer. Hvis alternativet således er opførelse af flere plejhjem, er der tale om en økonomisk fordel for kommunen. Er alternativet derimod det hidtidige serviceniveau, kan døgnhjemmeplejen betragtes som en konkret målrettet serviceforbedring.

Det er kommunens konklusion, at først og fremmest amtskommunen har opnået besparelser gennem en ændret indlæggelses- og udskrivningspolitik på sygehus, at kommunen har opnået besparelser ved at kunne etablere beskyttede boliger med plejhjemsafsnit frem for egentlige plejhjem, og at ordningen har betydet en bedre service over for mange af kommunens borgere, bl.a. på grund af den tryghed en sådan ordning giver.

Samordningsudvalget har ikke mulighed for at skønne, i hvilket omfang den anslåede besparelse manifesterer sig i den sengereduktion på 250, som Vejle amtskommunes sygehusvæsen har opnået, jfr. kapitel IV.

Amtskommunernes og kommunernes forskningsinstitut har gennemført en større undersøgelse af døgnhjemmeplejen i *Næstved kommune* bl.a. en analyse af økonomien og effekten af ordningen.

Døgnhjemmeplejen etableredes i 1982 med et døgnberedskab omfattende både hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker.

Med hensyn til døgnplejens mulige effekt på sygehusforbruget kunne efter det første år ikke konstateres nogen klar nedgang i antallet af sygehusindlæggelser af ældre fra Næstved kommune. Derimod er der i forhold til tidligere år sket en ændring, således, at de indlagte ældre i højere grad kan udskrives til egen bolig.

Der tegnes således ikke noget klart billede af døgnhjemmeplejens eventuelle virkning på antallet af sygehusindlæggelser. Vurderingen af en eventuelt virkning vil kræve en yderligere undersøgelse for bl.a. at fastslå, i hvilket omfang det såkaldte stærekasseprincip gør sig gældende - hvormed forstås, at ledigbleven kapacitet udnyttes med merforbrug af andre grupper.

Effekten af en døgnhjemmepleje kan dog ikke alene vurderes ud fra institutionsforbrug. Også mere "bløde data" er vigtige, f.eks. livskvaliteten for de pensionister, der omfattes af ordningen. Interviews med de ældre har kunnet fastslå, at klienterne var tilfredse med døgnhjemmeplejeordningen, og at de føle sig trygge ved den.

Det såkaldte *Rødovre-projekt* er formentlig det første, der - også i international sammenhæng - har vist en statistisk sikker effekt af opsøgende og opfølgende virksomhed blandt hjemmeboende pensionister.

Projektet forløb i 3 år med hjemmebesøg og socialmedicinsk vurdering udført af en læge eller en hjemmesygeplejerske, efterfulgt af henvisning til lægebehandling, sygepleje eller social bistand efter behov.

En sammenligning efter 3 år mellem de besøgte personer og et tilsvarende antal ikke-besøgte ældre i samme aldersgruppe og boende i samme kommune viste følgende:

1. Nedsat dødelighed (56 dødsfald mod 75).
2. Lavere sengedagsforbrug på sygehus (4.884 mod 6.442 dage).
3. Lavere forbrug af vagtlægeydelser (30 mod 60 tilkald).
4. Lavere frekvens af plejhjemmsindflytning (20 mod 29).

Det var karakteristisk, at den målte effekt i form af ovenstående forskelle især viste sig i projektperiodens sidste år. Den relativt lange observationstid på 3 år kan derfor have været medvirkende årsag til, at det for første gang er lykkedes at demonstrere en klar effekt af opsøgende virksomhed.

Stilles Rødovre-projektet op i form af et regnskab for det offentlige, er der i første omgang tale om en udgift til mere hjemmehjælp, flere hjælpemidler m.m. Det efterfølgende reducerede sengedagsforbrug og forbrug af vagtlægeydelser m.v. opvejer dog disse ekstraudgifter, men regnestykket forudsætter, at det lavere træk på sygehusvæsenet udmøntes i reelle besparelser i denne sektor.

2.4 Eksempler vedrørende opgaveoverførsel mellem sygehusvæsen og sygesikring

Som anført i rapport om "skadebehandling på sygehuse og i almen praksis" (resumeret i bilag 3), findes en lang række undersøgelser om *behandlingen af skader* henholdsvis på sygehuse og i almen praksis. Kun få af disse inddrager imidlertid økonomiske overvejelser, og ingen gemmenfører en fuldstændig vurdering af de ressourcemæssige konsekvenser af en udlægning af skadebehandling til almen praksis.

I "Skadestue-undersøgelsen i Frederiksborg Amt - Vest" fremhæves vedrørende de ressourcemæssige aspekter det forhold, at skadebehandling i almen praksis udløser betaling fra sygesikringen, mens en stor del af skadebehandlingen på skadestuen er vederlagsfri, idet tilkald af reservelægen med det nuværende aflønningssystem ofte er betalt af et andet tilkald. Det konkluderes efter en gennemgang af de mulige besparelser ved omdannelse af de åbne skadestuer til lukkede skadestuer, at overførsel af skadebehandling til almen praksis vil medføre en omkostningsstigning ved den totale skadebehandling og en dårlig udnyttelse af sygehusets ressourcer, hvis et rimeligt akut beredskab skal bibeholdes.

Fra anden side er undersøgelsens konklusioner vedrørende ressourceforbruget dog fundet for vidtgående og ufuldstændige, idet der f.eks. ikke er taget højde for alternativ anvendelse af den frigjorte arbejdskraft. Der er heller ikke taget højde for en omlægnings eventuelle betydning for det totale antal henvendelser om skadebehandling i sundhedsvæsenet som et hele eller til en omlægnings betydning for forbruget af ambulante kontrolbesøg. Der henvises iøvrigt til rapporten vedrørende skadebehandling.

I "Offentlig service, effektivitet og produktivitet, 1984", har Gunst, Lauritzen og Heinesen bl.a. beskrevet konklusionen på en empirisk undersøgelse af produktiviteten i sundhedsvæsenet, *eksemplificeret ved placering af den ambulante speciallægebehandling*.

Formålet med undersøgelsen var primært at belyse nogle af de praktiske problemer ved, at man foretager en kvantitativ produktivitetmåling, samt at klargøre, hvilke konklusioner man kan drage af resultatet af en sådan produktivitätsanalyse i de konkrete tilfælde. Sekundært forsøgte man at sammenligne effektiviteten af ambulante speciallægebehandling i sygehusregie og praksisregie.

I undersøgelsen lægges hovedvægten på en opgørelse af de direkte arbejdstidsforbrug ved ydelserne: operation for brok, gastroskoper og operation for rift i endetarmen i 3 regier: speciallægepraksis og 2 kirurgiske afdelinger på samme sygehus, hvoraf kun den ene har korttidsafsnit og forambulatorium.

Analysen af tidsforbruget for forskellige personalegrupper i de 3 regier viste store forskelle, imidlertid uden noget entydigt mønster. Hovedformålet med undersøgelsen var imidlertid opfyldt, idet det lykkedes at påpege nogle hovedproblemstillinger i forbindelse med organiseringen af patientbehandlingen.

Iøvrigt konkluderedes følgende:

- Undersøgelsen kan ikke entydigt afklare, hvorvidt produktionen foregår mest effektivt i speciallægepraksis eller i sygehusvæsenets korttidsafsnit.
- Sygehusafdelingernes arbejdsrutiner ved undersøgelse og behandling af lette patientkategorier følger i store træk de samme retningslinier som anvendes ved - og som er indrettet med henblik på tungere patienter.
- Det centrale i effektiviseringen af undersøgelser og behandling af de lette patientkategorier er specialisering. Om dette sker i sygehusvæsenet eller ved udlægning til speciallægepraksis er i sig selv underordnet.
- Arbejdet tilrettelægges mere omkostningsbevidst og brugervenligt i speciallægepraksis end i sygehusvæsenet. Derfor kan erfaringerne fra speciallægepraksis videregives til sygehusvæsenet.
- Incitamentstrukturen sikrer ikke umiddelbart optimal ressourceudnyttelse, hverken på sygehus eller i speciallægepraksis.
- Udbygningen af den ambulante speciallægebetjening må koordineres med planlægningen i sundhedsvæsenet iøvrigt.

2.5 Eksempler vedrørende opgaveoverførsel inden for sygehusvæsenet

Et andet eksempel på nytten af en intensiveret indsats over for ældre er en nylig amerikansk *undersøgelse ved Rubinstein*, som viser, at der kan være stor gevinst af på et tidligt tidspunkt efter den akutte indlæggelse at behandle ældre i et geriatriks afsnit. Et sådant klientel af ældre med det geriatriks sygdomsbillede, der kunne forudsiges at have en "kompliceret" udskrivning, blev delt i to tilfældigt udtrukne grupper, en undersøgelsesgruppe, der overførtes til det geriatriks afsnit, og en kontrolgruppe, som forblev på en af de akutte afdelinger og blev behandlet efter gængse rutiner (63 + 60 personer). Et år efter viste det sig, at dødeligheden var betydelig mindre i undersøgelsesgruppen (23,8 mod 46,3% i kontrolgruppen). Endvidere var færre flyttet på plejehjem (12,7 mod 30%), og undersøgelsesgruppen havde færre genind-

læggelser på sygehus. Endelig fandt man ved interviews af begge grupper en generel større forbedring i undersøgelsesgruppen, belyst ved både funktionsniveau, initiativ og livskvalitet.

En sammenlignende vurdering af ressourceforbruget ved de to forløb viste, at undersøgelsesgruppen i starten krævede flere ressourcer, bl.a. som følge af en mere opsøgende behandlingsindsats, tildeling af hjælpemidler m.v. Efter 1 år havde kontrolgruppen imidlertid samlet kostet mere end undersøgelsesgruppen, bl.a. på grund af større forbrug af sengedage på sygehuse og plejehjem.

Op til 1980 fandtes kun *korttidsafsnit* på hovedsageligt større sygehuse, men siden har eller er stort set alle amtskommuner i gang med at etablere et eller flere korttidsafsnit på sygehuse af alle størrelser. Oftest er afsnittene startet som forsøg, om i en del tilfælde beskrevet i rapporter. Dansk Sygehus Institut har i en række notater og rapporter samlet erfaringerne.

Etablering af korttidsafsnit har i enkelte tilfælde været forudgået eller fulgt op af ressourcemæssige konsekvensvurderinger. På grund af de omtalte vanskeligheder ved at måle produktivitet og effektivitet er det vanskeligt at opnå klare resultater - ydermere fordi ændringen fra behandling i stationært afsnit til dag/døgnafsnit medfører en række kvalitative ændringer, som det er svært at sætte tal på.

Der synes dog at være enighed om, at der er væsentlige driftsmæssige og økonomiske besparelser ved overflytning af senge til dag/døgnafsnit selv med rimelige hensynstagen til merudgifter forårsaget af ændret personalebehov på sengeafdelingen som følge af øget plejetyngde. Hastigheden, hvormed sygehuskommunerne etablerer nye korttidsafsnit i disse år, bekræfter denne konklusion. Det samme gælder udbredningen af korttidsafsnittene, som især startede inden for de kirurgiske specialer, til de medicinske specialer og pædiatri.

2.6 Eksempler vedrørende opgaveoverførsel mellem sygehusvæsen, sygesikring og primærkommunerne

På foranledning af indenrigsministeriets udsendelse af plantemaet "alternativer til stationær sygdomsbehandling og bedre udnyttelse af ressourcerne inden for den ambulante speciallægebetjening" maj 1982 iværksatte Fyns amtskommune et planlægningsarbejde til de igangværende planrunder vedrørende sektorplanudarbejdelser. Resultatet blev en række rapporter, herunder "kortlægning af mulige patientforskydninger fra stationære kirurgiske sengeafsnit i Fyns amts sygehusvæsen", februar 1984.

Arbejdsgruppen vedrørende kirurgi-anæstesiologi har på baggrund af en gennemgang af samtlige diagnosegrupper på det kirurgiske område vurderet, i hvilket omfang patientgrupper, der hidtil har modtaget stationær sygdomsbehandling, kan foreslås forskudt mod korttidsafsnit, ambulatoriet og

praksissektoren, herunder praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger.

Arbejdsgruppen kan på det foreliggende materiale konkludere, at ud af ca. 30.000 indlæggelser på årsbasis kan 10.000 kirurgiske indlæggelser i stationært regie forskydes med respektive alternativer således:

Ud fra minimums- og maksimumsgrænser for sengedagspriserne på henholdsvis 700 og 2.000 kr. har man fastsat størrelsesordenen af de økonomiske besparelser til at ligge i et interval mellem 10,1 og 28,9 mio. 1984-kr.

Indregnes yderligere en forskydning af i alt 800 ikke kirurgiske og potentielle plejepatienter, som er indlagte på kirurgisk afdeling, kan yderligere flyttes 15.000 sengedage. Besparelsesintervallet bliver herved fra 21,2 til 60,7 mio. 1984-kr.

Det understreges, at de beskrevne konsekvenser forudsætter en større eller mindre grad af strukturtilpasning i sundhedsvæsenet, og at besparelser afhænger af tilpasningsevnen/viljen. Den absolutte maksimumbesparelse på 60 mio. kr. forudsætter således en langsigtet total strukturtilpasning i sygehusvæsenet. Denne indebærer lukning af hele afdelinger/sygehuse kombineret med forholdsmæssige reduktioner i behandlings/plejekapacitet, uddannelseskapacitet, administration og hjælpefunktioner iøvrigt.

Iøvrigt fremhæves det, at de mulige forskydninger såvel som kr.-beløbene angiver størrelsesordner, der i en konkret gennemførelsesfase nøjere må afprøves. Dette skyldes de mange nødvendige forbehold, arbejdsgruppen har måttet tage vedrørende patientmæssige og tekniske forhold, dels at de anvendte data hidrører fra 1982.

En nærmere fastsættelse af besparelserne vil afhænge af beslutninger vedrørende institutioners omfang og strukturen iøvrigt, samt af hvad overførsel af behandlingsopgaver den sekundære og primære sundhedssektor imellem medfører af ændringer i ressourceforbrug i sektorerne.

Rapporten anviser muligheder for patientforskydninger, men berører ikke, hvilke enheder der i givet fald skal reduceres eller lukkes for at opnå de skønnede besparelser. Videre anviser rapporten heller ikke det afledte kapacitetsbehov i den primære sektor.

Rapporten belyser patientsiden af den stationære behandling. Efterfølgende arbejder en ny undergruppe med en analyse af både patientsiden og foranstaltningssiden i de fynske ambulatorier. Formålet er at få et mere samlet billede af sygehusenes produktion.

3. Afsluttende bemærkninger

Selv nok så overbevisende forslag til ændring eller udvikling vil i dag - med rette - blive mødt med spørgsmålet "Hvad er de ressourcemæssige conse-

kvenser?" - således også forslag om samordning og udlægning. Som hjælp til svar herpå har man søgt at anvende økonomiske tankegange og analysemetoder på sundhedsmæssige problemstillinger. Ud over resultaterne af at afprøve disse metoder, har diskussionen herom som måske det i første omgang væsentligste, skabt en øget opmærksomhed for forståelse af nødvendigheden i at tænke på økonomi i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje.

Men der er langt fra de teoretiske modeller til den konkrete anvendelse, og især måske er vanskelighederne ved at måle og tælle det kvantitative og kvalitative indhold i sundhed større end forventet. I hvert tilfælde har arbejdet med dette afsnit dokumenteret, hvor få eksempler på velgennemførte økonomiske analyser, der findes om samordning og udlægning. Udvalget erkender disse vanskeligheder og skal pege på, at de forsøg, der i denne betænkning iøvrigt lægges op til, iværksættes under ledsagelse af ressourcemæssige konsekvensberegninger for alle involverede sektorer - endvidere at der, om fornødent via lovgivningen, etableres mulighed for som led i forsøg o.lign. at overføre ressourcer fra den "afleverende sektor" til den eller de "modtagende" sektorer".

Igangsættelse af såvel forsøg som andre omstillings- og samordningsinitiativer må tage hensyn til politiske krav om afdæmpede udgifter til sundhedsvæsenet og det involverede socialvæsen.

Kapitel XIV

BARRIERER OG INCITAMENTER

Forsøg på ændring af bestående tilstande støder ofte på hindringer. Dette gælder også i sundhedsvæsenet, som er stort, sammensat af mange elementer og udbygget gennem årene ved en ikke konsekvensanalyseret "knopskydning". Hindringerne vil her kunne være formelle, realpolitiske eller holdnings- og traditionsbetingede.

Formelle barrierer for en yderligere samordning kan f.eks. være betinget af, at de enkelte områder budgetteres og administreres af forskellige instanser efter egne regelsæt og uden tilbunds gående kendskab til virksomheden i de tilgrænsende områder. Overenskomster og aftaler kan også vise sig at opretholde mindre hensigtsmæssige skel.

De realpolitiske hindringer kan bl.a. henføres til politiske overvejelser om det offentlige personaleanvendelse, hensyn til kommunal- eller landsdækkende økonomi (byrdefordeling), ønske om bevarelse af arbejdspladser etc.

De holdnings- og traditionsbetingede barrierer ligger såvel hos sundhedsprofessionernes enkeltmedlemmer og organisationer som hos befolkning, politikere og administratorer. Holdningsbetonede vanskeligheder for koordinationsbestrebelse får måske særlig betydning i sundhedsvæsenet, fordi dettes målsætning er så uskarpt defineret, at forskellige grupper indtager afvigende holdninger til vurdering af graden af mål opfyldelse. Der kan kun i begrænset omfang angives standarder og referencerammer for så brede mål som f.eks. lige adgang for alle til optimal sygdomsforebyggelse og -behandling. Begreber som prioritering af opgaver, valg af ambitionsniveau, den enkelte patients ret til behandling, den tilstræbte generelle sundhedstilstand, samfundøkonomi og beskatning påvirker derfor holdningerne forskelligt hos politikere, sundhedsprofessionerne og befolkning iøvrigt.

Ved forsøg på iværksættelse af ændringer vil man kunne møde de i dette kapitel nævnte barrierer i forskellige kombinationer og i forskellige grader. Tilsvarende vil der være behov for motivationer og incitamenter i forskellig målestok for at opnå den tilstrækkelige interesse og vilje til at forslagene kan gennemføres. Det har i dette arbejde ikke været hensigten af konkretisere, hvorledes man i de enkelte tilfælde bedst overvinder forhindringerne, idet dette i så høj grad afhænger af de lokale forhold. Udvalget skal derimod opfordre til at også sådanne overvejelser tages med i fremtidige forsøg og indgår i beskrivelsen af forsøgenes gennemførelse.

1. Barrierer og deres nedbrydning indenfor det politiske og ad ministrative system

På det *statslige plan* har samlingen af kompetence vedr. sygesikringsområdet, de offentlige sundhedsydelser og sygehusområdet inkl. Røgshospitalet under Indenrigsministeriet været en forenkling, der skulle muliggøre en helhedsvurdering af den kommunale planlægning og drift af sundhedsvæsenet. Sammenlægningen skulle endvidere kunne fremme iværksættelsen af sundhedsfremmende initiativer, behovsundersøgelser og forsøgsordninger under medvirken af bl.a. Sundhedsstyrelse, Forebyggelsesrådet, Dansk Sygehusinstitut, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, Statens Serum Institut og Røgshospitalet. Løsningen af samordningsopgaverne på det statslige plan vanskeliggøres af, at den tilgrænsende del af socialektoren, omgivelser- og arbejdsmiljøområderne (incl. bedriftssundhedstjenesten) og en række sundhedsuddannelser henhører under andre ministerier. Med hensyn til de lange sundhedsuddannelser, herunder i særlig grad de lægestuderendes grunduddannelses placering under Undervisningsministeriet, er udvalget vel opmærksom på den rolle, det faglige landsudvalg for sundhedsuddannelserne spiller som formidler mellem uddannelsesinstitutionerne og brugerne, i dette tilfælde amtskommunerne. Alligevel må udvalget pege på behovet for yderligere koordination, ikke blot med henblik på den betydning grund- og videreuddannelsernes indhold har for samordningsprocessen, men også med henblik på at nærme sig realiseringen af en overordnet personaleplanlægning, jvf. kapitel XV.

Medens statsforvaltningen principielt er opbygget sektoralt, således at de enkelte ministre hver indenfor deres område er ansvarlig for de til dem henlagte forvaltningsopgaver, er den kommunale forvaltning i henhold til lov om kommunernes styrelse tilrettelagt som en enhedsforvaltning, der inden for kommunens område omfatter alle forvaltningsgrene. Behovet for en arbejdsdeling og en genspejling af den sektorale opbygning på centralt hold bevirker dog, at der også i kommuner og amter opstår samordningsproblemer. Både lov om kommunernes styrelse og speciallovgivningen har dog søgt at begrænse de lokale og regionale samordningsproblemer mest muligt og at løse dem, hvor de opstår.

På det *amtskommunale niveau* er der med en ændring i sygesikringsloven i 1984 skabt mulighed for de enkelte amtsråd at beslutte, under hvilket stående udvalg, sygesikringsopgaven skal forvaltes, Sygehusloven blev samtidig ændret, således at den udvalgmæssige binding til sygehusudvalget blev ophævet. Intentionen bag denne lovændring er at skabe mulighed for en bedre samordning mellem sygehusvæsenet, praksissektoren og socialektoren.

Samordningsudvalget er bekendt med, at den enkelte amtskommune har udnyttet disse muligheder til at samle sygehusvæsenet, sygesikringen og en række almindelige sundhedsopgaver under ét sundhedsudvalg, og at der i andre amtskommuner på forsøgsbasis er gennemført andre former for en mere udbygget koordination med socialektoren, f.eks. ved at omdanne det hidti-

dige § 23, stk. 2-udvalg til et udvidet samordningsudvalg med bl.a. flere politiske repræsentanter for primærkommunerne.

I forholdet mellem amtskommuner og primærkommuner synes samordningsmulighederne også at kunne øges gennem nye samarbejdsrelationer, gerne på forsøgsbasis. En række foranstaltninger på primærkommunalt niveau, som f.eks. plejehjem og hjemmepleje, er af stor betydning for aflastning af det amtskommunale sygehusvæsen. Den barriere, der visse steder synes at være mod en samordning af disse virksomheder, er utvivlsomt også betinget af, at de drives på hver sit finansieringsgrundlag. Der er imidlertid et klart behov for en information og kommunikation om udskrivning fra sygehuse til primærkommunale institutioner eller støtteforanstaltninger i hjemmet. Der vil mange steder være behov for udvidet samarbejde mellem sygeplejersker, sygehjælpere og hjemmehjælpere. Der vil være behov for, at sygeplejersker fra sygehusene jævnligt holder møde med sygeplejerskerne fra primærsektoren, og at f.eks. hjemmesygeplejersker kommer til konference på sygehusene inden patienternes udskrivning. Lokale ordninger, der muliggør amtssundhedsplejerskens kontakt med den primærkommunale hjemmesygepleje og sundhedspleje bør fremmes. Initiativet til sådanne administrative koordinationsbestrebelse bør komme fra forvaltningscheferne, hvis kompetence i så henseende om nødvendigt må styrkes.

I København og Frederiksberg kommuner bør den omstændighed udnyttes, at social- og sundhedsforvaltningerne på den ene side og sygehusforvaltningerne på den anden har samme politiske og administrative ledelse.

I denne forbindelse kan fremhæves, at Københavns kommune netop nu har startet et geriatrisk center på Diakonissestiftelsen med det formål, at udskrive færdigbehandlede patienter fra hospitalerne hurtigere og samtidig aktivt fremme mulighederne for at gøre dem selvhjulpne.

2. Overenskomstmæssige barrierer

Løn- og ansættelsesvilkårene i sundhedsvæsenet er fastlagt inden for rammerne af et kompliceret og opdelt aftalesystem. Både på arbejdstagers side og arbejdsgivers side er forhandlingskompetencen fordelt på mange organisationer og instanser, som ikke sjældent vil have modstridende arbejdsmarkedspolitiske og økonomiske interesser som udgangspunkt.

Indenfor de seneste år der en voksende forståelse for, at man for at gennemføre sundhedspolitiske mål må forberede forhandlingerne om løn- og aftaleforhold gennem et udbygget samarbejde mellem de centrale sundhedsmyndigheder, arbejdstagere og arbejdsgivere. Det er f.eks. kommet til udtryk i det centrale råd for lægers videreuddannelse, hvor man har søgt samarbejde om bl.a. reserverelæger i almen praksis og ændring af sygehusenes lægestab.

Samordningsudvalget finder, at aftale- og overenskomstforholdene inden for sundhedsvæsenet og de tilgrænsende dele

af socialektoren har en væsentlig betydning for gennemførelse af de offentlige myndigheders intentioner om ændring i sundhedsvæsenet. Det må derfor anbefales, at de initiativer, der i de senere år er taget for at udbygge samarbejdet om sundhedspolitiske mål mellem de centrale sundhedsmyndigheder, arbejdstagere og arbejdsgivere yderligere udbygges som et led i koordinationen af de principper, der lægges til grund for overenskomstfornyelser.

3. Geografiske og lokaløkonomiske barrierer

Geografiske og lokaløkonomiske forhold har især været nævnt som barrierer for sygehusenes virke. Siden kommunalreformen har der forventeligt nok været en tendens til, at amtskommunerne holdt egne patienter indenfor egne grænser. Ligeledes har betalingsordningen for amtskommunernes brug af lands- og landsdelsfunktioner på fremmede sygehuse medført visse ændringer i amtskommunernes henvisningspraksis med den umiddelbare følge, at der har været vanskeligheder i forbindelse med kautionserklæringsindhentning. I det lidt større perspektiv kan man befrygte, at en fortsættelse heraf vil medføre u hensigtsmæssig udbygning af amternes eget sygehusvæsen på et for lille befolkningsunderlag for at undgå henvisning til lands- og landsdels- sygehuse, der får vanskeligt ved at opretholde funktionerne på det nødvendige stade. En samlet planlægning af sygehusvæsenet for en større region vanskeliggøres af, at der endnu kun er en kort tradition for en faglig og administrativ koordination mellem brugere og leverandører af højt specialiserede sygehusydelser og af, at sådanne regioner ikke findes med den nødvendige kompetence uden for hovedstadsområdet. Det har i enkelte tilfælde medført, at sygehuse med landsdelsfunktioner uvarslet har nedsat ydelserne til andre amter.

De betalingsmæssige barrierer for hensigtsmæssig benyttelse af sygehuskapaciteten søges nu belyst af et udvalg under indenrigsministeriet.

4. Holdningsmæssige barrierer

Befolkningens holdning og krav til sundhedsvæsenet udgør næppe nogen barriere for samordning, snarere et incitament. Derimod vil befolkningens holdninger påvirke forbrugsmønstret. Rimelige holdninger erhverves bedst gennem konkret viden, herunder om legemets funktion og om gunstige og skadelige påvirkninger samt mulighederne for selv at bidrage til sundhedens bevarelse og viden om det forebyggende og sygdomsbehandlende systems realistiske muligheder. Det vil være ønskeligt, at befolkningen sikres et så højt informationsniveau, at en saglig og bred debat kan føres i medierne om de ofte følelsesladede sundhedsmæssige emner.

Som eksempel på information til befolkningen om den rette brug af sundhedsvæsenet kan anføres Frederiksborg Amts udsendelse af pjecer og informati-

onsblade om skadestuer og sygehuses anvendelse og opgaver. Direkte eller indirekte påvirkes det sygdomsbehandlende system af befolkningens holdning og dermed politikernes stillingtagen til så forskelligartede forhold som alkohol, rygning, miljøgiftes håndtering og bortskaffelse, boligstandard og trafiksikkerhedsforanstaltninger.

Sundhedsprofessionernes holdning vil være præget af forventning om deres arbejdes indhold, forsøg på tilfredsstillelse af faglige ambitioner og specielt for læger krav om formel meritering, der hidrører fra den professionelle uddannelse. Det må derfor være væsentligt, at der er størst mulig overensstemmelse mellem det, den professionelle forventer at skulle arbejde med, og det reelle behov. Hvis ikke skabes der barrierer, og incitamentet til at udføre arbejdet optimalt forsvinder. Et ganske konkret eksempel er behovet for at øge serviceniveauet og effektiviteten i sygehuses ambulatorier, herunder også med henblik på en i forvejen aftalt og intensiv udnyttelse af patientens fremmøde. En holdningspåvirkning vil kunne medvirke til en bevist opprioritering af dette vigtige område.

5. Kapacitetsmæssige barrierer

En uheldig virkning af de nævnte hindringer for samordning vil være, at systemet bliver opfattet som om det har for ringe kapacitet med urimelige ventetider for behandlingstrængende patienter eller manglende behandlingstilbud. Dette indtryk vil styrkes, hvis kapaciteten i de enkelte led i det komplekse system enten rent faktisk ikke er dimensioneret til at klare behovet, eller ikke er afpasset efter de andre led. Herved opstår på samme tid kødannelse og tomgang. Dette kan være forårsaget af ikke-koordineret personalenomering, fordeling af senge-, operations- og ambulatoriekapacitet etc. Vanskeligheder i kapacitetstilpasning er også betinget af professionernes lange uddannelsesforløb, idet systemet er trængt i henseende til at tilgodese nye krav.

6. Incitamenter

Incitamenter til omkostningsbevidst anvendelse af sundhedsvæsenet og effektiv udnyttelse af det med størst mulig samordning vil naturligvis kunne være af mange slags. Befolkningens egen opfattelse af sundhed og dermed af behovet for træk på sundhedsvæsenet og det sygdomsbehandlende system er i høj grad afhængig af en række socialøkonomiske forhold, der ikke vedrører sundhedsvæsenet i snæver forstand. Det er allerede nævnt, at befolkningens forståelse for begreber som sundhed og sygdom samt for den rette anvendelse af det bestående sundhedsvæsen forudsætter viden, motivation og information.

For de professionelle behandlergruppers vedkommende er stærke incitamenter i adfærdens erhvervelse af anerkendelse, meritering og professionel tilfredsstillelse. Unødig træk på systemets ressourcer udøves bl.a., hvis behandlerne ikke er eller føler sig fagligt kompetente, enten p.g.a. diskontinuitet i pa-

tientkontakten eller p.g.a. manglende erfaring. Et stort antal undersøgelser og henvisninger såvel til speciallæge som til sygehus finder utvivlsomt sted for en "usikkerheds" skyld. Koordination, uddannelse og information er således midler til effektivisering af arbejdsgangene.

Den patient, der er i systemet, har det stærkeste incitament af alle - nemlig ønsket om optimal behandling og helbredelse - til at søge behandlingssystemet bedst muligt koordineret. Det kan udnyttes ved at holde patienten velinformeret og gøre denne til en betroet del af behandlingkæden. Det er vigtigt, at behandleren yder information fra patienten fuld retfærdighed.

For behandlerne er ansvarsfølelse over for den konkrete patient et stærkt incitament til at yde en god behandling. Denne følelse må ikke fortabes som følge af et kompleks system.

Det spørgsmål rejser sig, om de professionelle grupper i sundhedsvæsenet vil anvende systemet mere effektivt, såfremt der heri lå økonomiske incitamenter. Det kan dreje sig om budgetincitamenter inden for eget ansvarsområde eller om privatøkonomiske incitamenter. For så vidt angår budgetincitamenter sigtes til, at afdelingerne i disse år får uddelegeret større og større budgetansvar, og at det hævdes, at afdelingerne vil blive søgt drevet endnu mere økonomisk, f.eks. hvad angår anvendelse af diagnostiske undersøgelser, såfremt der lå en afdelingsmæssig fordel i ikke blot at overholde, men ligefrem gå under de budgetterede driftsomkostninger. Incitamentet hertil kunne være, at sygehusafdelingernes eller ambulatorierne frit fik lov til at anvende det sparede beløb eller dele heraf til formål, som afdelingen selv prioriterede højt, f.eks. inden for uddannelse, forskning eller modernisering.

7. Betydningen af politiske beslutninger

Som det er nævnt flere steder i nærværende betænkning, er det et særkende for sundhedsvæsenet, at efterspørgslen efter serviceydelser i ganske særlig grad er bestemt af det rent faktiske udbud.

Det er på denne baggrund rimeligt at antage, at forbruget af ydelser i vidt omfang vil tilpasse sig den struktur, som man til enhver tid giver systemet.

Dette kan også udtrykkes således, at patientstrømmen vil flytte sig derhen, hvortil der måtte være politisk vilje til at lede den, alt efter hvilken vægt man vil tillægge henholdsvis økonomiske, faglige og servicemæssige hensyn.

Omstillinger af den art, der er nævnt i denne betænkning, vil derfor som grundlæggende forudsætning have, at der på politisk plan er vilje til at føre dem igennem.

En egentlig udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til primærsektoren og socialektoren vil således kræve ret hårdhændede beslutninger om ligefrem at fjerne tilbud, og ligeledes politisk vilje til på den ene eller anden måde at åbne nye kanaler for patientstrømmene uden for sygehusvæsenet.

Kapitel XV

UDDANNELSESMÆSSIGE KONSEKVENSER

Social- og sundhedsvæsenets funktion er helt afhængig af, at der er kvalificeret personale til rådighed til løsning af de til enhver tid værende opgaver. En forudsætning for en ændring af funktionerne er derfor, at uddannelsen af personalet tilpasses de ændrede krav. Omvendt vil også en ændret opgavefordeling kunne give konsekvenser for mulighederne for at opfylde de fastsatte mål for uddannelserne. Sammenhængen mellem omstilling og uddannelser må derfor medinddrages i overvejelserne - generelt, som det er søgt gjort i det følgende - men især lokalt i forbindelse med iværksættelsen af konkrete ændringsforslag.

Det er karakteristisk for sundheds- og socialvæsenet i dag, at det omfatter mange forskellige specialiserede personalegrupper med oftest relativt lange uddannelser bag sig. En væsentlig ændring af de uddannelsesmæssige kvalifikationer gennem en ændring af grunduddannelserne vil derfor først kunne slå igennem på længere sigt. Videre- og efteruddannelserne vil det imidlertid være muligt at tilpasse relativt hurtigt.

Omend der allerede gennem en del år såvel indenfor de enkelte uddannelser som centralt i de koordinerende råd, nævn, udvalg m.v. har været stigende opmærksomhed om det væsentlige i, at sundhedspersonalet får kendskab til både sygehusvæsenet og primærsektoren, må det erkendes, at tyngden i mange af sundhedsuddannelserne ligger i sygehusvæsenet. Der er således behov for en fortsat vurdering af uddannelserne i lyset af fremtidens opgaver, og der er behov for i højere grad at justere vægten mellem de forskellige uddannelsers enkelte elementer end indholdet af den pågældende uddannelse som helhed.

Udover en løbende vurdering af uddannelsernes mål og indhold er det nødvendigt med en samlet vurdering og beslutning om, hvilke personalegrupper, der er behov for, og om hvor og hvor mange af hver kategori, d.v.s. en personaleplanlægning for den samlede sundhedssektor med overvejelser også om sammenhængen med den tilgrænsende del af socialektoren. Sådanne overvejelser er allerede i gang i bl.a. uddannelsesnævnet for sundhedsvæsenet, det faglige landsudvalg for sundhedsuddannelserne (FLUSU), det centrale råd for lægers videreuddannelse og kursuskoordineringsudvalget for social- og sundhedssektoren. For at sikre optimale muligheder for en omstilling er det imidlertid efter samordningsudvalgets opfattelse væsentligt at øge opmærksomheden om dels behovet for en sammenhængende overordnet personaleplanlægning, dels en løbende tilpasning af grund- videre og efteruddannelserne, samt om at sundhedsgrupperne får mulighed for i nødvendigt omfang at deltage i videre- og efteruddannelsesaktiviteter.

Udover en indsats over for sundhedspersonalet er der behov for en, måske ikke egentlig uddannelse, men snarere oplysning overfor det element, der bredt kan betegnes som sundheds- og socialvæsenets beslutningstagere, såvel politikere som administratorer, samt over for borgerne.

Beslutningstagerne er naturligvis i høj grad selv medvirkende til, at omstillingsprocessen kommer i gang, men som beskrevet i kapitel IV, opstår forsøg ofte spontant og lokalt på afdelinger, institutioner m.v. Skal væsentlige omstillinger gennemføres med rimelig udsigt til succes, er det derfor nødvendigt, at beslutningstagerne får mulighed for at erhverve sig et rimeligt detaljeret kendskab til baggrunden for og konsekvenserne af de enkelte led i omstillingsprocessen.

Det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem borgernes forventninger til sundheds- og socialvæsenet og de ydelser, som rent faktisk leveres. Ligeledes er det vigtigt, at borgerne bruger systemet på den rigtige måde. En vis oplysning over for borgeren om baggrunden for og indholdet af omstillingen er derfor væsentlig. Kun herigennem opnås den nødvendige forståelse for omstillingsprincipper og accept af det nye.

Som nævnt påvirker en ændret opgavefordeling også mulighederne for at give den ønskede uddannelse. Når opgaver flyttes fra et sted til et andet, må uddannelsen til løsning af disse opgaver derfor flyttes med. For flere uddannelsers vedkommende indgår dette forhold allerede i overvejelserne om den fremtidige uddannelse. For visse grupper vil der imidlertid være problemer, således vil f.eks. en væsentlig udlægning af opgaver fra sygehusene til primærsektoren kunne give problemer for videreuddannelsen af læger, noget afhængigt af specialet som omtalt i kapitel IX. På baggrund af misforholdet mellem behovet for videreuddannelse af læger og uddannelseskapaciteten uden for sygehusvæsenet vil problemet kun til en vis grad kunne løses ved en omlægning af den lægelige videreuddannelse.

Et andet aspekt ved en væsentligt ændret opgavefordeling er specialernes mulighed for fortsat at udvikle sig og finde nye og bedre undersøgelses-, behandlings- og plejemetoder. En afdeling af en vis størrelse og et stimulerende miljø er nødvendig for, at enkeltpersoner og grupper kan forske, udvikle og afprøve nye metoder til bedre, sikrere, mere effektive og patientvenlige undersøgelser og behandling.

Muligheden for at drage konklusioner for så vidt angår de uddannelsesmæssige og forskningsmæssige konsekvenser af samordning og udlægning må i overensstemmelse med det ovenfor anførte søges inddraget i planlægningen af lokale forsøg.

Kapitel XVI

FORSKNING OG FORSØGSVIRKSOMHED – GENERELLE OVERVEJELSER

1. Baggrund

Samordningsudvalget har generelt og på en række specifikke områder peget på behovet for nytænkning og fornyelse i sundhedsvæsenet vedrørende placering af opgaver og nye samarbejds mønstre mellem sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og socialsektoren.

Som det fremgår af kapitel IV, sker der allerede på mange felter gradvise justeringer og ændringer i sundhedsvæsenet - til tider systematisk og planlagt, andre gange tilsyneladende mere spontant.

Sådanne spontane, lokale ændringer, ofte iværksat som svar på et konkret problem, er uundværlige for sundhedsvæsenet som middel til at bryde vante mønstre og inspirere til at gå nye veje. Ønsker man imidlertid mere generelt at påvirke udviklingen i en bestemt retning og inspirere til nyskabelser med henblik på dette vil et af midlerne være at stimulere til forskning og forsøgsvirksomhed, som peger i den ønskede retning.

Der er i forvejen, specielt på sygehussektorens lægelige områder, en tradition i sundhedsvæsenet for at forbedre indsatsen gennem forskning og forsøg. Men det har her i første række drejet sig om udvikling og afprøvning af nye, specifikke, kliniske behandlingsmuligheder og sjældnere om nye måder at organisere forebyggelse - og behandlingsarbejde på. I det sidste årti er der imidlertid opstået en større forståelse for, at forskning og forsøg også kan være velegnede redskaber i udviklingen af sundhedsvæsenets organisation og funktioner i bredere forstand:

gennem *forsøgsvirksomhed* afprøves nye måder at arbejde på inden for afgrænsede rammer;

gennem *forskning* foretages analyser af behov og muligheder samt vurdering af fornyelser.

I det følgende vil begreberne forskning og forsøg blive nøjere specificeret i forhold til det generelle emneområde for samordningsudvalgets arbejde.

Herefter vil en række forhindringer for forsknings- og forsøgsarbejdet blive omtalt, og generelle forslag til at nedbryde disse vil blive lagt frem til videre overvejelser.

2. Forsøgsvirksomhed

Mange rapporter og betænkninger har forsøgt at definere begrebet forsøgsvirksomhed - uden at det der lykkedes at nå frem til en klar og entydig defini-

tion. Det er dog et gennemgående træk, at det drejer sig om fornyelser, som iværksættes med henblik på at indvinde nye erfaringer til lokalt eller generelt brug.

I debatten om social- og sundhedsvæsenet har forsøgsbegrebet i de sidste år haft en betydelig gennemslagskraft som middel til at prøve nye veje til en bedre eller en billigere service (eller begge dele).

Begrebet forsøg dækker i praksis over et bredt spektrum af aktiviteter, både hvad angår omfang, indhold og form. I visse forsøg stilles krav om systematisk planlægning og evaluering efter videnskabelige kriterier - i andre er vurderingen baseret på mere usystematisk indhentede erfaringer blandt de involverede. Dette fremgår bl.a. af en kortlægning, udført af Dansk Sygehus Institut (Nye veje i den primære sundhedstjeneste? DSI-projektrapport 83.03. København, 1983).

Fornyelser vedrørende opgavefordelingen og samarbejds mønstre i sundhedsvæsenet vil ofte indebære meget komplekse ændringer, hvis faglige og økonomiske konsekvenser kan være yderst vanskelige at forudse. Netop derfor vil det i mange tilfælde være hensigtsmæssigt at afprøve sådanne ændringer i form af lokale forsøg, hvor muligheder og problemer vurderes.

Det er uhyre vigtigt på forhånd at træffe klare beslutninger om formålet med den pågældende forsøgsaktivitet og tilrettelægge forsøget i overensstemmelse hermed. Ønsker man at afprøve organisatoriske ændringer? Drejer det sig først og fremmest om nye former for forebyggelse eller behandling? Er der tale om ny teknologi? Ønsker man vurdering af sundhedsmæssige konsekvenser for patienterne? Betragtes vurderingen af organisatoriske forudsætninger og problemer som væsentlige? Hvilken vægt skal ressourcemæssige opgørelser af indsats og virkninger have? Skal befolkningens vurdering medindrages? Skal samarbejdspartnersnes? Hvilken betydning har forsøgenes resultater for de videre beslutninger? Sådanne spørgsmål må normalt besvares før man kan vurdere, hvilken type forsøg man er ved at iværksætte, og i hvilket omfang en egentlig forskningsmæssig evaluering er ønskelig.

3. Forskning

Den videnskabelige aktivitet i sundhedsvæsenet har hidtil som nævnt især været domineret af afgrænsede kliniske, behandlingsmæssige problemer i relation til specifikke sygdomme.

Samordningsudvalgets udgangspunkt og forslag har imidlertid et betydeligt bredere sigte, hvor også organisatoriske, økonomiske og generelle samfundsmæssige aspekter må inddrages. Det er tillige karakteristisk, at det ofte drejer sig om spørgsmål vedrørende flere faggrupper og flere sektorer, hvoraf den primære sundhedstjeneste og socialektoren vil spille en væsentlig rolle ved siden af sygehusvæsenet.

Derfor må det være af afgørende betydning for den videre udvikling på samordningsområdet, at der i videst mulig udstrækning skabes rammer og incitamenter for de særlige forskningsaktiviteter, som bl.a. kan sammenfattes under begreberne sundhedstjenesteforskning og medicinsk teknologivurdering. Man skal her være specielt opmærksom på de muligheder og problemer, der ligger i indførelse af ny teknologi i den primære sundhedstjeneste med henblik på overtagelse af visse funktioner fra sygehusvæsenet. Forskning af denne karakter indebærer særlige krav til såvel metode som regie. Analysen af befolkningsgruppers sundhedstilstand kræver blandt andet anvendelse af såkaldt epidemiologisk metode, organisatoriske forhold kan studeres ved hjælp af sociologiske metoder, og teknologivurdering vil blandt andet indebære anvendelse af metoder fra de tekniks-videnskabelige områder. Sundhedsøkonomien er en forholdsvis ny disciplin, som kan give afgørende bidrag til udforskningen af ressourceforbrug og ressourcegevinster. Det må naturligvis heller ikke glemmes, at det kliniske behandlingsarbejde fortsat vil være et grundelement, som gennem fortsat klinisk forskning kan forbedres og tilpasses nye rammer.

De nødvendige forskningsaktiviteter må således indebære tværfaglig indsats og meget ofte involvere flere sektorer. Ofte vil det dreje sig om lokale innovationer på baggrund af specifikke, lokale behov og problemer - og det vil derfor være ønskeligt med forskningsaktiviteter, der netop tager udgangspunkt i den konkrete, lokale situation. På denne baggrund må det stå klart, at der vil være behov for at skabe bedst mulige rammer for såvel lokale som for centrale forskningsaktiviteter, hvor sidstnævnte kan tage mere generelle problemstillinger op samt fungere som støtte og inspiration i det lokale forskningsarbejde.

4. Barrierer for forsknings- og forsøgsarbejdet

Skal de kommende års samordningsbestrebelse hjælpes på vej af forskning og forsøg, vil det være nødvendigt at se nærmere på, hvilke forhindringer, der kan bremse dette arbejde, og hvilke muligheder der er for at bryde disse.

Et gennemgående problem er det generelle *behov for samarbejde mellem forskellige faggrupper og forskellige sektorer*. Afvigende mål, sygdoms- og videnskabsopfattelser og uddannelsesmæssige forudsætninger kan ofte være en barriere for samarbejdet om relevante forsøgs- og forskningsaktiviteter. Traditionelle organisations- og stillingsstrukturer - ofte med forskellige former for hierarkisk opbygning - kan forhindre et åbent og ligeværdigt samarbejde mellem de involverede faggrupper og institutioner. Tilsvarende kan stive finansierings- og regelsystemer, designet til at varetage andre formål, stille sig hindrende i vejen for nyskabelser på forsøgsbasis. Et generelt problem er tillige *tilvejebringelsen af nødvendige ressourcer*. Såvel forskning som forsøg kræver tid, penge og arbejdskraft, som sjældent er til rådighed i de eksisterende systemer. En omlægning af sundhedsvæsenet kan ikke kun baseres på

frivillig indsats fra entusiastiske pionerer. De fondsmidler, som findes i dag, er kun i begrænset omfang tilgængelige for forskning og forsøg i sundhedsvæsenet af den type, som der her er tale om. Ofte kvæles spændende initiativer af krav til regie og design, som ikke svarer til det aktuelle behov.

Kompetencen lokalt til at udføre denne form for arbejde er ofte begrænset, og vejen til relevante institutioner, som kunne træde hjælpende til, kan være lang og ufremkommelig. Der kan *savnes faglig støtte og inspiration*, ligesom det kan være svært at finde frem til andre med erfaringer på området, som man kunne bygge videre på.

Forskning og forsøg kræver et aktivt, motiveret og engageret miljø for at trives - og dermed for at kunne nyttiggøres.

5. Forslag til fremme af forskning og forsøg

Et afgørende middel til løsning af en del af de anførte problemer vil være at etablere *åbne kommunikationsveje* mellem forskellige niveauer og systemer.

Den lokale administrator/politiker eller det lokale social- og sundhedspersonale med ideer og initiativer må nemt og uhindret kunne kommunikere med relevante regionale og centrale instanser med henblik på at formidle problemer og ønsker og opnå tilbagespil, for eksempel i form af bedre tilpassede regelsæt og rammer. Det vil ofte være nødvendigt at bryde med traditionelle retningslinier, ansættelsesforhold m.v. ved gennemførelse af forsøgsarbejde - og det kræver gerne opbakning og initiativer fra centralt hold.

Social- og sundhedspersonalet, politikere og administratorer samt forsker og undervisere oplever ofte at befinde sig i helt forskellige verdener med forskellige sprog og tankesæt. Forsknings- og forsøgsarbejdet kræver samarbejde mellem disse verdener, og der må lokalt, regionalt og centralt skabes rammer for friere kommunikation og samspil. Der er mange positive eksempler på, at det er muligt at skabe sådanne rammer, men i mange tilfælde kræver det brud med eksisterende vaner og rutiner.

Den åbne lokale debat om muligheder og problemer kan være en afgørende faktor for accept og udvikling af fornyelse i form af forsøg. Det bør bl.a. derfor overvejes, hvorledes de forbrugere af sundhedsvæsenet, som påvirkes af forsøgsarbejde, bedst inddrages: Hvilken rolle skal forbrugerne have i planlægning, gennemførelse og vurdering af forsøget? Skal det i givet fald ske via valgte repræsentanter, forbrugerorganisationer, særlige forbrugergrupper eller på anden vis? Det vil endvidere være vigtigt at skabe rammer for *erfaringsopsamling og udveksling*, så lokale erfaringer kan nyttiggøres af andre. På det amtskommunale niveau kan der indenfor de eksisterende rammer (amtsforvaltninger, embedslægeinstitutioner, fælleudvalg m.v.) gøres en indsats for at opsamle og koordinere initiativer og erfaringer, men det kan måske være ønskeligt at etablere en særlig ramme til varetagelse af disse opgaver i de kommende år.

Tilsvarende er der i dag på centralt niveau en række instanser med hver sit ansvarsområde, og det vil være hensigtsmæssigt at give ansvar og ressourcer til en særlig instans, som på tværs af sektorerne kan påtage sig at samle, systematisere og udbrede erfaringer fra nye og gennemførte initiativer på samordningsområdet.

Der bør i de kommende år lægges vægt på at iværksætte konkrete tværfaglige *uddannelsesinitiativer* vedrørende forskning og forsøg på lokalt og regionalt niveau, hvor nøglepersoner fra de forskellige faggrupper og sektorer kan opnå den nødvendige kompetence til at udføre forskning og planlægge, gennemføre og evaluere forsøgsvirksomhed i tværfagligt regie.

Relevante centrale styrelser og organisationer, sektorforskningsinstitutter, universitets- og øvrige uddannelsesinstitutioner, den kommunale højskole m.v. bør i samarbejde med lokale instanser etablere konkrete efteruddannelsstilbud på forskellige områder, hvor inspiration og kunnen kan videregives, og hvor erfaringer kan udveksles.

Herudover vil det være nødvendigt at udvikle konsulentordninger med henblik på at stille særlig ekspertise til rådighed for lokale grupper, som det blandt andet er sket i den sociale sektor i forbindelse med socialstyrelsens forsøgsmidler og tillige i et vist omfang på det lægevidenskabelige forskningsområde via Statens lægevidenskabelige forskningsråds konsulentordning. Det bør gøres let at opnå kompetent konsulentbistand tidligt i planlægningen - gerne allerede på idQstadiet, hvor kompetent rådgivning kan være helt afgørende for det videre forløb.

Dette kræver naturligvis *økonomiske midler*, ligesom selve forsknings- og forsøgsarbejdet gør det. Skal der for alvor sættes på kvalificerede fornyelser i sundhedssektoren gennem forskning og forsøg, er det helt afgørende, at der stilles de nødvendige ressourcer til rådighed.

Det kan ske lokalt ved direkte at afsætte midler i de offentlige budgetter til det konkrete forsknings- og forsøgsarbejde som en form for løbende produktionskontrol og udviklingsarbejde, således som det kendes i andre dele af samfundet. Man kan endvidere etablere særlige regionale fondsmidler (eventuelt fra flere amtskommuner i fællesskab), som kan stille penge til rådighed efter særlig ansøgning, og hvor kravene til forsknings- og forsøgsplaner er i rimelig overensstemmelse med de mål, behov og vilkår, som præger de pågældende aktiviteter.

Derudover vil det være af afgørende betydning, at man fra statslig side (som det er sket på det sociale område) baner vejen ved at etablere en særlig forsøgsfond, en "*sundhedsfond*", som kan yde finansiell bistand til relevante forsøgsaktiviteter med generelt sigte og kan financiere konsulentvirksomhed til støtte herfor. Eventuelt kunne visse af fondens midler tillige anvendes til iværksættelse af undervisnings- og konferenceinitiativer, som yderligere bidrag til fremme af aktiviteterne på området.

Midlerne bør uddeles på basis af ansøgninger, som skal vurderes af et særligt sagkyndigt forsøgsudvalg med en bred tværsektoriel sammensætning. Man kan eventuelt forestille sig, at fonden i perioder prioriterer særlige områder, gerne med berøringsflader til emnerne for temaplanlægning (f.eks. forsøg vedrørende børn og unge, forsøg om samordning af indsatsen overfor ældre, forsøg om etablering af informationssystemer vedrørende ambulante behandling).

Etablering af en sådan fond vil ikke blot fremme nye initiativer ved direkte at stille nødvendige ressourcer til rådighed. Det vil samtidig være et klart signal fra statslig side, om at samordnings- og forsøgssøskerne tages ganske alvorligt og derved tjener til yderligere tilskyndelse og inspiration for politikere, administratorer og sundheds- og socialvæsenets personale regionalt og lokalt - hvorfra de konkrete initiativer først og fremmest må komme.

6. Sammenfatning

Samordningsudvalget foreslår, at der

- centralt etableres en særlig forsøgsfond, en "sundhedsfond", som kan yde økonomisk bistand til planlægning og gennemførelse af forsknings- og forsøgsvirksomhed af generel interesse for samordningsindsatsen

- lokalt afsættes midler til forskning og forsøg i budgetterne for sundhedsvæsenet - eventuelt ved etablering af regionale forsøgsfonds

- udvikles konsulentordninger med henblik på at stille særlig ekspertise til rådighed for lokale initiativer

- iværksættes tværfaglige uddannelsesinitiativer på lokalt og regionalt niveau vedrørende forskning og forsøg

- skabes rammer centralt og regionalt for tværsektoriel erfaringsopsamling og -udveksling vedrørende forskning og forsøg

- skabes klare og åbne kommunikationsveje på tværs af sektorerne og mellem lokale, regionale og centrale instanser med henblik på at reducere barrierer for etablering af forsøgsvirksomhed.

Bilag 1

SUNDHEDSSTYRELSEN

Maj 1983

NOTAT OM FORANSTÅLTNINGER, DER KAN DÆMPE PRESSET PÅ SYGEHUSVÆSENET, HERUNDER UDLÆGNING AF OPGAVER TIL LÆGEPRAKSIS

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
1. Indledning	225
2. Hvordan tilrettelægges sundhedsvæsenet, så presset på sygehusvæsenet er mindst muligt?	225
2.1. Borgerens primære kontakt med sundhedsvæsenet	226
2.2. Sygehusvæsenet	227
2.3. Praktiserende speciallæger	229
3. Hvilke sygdomme og situationer gør indlæggelse på sygehus nødvendig	231
3.1. Den kirurgiske blok	232
3.2. Den medicinske blok	235
3.3. De tværgående specialer	240
4. Hvilke indflydelse får en udlægning af funktioner fra sygehuse til praksis på uddannelse og forskning, og hvilke ændringer i uddannelsen er nødvendig for, at denne udlægning kan ske forsvarligt?	241
5. Hvordan kan en udlægning af opgaver fra sygehus til praksissektoren gennemføres?	243
6. Besparelser i sygehusvæsenet	245

1. Indledning

Sundhedsstyrelsen er af indenrigsministeriet anmodet om at foretage en afgrænsning af praktiserende speciallægers funktionsområde med henblik på, at der kan søges tilvejebragt en præcisering af et selvstændigt arbejdsfelt for den praktiserende speciallæge med deraf følgende ansvar for normal færdigbehandling af patienterne.

Baggrunden for ministeriets anmodning er et ønske om at lette presset på sygehusvæsenet ved at støtte en udvikling henimod at flytte opgaver fra sygehusvæsenet til praksisområdet med specielt sigte på praktiserende speciallæger.

Da en overflytning af opgaver fra sygehusvæsenet til praksissektoren er en af flere foranstaltninger, der kan indgå i overvejelserne om at finde veje til et formindsket pres på sygehusvæsenet, har sundhedsstyrelsen på den givne foranledning fundet det hensigtsmæssigt at give en samlet beskrivelse af de forskellige muligheder i så henseende. Endvidere har styrelsen ment at burde vurdere, i hvilket omfang en række hensyn, bl.a. af patientsikkerheds- og uddannelsesmæssig karakter vil kunne tilgodeses i forbindelse med en omlægning af opgaverne i sundhedsvæsenet. Endelig har man anset det for rimeligt i denne sammenhæng at skildre i hvilket omfang flere grundlæggende betingelser for arbejdet i sundhedsvæsenet bør ændres, hvis omlægninger af arbejdet fra sygehusvæsenet til primærsektoren skal have mere end en marginal effekt på sygehusvæsenets ressourceforbrug.

Sundhedsstyrelsen har under sit arbejde med sagen fra Foreningen af Speciallæger modtaget et omfattende materiale, der belyser spørgsmålet om at over flytte opgaver fra sygehusvæsenet til specialpraksis. Sundhedsstyrelsen har endvidere indhentet udtalelser fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger, PS samt fra Speciallægenes Hus i Århus.

Det således modtagne materiale er dermed indgået i grundlaget for sundhedsstyrelsens overvejelser ved udarbejdelsen af det følgende notat, specielt for så vidt angår spørgsmålet om at overflytte opgaver fra sygehusvæsenet til specialpraksis, jfr. nærmere herom navnlig kapital 3, side 12 ff.

2. Hvordan tilrettelægges sundhedsvæsenet, så presset på sygehusvæsenet er mindst muligt?

Dette spørgsmål vil i det følgende kapitel blive søgt belyst ved at betragte henholdsvis den alment praktiserende læge (den primære kontakthold), sygehuse og de praktiserende speciallæger.

2.1 Borgerens primære kontakt med sundhedsvæsenet

Det er et danske særkende, at borgeren har mulighed for livslang kontakt med *den alment praktiserende læge*, "familielægen". Det er denne, der udover at foretage primær undersøgelse og behandling, har ansvaret for forebyggen-

de undersøgelser og vejledning til den enkelte og dennes familie i sundhedsspørgsmål i videste forstand. Det er endvidere i modsætning til forholdene i en række andre lande, den alment praktiserende læge, der i Danmark har ansvaret for, at patienten *henvises* til andre dele af sundhedssektoren, herunder sygehus og speciallæger. Den alment praktiserende læge bør først videresende patienten, når hans formåen og ressourcer er opbrugte, uden at patientens problem er løst. Dette kan også udtrykkes således, at patienten kun bør "afgives" fra "familielægen" i kortest mulige tidsrum, hvadenten det sker til sygehus eller praktiserende speciallæge, jfr. nedenfor.

Henvisning til speciallægeregie bør i videst mulige omfang alene have til formål at få stillet en diagnose og givet et behandlingsforslag. Umiddelbart efter speciallægens indsats kan almen medicineren igen overtage patienten eventuelt med støtte fra speciallægen.

En undersøgelse fra 1971 har vist, at praktiserende læger på egen hånd varetager (og afslutter) mindst 90% af alle patientkontakter. Der er imidlertid næppe tvivl om, at en yderligere styrkelse af den alment praktiserende læges rolle i forhold til sygehusvæsenet kan medvirke til at dæmpe presset på sygehusvæsenet. Den nødvendige styrkelse kan bl.a. ske ved, at almen medicinere i højere grad end hidtil deltager i forberedelsen af patienters sygehusindlæggelse (koordinerede forundersøgelser), opretholder kontakt under længere indlæggelse og umiddelbart efter patientens udskrivning fra sygehus overtager ansvaret for patientens videre behandling eventuelt med faglig støtte fra sygehuset.

En styrkelse af den alment praktiserende læge, med deraf følgende aflastning af sygehusvæsenet, vil endvidere kunne ske ved

- bedre videreuddannelse til almen praksis (bl.a. bør ansættelsen af **praksisreservelæger** og amanuenser fremskyndes),
- løbende efteruddannelse og generel faglig "støtte" bl.a. givet af praktiserende speciallæger,
- etablering af reservelægestillinger hos praktiserende speciallæger,
- udbygning af døgnforpligtelse udenfor sygehusene herunder til dækning af visse skadestuefunktioner, eventuelt med hjælp fra ikke-færdiguddannede, yngre læger og amanuenser,
- etablering, af visse generelle, forebyggende undersøgelser med vægt på almen rådgivning fra den praktiserende læge, således at dennes rolle som det faste bindeled til det øvrige sundhedsvæsen og til socialvæsenet og andre sektorer styrkes. Disse undersøgelser kan i givet fald træde i stedet for de så ofte omtalte "screeningsundersøgelser", og kan tænkes at bestå af et antal kontakter på forskellige tidspunkter i livet med henblik på undersøgelser for særligt hyppigt forekommende symptomer og/eller sygdomme, samt rådgivning om den pågældende livsperiodes særlige problemer.

2.2 Sygehusvæsenet

2.2.1 Akutte indlæggelser

40-75% af indlæggelserne sker akut. Kirurgiske indlæggelser sker akut i godt 50% af tilfældene, medens over 70% af indlæggelserne på medicinske afdelinger er akutte. Akutte indlæggelser forudsætter en kostbar døgndækning.

Akutte indlæggelses omfang kan reduceres på bl.a. følgende måde:

a) Bedre visitation før indlæggelse. Dette kan opnås ved, at familielægen, der har kendskab til patientens baggrund, tidligere sygdomme og symptomatologi, bringes stærkere ind i billedet, f. eks. således at akut indlæggelse ved vagtlæge eller praksisreservelæge eller amanuensis så vidt muligt kun finder sted i samråd med familielægen som "bagvagt" også udenfor dagarbejdstid.

b) Skadestuefunktioner, herunder almindelig sårbehandling, behandling af mindre knoglebrud og observation af patienter med f.eks. hjernerystelse kan varetages i videre omfang end hidtil af alment praktiserende læger. Mindre røntgenudstyr kan eventuelt anbringes i sådanne "praksisskadestuer". Ligeledes vil det være muligt, i hvert fald i tættere bebyggede områder, at supplere skadestuepasningen med assistance fra speciallæger.

c) Etablering af sociale døgnfunktioner. En række akutte indlæggelser foregår i dag uden anden begrundelse end, at patienten ikke kan plejes i hjemmet i forsvarligt omfang. Dette vil kunne imødegås ved stigende indførelse af kommunal døgnpleje ved sygeplejersker og/eller hjemmehjælpere. I tilfælde af pleje af mere kronisk karakter, og hvor det drejer sig om alvorligt syge, der gerne vil dø i hjemmet, vil samarbejde med langtidsmedicinske afdelinger kunne tilføre den nødvendige støtte og specialviden.

d) Speciallægers døgnfunktioner. Akut indlæggelse af patienter uden for dagarbejdstiden sker idag i visse tilfælde, fordi der på disse tidspunkter ikke er adgang til den speciallægehjælp, der vil kunne overflødiggøre eller i hvert fald udskyde indlæggelse af patienten. Afhjælpning heraf kan ske ved, at speciallæger, i hvert fald indenfor visse specialer, får døgnvagtsforpligtelser. Deres assistance kan, afhængig af specialet, ydes fra egen konsultation eller ved besøg i patientens hjem.

e) Differentiering af ventelister. Patienter med behov for hurtig, men ikke nødvendigvis akut sygehusbehandling, indlægges idag ofte akut. Årsagen hertil er, at såfremt patienten overføres til venteliste, vil indlæggelse først finde sted på et uhensigtsmæssigt sent tidspunkt, fordi der ikke er sket nogen differentiering af ventelisten. Såfremt

ventelisterne til sygehusene kan sorteres, vil "halvakutte" patienter kunne indlægges efter aftale på et rimeligt hurtigere tidspunkt, afpasset efter patientens tilstand.

2.2.2 Ikke-akutte indlæggelser

En reduktion af sygehusenes belastning med ikke-akutte patienter kan ske ved at søge nedsættelse af indlæggelsestallet, af indlæggelsestiden, af sygehusenes døgnbelastning og af antallet af plejepatienter.

a) Nedsættelse af indlæggelsestallet. Når den praktiserende læges mulighed for videre diagnostik eller korrekt behandling er udtømt og assistance fra praktiserende speciallæge ikke er tilstrækkelig, henvises patienten til sygehusvæsenet. Når det drejer sig om ikke-akutte indlæggelser, bør henvisningen ikke umiddelbart føre til indlæggelse, men derimod, som ovenfor nævnt, til såkaldt koordineret forundersøgelse, hvor sygehusets specialafdelinger sammen med den praktiserende læge deltager i videreudredning, diagnostik og eventuelt planlægning af sygehusophold. Henvisning bør også kunne finde sted med henblik på undersøgelse og/eller behandling i sygehusambulatorium på dettes præmisser. Et meget stort antal henvisning af kirurgiske patienter og intern medicinske patienter har ved tidligere stikprøveundersøgelser vist sig at kunne afsluttes uden indlæggelse. Der er således grundlag for at tilstræbe, at enhver henvisning nøje vurderes med henblik på det mest økonomiske og dog fagligt forsvarelige servicetilbud.

b) Nedsættelse af indlæggelsestiden. Den ambulante undersøgelse af patienten, der har afdækket nødvendigheden af en indlæggelse, følges op af en planlægning af patientens øvrige undersøgelsesprogram og behandlingsprogram inden indkaldelse. I en således "programmeret" indlæggelse, hvor diagnosen er givet, og behandlingen kan iværksættes umiddelbart i tilslutning til indlæggelsen, bør også så tidligt som muligt indgå programmerede udskrivninger med henblik på genoptræning eller plejehjemsanbringelse, således at ventetiden til disse foranstaltninger indskrænkes til minimum.

c) Nedsættelse af døgnbelastningen. I overensstemmelse med resultaterne af allerede gennemførte forsøg, kan en række sygehusafsnit ændres til 5-døgns-afsnit. Med henblik på personalebesparelser kan planlagt lukning i ferie, højtider og rengøringsperioder ligeledes programmeres med en reduktion af lønomkostninger til følge. Endvidere har både danske og udenlandske undersøgelser vist, at døgnfunktioner kan ændres til dagfunktioner, særligt hvis man, som foran nævnt, har sikret en døgn-dækning med kvalificerede, alment praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere.

d) Nedsættelse af antallet af plejepatienter. Vente- og plejepatienters korrekte anbringelse har igennem årene været et stadigt tilbageven-

dende og stadig uløst problem specielt i hovedstadsområdet. En begrænsning af presset på sygehusene vil kunne opnås, såfremt plejepatienter og ventepladspatienter kan udskrives uden langvarig anbringelse i sygehusafsnit. Alene af menneskelige grunde bør problemet finde sin snarlig løsning, også selv om disse patienter kun i begrænset omfang trækker på sygehusenes ressourcer.

2.2.3 Ambulant undersøgelse og behandling

Igennem 1960'erne og 70'erne er der til en vis grad sket en parallel, og i hvert fald ukoordineret udbygning af sygehusenes ambulatorier og de praktiserende speciallægers virksomhed.

Ud fra det synspunkt, at sygehusvæsenet bør aflastes mest muligt, herunder ved udlægning af opgaver til praktiserende speciallæger, kan anføres, at netop ambulante undersøgelser og behandlinger ud fra en mere generel betragtning kan udlægges fra sygehusvæsenet til praktiserende speciallæger. Sygehusplacering af ambulante funktioner vil dog fortsat være mest hensigtsmæssig, hvor funktionen

- kræver kostbart eller særligt kompliceret udstyr
- hvor opgaven kræver flere specialers samtidige
- indsats,
- hvor opretholdelsen af specialet kræver et særlig
- stort befolkningsunderlag
- hvor intensiv observation er nødvendig f.eks.
- efter universel anæsthesi

Endvidere vil hensynet til en rationel ressourceanvendelse tale for, at den overskudskapacitet af speciallæger i dagarbejdstiden, der særligt findes inden for visse specialer på grund af kravet om et kvalificeret døgnberedskab udnyttes til varetagelsen af en passende ambulatoriefunktion i sygehusregie.

Sygehusene vil i de fleste tilfælde råde over laboratorieultralyddiagnostiske og røntgenfaciliteter til at betjene såvel de indlagte som ambulante patienter, også til undersøgelser rekvireret af praktiserende læge og praktiserende speciallæger.

2.3 Praktiserende speciallæger

En udlægning af sygehusopgaver til praktiserende speciallæger vil, hvis den skal være af mere end marginal størrelsesorden, stille krav om en *ændret struktur* indenfor specialpraksissektoren. Men hertil kommer, at en udlægning af blot et vist omfang, som et biprodukt, vil virke tilbage på sygehusvæsenets struktur og uddannelseskapacitet med en ikke uvæsentlig effekt.

Disse forhold vil blive nærmere omtalt, ligesom man i denne forbindelse vil pege på en række *ændrede funktioner* for praktiserende speciallæger, som efter sundhedsstyrelsens opfattelse vil kunne tjene til en bedre udnyttelse af de forskellige elementer i sundhedsvæsenet.

2.3.1 Ændrede strukturer

En udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet må antages hurtigt at rejse spørgsmålet om etablering af *speciallægehuse* af den karakter, som kendes fra Speciallægernes Hus i Århus. Sådanne speciallægehuse kræver et relativt stort befolkningsgrundlag, men vil muliggøre flere speciallægers samtidige indsats, samt danne underlag for en udvidelse af apparaturparken i forhold til, hvad der er almindeligt i speciallægepraksis idag, men som på den anden side en overflytning af opgaver fra sygehusvæsenet helt klart vil forudsætte. Endvidere vil sådanne "koncentrationer" af specialpraksis kunne give grundlag for døgnobservation af patienter, en service, som også vil knytte sig til en overtagelse af opgaver fra sygehusvæsenet.

De små sygehuses virksomhed, der hviler på et lille befolkningsgrundlag, vil ikke kunne undgå at blive påvirket af en væsentligt udvidet funktion i specialpraksis, herunder i speciallægehuse, men vil med et ændret virksomhedsområde stadigvæk være et værdifuldt element i betjeningen af lokalbefolkningen.

Det vil ikke være hensigtsmæssigt at lade disse sygehuse fortsat indgå i kostbart konstant akut døgnberedskab men derimod vil de kunne udbygges med et differentieret speciallægetilbud til nærbefolkningen. Deres faciliteter vil kunne stilles til rådighed fra det offentlige for praktiserende speciallæger, f.eks. indenfor øjensygdomme, øre-næse-halsygdomme og hudsygdomme. Endvidere kan speciallæger fra amtets større sygehuse undersøge og behandle ambulante patienter på de små sygehuse.

Som stationære afdelinger kan de små sygehuse særligt finde anvendelse til langtidsmedicinske og sociale funktioner, såfremt disse udøves på grundlag af speciallægestøtte fra større sygehuse.

2.3.2 Udbygning af praktiserende speciallægers funktioner

I forhold til nu vil de praktiserende speciallæger kunne aflaste sygehusvæsenet ved, at de får mulighed for at påtage sig formaliserede konsulentfunktioner overfor sygehuse. F.eks. vil praktiserende hudlæger kunne sikre arbejdsmedicinske ambulatorier den nødvendige ekspertise og indgå i visitationen af patienter til de få hudafdelinger, der findes. Nye konsulentfunktioner vil de praktiserende speciallæger også kunne yde overfor alment praktiserende læger, ikke blot med hensyn til enkelte patienter, men også med hensyn til generelle forhold. En sådan støtte kan udmøntes i form af løbende rådgivning om kroniske forløb og løbende efteruddannelse. Med sådanne funktioner placeret hos praktiserende speciallæger, vil f.eks. børnelæger kunne hjælpe til nedbringelse af indlæggelsestallet for børn. Dette har ikke blot økonomisk betydning, men må fremhæves som ønskværdigt for både forældre og børn. Tilsvarende funktioner vil med fordel kunne varetages af hudlæger, psykiatere og reumatologer.

En fast organiseret konsulentfunktion vil også kunne overflødiggøre konsu-

lenter i andre forvaltninger, dvs. amternes socialcentre og de kommunale socialforvaltninger. På den måde vil de praktiserende speciallæger ikke blot udøve konsulentvirksomhed for alment praktiserende læger og sygehusvæsen, men også for f.eks. plejehjem, døgninstitution for børn og unge, daginstitutioner osv.

Det må fremhæves, at en udvidelse med de her nævnte funktioner kun vil kunne nyttiggøres fuldtud, hvis de praktiserende speciallæger, som tidligere omtalt, pålægges en vagtforpligtelse.

I relation til sygehusvæsenet kan det anføres, at praktiserende speciallæger i visse andre lande fungerer på deltid som såkaldte "consultants" overfor sygehusene. En sådan ordning vil kunne blive relevant også for det danske sygehusvæsen, hvis struktur og funktioner ændres som ovenfor skildret. Den vil - eventuelt i modificeret form - efter omstændighederne kunne træde i stedet for den deltids speciallægepraksis for fuldtidsansatte overlæger, som gælder idag.

3. Hvilke sygdomme og situationer gør indlæggelse på sygehus nødvendig?

I kapitel 2 er angivet en række foranstaltninger, der må antages at kunne medvirke til at dæmpe presset på sygehusvæsenet, herunder en udlægning af opgaver fra sygehusene til praktiserende speciallæger.

I nærværende kapitel vil man nærmere behandle de spørgsmål aflægelig og patientsikkerhedsmæssig karakter, der efter sundhedsstyrelsens opfattelse bær være afgørende for, om behandling v.v. bør finde sted i sygehusvæsenet. Af praktiske grunde sker gennemgangen af spørgsmålet blokvis for henholdsvis den kirurgiske blok, den medicinske blok og de tværgående specialer.

Som det vil fremgå, finder sundhedsstyrelsen det ikke muligt at opstille lister, der *udtømmende* angiver, hvilke diagnosekategorier, og hvilke sygdomme, der kan behandles udenfor sygehusene. Dette fremgår klart af den omstændighed, at den enkelte diagnose repræsenterer et bredt spektrum fra meget banale til stærkt komplicerede og livstruende tilstande, ligesom de enkelte patienters samlede sociale situation meget ofte vil spille en rolle i så henseende.

Ej heller vil det være muligt udtømmende at opstille lister over behandlinger eller tilstande, der klart hører hjemme enten i det ene eller andet af de omhandlede behandlingsregier.

Når der derfor i det følgende er anført en række *eksempler*, kan disse udelukkende betragtes som sådanne, og de vil i øvrigt være undergivet de ovenfor nævnte forbehold.

Endelig må det understreges, at der altid i *lægeklagesager*, hvori indgår

spørgsmålet om, hvorvidt henvisning til sygehus burde have fundet sted, vil blive anlagt en konkret vurdering af samtlige de i sagen foreliggende momenter, herunder også patientens tilstand. Dette forhold ændres ikke ved, at praktiserende speciallæger i videre omfang tager opgaver op, som hidtil overvejende er blevet løst i sygehusvæsenet.

3.1 Den kirurgiske blok

Den kirurgiske bloks specialer omfatter kirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi og obstetrik, plastikkirurgi, urologi, kirurgisk gastroenterologi, thoraxkirurgi, karkirurgi, neurokirurgi, oftalmologi, oto-rhino-laryngologi samt terapeutisk radiologi.

3.1.1 Undersøgelse og observation

Undersøgelse og observation af den kirurgiske patient afsluttes med en vurdering, hvori der tages stilling til, om der er operationsindikation, hvilken operation, der skal foretages, samt hvor og hvornår patienten skal opereres.

De praktiserende speciallægers undersøgelse, observation og visitationsvirksomhed bidrager til, når der er tale om lidelser, der kræver særlig viden og erfaring, at reducere sygehusbelastningen, dels ved at afslutte tilfælde, hvor der ikke er indikation for sygehusindlæggelse eller videre kontrol hos speciallæge, dels ved at afkorte en eventuel indlæggelses forløb i samarbejde med en sygehusafdeling om koordinerede forundersøgelser og planlagt, programmeret indlæggelse.

I princippet kan undersøgelse/observation af samtlige ikke-akutte kirurgiske sygdomstilfælde foretages ambulant og dermed i speciallægepraksis. Imidlertid er patientens kontakt ved forundersøgelse på sygehuset, d.v.s. kontakten med plejepersonale og læge, af væsentlig betydning for patientens tillid og samarbejde ved senere indlæggelse. Samtidig med at afdelingens egen vurdering af patienten forud for indlæggelsen øger behandlingssikkerheden.

Undersøgelse og observation af patienter i speciallægepraksis bør derfor begrænses til tilfælde, hvor der er tvivl om operationsindikation, eller hvor operationen kan foregå og behandlingen afsluttes i speciallægepraksis.

3.1.2 Kirurgisk behandling

Den kirurgiske behandling består i diagnostiske og terapeutiske indgreb. En række forhold har betydning for, hvorvidt den kirurgiske behandling kan udføres ambulant eller under indlæggelse:

Diagnosen

Akut/ikke-akut tilfælde

Patientens alder

Komplicerende lidelser og sociale forhold

Bedøvelsens omfang, primært lokal eller universel bedøvelse

Indgrebets omfang

Særligt apparatur

Risiko for komplikationer, f.eks. blødning, betændelse, hævelse, bristning af sår, der kræver nærmere observation, sengeleje, immobilisation, blodtransfusion og endelig patientens eget ønske.

Afgrænsning af, hvilke sygdomme, der kan foregå i speciallægepraksis alene efter diagnose er umulig, idet de fleste almindeligst anvendte diagnoser dækker over en skala fra de letteste, der kan behandles i ambulante regi til de sværeste, der kræver indlæggelse. F.eks. vil et lille lyskebrok kunne behandles ambulante, mens et stort lyskebrok kræver indlæggelse.

Alle akutte, kirurgiske sygdomstilfælde kræver sygehusindlæggelse. Derimod kan en stor del af skadestuetilfældene undersøges og behandles i almen praksis. En undersøgelse i 1982 af 6.314 skadestuekontakter i Frederiksborg amt viste, at 75,4% af kontakterne blev afsluttet, 12,7% blev indlagt og 11,7% blev henvist til senere ambulante behandling på sygehus. Ca. 1/3 af de afsluttede kontakter havde fået foretaget røntgenundersøgelse. Det vil sige, et godt halvdelen af skadestuekontakterne umiddelbart kan undersøges og behandles i almen praksis og yderligere 1/4 efter 1 ambulante røntgenundersøgelse i dagtiden.

Operation af børn kræver i reglen fuld bedøvelse og dermed indlæggelse.

Patienter med komplicerende lidelser, f.eks. svær blodtryksforhøjelse, hjertesygdomme, sukkersyge, forskellige gigttilfælde, der gør patienterne mindre mobile, kræver i reglen også indlæggelse, selvom indgrebet kan udføres i lokal bedøvelse.

Alle kirurgiske, diagnostiske, terapeutiske indgreb, der ikke kan udføres i lokal bedøvelse, kræver i reglen indlæggelse. Indgreb, der *kun* kræver kortvarig, fuld bedøvelse, og hvor der ikke er risiko for blødning, der kræver blodtransfusion, kan, hvis der etableres konstant overvågning af kvalificeret personale i de første timer efter operationen, udføres ambulante og dermed i speciallægepraksis.

Mindre kirurgiske, diagnostiske og terapeutiske indgreb hvor der ikke er risiko for blødning, der kræver blodtransfusion, i hud og underhud, på arme og ben, på kønsdelene samt igennem eller ved legemets naturlige åbninger, kræver i reglen ikke sygehusindlæggelse. Derimod kræver indgreb, der indebærer åbning af bug eller brysthule samt større indgreb på hud, underhud, arme og ben, sygehusindlæggelse. Kirurgiske indgreb, hvor risikoen for komplikationer er stor (blødning, betændelse, bristning af sår) kræver observation, immobilisation og blodtransfusionsberedskab og dermed indlæggelse.

Endelig er patientens accept af, at det kirurgiske indgreb skal foregå ambulante i speciallæge- eller sygehusregi en væsentlig forudsætning for, at indgrebet kan gennemføres forsvarligt og uden unødige ængstelse.

Afsluttende skal det understreges, at der ikke foreligger kontrollerede undersøgelser, der dokumenterer, om resultaterne af operationer er bedre med færre komplikationer og kortere rehabiliteringstid, hvis de udføres i ambulante speciallægepraksis eller som sygehusbehandling.

3.1.3 Eksempler

I det følgende er nævnt *eksempler* på diagnose og behandling, der kan foregå *uden for* sygehusene, idet det understreges, at afgrænsning af dette forhold *alene* på grundlag af diagnose og behandling er uforsvarlig

Operationer for brok, vandbrok, forhudsfor snævring, mandlig sterilisation, hæmorrhoider, rift i endetarmen, alle knuder i hud og underhud samt en række mindre plastikkirurgiske indgreb.

Operation for bylder, mindre brystoperationer, herunder fjernelse af godartede svulster, åreknuder, årebrok, fingerbrud, Dypuytren's kontraktur, håndledbrud, navlebrok, tåfingerplastik, skinnebenssår, knystoperationer. Udtagelse af lymfeknude, muskel-, kar- eller knoglevæv til patologisk undersøgelse.

Provokeret abort indtil 6. uge*), udskrabning fra livmoder og livmoderhals.

Endoskopisk diagnostik og kontrol: Oesophagoskopi, gastroduodenoskopi, coloskopi, rektosigmoidoskopi, cystoskopi.

Specialerne øjenssygdomme og øre-, næse, halssygdomme klarer idag undersøgelse/observation og behandling af størstedelen af patienterne, hvorfor her nævnes opgaver, der *kræver* sygehusbehandling:

Øjenssygdomme

Alle okulære og orbitale operationer samt større øjenlåsoperationer, undersøgelse og operation, der kræver laserudstyr, fluorescens-angoigrafi samt VER og ERG adaptometri, farvesansapparatur og specielt fotoudstyr.

Øre-næse-halssygdomme

Audiologiske undersøgelser. Operationer af større deformiteter og læsioner af ydre øre og øregang, total trommehindedefekter, mellemøreoperationer, indre-øre-kirurgi, på pladssætning af komplicerede næsebrud og bruskskader, ganeplastik samt større kosmetiske indgreb på ydre næse.

Brud på over- og underkæbe, mund og spytkirtelsygdomme, fjernelse af spytkirtlerne under kæben og tungen samt alle former for indgreb på ørespytkirtlen.

Fjernelse af større svulster i mundhulen, tonsillektomi.

**) udførelse i lægepraksis vil i givet fald kræve ændring af lov nr. 350 af 13. juni 1973 om svangerskabsafbrydelse.*

Medfødte og erhvervede forsnævninger i det øvre luftrør, fremmedlegemer i luftrør og bronchier, forsnævring af divertikler og fremmedlegemer i spiserøret.

Indgreb på skjoldbruskkirtlen, fjernelse af cyster, godartede knuder samt fjernelse af lymfeknude til diagnostisk undersøgelse.

Biopsitagning fra suspekterte svulster i øre og næse, mundhule og luftveje.

3.2 Den medicinske blok

Den medicinske blok omfatter følgende grundspecialer og grenspecialer; intern medicin, cardiologi, nefrologi, lungemedicin, reumatologi, tropemedicin, gastroenterologi, allergologi, endokrinologi, langtidsmedicin, infektionsmedicin, hæmatologi, hepatologi.

Endvidere omtales i sammenhæng med de nævnte intern medicinske specialer, specialerne neuromedicin, pædiatri, psykiatri og dermato-venerologi.

3.2.1 Intern medicin m.m.

Inden for det intern medicinske område er langt de fleste indlæggelser som nævnt akutte. En stor del af disse indlæggelser er "halv-akutte" (se kapitel 2), hvor en pludselig forværring *i kombination med* utilstrækkelige ressourcer i hjemmet nødvendiggør akut indlæggelse. Disse indlæggelser vil kunne reduceres ved hjælp af foranstaltninger som nævnt tidligere.

For de medicinske sygdommes vedkommende gælder, at diagnosen i sig selv ikke er afgørende for, om ambulans behandling er hensigtsmæssig. Det er den aktuelle kombination af grundsygdom (diagnose), stadium i forløbet, tilstand og sociale ressourcer, der tilsammen afgør, om patienten skal indlægges eller kan undersøges/behandles ambulant.

En række akutte lidelser og tilstande kræver således *indlæggelse*, idet der er behov for højt kvalificeret observation og undersøgelse, særligt apparatur og samtidig tilstedeværelse af flere specialer. Som eksempler på sådanne tilfælde kan nævnes:

- 1) akutte hjertetilfælde med mistanke om myocardiinfarkt (blodprop ved hjertet) eller lungeødem (vand i lungerne)
- 2) akutte livstruende lidelser, som f.eks. coma diabeticum (syreforgiftning og bevidstløshed hos sukkersygepatienter) og terminal uræmi (slutstadiet af nyreinsufficiens)
- 3) visse akutte infektionssygdomme som f.eks. meningitis og visse former for malaria
- 4) visse svære mave-tarmlidelser som f.eks. colitis ulcerosa (kronisk tarmsygdom med sår dannelse og blødning), svære mave-tarminfektioner (tyfus, plettyfus, dysenteri etc.)

(Nogle af de under 3 og 4 nævnte lidelser kræver desuden isolation)

- 5) visse blodsygdomme som akut og kronisk leukæmi, akut nedbrydning af de røde blodlegemer, akutte blødningssygdomme og tilsvarende livstruende hæmatologiske lidelser
- 6) visse akutte cerebrovasculære lidelser (karlidelser i hjernen) herunder hypertensiv encefalopathi
- 7) visse kræftlidelser, hvor diagnosen dog ofte kan stilles af praktiserende speciallæge ud fra foretagne laboratorie- og røntgenundersøgelser
- 8) kroniske og akutte lidelser i bevægeapparatet og bindevæv med stærke smerter, hvor ambulantly behandling ikke kan gennemføres eller hvor aflastning er nødvendig, samt patienter med betydelige handicap, hvor rehabilitering kun kan gennemføres i institutionsregie.
- 9) visse sygdomme der kræver undersøgelse med særlig dyrt apparatur eller diagnostiske indgreb, der kræver sengeleje og overvågning som f.eks. CT-scanning, arteriografier, lever- og lungebiopsi m.m.

En række af de nævnte lidelser kræver oftest kun indlæggelse ved sygdommens opståen eller under en akut forværring, hvorefter patienten udmærket kan behandles af familielægen med støtte fra f.eks. praktiserende speciallæge(r).

En række ikke-akutte lidelser i hjerte, lunger, nyrer, mave og tarm samt stofskiftelidelser, herunder i skjoldbruskkirtlen, bugspytkirtlen (diabetes mellitus) og binyrer kan undersøges og behandles af praktiserende speciallæger i samarbejde med familielægen.

Tilsvarende gælder for sygdomme i bevægeapparatet, der fremkalder smerter og tab af bevægefunktioner (reumatologiske lidelser), hvor størsteparten af tilfældene behandles i almen praksis i mange tilfælde med bistand fra speciallæger i reumatologi (det tidligere selvstændige speciale: fysiurgi) og praktiserende fysioterapeuter.

Grænsen mellem hvad familielægen selv kan behandle og hvad der kræver speciallægens bistand er som i andre specialer ikke skarp. Det er almindeligt, at familielægen samarbejder med en intern medicinsk afdeling om patienter med kroniske lidelser. Nogle får akutte episoder i forløbet, der f.eks. kræver justering af igangværende behandling under observation (f.eks. blodtryksforøgelser, sukkersyge, hjertearytmi). Sådanne patienter kan i mange tilfælde behandles i hjemmet, på plejehjem eller på et mindre lokalt sygehus, hvis der kunne tilvejebringes fornøden observation og bistand fra praktiserende speciallæge eller specialiseret intern medicinsk afdeling i amtet. Speciallægebistanden kunne etableres som en konsulentfunktion over for almen praksis og udover at have betydning for et aktuelt behandlingsforløb kunne en sådan ordning også have en nyttig efteruddannelseseffekt.

3.2.2 Neuromedicin og neurofysiologi

Neuromedicin er velegnet til speciallægepraksis, hvad der fremgår af det forholdvis høje antal neurologiske speciallæger sammenlignet med sygehusvæsenets sengetal.

De sygehusansatte neurologer undersøger og behandler 2-3 gange så mange patienter ambulant inden for sygehusets rammer som indlagte i de neuromedicinske sengeafdelinger. Der er med andre ord ud fra en teoretisk betragtning vidtgående muligheder for at flytte disse "lodrette" ydelser ud i speciallægepraksis.

Der er (teoretisk set) kun undtagelsesvis behov for, at sygehusene yder løbende ambulant kontrol af den medikamentelle behandling af epilepsi og Parkinsons sygdom, der er de 2 største og derfor tungest vejende efterbehandlingspatientgrupper.

Der vil dog være en del ambulante funktioner, som bedst udføres i sygehusvæsenet, f.eks. enkelte kontroller af patienter, efter de er udskrevet fra sygehus, hvor en behandling eller social assistance skal følges op. Endvidere patienter med særlig vanskeligt behandlelige lidelser, hvor enkelte sygehusambulatorier kan tilbyde særlig ekspertise.

Følgende patientgrupper skal undersøges eller behandles under *indlæggelse*:

- Patienter, der har neurologiske sygdomme eller hvor der er mistanke herom, og hvor diagnosticeringen indebærer, at der anvendes særligt apparatur, som kun forefindes i sygehusvæsenet, eller hvor der skal anvendes sengeleje i forbindelse med undersøgelserne, der tænkes her på CT-scanning, hjernescintigrafi, myelografier og arteriografiske undersøgelser, samt ved behov for lumbal punktur.
- Patienter, der er diagnostisk uafklarede, og hvor diagnosen kun kan stilles ved observation døgnet rundt. Der tænkes her f.eks. på patienter med anfaldsfænomener, herunder epileptiske anfald, svimmelhedstilfælde, ukarakteristiske hovedpineanfald. Endvidere er der patienter, hvor det er nødvendigt af hensyn til den diagnostiske udredning at iagttage adfærd og funktionsevne. Det drejer sig f. eks. om patienter, der er mistænkt for organiske demenstilstande.
- Patienter, der skal have foretaget neuropsykologisk undersøgelse, skal sædvanligvis indlægges i en sygehusafdeling, idet der for nærværende kun i få tilfælde er adgang til at få foretaget sådanne undersøgelser ambulant.
- Patienter, som er for handicappede til ambulant diagnostisk udredning eller behandling. Det gælder f.eks. en stor del af patienter med apoplexia cerebri, men det kan også dreje sig om patienter med paralysis agitans, dissemineret sclerose, polyneuropati eller polyradikulit.

- Patienter, hvor behandlingen involverer fast sengeleje, f.eks. patienter, der skal konservativt behandles for en lumbal discusprolaps.
- Patienter, hvor behandlingen indebærer, at døgnobservation er nødvendig, f.eks. i en periode, hvor der sker medicinindstilling.
- Patienter med svær migræne og stort gynergenforbrug, hvor afvænningsbehandling er indiceret.

Neurofysiologiske undersøgelser af patienter, der er indlagt i eller går ambulant på et sygehus må udføres i det pågældende sygehusvæsen.

Derimod ville EEG-optagelser og mere enkle elektromyografiske og neuro-nografiske undersøgelser på patienter, der håndteres i den primære sundhedssektor, kunne udføres af en praktiserende neurofysiolog.

3.2.3 Det pædiatriske område

Dette ligner i flere henseender det intern-medicinske område. Også her er langt de fleste indlæggelser akutte og de diagnostiske undersøgelser stiller ofte krav om særligt apparatur, særlig ekspertise og eventuelt fuld anæstesi.

Hvad angår sygdomme/tilstande som behøver sygehusindlæggelse henvises til afsnit om intern medicin, pkt. 2,3,4,5,7,8 og 9. Forholdet er også her, at almen praksis varetager hovedparten af den løbende behandling og kontrol, samt i øvrigt behandler de fleste banale børnesygdomme. I denne funktion kan der ligeledes være behov for, at pædiatere - enten fra sygehusafdelinger eller som praktiserende kunne stå til rådighed som konsulenter over for lægerne, socialforvaltningen m.v. eller i særlige tilfælde direkte over for patienter/forældre. Fordelen ved en sådan ordning er bl.a., at patienterne i mange tilfælde vil kunne undgå traumatiserende oplevelser i institutionsmiljøet, og at forældrene lettere og kontinuerligt kan drages ind i undersøgelses- og behandlingsprocessen.

3.2.4 Det psykiatriske område

Mange psykiske lidelser er langvarige med et vekslende forløb, hvorfor man heller ikke på dette område kan definere særlige sygdomme (diagnoser), som kan behandles alene i praksis eller udelukkende på sygehus. Udviklingen indenfor området i de senere år går i retning af et stigende antal ambulante ydelser både i sygehusregie og i speciallægepraksis. Både lette og svære psykiske lidelser (f.eks. henholdsvis neuroser og sindssygdomme) kan behandles i praksis. Bestemmende for hvor **undersøgelse/behandling** kan finde sted er behandlingsformer, nødvendighed af opsyn og observation, behov for mere intensiv daglig behandling, andre personalegrupperes nødvendige medvirken og tværfagligt samarbejde og patientens holdning til behandling og egen situation socialt set.

Praktiserende psykiatere kan i de fleste tilfælde yde en fuldt forsvarlig og tilstrækkelig service med hensyn til samtaleterapi og medikamentel behand-

ling. Muligheden for at overskride overenskomstlimiteringsbestemmelser, som blev indført i 1981-overenskomsten, har medvirket til, at en række patienter har kunnet overgå til fortsat behandling i praksis. For mange patienter er det meget tilfredsstillende at kunne have kontakt til stadighed med den samme speciallæge og hertil kommer, at kontinuiteten også giver et bedre sagligt grundlag for bedømmelse af tilstand og behandlingseffekt.

Speciallægepraksis er derimod ikke egnet i tilfælde, hvor miljøterapi og særlige pædagogiske foranstaltninger er påkrævet. Behandling i sygehus er også den bedst løsning, hvor patientens tilstand kræver hyppige eller meget langvarige indlæggelser, der vil afbryde kontinuiteten i et behandlingsforløb uden for sygehusregie. I sådanne situationer bør også den ambulante behandling fortrinsvis finde sted i sygehuset.

I den *distriktspsykiatriske* virksomhed, som udgår fra en bestemt sygehusafdeling, synes praktiserende psykiatere at kunne yde en værdifuld indsats i samarbejde med de alment praktiserende læger, der i stort omfang behandler patienter med psykiske lidelser, som med hurtigt mobiliseret specialistbistand helt undgår at komme i berøring med sygehussektoren. Der findes velprøvede modeller, hvor praktiserende psykiatere i samarbejde med psykiatriske afdelinger bistår almen praksis, socialforvaltninger m.m. som konsulenter og herved medvirker til reduceret indlæggeshyppighed og ambulante sygehusservice. Tilsvarende ordninger vil med fordel kunne anvendes inden for børnepsykiatrien, men det kræver et tilstrækkeligt antal praktiserende børnepsykiatere og den nødvendige opbakningsservice i form af børnepsykiatriske sygehusenheder, der endnu er under opbygning.

Dansk psykiatrisk Selskab, Danske Psykiateres og Børnepsykiateres Organisation samt Foreningen af yngre Psykiatere har nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til planlægningen af den samlede psykiatriske service, inddragende både speciallægepraksis og sygehussektor (inkl. ambulatorier). Målet er at opbygge et system, hvor den enkelte patient vil kunne blive behandlet på det sted og med den ekspertise, som til enhver tid er mest hensigtsmæssig for den pågældende.

3.2.5 Dermatovenerologi

For hud- og kønssygdommenes vedkommende foregår hovedparten (97%) af den samlede speciallægevirkosomhed idag uden for sygehusene. En betydelig del varetages dog, i egne hvor der er langt til speciallæge/afdeling, af alment praktiserende læger.

Visse tilstande, som kræver diagnostiske procedurer med assistance af andre specialafdelinger og særlige behandlinger, hvor der er risiko for umiddelbare komplikationer, f.eks. ved behandling med cytostatika, kræver dog sygehusindlæggelse. Det samme gælder for sygdomme, hvor der er indtrådt alvorlige akutte komplikationer med f.eks. forandringer over store hudpartier og/eller

påvirkning af knoglemarven, idet en særlig observation og daglige behandlinger i sådanne tilfælde vil være nødvendige.

Da der kun findes dermatologiske sengeafdelinger i Københavnsområdet samt Odense og Århus, er der behov for konsulentfunktioner på en række sygehuse, specielt på sygehuse med arbejdsmedicinske ambulatorier.

Speciallæger bør ligeledes inddrages i visitationen til de få dermatologiske senge, der findes i landet.

Dermatologi er således et speciale, hvor opgaverne allerede idag vidtgående løses uden indlæggelse. Problemerne er

- at speciallægerne er geografisk "ujævnt" fordelt,
- at de praktiserende læger derfor ikke kan få den nødvendige faglige assistance,
- at uddannelsen af praktiserende læger og speciallæger endnu ikke er etableret hos de praktiserende dermatologer.

3.3 De tværgående specialer

Udenfor København fungerer sygehusenes røntgenafdelinger og laboratorier som hjælpeinstanser for praksissektoren allerede idag. I Københavnsområdet har røntgenklinikker og laboratorier særlig overenskomst med sygesikringen. I Århus er der særlige overenskomster for røntgen og anæstesiologi for så vidt angår Speciallægenes Hus.

Med hensyn til klinisk-kemisk virksomhed har det vist sig, at dette speciale med tilstrækkeligt stort befolkningsunderlag kan drives uden for sygehussektoren. En faktor af væsentlig betydning er imidlertid her, at de allerede bestående sygehuslaboratorier som regel har den nødvendige kapacitet, hvilket også til en vis grad gælder for røntgenafdelinger.

En forbedret adgang for den primære sundhedssektor til ultralyddiagnostik ville være en betydelig fordel, men den begrænsende faktor her er det meget lave antal kyndige læger inden for denne specielle gren. Disse findes kun i meget sparsomt tal inden for gynækologi og obstetrik og hjertesygdomme.

En række klinisk-fysiologiske undersøgelser af kredsløbet, nyrerne og åndedrætsorganerne burde kunne tilbydes den primære sundhedssektor. Kun et sygehus i Danmark udøver denne service (Frederiksberg hospital). Alle eksisterende klinisk-fysiologiske afdelinger får imidlertid talrige henvendelser fra praksissektoren om at foretage undersøgelser af patienter, der ikke er og ikke behøver at blive indlagt. Sådanne henvendelser efterkommes imidlertid ikke. Særlig i ambulatorier eller i speciallægehuse vil sådanne undersøgelser være velplacerede.

4. Hvilken indflydelse får en udlægning af funktioner fra sygehuse til praksis på uddannelse og forskning, og hvilke ændringer i uddannelsen er nødvendige for, at denne udlægning kan ske forsvarligt?

For at opnå tilladelse til selvstændigt virke som læge og til at betegne sig som alment praktiserende læge eller speciallæge, skal læger gennemgå et formaliseret uddannelsesforløb, hovedsagelig ved ansættelse på en række sygehusafdelinger. På baggrund af ønsket om kvalitet og alsidighed stilles der detaljerede krav til uddannelsens længde og sammensætning, samt til de afdelinger på hvilke uddannelsen kan gennemføres.

Det er alfa og omega i al klinisk uddannelse, at den uddannelsessøgende under passende supervision får mulighed for på nærmeste hold at forstå/deltage i diagnosticering, behandling og efterbehandling af hele spektret af sygdomme indenfor det pågældende speciale/område. Såfremt der sker væsentlige ændringer i balancen mellem patienter behandlet indenfor og udenfor sygehusvæsenet - hvadenten dette gælder patientantallet eller sygdomsmønstret - vil det få konsekvenser for uddannelsen af læge.

Hvis man tænker sig, at alle ikke-indlæggelseskrævende patienter blev behandlet uden for sygehusvæsenet, ville dette betyde en væsentlig udhuling af de sygehusansatte yngre lægers erfaringsgrundlag, i den forstand, at antallet af patienter vil falde, men især vil den tilbageværende patientkategori kun repræsentere den "tungeste" del og ikke den lagt større del af lettere grader og stadier eller de ikke indlæggelseskrævende sygdomme. Afstanden mellem det sygdomsbillede, de uddannelsessøgende læger møder i sygehusvæsenet og det mere almindelige udenfor vil således blive langt større end den er idag.

Endvidere vil et mindre patienttal på sygehusene - alt andet lige - påvirke antallet af speciallæger ansat på sygehusene, medmindre stabsstruktur og ansvarsfordeling kan ændres i konsekvens heraf. De nuværende funktioner i sygehusene har ligget til grund for de senere års overvejelser om en ændret stabsstruktur, og behovet for en styrkelse af den kliniske uddannelse i form af kvalitativ og kvantitativ supervision er påpeget af Specialistnævnet i dets redegørelse "Videreuddannelsen af læger i 1980'erne", og tankerne heri er siden bekræftet af det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse på mødet den 21. marts 1983.

Det bør dog i denne forbindelse fremhæves, at der uanset om der lægges flere opgaver fra sygehusene ud i praksis, fortsat vil være et meget stort behov for via en ny stabsstrukturaftale at sikre en bedre - herunder geografisk - fordeling af speciallægerne i sygehusvæsenet. Dette bør ske både af hensyn til patientbehandlingen, uddannelsen og ønsket om at udnytte sygehusenes ressourcer bedst muligt. Der er efter sundhedsstyrelsens opfattelse ikke grund til at antage, at en sådan ændret stabsstruktur vil medvirke til at trække nye opgaver ind i sygehusvæsenet eller virke som en hindring for at udlægge sådanne opgaver.

Endelig skal der peges på det forhold, at der, forårsaget af yngre lægers overenskomst af 1981 på mange sygehusafdelinger af hensyn til vagtberedskabet, kræves et større antal yngre læger end nødvendigt for udførelsen af afdelingens arbejde i dagtimerne. Fjernes eller mindskes dele af afdelingens ikke-akutte funktioner som eksempelvis ambulatoriefunktionen, vil dette forhold blive yderligere forværret, medmindre uddannelsen kan henlægges til andre sektorer, jfr. nedenfor.

Det er ved en udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til lægepraksis mindst lige så vigtigt at have veluddannede læger, og en sådan omlægning vil således nødvendiggøre ændringer i den lægelige videreuddannelse samtidig med, at en udlægning finder sted.

En mulig compensation for den mindre erfaring, opnået i sygehusene, kunne være indførelse af et krav om ansættelse i speciallægepraksis som led i videreuddannelsen til speciallæge i relevante specialer, i lighed med hvad der siden 1976 har gjort sig gældende i videreuddannelsen til alment praktiserende læge.

Man kunne således forstille sig - som i uddannelsen til alment praktiserende læge - to typer uddannelsesstillinger i speciallægepraksis:

- Amanuensisstillinger for læger relativt sent i uddannelsesforløbet indenfor pågældende speciale
- reservelægestillinger for uddannelsessøgende fra andre specialer eller under uddannelse til almen praksis, der ønsker supplerende indenfor pågældende speciale.

Betinget af den uddannelsesmæssige baggrund vil der være stor forskel på, hvorledes disse to typer funktionelt vil kunne indgå i speciallægepraksis. Etableringen af sådanne amanuensisstillinger vil kunne få en kapacitetsmæssig betydning for sikring af fortsat tilstrækkelig kvalitativ og kvantitativ speciallægeproduktion indenfor visse specialer. På baggrund af diskrepansen mellem det store antal yngre læger i sygehusvæsenet og de forholdsvis få speciallægepraksis, vil det imidlertid kun være en mindre del af de uddannelsessøgendes behov for uddannelse og erfaring, der vil kunne dækkes gennem ansættelser som reservelæge i speciallægepraksis.

Sygehusvæsenets primære opgaver er naturligvis patientbehandling og pleje, og uddannelsen er et biprodukt heraf. På den anden side vil en sygehusansættelse fortsat være en afgørende og kvantitativt betydningsfuld forudsætning for produktion af alment praktiserende læger og speciallæger.

På tilsvarende måde udgør *forskningen* en mindre, men væsentlig del af sygehusvæsenets opgaver, og er ligeledes nødvendig for sundhedsvæsenets fortsatte optimale udvikling. Forskningen varetages i de færreste tilfælde i rene forskerstillinger, og der er i så tilfælde ofte tale om basal forskning, tilknyttet universiteterne, institutter o. lign. Traditionelt udføres langt størstedelen af

medicinsk forskning herhjemme af klinikere på sygehusafdelingerne ved siden af det daglige arbejde og med dette som udgangspunkt. Hidtil er kun en mindre del af forskningen udgået fra speciallæge- eller almen praksis. Som årsag hertil kan vel intet sikkert siges, men en forklaring kunne være den isolerede situation uden anden end sporadisk kontakt til andre praktiserende speciallæger eller sygehusafdelinger, ligesom arbejdsforholdene og hensynet til sygesikringsaftaler etc. afviger fra sygehusafdelingernes miljø. Såfremt man derfor flytter større dele af patientbehandlingen bort fra sygehusvæsenet, må der gennem nye former for samarbejde og kontakt mellem den primære og sekundære sundhedstjeneste fortsat skabes mulighed for medicinsk forskning.

Endelig bemærkes, at en så radikal omlægning, som omhandlet i nærværende notat, i sig selv bør gøres til genstand for forskning med henblik på vurdering af dens virkninger.

5. Hvordan kan en udlægning af opgaver fra sygehus til praksissektoren gennemføres?

De i nærværende notat anførte muligheder for - bl.a. ved en omlægning af opgaverne i sundhedsvæsenet - at dæmpe presset på sygehusvæsenet vil, som allerede antydnet, ikke kunne gennemføres uden ændringer i en lang række organisationsstrukturer og faktorer, bestemmende herfor. Spørgsmål vedrørende faglige overenskomster, uddannelse og kapacitetsfordeling må på ganske anden måde, end det hidtil har fundet sted, ses under en helheds vinkel.

Uden en, på basis af et grundigt udredningsarbejde, planlagt omlægning - der tilnærmelsesvis vil antage karakter af en egentlig reform - vil de økonomiske og kvalitetsmæssige helhedsvirkninger være relativt ukendte, med deraf følgende risici for fejlbeslutninger.

Samtidig er det indlysende, at en udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til praktiserende speciallæger, hvis aflastningssynspunktet skal tilgodeses, vil forudsætte en gennemgribende ændring af vedkommende sygesikringsoverenskomster. Dette er også fremført i det fra Foreningen af Speciallæger modtagne materiale, men vil f.eks. også fremgå af, at der ikke idag generelt i landet findes overenskomster for røntgen og anæstesiologi, f.eks. til betjening af speciallægehuse, ligesom døgnbetjening med speciallæger ikke er sikret overenskomstmæssigt. Generelt kan det siges, at det nuværende overenskomstgrundlag i vidt omfang stammer fra sygekassernes tid, og dermed ikke er udformet med henblik på den situation, som vil foreligge, hvis det - set fra det offentliges synspunkt - skal tjene til at fremme en egentlig aflastning af sygehusvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har flere gange i de senere år over for indenrigsministeriet, socialministeriet, Sygesikringens Forhandlings Udvalg m.fl. påpeget det

uheldige i, at planlægningen og udbygningen af den ambulante speciallægebetjening i vidt omfang sker ukoordineret under det nuværende system.

Dette førte bl.a. til afholdelsen af speciallægekongressen den 26. maj 1982, arrangeret af Amtsrådsforeningen efter opfordring fra indenrigsministeriet og socialministeriet. Som oplæg til denne kongress udsendtes sundhedsstyrelsens notat af 22. august 1980 om den ambulante speciallægebetjening.

Sundhedsstyrelsen har endvidere i notater til indenrigsministeriet og socialministeriet, bl.a. i forbindelse med socialministeriets godkendelse af sygesikringsoverenskomster i 1982, foreslået, at der fra de centrale sundhedsmyndigheders side blev taget initiativ til iværksættelsen af et udvalgsarbejde, der skulle analysere og stille forslag til bedre planlægningsmæssige rammer for den samlede speciallægebetjening. Det var sundhedsstyrelsens opfattelse, at de hidtidige erfaringer havde vist, at en sådan samlet planlægning - der gjorde det muligt for amtskommunerne bedre at "håndtere" speciallægebetjeningen, såvel fra sygehus som fra praksis under ét med sigte på en rationel resourceudnyttelse - var overordentlig vanskelig at gennemføre i det nuværende system. Under dette udvalgsarbejde burde efter sundhedsstyrelsens opfattelse også inddrages en gennemgang af det eksisterende lovgrundlag.

Sundhedsstyrelsen har senest i et notat af 25. august 1982 til indenrigsministeriet med henblik på den statslige udmelding til de igangværende overenskomstforhandlinger på sygesikringsområdet, specielt med hensyn til speciallægebetjeningen bl.a. udtalt, at der som optakt til en gennemgribende planlægning af den ambulante speciallægebetjening bør tilvejebringes et fagligt forsvarligt grundlag i form af objektive normer for dækningen.

Det er sammenfattende sundhedsstyrelsens mening, at den af indenrigsministeriet ønskede omlægning af opgaverne i sundhedsvæsenet - i det omfang den skal indebære en mærkbar aflastning af sygehusvæsenet - bør forberedes af et udvalgsarbejde, der bedst muligt søger at belyse de faktorer, der vil danne forudsætningen for omlægningens heldige gennemførelse, og som samtidigt klarlægger konsekvenserne for de forskellige dele af sundhedsvæsenet, herunder hele uddannelsesområdet.

Dette udvalgsarbejde må i givet fald påregnes at skulle have et noget videre sigte end det udvalgsarbejde, som sundhedsstyrelsen, som ovenfor nævnt, har foreslået igangsat vedrørende den ambulante speciallægebetjening. Således vil det med henblik på aflastningen af sygehusvæsenet være hensigtsmæssigt i overvejelserne at medinddrage, hvorledes man bedst muligt styrker den alment praktiserende læge.

Sundhedsstyrelsen er rede til på anmodning fra indenrigsministeriet at drøfte kommissorium og sammensætning for et eventuelt udvalg af den nævnte karakter.

6. Besparelser i sygehusvæsenet

En konsekvent gennemførelse af alle de i dette notat anførte foranstaltninger til at mindske presset på sygehusene vil efter sundhedsstyrelsens skøn kunne reducere sygehusenes driftsudgifter med 15-20%.

Udlægningen af funktioner til praksis vil tegne sig for ca. halvdelen og udbygning af sociale tilbud for en væsentlig del af resten. En bedre administrativ tilrettelæggelse og koordination både centralt og i amterne og kommunerne vil være en forudsætning for at foranstaltningerne kan gennemføres og vil i sig selv kunne give en reduktion af sygehusenes driftsudgifter.

Sundhedsstyrelsen har ingen mulighed for at vurdere, hvor meget kapaciteten i lægepraksis - almen læger og speciallæger - og sociale tilbud skal udbygges for at give den skønnede maksimalt opnåelige reduktion af sygehusenes driftsudgifter, og sundhedsstyrelsen kan således ikke på forhånd vurdere, om nettoresultatet bliver mindre eller større udgifter. En omstilling og udlægning må i den enkelte sygehuskommune udføres efter en nøje vurdering af kapaciteten uden for sygehusene og overvågen af, at en eventuel udbygning af denne følges af en sideløbende reduktion af sygehusenes kapacitet.

En omstilling og udlægning må nødvendigvis tage tid, bl.a. på grund af de ændrede krav til uddannelse, videreuddannelse og efteruddannelse samt den omfattende reduktion af personalet på sygehusene, der vil være en forudsætning for de nævnte reduktioner i sygehusenes driftsudgifter.

Det skal endelig bemærkes, at den nødvendige private investering i den udvidede kapacitet i praksissektoren formentlig kun vil kunne påregnes fra lægernes side, hvis udlægningen er et led i langtidsplanlægningen i den enkelte sygehuskommune.

Bilag 2

ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE DEN SOCIALE OG SUNDHEDSMÆSSIGE INDSATS OVER FOR ÆLDRE

(sammendrag med **forslag til handlingsplaner**)

1. Kommissorium

- at give en beskrivelse og en analyse ud fra eksisterende viden af de hyppigst forekommende samordningsproblemer vedrørende den koordinerede sociale og sundhedsmæssige indsats over for ældre, samt fremkomme med forslag til løsningsmodeller og forsøgsordninger til en bedre samordning af den samlede indsats i en amtskommune/primærkommune.

I det følgende er gengivet arbejdsgruppens forslag i form af handlingsplaner til en bedre samordning af den sociale og **sundhedsmæssige** indsats over for ældre, idet der iøvrigt henvises til arbejdsgruppens rapport (appendix A), som indeholder en gennemgang af de samordningsproblemer, der er knyttet til indsatsen. Rapporten danner grundlag for arbejdsgruppens handlingsplaner.

2. Sammensætning

Alment praktiserende læge Gert Almind,
Lægerne i Kirkestræde, Holbæk (*
Kontorchef Inger Erdal,
Socialstyrelsen
Kontorchef Tove Mogensen,
Social- og sundhedsforvaltningen, Odense kommune
Sygeplejelærer Ingrid Håkansson,
Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Aarhus
Overlæge, dr.med. Marianne Schroll,
Roskilde amtsygehus (*
Socialinspektør Flemming Jensen,
Social- og sundhedsforvaltningen, Randers kommune
Sygeplejerske Annalise Gregersen,
Sygeplejeskolen for Vejle amt
Seniorforsker, cand.oecon. Eigil Boll Hansen,
Amtskommunernes og kommunernes forskningsinstitut
Forskningsstipendiat, læge Carsten Hendriksen,
Institut for Almen Medicin, Københavns universitet (*
Kontorchef Poul Bo Jensen,
Omsorgsafdelingen, Københavns kommune
Overlæge, dr. med. Flemming Valdorf-Hansen,
Hvidovre Hospital (*

Fuldmægtig Ole Pass,
Amtsrådforeningen

Sekretariatet bestod af:

Læge Henning Kirk, sundhedsstyrelsen
Cand.techn.soc. Jens Albæk, Dansk Sygehus Institut
Læge Jens Peter Steensen, Dansk Sygehus Institut
Mag.scient.soc. Torben Lund Jensen, Dansk Sygehus Institut

Arbejdsgruppen har afholdt 10 møder, heraf 1 internatmøde. De i arbejdsgruppen deltagende læger (mærket med (*)) deltog ikke i arbejdsgruppens møder nr. 3-7, idet lægeforeningen i daværende periode havde stillet sin medvirken i samordningsudvalget i bero. Arbejdsgruppens 2 første møder blev ledet af læge Gert Almind, de øvrige af læge Henning Kirk, sundhedsstyrelsen.

3. Baggrund

Baggrunden for ønsket om en bedre samordning af indsatsen over for ældre var blandt andet:

- de ældres store forbrug af sygehusydelser
 - de menneskelige omkostninger ved hurtige skift/flytninger i forbindelse med ældres sygehusophold
- forventninger til, at en bedre samordning af indsatsen ville medføre en personaleudvikling i socialektoren og i sundhedssektoren således, at de enkelte personalegrupper kunne få en mere helhedspræget indsigt i de ældres sociale og sundhedsmæssige problemer, samt
- forventninger til, at en forebyggende, samordnet indsats ved social- og sundhedsforvaltningerne, de praktiserende læger samt sygehusvæsenet kunne dæmpe presset på sygehusvæsenet og plejehjemsområdet.

4. Forslagenes forudsætninger

Arbejdsgruppen har belyst de konkrete samordningsproblemer, der forekommer undervejs, når ældre personer på grund af sygdomsproblemer gennemgår et eller flere forløb med social- og sundhedsmæssig indsats fra det offentlige. Sådanne forløb er eksemplificeret som en "*behandlingskæde*" med følgende led:

1. Indsatsen i egen bolig.
2. Indlæggelse på sygehus.
3. Ophold på sygehus.
4. Udskrivning fra sygehus.
5. Opfølgning i egen bolig.

Med samordning menes ikke ensretning. Megen samordning sker i forvejen ved en *indsats fra de ældre selv og deres pårørende*. Denne indsats bør støttes sammen med den, der udøves af de forskellige faggrupper, ligesom faggruppernes ressourcer bør anvendes i fællesskab.

Forslagene har karakter af *eksempler på handlingsmodeller*, idet arbejdsgruppen erkender, at der i de enkelte kommuner og amtskommuner skal tages hensyn til særlige forudsætninger ved ændringer i indsatsen. Der tænkes f.eks. på størrelse og alderssammensætning af befolkningen, på geografiske forhold, og på forvaltningsstruktur.

Det er et generelt træk ved forslagene, at de *ikke nødvendigvis indebærer flere ressourcer*, idet der tilsigtes en effektivisering af indsatsen, specielt en tidligere indsats, med det formål at undgå de større resourcekrav ved en forsinket indsats.

En gennemførelse af handlingsmodellerne *forudsætter en tværgående evaluering*, idet der i flere tilfælde er tale om forsøgsvirksomhed på tværs af sektor- og fagskel. Der kræves derfor ikke blot samordning i det daglige arbejde, men også på overordnet politisk og administrativt niveau. Endvidere kræves en *samlet uddannelsesaktivitet*.

Der er i det følgende foretaget en opdeling således, at der først opstilles handlingsplaner vedrørende organisation, struktur og uddannelse, dernæst handlingsplaner vedrørende konkrete procedurer, forudgået af en opregning af de hyppigst forekommende samordningsproblemer.

5. Forslag til overordnede handlingsplaner

5.1 Organisation og struktur

5.1.1 Indledning

De konkrete forslag til handlingsmodeller kræver, at den indsats, der udøves i social- og sundhedsforvaltningerne og i almen praksis, ses i sammenhæng med den, der udøves på sygehusene. Der kræves derfor en samlet planlægning, iværksættelse og evaluering af handlingsmodellerne med deltagelse fra alle 3 områder, ligesom der i primærkommunen kræves en overordnet samordning mellem social- og sundhedsforvaltning og almen praksis.

Evalueringen af handlingsmodellerne skal bl.a. have til formål at vurdere de *økonomiske konsekvenser* af en forøget aktivitet i kommunerne som følge af en afdæmpning i sygehusforbruget, og af de økonomiske konsekvenser for sygehusvæsenet af et sådant mindre forbrug. Der tilstræbes således et løbende grundlag for at vurdere *byrdefordelingen*.

5.1.2 Samarbejde på politisk niveau

Det foreslås, at der i *amtskommunerne* etableres faste samordningsorganer på

politisk niveau med repræsentanter for amtsråd og kommunalbestyrelser. De eksisterende udvalg nedsat i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2, finder arbejdsgruppen oftest ikke kan anvendes til formålet, dels fordi der er for ringe en primærkommunal repræsentation i disse udvalg, og dels fordi udvalgene vil skulle dække flere sygehuse. Andre modeller er den udvalgsstruktur, som er etableret i Frederiksborg amtskommune, eller udvalg, der dækker et sygehus og tilhørende primærkommune (Odense).

I etableringsfasen kunne nedsættelsen af *et særligt ad hoc-ældredvalg* tænkes at skabe et bedre grundlag for løsning af ældreområdets komplekse samordningsproblemer, bl.a. ved at fungere som kontaktorgan for et tilsvarende samordningsorgan på administrativt niveau.

Som en anden model på primærkommunalt niveau kunne det foreslås, at *social-ale forbrugerråd* inddrages i planlægningen af den forebyggende besøgsvirk-somhed over for hjemmeboende ældre.

5.1.3 Samarbejde på overordnet administrativt niveau

Det foreslås,

at der regelmæssigt afholdes *samordningsmøder* på overordnet ad-ministrativt niveau om de samordningsspørgsmål, der knytter sig til indsatsen over for ældre.

Der tænkes især på de spørgsmål, der vedrører indlæggelse på og udskrivning fra sygehus, herunder den visitation, der finder sted under patientens ophold på sygehus. Samordningsmøderne bør have deltagelse af sygehusledelsen, optageområdets social- og sundhedsforvaltning(er), samt af de praktiserende læger (eventuelt repræsentanter herfor). Samarbejdet skal bl.a. dan-ne grundlag for den løbende planlægning af sygehusfunktionerne og af social- og sundhedsforvaltningernes indsats. Samarbejdet bør bl.a. omfatte en koordineret planlægning af de uddannelsesaktiviteter, der tilbydes de forskellige personalegrupper.

5.1.4 Dagligt samarbejde

Til daglig samarbejdes der på mange forskellige måder mellem sygehus og social- og sundhedsforvaltningerne. Meget klares ved telefonkontakter, noget foregår ved at forvaltningsmedarbejdere deltager i udskrivningskonferencer eller kommer ind på sygehuset til samtale med den enkelte ældre patient og f.eks. afdelingssygeplejersken o.s.v. Der findes kun få beskrivelser af disse samarbejdsformer og om, hvorledes de fungerer, bl.a. set i relation til kommunens størrelse og beliggenhed i forhold til sygehuset.

Det foreslås,

at der sygehusene og brugerkommunerne imellem etableres *forsøg med forskellige modeller for samarbejde* om den enkelte ældre person. Herunder bør det undersøges, i hvilke sammenhænge f.eks. udskrivningskonferencer, forvaltningsmedarbejders besøg på sygehusafde-

lingerne, telefonkontakter m.v. er mest hensigtsmæssigt til at skabe kontinuitet i indsatsen.

Arbejdsgruppens handlingsmodeller forudsætter generelt, at *rapporteringen vedrørende indsatsen over for ældre effektiviseres*. Det bør endvidere tilstræbes, at der opnås mere direkte personlig kontakt mellem de grupper, som har særlig hyppig kommunikation herom, f.eks. praktiserende læge-hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper -hjemmesygeplejerske og sygehussygeplejerske-hjemmesygeplejerske.

Det foreslås derfor,

at der i størst muligt omfang sker en tilnærmelse af klient/patient-grundlaget for disse faggrupper.

Samarbejdet kan endvidere styrkes ved overskuelige og klare samarbejdsrutiner, herunder for udveksling af informationer.

5.2 Undervisning og uddannelsesbehov

5.2.1 Generel undervisning i gerontologi og geriatri

En bedre samordning af indsatsen over for ældre forudsætter viden om gerontologi og geriatri hos de berørte faggrupper. Gerontologi er læren om den normale aldring, mens geriatri er læren om alderdommens sygdomme. Grunduddannelsernes indhold af disse emner er (for de flestes vedkommende) yderst beskedent, hvorfor det foreslås, at undervisning i disse emner opprioriteres i både grund- videre- og efteruddannelse.

5.2.2 Generel efteruddannelse

Både de praktiserende læger og social- og sundhedsforvaltningens medarbejdere støder på problemer, som ikke umiddelbart lader sig løse i deres daglige arbejde, og som viderefremmes i systemet med henblik på ændret indsats over for den enkelte ældre klient/patient. Hvor meget der opfanges og viderefremmes, afhænger af

- den ældres ønsker,
- lægens/forvaltningsmedarbejderens generelle viden om ældre,
- forvaltningsmedarbejderens viden om den enkelte ældre, samt af
- samarbejdsrelationerne.

Det foreslås,

at der i et samarbejde mellem centrale myndigheder og amtskommunerne/primærkommunerne etableres efteruddannelsesmuligheder i form af midlertidige *job-rotationsordninger* mellem sygehus, plejehjem og hjemmepleje.

Det foreslås endvidere,

at der sker en videreudvikling og udbygning af efteruddannelseskurser for praktiserende læger/sygehuslæger, dels i gerontologi og geri-

atri, dels i samordningsspørgsmål, der vedrører sygehusenes, social- og sundhedsforvaltningernes, og de praktiserende lægers indsats over for ældre. Tilsvarende kurser foreslås for andre personelgrupper.

5.2.3 Tværfaglige kurser

Det foreslås,

at der udarbejdes kursusmodeller og kursusmateriale til *tværfaglige kurser på kommunalt niveau* med sigte på træning i forebyggende og opøgende virksomhed som led i det daglige arbejde (på-jobbetræning) - der henvises til rapportens kapitel 7 - samt videreudvikling af samarbejdsformer, som led i kursusforløbet.

Det foreslås endvidere,

at der på sygehusafdelingerne etableres på-jobbet-kurser for alle personalegrupper i praktisk geriatri, herunder samordningsspørgsmål.

6. Handlingsmodeller vedrørende konkrete samordningsprocedurer

6.1 Indledning

I det følgende gives først en række eksempler på samordningsproblemer vedrørende den sociale og sundhedsmæssige indsats over for ældre, opstillet efter behandlingskæden, d.v.s.

1. Indsatsen i egen bolig.
2. Indlæggelse på sygehus.
3. Ophold på sygehus.
4. Udskrivning fra sygehus.
5. Opfølgning i egen bolig.

Dernæst gives en generel introduktion til handlingsmodellerne, efterfulgt af en gennemgang af disse.

6.2 Eksempler på konkrete samordningsproblemer

6.2.1 Vedrørende indsatsen i egen bolig

Utilstrækkelig medvirken fra almen praksis i den samlede planlægning af indsatsen over for ældre i primærkommunen.

Utilstrækkelig nyttiggørelse af hjemmehjælpernes, hjemmesygeplejerskernes og de praktiserende lægers store kontaktflader med hjemmeboende ældre til forebyggende og opøgende indsats.

- Manglende klient/patientfællesskab for hjemmehjælperne, hjemmesygeplejersker og praktiserende læger.

- Utilstrækkeligt kendskab blandt de praktiserende læger til social- og sundhedsforvaltningens bistan্দsmuligheder, og
- Utilstrækkeligt beredskab i social- og sundhedsforvaltningen til iværksættelse af hjælpeforanstaltningerne med kort varsel ved akut sygdom eller krise hos hjemmeboende ældre. Et sådant manglende akut beredskab kan føre til unødige sygehusindlæggelser, herunder sociale indlæggelser.

6.2.2 Vedrørende indlæggelse på sygehus

- Foretagelse af et stort antal akutte indlæggelser fremfor planlagte indlæggelser på grund af manglende muligheder for at kunne foretage fremskyndede, planlagte indlæggelser.
- Utilstrækkelige oplysninger på indlæggelsessedlerne, især hvad angår funktionsniveau og sociale forhold.
- Utilstrækkelige muligheder for at kunne rekvirere oplysninger fra social- og sundhedsforvaltningen vedrørende den netop indlagte ældre patient.
- Utilstrækkelig optagelse af social anamnese ved indlæggelse.

6.2.3 Vedrørende ophold på sygehus

- Utilstrækkelig planlægning af færdighedsbehandling af især ældre patienter med det sammensatte geriatriske sygdomsbillede.
- Utilstrækkelig udbygning af geriatri på flere sygehuse.
- Manglende benyttelse af geriatrisk ekspertise på de akutte afdelinger.
- Unødige ventetider uden færdighedstræning på grund af utilstrækkelig intern planlægning og utilstrækkelig normering af personale til færdighedstræning.
- Unødige ventetider på grund af manglende institutionstilbud m.v. og manglende samarbejde ved udskrivning.

6.2.4 Vedrørende udskrivning fra sygehus

- Utilstrækkelig direkte kontakt mellem sygehuspersonale og medarbejdere fra social- og sundhedsforvaltningen før udskrivning.
- Foretagelse af hjemmebesøg med henblik på visitation til f.eks. hjælpemidler og boligændringer fra sygehus uden social- og sundhedsforvaltningens deltagelse.
- Visitation til plejehjem og andre 'tungere' foranstaltninger baseret på observationer alene under sygehusophold.
- Mangelfulde og forsinkede udskrivningsbreve til egen læge.
- Manglende eller forsinkede sygeplejeoplysninger fra sygehusafdeling til hjemmesygeplejen.

6.2.5 *Opfølgning i egen bolig*

Utilstrækkelig opfølgning i påkrævede tilfælde efter udskrivning, både i social- og sundhedsforvaltning og i almen praksis.

6.3 Generelt om handlingsmodellerne

Handlingsmodellerne tager udgangspunkt i de samordningsproblemer, der knytter sig til behandlingkædens led. Det er et generelt sigte med forslagene at dæmpe presset på sygehusvæsenet og plejehjemssektoren ved

- at styrke de hjemmeboende ældre til at bevare funktionsniveauet gennem en forebyggende indsats, samt ved
- at dække behandlings-, pleje- og bistandsbehovet uden unødigt forsinkelse.

Handlingsmodellerne tilstræber således - i relation til sygehusvæsenets indsats,

- at unødige indlæggelser undgås,
- at indlæggelsesforløb effektiviseres, og ventetider undgås, samt
- at genindlæggelser undgås.

Handlingsmodellerne skal ses i sammenhæng med de skitserede overordnede handlingsplaner vedrørende organisation, struktur og uddannelse.

6.4 De enkelte handlingsmodeller

6.4.1 *Vedrørende indsatsen over for ældre i egen bolig*

6.4.1.1 *Forebyggende, opsøgende og opfølgende virksomhed*

Handlingsplanerne har som udgangspunkt, at en mere effektiv forebyggende og opsøgende virksomhed over for hjemmeboende ældre i væsentlig grad kan foretages som led i det daglige arbejde. Effektiviseringen skal tilstræbe, at bistands-, pleje- og behandlingsbehov afdækkes på et tidligere tidspunkt således, at social og helbredsmæssig svækkelse ved unødigt forsinkelse undgås, hvorved også ressourcekravene dæmpes. Handlingsplanerne skulle derved ikke nødvendigvis kræve forøgede ressourcer i social- og sundhedsforvaltning eller i almen praksis.

Det foreslås,

at der i social- og sundhedsforvaltningerne i samarbejde med de praktiserende læger udarbejdes planer for forebyggende, opsøgende og opfølgende virksomhed over for hjemmeboende ældre i kommunen.

Virksomheden skal tjene til at styrke de ældres funktionsniveau generelt, og samtidig til at sikre, at hjælpeforanstaltninger iværksættes uden unødigt forsinkelse, når behovene opstår. Endelig skal den tjene til at sikre, at sygdomsproblemer, der kræver undersøgelse hos egen læge, bliver opsporet på et så tidligt tidspunkt som muligt.

Planerne bør indeholde strategier for en besøgsvirksomhed, som forener den opsøgende virksomhed, der udøves i henhold til bistandsloven, og den forebyggende indsats med rådgivning og vejledning, som udøves i henhold til lov om hjemmesygeplejerskeordninger.

Udgangspunktet for den forebyggende, opsøgende og opfølgende virksomhed er social- og sundhedsforvaltningens informationsvirksomhed over for de ældre og deres pårørende om kommunens bistandstilbud, når forvaltningen kontaktes, gennem skriftligt materiale o. s.v.

De overordnede principper for indsatsen bør være følgende:

- Besøgsvirksomheden skal være et *tilbud* til de hjemmeboende ældre, d.v.s. at besøgene foretages efter information og samtykke.
- Besøgsvirksomheden bør operere med *mindre geografiske enheder*, f.eks. størrelsesordenen svarende til 5.000 indbyggere (svarende til 750 65+-årige og 150 80+-årige).
- Besøgsvirksomheden bør *tilrettelægges som led i det daglige arbejde*, hvor hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker, andre medarbejdere fra social- og sundhedsforvaltningen og praktiserende læger i forvejen er i kontakt med store grupper af ældre.
- Besøgsvirksomheden bør udvikles løbende efter *uddannelse-på-jobbet-princippet*.

Strategierne for besøgsvirksomheden kan f.eks. indeholde følgende 3 trin:

1. Informationsvirksomhed
2. Besøg til udvalgte grupper af ældre
3. Opfølgende besøg

1. Informationsvirksomheden bør have til formål, at de ældre og deres pårørende gennem skriftligt materiale, ved møder, og i øvrigt ved kontakter med forvaltning, bliver informeret om kommunens bistandsmuligheder, herunder om besøgstjenesten.
2. *Besøg til udvalgte grupper af ældre*, som på grund af sociale omstændigheder kan forudses at have eller få behov for social- og sundhedsmæssig indsats. Det kan f.eks. dreje sig om
 - ældre, der er blevet alene, samt om
 - ældre, der henvender sig om diverse bistandsydelse.

Grupperne vil være delvis overlappende og kendetegnet ved at omfatte personer, for hvilke der findes registeroplysninger i forvaltningen.

Disse besøg skal tjene til at forstærke den ældres selvværd, til at oplyse om social- og sundhedsforvaltningens tilbud, til at afdække behov for bistandsydelse, sygepleje eller lægehjælp, samt til at planlægge eventuelle

opfølgende besøg. Besøgene skal foretages af relevant personale fra forvaltningen.

3. *Opfølgende besøg* bør foretages til ældre, som på grund af kronisk sygdom og nedsat funktionsniveau, eventuelt kombineret med sociale problemer, har forøget risiko for tilbagevendende svækkelse, der f.eks. kan give anledning til sygehusindlæggelse og/eller visitation til plejehjem. Det kan f.eks. dreje sig om ældre, som i forvejen modtager hjemmehjælp, benytter diverse hjælpemidler, og som har en kronisk sygdom, der kræver vedvarende behandling og regelmæssige besøg hos lægen. Endvidere drejer det sig om ældre, der er udskrevet fra sygehus. Hvad angår størrelsesordenen af disse grupper af ældre, henvises til rapportens kapitel 2.

Formålet med disse besøg er at sikre en samordning og en løbende justering af den samlede indsats fra social- og sundhedsforvaltning og praktiserende læge.

Besøgene bør foretages af en medarbejder fra social- og sundhedsforvaltningen, f.eks. hjemmesygeplejerske, tilsynsførende for hjemmehjælpen, ergoterapeut eller dagcenterleder, og i et samarbejde med praktiserende læge således, at besøgene alternerer med dennes hjemmebesøg/konsultationer.

6.4.1.2 *Indsats ved akut sygdom i hjemmet*

Det foreslås,

at der i social- og sundhedsforvaltningerne etableres et vagtberedskab, der giver hjemmeboende ældre mulighed for, med kort varsel og samme dag, at få bistand og pleje i hjemmet i tilfælde af akut sygdom eller svækkelse.

Formålet med dette beredskab er at forebygge unødigt svækkelse og derved undgå dyrere løsninger i de følgende dage. Vagtberedskabet skal baseres på en organisation, der er tilpasset efter kommunestørrelse m.v., og behovet for nat-service vurderes ud fra lokale forhold. Vagtberedskabet kan i enkel form bestå i, at de ældre er informeret om telefonnummer for vagthavende hjemmehjælper/hjemmesygeplejerske, eventuelt som led i kollektiv hjemmehjælp. Endelig kan beredskabet være baseret på vagttjeneste med kørselstjeneste og radio, sådan som det f.eks. findes i kommuner med døgnberedskab (døgnhjemmepleje).

Vagtberedskabet kan med fordel planlægges og varetages i samarbejde med det vagtberedskab, der findes i almen praksis.

6.4.1.3 *Organisatoriske forudsætninger*

Planerne for og gennemførelsen af forebyggende, opsøgende og opfølgende virksomhed samt hjemmeplejebereidskab kan styrkes ved et tæt samarbejde mellem social- og sundhedsforvaltning og de alment praktiserende læger. Et

tæt samarbejde vil endvidere medføre andre fordele, der kan tjene til at effektivisere den samlede indsats og derved også forhindre unødigt ressourceforbrug.

I det daglige arbejde kræves en tættere kontakt mellem de grupper, der kommer ud i de ældres hjem, d.v.s. hjemmehjælperne, omsorgsmedarbejderne, hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger. Ved løbende planlægning bør det tilstræbes, at der sker en tilnærmelse af klientafgrænsningen for de personer, der varetager opgaver i et givet lokalområde, og at disse grupper jævnligt mødes.

For at sikre lægernes deltagelse i sådanne møder bør det i forbindelse med sygesikringsaftalerne sikres, at sådanne møder indgår som en nødvendig del af ansvaret for behandlingen af det ældre sygesikringsklientel.

6.4.2 Vedrørende indlæggelse på sygehus

6.4.2.1 Planlægning af indlæggelser

Det foreslås,

at der på sygehusene etableres fast ordninger, som muliggør frem-skyndede, planlagte indlæggelser som alternativ til akutte indlæggelser.

Forslagets formål er at opnå en bedre planlægning af både indlæggelsesforløb og udskrivning, og derved undgå unødige undersøgelser, flytninger og ventetid således, at bl.a. falsk demens (pseudodemens) undgås. Ved falsk demens forstås i denne forbindelse en tilsyneladende demens fremkaldt af depression og isolation.

Planlagte indlæggelser kan desuden muliggøre, at indlæggelsessedlen indeholder flere oplysninger, f.eks. om den ældres funktionsniveau, socialt netværk og boligforhold. Endvidere vil den pågældende sygehusafdeling kunne nå at fremskaffe oplysninger fra social- og sundhedsforvaltningen om eventuelle bistands- og hjemmesygeplejeydelser forud for indlæggelsen således, at disse oplysninger er til rådighed for sygehuset ved indlæggelsestidspunktet.

6.4.2.2 Rapportering ved indlæggelse

6.4.2.2.1 Lægerapportering

Der er flere muligheder for at forbedre den lægelige rapportering ved indlæggelse, og det er vigtigt at afprøve nye modeller for indlæggelsessedler, der kan forbedre informationen til sygehuset og derved give bedre grundlag for at effektivisere indlæggelsesforløbet. Nedenfor er givet *et eksempel*:

Det foreslås,

at der indføres kombinerede indlæggelsessedler og udskrivningsbreve, udformet som 2-fløjede kort.

Den ene fløj udfyldes af indlæggende læge, den anden af udskrivende læge, og sygehuset beholder kopi af begge fløje. Begge kortets fløje bør foruden oplys-

ninger om diagnoser, undersøgelser og behandlinger m.v., indeholde checklister med oplysning om funktionsniveau, socialt netværk og bolig. Udskrivningsfløjen bør endvidere indeholde en rubrik, hvor sygehuset kan meddele egen læge, hvad der bør undersøges ved dennes udskrivningsundersøgelse.

Forslagets formål er at opnå en bedre kontinuitet før, under og efter sygehusopholdet ved bedre oplysninger om den ældres sammensatte sociale og sygdomsmæssige problemer således, at især egen læges opfølgning efter udskrivningen effektiviseres.

Indførelsen af sådanne kombinerede indlæggelsesedler og udskrivningskort bør som led i en forsøgsordning afprøves på et antal sygehuse med henblik på evaluering og justering.

6.4.2.2.2 Sociale oplysninger ved indlæggelser

Det foreslås,

at det indføres kombinerede skemaer, der omfatter oplysninger fra social- og sundhedsforvaltning til sygehus ved indlæggelse, og fra sygehus til forvaltning ved udskrivning.

Den ene del af skemaet udfyldes af social- og sundhedsforvaltning-en og sendes til sygehuset efter anmodning fra dette, fra indlæggende læge eller de pårørende. Den anden del udfyldes ved udskrivning og sendes til social- og sundhedsforvaltningen senest samtidig med at patienten hjemsendes.

Indførelse af sådanne kombinerede skemaer bør som led i en forsøgsordning afprøves på et antal sygehuse med henblik på evaluering og justering.

Forslaget har til formål at skabe kontinuitet i indsatsen ved at give bedre grundlag for at planlægge sygehusophold og -udskrivning, herunder at give social- og sundhedsforvaltningen bedre grundlag for at vurdere behovet for indsats i hjemmet. Forslaget vedrører kun de ældre, hvor social- og sundhedsforvaltningen har være inde i billedet inden indlæggelse, eller hvor forvaltningens indsats er relevant ved udskrivning.

6.4.3 Forslag vedrørende ophold på sygehus

6.4.3.1 Effektivisering affærdighedsbehandling og planlægning afudskrivning

Det foreslås,

at der på alle akutte afdelinger, der modtager ældre patienter, sker en samordnet planlægning af færdighedsbehandling og af udskrivning snarest efter indlæggelsen.

Det er formålet med forslaget at effektivisere indlæggelsesforløbet og forhindre, at både genoprettende og vedligeholdende færdighedstræning ophører i venteperioder, hvad enten disse skyldes interne samordningsproblemer eller afventning af sociale foranstaltninger.

Det foreslås,

at ældre patienter med geriatrisk sygdomsbillede vurderes af speciallæge i geriatri så tidligt som muligt efter den akutte indlæggelse med henblik på planlægning af indlæggelsesforløb og udskrivning.

Det foreslås endvidere,

at eksisterende geriatriske afdelinger, der ikke er integreret i internmedicinske afdelinger, udbygges således, at de bliver i stand til at af-tage ældre patienter med geriatrisk sygdomsbillede fra de akutte afdelinger på et tidligt tidspunkt.

Det foreslås endelig,

at der på sygehuse uden geriatrisk afsnit eller geriatrisk afdeling oprettes geriatriske afsnit på de internmedicinske afdelinger således, at geriatrien her udbygges som en integreret del af internmedicinsk afdeling.

Formålet med ovennævnte 3 forslag er at opnå kontinuitet i det samlede behandlingsforløb for ældre patienter med geriatrisk sygdomsbillede, d.v.s. ældre patienter med sammensat sygdomsbillede, med behov for færdighedstræning under og efter indlæggelsen, og for hvem udskrivningen kan forudsiges at blive kompliceret.

Den geriatriske funktion bør ikke primært være defineret som et "sengespeciale" for langtidsbehandling. Den bør derimod, uanset om der er tale om geriatrisk afsnit eller selvstændig afdeling, i første række have til formål at samordne sygehusets behandling af det geriatriske klientel, bl.a. i form af intern og ekstern konsulentvirksomhed. Den skal herved bidrage til, at specielt den medicinske blok tilpasses det stadigt voksende klientel af ældre patienter med geriatrisk sygdomsbillede.

Forslagene forudsættes ikke at medføre en øgning af sengemassen eller af personalet i sygehusets medicinske blok, men der bør foretages en løbende evaluering af behandlingsforløbene for det geriatriske patientklientel, herunder sammenligninger af forløbene på henholdsvis geriatriske afdelinger og geriatriske afsnit. En organisatorisk forudsætning er uddannelse af flere speciallæger i geriatri.

6.4.4 Vedrørende udskrivning fra sygehus

6.4.4.1 Visitation forud for udskrivning

Det foreslås,

- at *hjemmebesøg* under indlæggelse med henblik på visitation til hjælpemidler, boligændringer m.v. primært foretages ved social- og sundhedsforvaltningens foranstaltning,
- at social- og sundhedsforvaltningen så vidt muligt deltager i *udskrivningskonferencerne* vedrørende ældre med "komplicerede" udskrivninger,

- at indstilling til plejehjem under sygehusophold så vidt muligt sigter mod prøveophold. Herved består muligheden for, at den ældre efter eget ønske, og efter revisitation, kan tilbageflytte til egen bolig.

Forslagets formål er at intensivere samarbejdet mellem sygehusafdeling og social- og sundhedsforvaltning, og at forhindre, at ældre under indlæggelse på sygehus præsenteres for løsninger, der ikke svarer til dem, forvaltningen efter en samlet vurdering af de lægelige og sociale oplysninger træffer. Der tilstræbes således en bedre samlet planlægning af udskrivningen.

I Københavns kommune foregår visitationen anderledes end i det øvrige land (se rapportens kapitel 6).

6.4.4.2 Rapportering om diagnose, behandling og pleje

6.4.4.2.1 Udskrivningsbreve

Som omtalt under 6.3.2 foreslås forsøgsvis afprøvning af kombinerede indlæggelsessedler og udskrivningsbreve. Begge fløje skal indeholde checklister vedrørende diagnoser, undersøgelser, behandlinger, pleje, pårørende samt boligforhold. Udskrivningsfløjen på kortet skal indeholde en særlig rubrik, hvori sygehusafdelingen skal oplyse egen læge om, hvad der specielt skal tages stilling til ved egen læges udskrivningsundersøgelse (se 6.5.3.2). Der tænkes især på stillingtagen til, om lægemiddelordinationer fra sygehuset skal fornyes eller seponeres efter rekonvalescensperioden.

Udskrivningsbrevet skal sendes senest samtidig med udskrivningen.

Formålet med forslaget er at sikre kontinuitet i den lægelige behandling, at forebygge genindlæggelser, samt at forhindre "stående" lægemiddelordinationer, som burde have været tidsbegrænsede.

6.4.4.2.2 Sygeplejerapporter

Det foreslås,

at den rapportering, der varetages af sygeplejerskerne ved udskrivning, effektiviseres således, at relevante personalegrupper i social- og sundhedsforvaltningen straks ved udskrivning får rapporter om de udskrevne ældre personer, som enten har modtaget hjemmehjælp/hjemmesygepleje før indlæggelsen, eller som nyhenvises til social- og sundhedsforvaltningen (se 6.3.2).

Rapporterne bør indeholde oplysninger om ændringer i den ældres tilstand, som vil have betydning for både hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Der tænkes især på oplysninger om:

- den ældres viden om egen tilstand,
- forhold, som influerer på den ældres plejebestand,
- fysiske og psykiske færdigheder,
- iværksatte hjælpeforanstaltninger,

- lægemiddelordinationer og den ældres håndtering af medicin, herunder observation af virkning og bivirkning.

Forslagets formål er at sikre kontinuitet i sygepleje og praktisk bistand og derved give bedre grundlag for social- og sundhedsforvaltningens opfølgende indsats.

6.4.3 Opfølgning efter udskrivning

6.4.5.1 Social- og sundhedsforvaltningens opfølgning

Det foreslås,

at social- og sundhedsforvaltningerne etablerer opfølgning ved ældres udskrivning fra sygehus således, at der senest 24 timer efter udskrivningen er sikret,

- at den ældre kan klare sig i egen bolig med de foranstaltninger, der er iværksat,
- at den ældre er i stand til at håndtere ordinerede lægemidler og får den af sygehuset ordinerede behandling.

Der kan benyttes forskellige modeller til opfølgningen:

Opfølgningen kan f.eks. ske ved at en for vedkommende ældre udpeget *kontaktperson* i forvaltningen automatisk får meddelelse om udskrivning og derefter sørger for, at opfølgningsbesøget foretages (og afgør, hvem der skal foretage besøget).

En anden model indebærer, at en fast hjemmesygeplejerske dagligt kommer på sygehusafdelingerne, deltager i udskrivningskonferencer og i beslutningerne om udskrivning, og derefter besøger den ældre i boligen på udskrivningsdagen (ledsager eventuelt den ældre hjem fra sygehuset).

En tredje model (Holbæk-modellen) indebærer, at en bestemt hjemmesygeplejerske dels tager sig af udskrivningsbesøg, dels andre tilsynsopgaver.

Rutinemæssige besøg bør af praktiske grunde kun arrangeres for alle ældre over en vis aldersgrænse (f.eks. 75 år), idet man for de ældste aldersgrupper har vanskeligt ved at forudsige forløbet efter udskrivning. Social- og sundhedsforvaltningen bør derfor have tilsendt oplysninger om navn og adresse på alle ældre, der udskrives fra sygehus.

Det kan forventes, at en del (måske omkring 1/3) af besøgene kun vil tage 5-10 minutter, mens de øvrige vil vare ½-1 time.

Besøget bør danne grundlag for egen læges udskrivningsundersøgelse ved, at lægen tilsendes en kort rapport.

6.4.5.2 Egen læges udskrivningsundersøgelse

Det foreslås,

at der i almen praksis indføres opfølgning ved ældres udskrivning fra sygehus. Denne opfølgning bør finde sted på et tidspunkt, hvor rekon-

valescensperioden er mere fremskreden, f.eks. 1-2 uger efter udskrivningen.

Undersøgelsen bør - især for de 70+-årige - foretages ved hjemmebesøg, - og iøvrigt på grundlag af udskrivningsbrevet fra sygehuset og rapporten fra hjemmesygeplejersken og eventuelt en telefonkontakt med den ældre.

Formålet med besøget er at sikre kontinuitet i den lægelige behandling ved lægelig opfølgning af den på sygehuset initierede behandling. Der tænkes især på revurderingen af lægemiddelordinationer.

Udskrivningsundersøgelser bør indgå med særlig kodning i sygesikringsoverenskomsterne således, at det er muligt at foretage kvantitative evalueringer.

Bilag 3

ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE SKADEBEHANDLING PÅ SYGEHUSE OG I ALMEN PRAKSIS

(sammendrag af rapport)

1. Kommissorium

- at gennemgå eksisterende data og undersøgelsesresultater vedrørende skadebehandling på sygehuse af forskellig kategori samt i almen praksis,
- at analysere og vurdere materialet med henblik på, hvilke kategorier af skadebehandling, der i større omgang vil kunne foretages i almen praksis,
- at opstille forudsætninger for, at almen praksis kan overtage sådanne opgaver, herunder spørgsmålet om overenskomstmæssige forhold, vagtbereedskab og udstyr samt
- at opstille handlingsmodeller vedrørende den samlede skadebehandlingsfunktion i en amtskommune, herunder de ressourcemæssige konsekvenser heraf.

2. Sammensætning

Kontorchef Anita Alban,

Frederiksborg amtskommune, sygehusdirektoratet

Sygehusadministrator Per Clausen,

Horsens Sygehus

Praktiserende læge Jens Lærkesen Holm,

Løjt Kirkeby

Overlæge dr. med. Poul Kølle-Jørgensen,

Randers Sygehus, ortopædkirurgisk afdeling

Oversygeplejerske Mette Larsen,

Odense sygehus, skadestueafdeling/modtageafdeling/
kirurgisk ambulatorium

Cand.stat. et polit. Flemming Mac,

Sundhedsstyrelsen

Vicekontorchef Hans Chr. Nielsen,

Sygesikringens Forhandlingsudvalg

Fuldmægtig Per Okkels,

Amtsrådsforeningen i Danmark

Praktiserende læge Frede Olesen (formand)

Galten

Sekretariat
1. reservelæge Agnes Hauberg,
Dansk Sygehus Institut
Læge Annette Storr-Paulsen
Sundhedsstyrelsen

3. Resumé og konklusioner

Den yderst forskellige tilrettelæggelse af skadebehandlingen i forskellige områder af Danmark tyder på, at man fagligt kan opnå tilfredsstillende behandling ved flere forskellige planlægningsmodeller.

Dette giver umiddelbart mulighed for at omfordele ressourcerne ved f.eks. at ændre lokale- og personaleforbrug på skadestuerne, hvis der er behov for alternativ anvendelse af disse.

Godt 20% af befolkningen søger årligt læge (praktiserende læge eller skadestue) på grund af skader.

Overalt i Danmark udføres skadebehandling i almen praksis, men som det fremgår af figur 1, er der stor regionsmæssig variation.

I nogle regioner af Danmark udføres primær visitation og behandling i almen praksis af alle selvtransporterende tilskadekomne. Dette giver anledning til, at en høj ratio af patienter færdigbehandles i almen praksis og dermed mindre belastning af skadestuerne.

Erfaringer fra Frederiksborg amt i 1983/84 tyder - ligesom materiale fra Ringkøbing amt - på, at det totale forbrug aflægehjælp til skadebehandling reduceres ved lukning af skadestuer.

Variationen i skadebehandling i almen praksis er størst i vagttidsrummet. Det største antal skadebehandlinger i praksis synes at foregå i områder med lægevagten organiseret efter landsoverenskomstens § 46. Mindst skadebehandling synes at foregå i områder organiseret efter landsoverenskomstens § 47, d.v.s. i områder med deltagelse af vagtlæger, f.eks. yngre hospitalslæger. Sådanne vagter findes primært i større byer og nær de åbne skadestuer. Kun 1/5 af disse er organiseret med visitations- og konsultationsmuligheder.

D.v.s. at 40% af befolkningen dækkes af en vagtordning uden konsultations- og visitationsmuligheder (jfr. rapportens kapitel 3.1.). Vagtordningens organisationsform kan således være en af de faktorer, der er afgørende for befolkningens valg af skadebehandlingssted.

Skadebehandlingen på skadestuerne synes i højere grad at tilgodese et lokalt behov for skadebehandling i området geografisk nær ved skadestuerne end et behov for en speciallægelig ydelse i skadestuens optagelsesdistrikt, da langt størstedelen af behandlingen på skadestuer ydes til patienter, som selv transporterer sig til skadestuen. Kun et fåtal ankommer med Falck-transport.

En del af skadestuebehandlingen omfatter behandling af ikke-tilskadekomne. Det gælder specielt på de store skadestuer, hvor op mod 20% af henvendelserne skyldes andet end følger efter akut tilskadekomst (jfr. kapitel 2.1.2.).

5-10% af behandlingen på skadestuer sker for lidelser opstået for mere end 24 timer siden, hvorfor man lokalt bør vurdere, hvilken funktion en skadestue skal have.

Op mod 1/3 af patienterne, der søger skadestue, røntgenfotoferes. Det viser sig, at en del røntgenundersøgelser kan udskydes til røntgenafdelingernes normale åbningstid. En enkelt undersøgelse har vist, at 90% af røntgenundersøgelserne kunne have ventet til følgende dagsarbejdstid (jfr. kapitel 2 s. 43).

I øvrigt påvirker omfanget af skadestueforbruget omfanget af ambulante efterbehandling, idet en stor skadestueaktivitet synes at give afsmitning i form af relativt flere ambulante efterbehandlinger i sygehusvæsenet.

Undersøgelserne synes at pege på, at både befolkningen og lægerne vil indrette sig på, at der er en åben skadestue i nærheden. Befolkningen ved selvvisitation til skadestuen og lægerne ved at organisere dag- og vagtarbejdet på

en sådan måde, at skadebehandlingen er vanskelig at indpasse i arbejdsgangen.

Erfaringer fra Frederiksborg amt, Åbenrå by m.fl. tyder på, at valg af behandlingssted er påvirkeligt af strukturelle og sundhedspædagogiske foranstaltninger.

Lægelig visitation ved telefoniske henvendelser samt let adgang til en lægekonsultation er en vigtig forudsætning for at opnå øget skadebehandling i almen praksis.

Organisation af lægevagten på en sådan måde, at størst mulighed for skadebehandling i almen praksis opnås, vil derfor, alt andet lige, som sidevirkning have, at lægevagten får et mere differentieret indhold.

Landsoverenskomsten for almen lægegerning indeholder rammer, som muliggør skadebehandling i almen praksis. Københavns-overenskomsten skal ved en opgaveudflytning tilpasses de nye opgaver. Dette gælder specielt kravet om konsultationsmuligheder hele døgnet.

Der er i den nuværende sygehusplanlægning ikke etableret præcise retningslinier for skadestuernes visitation og funktion.

Det er, som anført i indledningen, en ulempe ved belysningen af skadebehandlingen i Danmark, at der ikke findes nogen tilfredsstillende, helt dækkende registrering af omfanget og arten af skadebehandling i almen praksis og i sygehusvæsenet. Mere præcis registrering i almen praksis kunne opnås, hvis aftaleparterne etablerede mere præcist definerede skadespecifikke til lægsydelser.

Af epidemiologiske, profylaktiske, planlægningsmæssige og økonomiske årsager var en stikprøvevis registrering af befolkningens totale behov for skadestuelignende ydelser ønskelig.

4. Handlingsmodeller ved eventuel udlægning af skadebehandlingen

4.1. Indledning

I det følgende gennemgås forskellige foranstaltninger, som efter arbejdsgruppens opfattelse kan anvendes i forbindelse med overvejelser om udlægning af større eller mindre dele af skadebehandlingen til almen praksis.

Det planlægningsmæssige udgangspunkt vil nødvendigvis være amtskommunerne, som har ansvar for planlægning, styring og drift.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der mange steder i landet er mangel på præcise retningslinier for skadebehandlingen, d.v.s. retningslinier for primær behandling af skader og visitationsretningslinier. Arbejdsgruppen skal foreslå, at man i de enkelte amter overvejer at etablere et egentligt regelsæt, omfattende visitationsretningslinier for skadebehandlingen og retningslini-

er for skadestuernes funktion, idet et sådant regelsæt utvivlsomt vil være til stor støtte i det daglige arbejde.

De foranstaltninger, som beskrives i det følgende, kan dels ses som isolerede foranstaltninger, dels indgå som led i en større handlingsmodel.

Foranstaltningerne beskrives enkeltvis i det følgende og omfatter:

- *Foranstaltninger med udgangspunkt i sygehusvæsenet*

A. Fuldstændig eller delvis lukning af skadestuerne for fri visitation til skadestuerne fra patienternes side.

a. Fuldstændig lukning hele døgnet af alle eller nogle skadestuer for fri patientvisitation.

b. Lukning af skadestuer i forskellige perioder af døgnet for fri visitation fra patientens side

for lukning af skadestuer i perioden 08-16

for lukning af skadestuer i perioden 16-08

for lukning af skadestuer i perioden 08-20

for lukning af skadestuer i perioden 20-08

for lukning af skadestuer i perioden 08-24

for lukning af skadestuer i perioden 24-08

for lukning af skadestuer i perioden 16-24

B. Nedlæggelse af skadestue(r).

C. Rotationsordning mellem skadestuer.

- *Foranstaltninger i almen praksis*

Vagtlægeordninger med praktiserende læger incl. adgang til konsultationslokaler og telefonkonsultation.

- *Sundhedspædagogisk indsats vedrørende skadebehandling*

- *Afgifter på visse former for skadebehandling i skadestuerne*

4.2. Foranstaltninger i sygehusvæsenet

4.2.1. Fuldstændig eller delvis lukning af skadestuerne for fri visitation til skadestuen fra patienternes side

Hvis man effektivt ønsker at lægge skadebehandlingen ud i almen praksis, må man overveje helt eller delvist at fjerne mulighederne for patienternes selvvisitation til skadestuerne.

Fuldstændig lukning hele døgnet af alle eller nogle skadestuer for fri patientvisitation

Sådanne modeller findes allerede idag, eksempelvis i Ringkøbing amt, hvor alle skadestuer er lukkede for fri visitation. I andre amter findes et varierende antal åbne skadestuer, medens de øvrige er lukkede (se kapitel 2.3.1.).

Disse forhold trækkes fremfor at vise, at der er tale om en model, som allerede anvendes i nogle amtskommuner og som således har vist sig at kunne fungere i praksis. Det er værd at bemærke, at man i disse sygehuskommuner ser lave skadestueforbrug, og at en vekslende del af skadebehandlingen således foregår i almen praksis.

Modellen er af interesse overalt, hvor der er åbne skadestuer, og kan siges at have størst aktualitet eller interesse idag for områder med stort skadestueforbrug (forbrugsgruppe I, II og III).

Det skal dog allerede på nuværende tidspunkt anføres, at forslaget kun omfatter lukning af den frie patientvisitation, således som det også allerede er tilfældet med de idag lukkede skadestuer. Sygehusvæsenet skal fortsat nødvendigvis have et beredskab døgnet rundt til de ambulancetransporterede patienter og til de patienter, som er henvist fra de praktiserende læger.

Lukning af en skadestue vil formentlig have den effekt, at antallet af henvisninger til ambulante efterbehandling på sygehusene vil falde i et vist omfang, afhængig af hvilken form for lukning man vælger (hel eller delvis lukning, af tidspunktet for delvis lukning). Det vil også afhænge af, hvordan fordelingen af den ambulante efterkontrol mellem sygehusene og almen praksis i forvejen er i det pågældende lokalområde.

En delvis lukning vil formentlig også reducere antallet af henvisninger til sygehusenes ambulatorier. Det skal dog understreges, at en sådan effekt også kan opnås ved en forbedret kommunikation mellem sygehusenes læger og de praktiserende læger.

Et andet spørgsmål er, om det nuværende antal praktiserende læger kan overkomme den øgede arbejdsmængde, som udlægningen af skadebehandling vil medføre, eller om det vil nødvendiggøre en forøgelse af antallet af praktiserende læger. Dette vil i stor udstrækning afhænge af omfanget af den skadebehandling, man overvejer at udlægge, men også af andre faktorer (hel/delvis lukning, inddragelse af vagtperioden, lokal organisation og struktur).

Disse betragtninger vedrørende fortsat beredskab i sygehusenes skadestuer/afdelinger, eventuelle reduktioner i antallet af ambulante ydelser og kravene til almen praksis gælder alle modeller for udlægning, som er beskrevet i dette afsnit.

Lukning af skadestuen i forskellige perioder af døgnet for fri visitation fra patienternes side

Som en variation over en total lukning af skadestuen/skadestuerne for den frie patientvisitation kan tænkes en delvis lukning.

Man kan overveje flere forskellige modeller:

- *Lukning af skadestuen i perioden 08-16*

Baggrunden for at pege på netop denne tidsperiode er dels, at halvdelen af skadestueforbruget ligger i denne periode, dels at der formentlig vil være muligheder for alternativ anvendelse af de frigjorte ressourcer, og dels at tidsperioden dækker de praktiserende lægers konsultationsåbningstid. Der åbnes således umiddelbart for muligheden af at kanalisere skadebehandlingen til almen praksis.

Imod en sådan ordning taler, at netop i denne tidsperiode findes lægerne tillige på hospitalet i deres dagarbejdstid, hvorfor man kunne argumentere for det hensigtsmæssige i at bibeholde skadebehandlingen i sygehusvæsenet i denne periode i stedet for yderligere at belaste de praktiserende læger.

- Lukning af skadestuen i perioden 16-08

Begrundelsen for at pege på denne tidsperiode er, at den dækker hele vagtperioden på sygehusene og tillige omfatter ca. halvdelen af skadestueforbruget, idet det dog skal understreges, at forbruget i perioden er meget ujævnt fordelt. Ordningen medfører, at almen praksis, og i denne situation vagtlægeordningerne, skal overtage skadebehandlingen, og man må således sikre sig, at de opstillede krav hertil opfyldes. Dette er ikke altid tilfældet på nuværende tidspunkt. Der er mangel på konsultationslokaler til skadebehandlingen først og fremmest i vagtordningerne i de større byområder, hvor overvejelserne om udlægning af skadebehandlingen umiddelbart skønnes mest relevant, skadestueforbruget taget i betragtning. De overenskomstmæssige rammer for at etablere dette er til stede i Landsoverenskomstens område.

De indtil nu beskrevne modeller for en hel eller delvis lukning af skadestuerne har umiddelbart den fordel, at de er rimelig lette at kommunikere ud til befolkningen ("Gå altid til din praktiserende læge", "Gå altid til din praktiserende læge i hans konsultationstid", "Kontakt altid vagtlæge, hvis du er syg eller kommet til skade").

Det modsatte kan siges om de efterfølgende modeller, hvor skæringspunkterne ligger et eller andet sted i vagtperioden:

- Lukning af skadestuen i perioden 08-20 (75-82%)
- Lukning af skadestuen i perioden 20-08 (18-25%)
- Lukning af skadestuen i perioden 08-24 (90-95%)
- Lukning af skadestuen i perioden 24-08 (5-10%)
- Lukning af skadestuen i perioden 16-24 (40-50%)

Baggrunden for at overveje disse modeller er fordelingen af skadestueforbruget i de enkelte perioder (disse andele er anført i procent bag de enkelte tidsperioder).

Det må helt afhænge af de lokale forhold, eksempelvis belastning og organisation, om disse modeller synes anvendelige. Modellerne kan eksempel-

vis overvejes, hvis kapacitetsgrænserne i et område er nået, og udbygning overvejes.

4.2.2. *Nedlæggelse afskadestuefr)*

En mere radikal model er, at man i et amt kun bibeholder én skadestue og helt nedlægger de øvrige.

Den tiloversblevne skadestue kan være åben for fri patientvisitation eller "lukket", altså kun åbent for lægehenviste og ambulancetransporterede patienter.

Overvejer man en sådan model, må man i første række se på de geografiske forhold, d.v.s. transportafstande for de sværere skader. Modellen vil således formentlig kræve et amt med et ret centralt placeret sygehus. Man må tillige overveje, om den tiloversblevne skadestue har tilstrækkelig kapacitet.

Fuldstændig nedlæggelse af en eller flere skadestuer vil på den ene side skabe større muligheder for nedlæggelse af funktioner i sygehusvæsenet eller alternativ anvendelse af de frigjorte ressourcer. På den anden side stiller modellen muligvis større krav til kapacitet m.v. i almen praksis.

Modellen vil kræve et stort oplysningsarbejde ved ordningens indførelse, og informationsarbejdet skal måske gentages med mellemrum, både over for befolkningen (tilflyttere) og det skadebehandlende personale (udskiftning).

4.2.3. *Rotationsordning mellem skadestuer*

I princippet kan alle de modeller eller foranstaltninger, der er omtalt under 4.2.1 og 4.2.2. arrangeres som rotationsordninger mellem et amts skadestuer.

I praksis må man nok pege på ordninger, som er overskuelige og anvendelige for alle parter i dagligdagen.

Realistiske ordninger kan være:

- lukkede skadestuer med skiftende vagt for et døgn ad gangen (vagt for modtagelse af lægehenviste og ambulancetransporterede patienter),
- lukkede skadestuer i dagtiden, skiftende vagt for modtagelse i vagttiden (for modtagelse af lægehenviste og ambulancetransporterede patienter).

Vagturnus skal formentlig ske efter et fastlagt rotationsskema (skiftende ugedage eller uger).

Modellen skaber på samme måde som modellerne beskrevet i afsnit 4.2.1. og 4.2.2. mulighed for at koncentrere belastningen og dermed beredskabet.

Modellen kan have praktiske vanskeligheder og kræver en meget bevidst informationspolitik, eksempelvis annoncering eller mulighed for oplysning hos Falck, vagtlæger eller sygehusenes telefonomstilling, det vil på de mindre sygehuse sige sengeafdelingerne.

4.3. Foranstaltninger i almen praksis

I forbindelse med de foranstaltninger, der er nævnt i 4.3.1., er der peget på kravene til almen praksis hvad angår udlægning i dagarbejdstiden. Det nuværende tilbud i dagarbejdstiden kræver ingen ændringer bortset fra eventuelt øget lægedækning.

Hvis man i et amt vælger at udlægge skadebehandlingen i vagttiden, er arbejdsgruppens forslag centreret om vagtordninger med praktiserende læger, omfattende adgang til konsultationslokale og suppleret med telefonvisitation.

Overvejelserne skal ses i relation til de principielt forskellige vagtordninger, som findes idag udenfor København, Frederiksberg og Amagerlandet:

- Mindre vagtlægeordninger med praktiserende læger (§ 46-vagtordninger).
- Store vagtlægeordninger med deltagelse af yngre hospitalslæger (§ 47-vagtlægeordninger).

København, Frederiksberg og Amagerlandet er uden for dagarbejdstiden dækket af en vagtordning overvejende med deltagelse af yngre hospitalslæger og uden konsultationsmulighed.

Det foreligger oplyst for arbejdsgruppen, at lidt over 80% af vagtlægeordningerne (ca. halvdelen af befolkningen) udenfor København, Frederiksberg og Amagerlandet er dækket af § 46-vagtordninger.

Disse ordninger forudsættes at have adgang til konsultationslokaler, hvorved de fysiske krav til at kunne udføre skadebehandling er til stede.

En opgørelse over § 47-vagtordningerne viser, at kun 50% af disse har adgang til konsultationslokaler. 20% af ordningerne er visitationsvagtordninger. At en vagtordning har adgang til konsultationslokaler er ikke i sig selv ensbetydende med, at ordningen er organiseret på en sådan måde, at den kan varetage skadebehandling.

Arbejdsgruppen vil pege på følgende:

§ 47-vagtordningerne får adgang til konsultationslokaler og i øvrigt organiseret på en sådan måde, at de kan varetage skadebehandling, f.eks. ved at blive omdannet til visitationsvagtordninger.

En visitationsvagtordning omfatter ideelt:

- en lægelig visitation af samtlige henvendelser til vagtordningen,
- mulighed for vejledning og rådgivning i telefonen,
- mulighed for undersøgelse og behandling i konsultationslokalet,
- mulighed for hjemmebesøg,
- mulighed for videre visitation til specialbehandling.

Den lægelige bemanning omfatter:

- én eller flere læger, der varetager visitations- og konsultationsfunktionerne og én eller flere læger, der varetager besøgsfunktionerne.

Fra efteråret 1984 foreligger det oplyst fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg, at 19% af § 47-vagtlægeordningerne har lægelig visitation. 168% af tilfældene findes den ikke, 14% er uoplyste. Der er tendens til, at flere og flere § 47-ordninger får lægelig visitation og konsultationslokaler.

Efter arbejdsgruppens opfattelse vil overvejelser af modeller i denne retning skulle omfatte både adgang til konsultationslokaler og lægelig visitation for at virke helt tilfredsstillende.

Alle ovenstående modeller ligger indenfor landsoverenskomstens rammer. Gennemførelse kræver udelukkende lokale aftaler. Modellerne vil derimod kræve ændringer i Københavnsoverenskomsten.

4.4. Sundhedspædagogisk indsats

Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at en sundhedspædagogisk indsats vil være et vældig godt middel i denne sammenhæng.

En sundhedspædagogisk indsats kan klargøre/undervise i:

- hvad patienterne selv kan klare,
- hvilke kategorier af skaden som de praktiserende læger kan klare/afhjælpe,
- hvilke kategorier af skader, som nødvendiggør besøg på hospitalernes skadestuer.

En sundhedspædagogisk indsats med oplysning/undervisning inden for disse områder kan udformes med forskellige indfaldsvinkler, som kan anvendes hver for sig, men som utvivlsomt vil have den største effekt ved at blive anvendt samtidig.

Det drejer sig om:

- fremstilling og uddeling af oplysende pjecer (husstandsomdeling),
- sundhedspædagogisk optræden fra det skadebehandlende personales side (gælder for begge sektorer),
- uddannelses tilbud til det skadebehandlende personale vedrørende sundhedspædagogisk indfaldsvinkel til skadebehandlingen.

En sådan indsats er løbet af stablen i Frederiksborg amt, hvor man udarbejder en pjec ud fra sådanne overvejelser. Pjecen blev husstandsomdelt. Desværre er det ikke muligt med sikkerhed at sige noget om effekten, idet en skadestue i samme periode blev lukket, (se 2.4.3.).

4.5 Afgift på visse former for skadebehandling i skadestuerne

Indførelse af patientbetaling af en eller anden størrelse ses ligeledes at være et middel til at stimulere patienterne til at søge behandling i almen praksis.

Afgiftssystemet skal således indrettes efter denne hensigt og følge nedenævnte retningslinier:

- afgiften skal omfattes af undersøgelser og/eller behandlinger, som skønnes at kunne udføres i almen praksis i både dagtid og vagttid.
- der skal aktuelt være mulighed for at få undersøgelse eller behandling udført.
- patienterne skal i døren til skadestuen oplyses om, at der er "gratis" behandling i almen praksis og at behandlingen i skadestuen skal betales.

Ulemperne ved modellen er, at afgiftssystemet strider mod det nuværende princip om gratis lægebehandling i det danske sundhedsvæsen og vil derfor ikke være umiddelbart anvendelig. Systemet rejser også praktiske vanskeligheder (klargøring i det aktuelle tilfælde af, hvad der kan færdigbehandles i almen praksis og lign.) og vil formentlig også i den aktuelle situation møde vanskeligheder fra patienternes side. "Nu er jeg kommet, hvorfor kan I så ikke behandle mig?", ligesom et afgiftssystem også vil stille krav om en vis administration.

5. Ressourcemæssige konsekvenser ved udlægning af skadebehandlingen til almen praksis

Arbejdsgruppen har i rapportens kapitel 4.4. redegjort for de forskellige faktorer, der har indflydelse på ressourceforbruget ved udlægning af skadebehandlingen.

De ressourcemæssige overvejelser er komplekse.

På den ene side vil en udlægning medføre øgede sygesikringsudgifter svarende til det forøgede antal skadebehandlinger i almen praksis og samtidig i nogle tilfælde medføre dobbelt-undersøgelser, når patienten efter primær visitation videresendes til skadestuen.

På den anden side synes en udlægning af skadebehandlingen at indebære en reduktion i den totale skadebehandling, et reduceret behov for ambulante efterbehandling på sygehusene og muligheder for, at supplerende undersøgelser udføres i dagtiden til forskel fra i vagttiden.

Det endelige ressourcemæssige facit er endvidere fuldstændigt afhængig af, om den frigjorte kapacitet i sygehusvæsenet bliver udnyttet til alternative formål eller kan nedlægges, d.v.s. konverteres til egentlige besparelser.

De økonomiske vurderinger kompliceres yderligere af, at en omlægning af lægevagten, så den kan fungere hensigtsmæssigt i forbindelse med skadebe-

handlingen (visitationsvagt med konsultationsfaciliteter), som afledt effekt har en omlægning af det øvrige vagtarbejde. Denne omlægning vil betyde, at en del af ydelserne konverteres til andre og billigere ydelsesformer.

Landsoverenskomsten for alment praktiserende læger indeholder i § 77 bestemmelser, som giver anledning til forhandling om ressourcetilførsel til almen praksis ved konstateret merarbejde.

Vurderet ud fra det nuværende almene lægeforbrug til skadebehandling og det nuværende skadestueforbrug kan det skønnes, at skadebehandling højst kan komme til at udgøre 2-3% af den samlede aktivitet i almen praksis.

I det følgende er der givet en oversigt over de spørgsmål, som man må gennemgå og bearbejde ved overvejelser om omlægning/samordning af skadebehandlingen i en amtskommune.

De overordnede spørgsmål vil være:

1. Hvor stor en del af skadestuernes skadebehandling vil man skønne maksimalt kan udlægges?
Spørgsmålet må vurderes for samtlige skadestuer i amtet.
2. Hvor stor en del af disse skader må antages at kunne overgå til egenbehandling i befolkningen?
3. Hvor stor en del af skadebehandlingen til herefter kunne udlægges til almen praksis?

For sygehusvæsenet skal herefter følgende spørgsmål overvejes:

1. Hvilken kapacitet kræver den resterende skadebehandling i skadestuerne?
Kan den eventuelt koncentreres på færre sygehuse?
2. Hvor mange skader må forventes at trække skadestuefaciliteter m.v. (f.eks. røntgenundersøgelser) efter primær visitation i almen praksis?
3. I hvilket omfang vil der ske reduktion i antallet af ambulante efterkontroller, røntgenundersøgelser, laboratorieundersøgelser og tilsyn med andre afdelinger o. lign.?
4. Frigøres lokaler, apparatur m.v., som kan anvendes til andre formål.
5. Hvor store besparelser vil der være på varer o. lign.?
6. Hvordan er skadestuearbejdet organiseret (fælles vagt o. lign.)?
7. Vil personaleforbruget falde, herunder udbetaling af ulempegodtgørelser?
Kan de frigjorte personaleressourcer anvendes til andre formål?

For almen praksis skal følgende spørgsmål overvejes:

1. Hvor stor en stigning vil der være i sygesikringsudgifterne dels til primær behandling, dels til kontrolbesøg?

2. Hvor stor vil stigningen i vareforbrug være?
3. Er den eksisterende kapacitet i almen praksis tilstrækkelig?
4. Er der behov for at omorganisere den eksisterende lægebetjening udenfor almindelig arbejdstid, og hvad vil konsekvenserne være af at etablere ændrede vagtordninger?
5. Vil der være transportudgifter til patienter, som viderevisiteres til skadestuerne?

For *de sociale myndigheder* må man overveje, om man ønsker at inddrage hjemmesygeplejen i større omfang og eventuelle udgifter hertil.

Ved *en sundhedspædagogisk indsats* må man vurdere udgifter ved denne indsats sammenholdt med den forventede effekt (egenbehandling, overflytning til almen praksis).

For *patienternes* vedkommende må man vurdere:

1. Mulighederne for et øget antal sygedage ved udskydelse af undersøgelser til den efterfølgende dag.
2. Eventuelle transportudgifter.
3. Ventetider.

6. Afsluttende bemærkninger

Arbejdsgruppen skal afslutningsvis understrege, at en endelig planlægning af varetagelse af skadebehandlingen i en amtskommune nødvendigvis må udarbejdes efter de lokale forhold, det være sig den tilrettelæggelse eller varetagelse, som finder sted idag, de forhold, som den aktuelle planlægning er udsprunget af og de muligheder, der lokalt findes for eventuel samordning og udlægning.

Som det fremgår specielt af rapportens kapitel 2 og 3 viser andelen af skadebehandling i de to sektorer idag en betydelig variation landet over. Behov for eventuelle tiltag i retning af udlægning vil som tidligere påpeget være af størst interesse i de områder, hvor andelen af skadebehandlingen i sygehusvæsenet er størst.

Bilag 4**ARBEJDSGRUPPEN
VEDRØRENDE PSYKIATRI****(Sammendrag)**

Medicinaldirektør Søren K. Sørensen har på samordningsudvalgets vegne anmodet psykiatarbejdsgruppen om at "opnå enighed om at formulere nogle anbefalinger på følgende punkter:

1. Hovedelementer i distriktspsykiatri
2. Behov, muligheder og krav til forsknings- og forsøgsarbejde vedrørende distriktspsykiatri og metoder til gennemførelse heraf."

På ovenstående baggrund har samordningsudvalgets psykiatriudvalg udarbejdet følgende notat.

Arbejdsgruppen skal henvise til det af Dansk Sygehus Institut (DSI) udarbejdede notat vedrørende distriktspsykiatri og iøvrigt anbefale, at DSI-notatet indgår som et bilag i samordningsudvalgets rapport.

Arbejdsgruppens medlemmer anbefaler dette notat over for samordningsudvalget, idet ingen har ønsket at afgive særudtalelser.

I arbejdsgruppen har følgende medvirket:

Overlæge Eskil Hohwy, psykiatrisk afdeling,

Horsens sygehus (formand)

Professor, overlæge Niels Reisby, Psykiatrisk hospital, Århus Overlæge Jørgen Fog, sundhedsstyrelsen

Speciallæge Anne Koch, Rødovre

Alment praktiserende læge Asger Thomsen, Holstebro

Alment praktiserende læge Steen Lasse Falhof, Bredsten

Amtssygehusdirektør Henning Willumsen, Ribe

Vicedirektør Åge Juul Nielsen, Odense kommune, Magistratens 3.afd. Cand. psych. Johnny Olsson, Centralsygehuset i Herning

Mag.scient.soc. Flemming Svejstrup, Sydjysk universitetscenter

Viceforstander Yrsa Andersen, Frederiksborg amts centralsygehus, Hillerød

Sygeplejerske Jette Antonsen, Vesterbroprojektet, Set. Hans hospital

Socialrådgiver Elsebeth Mortensen, Institut for socialvidenskab,

Roskilde Universitetscenter.

Mag.scient.soc. sygeplejerske Lis Adamsen, Dansk Sygehus Institut (sekretær). Sekretariatsfunktionen har været henlagt til Dansk Sygehus Institut.

Arbejdsgruppen har på et tidligt tidspunkt drøftet spørgsmålet om børnepsykiatri samt vurderinger af økonomiske konsekvenser af arbejdsgruppens for-

slag, men arbejdsgruppen har som det fremgår af notatet helt afholdt sig fra at udtale sig herom.

Arbejdsgruppen skal anbefale, at samordningsudvalget over for de forskellige implicerede parter i sundhedsvæsenet og i den sociale sektor anbefaler, at man "indretter" psykiatrien efter de retningslinjer, der er angivet i dette notat, idet det er arbejdsgruppens opfattelse, *at distriktspsykiatri ikke bør være noget ved siden af det eksisterende psykiatriske behandlingssystem, men bør være en angivelse af de principper, hvorefter det distriktspsykiatriske behandlingssystem bør indrettes i fremtiden.* Der er to formål, som har været centralt placeret i arbejdsgruppens arbejde:

1. at udarbejde forslag, der kan bedre vilkårene for de psykiatriske patienter, såvel hvad angår *behandlingsform* som *behandlingsindhold*,
2. at udarbejde forslag, således at vilkårene for de mere "traditionelle" grupper af psykiatriske patienter forbedres, samtidig med at andre mennesker med psykiske problemer får forbedret behandlingstilbuddet.

Indholdet i distriktspsykiatrien er kendetegnet ved et nuanceret udbud af behandlingstyper, hvor forskellige former for psykiske problemer i befolkningen imødekommes med forskellige former for indsats fra social- og sundhedssektoren. Hovedindholdet i distriktspsykiatrien er således en ændring af både *behandlingstilbud* og *behandlingsindhold*.

De psykiatriske behandlingsformer i dag viser et meget varieret billede. Nærværende notat fokuserer på udviklingstendenser inden for *sundhedssektoren*. Inden for *socialsektoren* forekommer imidlertid en lang række aktiviteter, hvis formål er at styrke befolkningens sociale netværk også i relation til klienter med psykiske problemer. Den distriktspsykiatriske virksomheds afgrænsning fra socialt arbejde er ikke helt klarlagt. Social- og sundhedssektorens samlede indsats over for mennesker med psyko-sociale problemer må analyseres i en helhed.

Der findes *ingen* entydig opfattelse af, hvorledes man definerer begrebet distriktspsykiatri. Arbejdsgruppen vil pege på en række *hovedelementer*, som er indeholdt i den distriktspsykiatriske tankegang.

Hovedelementer i det distriktspsykiatriske arbejde kan henføres til følgende 7 principper:

- geografisk nærhed mellem patient og behandler,
- afinstitutionaliserende behandling,
- kontinuitet i patient/behandler forholdet,
- samarbejde mellem sektorerne omkring patientbehandlingen,
- tværfaglig behandlingsindsats,
- forebyggende indsats,
- forskning/evaluering.

1. *Geografisk nærhed* mellem patient og behandler.

Formålet er dels at give lettere adgang til forskellige former for psykiatrisk og/eller social indsats, dels at patienterne kan forblive i deres lokalmiljø, og endelig at etablere klient/patientfælleskab mellem social- og sundhedssektoren. Ved at decentralisere indsatsen reduceres det antal behandlere, der har med den enkelte patient at gøre og derved antallet af nødvendige samarbejdspartnere. I de forskellige forsøgsordninger, der eksisterer har det vist sig, at et befolkningsgrundlag på ca. 30.000 personer passer meget godt til et behandlerteam på mellem 8 og 12 personer (excl. plejepersonale).

2. *Så lidt institutionaliserende som muligt.*

Behandlingen bør tage udgangspunkt i patientens egne miljømæssige og *familiemæssige* forudsætninger. Dette medfører en helhedsbetragtning på patienten, hvor symptom/problem ses i sammenhæng med den sociale (økonomiske, arbejdsmæssige og boligmæssige) og familiære virkelighed, som patienten er den del af. Herunder de sociale relationers (netværkets) betydning, for at patienten kan fungere som socialt individ. Behandlingen bør derfor tilrettelægges med henblik på at indlæggelse så vidt muligt undgås, idet ambulante behandling, hjemmebesøg m.v. bør foretrækkes.

Det er imidlertid vigtigt ud fra en helhedsbetragtning på den samlede psykiatriske indsats at fastholde, at de psykiatriske afdelinger fortsat vil have vigtige opgaver at løse også efter indførelsen af fuldt udbygget distriktspsykiatri. En udbygning af den praktiserende læges psykiatriske arbejde gennem undervisning og supervision vil betyde, at patienter med lettere psykiske lidelser vil få en bedre og mere sufficient behandling end i dag, hvor de ofte sendes til undersøgelser hos en række forskellige speciallæger eller indlægges på somatiske hospitalsafdelinger. Dette vil ikke betyde nogen aflastning af de psykiatriske afdelinger, eftersom disse patienter kun sjældent indlægges. Imidlertid er det centralt for den distriktspsykiatriske tænkning at pege på, at en række af de patientgrupper som i dag indlægges (patienter som er i forbigående psykiske eller sociale krisesituationer, misbrugsproblemer m.v.) mere hensigtsmæssigt vil kunne behandles ambulant.

3. *Kontinuitet i patient/behandlerforholdet.*

Det er nødvendigt med trygge relationer og et tillidsforhold mellem patient og behandler. Det må tilstræbes, at de samme behandlere følger patienten gennem hele behandlingsforløbet. Eksempelvis må behandling under indlæggelse og ambulante behandling foretages af den samme fagperson/team.

4. *Samarbejdet mellem sektorerne omkring patientbehandlingen*

Tætte samarbejdsrelationer mellem den primære sundhedstjeneste, de psykiatriske speciallæger, sygehussektoren og den sociale sektor er en nødvendighed. I relation hertil vil gensidig rådgivning og *supervision* samarbejdspartnere imellem ligeledes være nødvendig. Det har ofte vist sig vanskeligt at tilvejebringe et effektivt samarbejde mellem det distriktspsykiatriske team og den lokale social- og sundhedsforvaltning. Baggrunden herfor kan dels være

det meget store antal medarbejdere i socialforvaltningen i forhold til antal medarbejdere i det distriktspsykiatriske team, samt at det kun meget få steder er lykkedes at tilvejebringe det *patient/klientfællesskab*, som er en nødvendighed for det optimale samarbejde. Ofte er patient/klientinddelingerne forskellige og arbejdsgruppen må anbefale, at et *fællesskab* mellem klienter/patienter etableres mellem de forskellige sektorer. Arbejdsgruppen vil foreslå en omstrukturering, således at klient/patientfællesskab kan opnås. Det er et problem fra begge sektors side, at der ikke sker en systematisk udvikling af *information* mellem de to systemer. Gensidig *supervision* mellem faggrupperne i sektorerne er væsentlig, således både i relation til det konkrete patient/klientarbejde, og i relation til at fremme den tværfaglige forståelse mellem sektorerne.

5. Tværfaglig behandlingsindsats

Det tværfaglige samarbejde er en naturlig forudsætning for en helhedsbetragtning på patientens samlede situation og for at opnå kontinuitet i rådgivnings- og behandlingsarbejdet. Den tværfaglige behandlingsindsats giver en mere *nuanceret* indfaldsvinkel på og dermed en behandlingsmæssig tilpasning til den enkelte patients/ klientens specifikke problem. Det distriktspsykiatriske team tænkes sammensat af de traditionelle uddannelser inden for sundheds- og socialektoren. I fremtidens distriktspsykiatriske ordninger må inddrages relevante nyere uddannelser. I et tværfagligt arbejde kan der være en tendens til, at personalegrupperne *ikke* holder fast i deres egen faglige profil og undlader at udvikle og forbedre denne. Det må derfor pointeres, at i de fagligt bredt sammensatte teams må tværfagligheden ikke bestå i faglig ensliggørelse, derimod i en tværfaglighed, hvor man kender til, "lapper ind over" og supplerer hinandens kvalifikationer og viden. Forudsætningen for tværfaglig/ flerfaglig indsats er et *øget* og *ændret* kvalifikationsmæssigt niveau for samtlige implicerede personalegrupper. Arbejdsgruppen skal anbefale at personalet organiseres i tværfaglige teams.

6. Forebyggende indsats

Den forebyggende indsats inden for det psykiatriske område må indeholde følgende elementer: at hindre psykiske sygdomme i at komme til udbrud, at udbrede viden i befolkningen om årsagen til de psykiske problemer, og at rådgive om forskellige former for social- og sundhedsmæssig indsats i relation hertil. At tage forebyggende initiativer, der tilstræber en tidlig sygdomsopsporing bl.a. gennem opsøgende arbejde i lokalmiljøet, og endelig at tage initiativer, der forsøger at forhindre tilbagefald i sygdom og eventuelle genindlæggelser af patienter. I den samlede distriktspsykiatriske indsats er socialt netværksarbejde et betydeligt element. I socialpsykiatrisk arbejde er en lokal-samfundsanalyse med afdækning af lokalsamfundsproblemer og ressourcer et nødvendigt arbejdsredskab. En virkelig fornyelse, som vil få afgørende konsekvens for befolkningens sundhedsmæssige situation og dermed for belastningen af sygehussektoren, vil først indtræffe, når elementet *forebyggelse* ind-

går i den distriktspsykiatriske praksis som en omfattende aktivitet på lige fod med behandlingsarbejdet.

7. *Forskning/evaluering*

Et væsentligt element i distriktspsykiatriske forsøgsordninger bør være *forskning*, som kan have mange forskellige formål og indfaldsvinkler. En del af forskningen må indeholde en belysning af selve *årsagsforholdet* dvs. sammenhænge mellem samfundsforhold og psykiske problemer, men herudover må analysen beskrive og vurdere de forskellige former for sundhedsmæssige og sociale indsatsers betydning for befolkningens vilkår på det lokale plan. Foruden disse enkeltstående *vurderinger* af de forskellige typer af psykiatriske/distriktspsykiatriske behandlingsindsatser bør der arbejdes med en *kontinuitet* og *samordning* af forskningen som helhed. Der er et stort behov for evaluering og forskning vedrørende distriktspsykiatri og andre psykiatriske behandlingsformer. Arbejdsgruppen skal anbefale, at der i sundhedsstyrelsens regie bliver nedsat et særligt *udvalg* til udarbejdelse af mere detaljerede forslag til *evaluering*. Evalueringen bør fremover indeholde både "hårde data" (indlæggelser, sengedage m.v.) og såkaldte "bløde data" (f.eks. patient- og personaleudsagn). Der eksisterer ikke en pålidelig statistik vedrørende *ambulanteydelser*. En registrering af ambulante ydelser må anses for at være en *conditio sine qua non* for en vurdering af distriktspsykiatriske ordningers *effektivitet*. Det skal bemærkes, at der er et særligt *problem* vedrørende en ambulant registrering, fordi denne også skal kunne indeholde *forløb*, altså en vurdering af behandlingsperioder, midlertidig indlæggelse i perioden m.v.

Det skal endvidere anbefales, at der indsamles og videreformidles erfaringer fra de forskellige forskningsresultater og evalueringer. Evalueringen/vurderingen af selve behandlingsindsatsen over for folk med psykiske problemer bør indgå som en selvfølgelig og uadskillelig del af selve det daglige arbejde. Uden en vurdering kan man ikke bedømme, om behandlingsindsatsen har nået sit mål og har været anstrengelser og omkostninger værd. Vurderingen af det distriktspsykiatriske arbejde har *to sider*, dels vurderingen af det *enkelte projekt*, dels en *sammenfatning* af landsdækkende erfaringer og formidling af disse erfaringer. Evaluering af et distriktspsykiatrisk projekt vil kunne have følgende aspekter: beskrivelse af udgangsposition før projektet iværksættes. (Status over sygdomsmønster, samarbejdsrelationer, sociale strukturer etc.), kontinuerlige forløbsstudier i projektperioden vedrørende sygdomsmønster, samarbejdsrelationer, behandlingstilbud m.v., forskning vedrørende sociale forholds betydning for udvikling af psykiske lidelser. Beskrivelse af processer, som sættes i gang af projektet, økonomiske analyser og endelig *formidling* af projektets resultater.

Der er endnu ikke generelle konklusive erfaringer vedrørende distriktspsykiatri, hverken hvad angår patienternes *udbytte* af de nye former for behandling/indsats, eller for så vidt angår de *økonomiske* konsekvenser af nye behandlingsprincipper. Som tidligere nævnt må der fremover opbygges en ens-

artet registrering af de nye typer psykiatrisk virksomhed. Fremtidens distriktspsykiatri må *intensivere* indsatsen vedrørende *forskning* og *evaluering* og man bør arbejde på en koordinering og samordning af forskningen som helhed. Arbejdsgruppen foreslår nedsættelse af en *arbejdsgruppe* i sundhedsstyrelsen med følgende opgave/kommissorium:

- at udarbejde forslag til, hvorledes man på landsplan kan registrere *ambulante psykiatriske* ydelser,
- at udarbejde forslag til indsamling af erfaringer og redegøre for forskning og samordningen af forskningen inden for de distriktspsykiatriske ordninger,
- at udarbejde forslag til hvorledes forskningsresultater m.v. formidles til omverdenen,
- at udarbejde forslag til tværsektorale (sundheds- og socialsektor) samarbejds mønstre ved etablering og evaluering af forsøgsinitiativer. Endelig skal arbejdsgruppen anbefale,
- at der etableres en *forsøgs- og forskningsfond*, som skal medvirke til at stille ressourcer til rådighed for såvel drift som evaluering af forskellige typer af forsøgsordninger, samt udføre koordinerende forskningsmæssige funktioner.

Praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger

Det må pointeres, at der stadig vil være en del patienter, som ikke ønsker anden form for psykiatrisk behandling, end den der gives af en praktiserende speciallæge. For patienten og den henvisende læge er speciallægepraksis således et *alternativ*, mens det som system betragtet er et *supplement*. Psykiatrien bør som helhed indrettes efter distriktspsykiatriske principper, men der må samtidig eksistere en mulighed for at blive henvist til praktiserende speciallæge. Der bør *overenskomstmæssigt* gives mulighed for honorering af både *rådgivende* og *superviserende* funktioner. Disse forhold gælder både for de alment praktiserende læger og for speciallægerne. Man skal således anbefale, at der overenskomstmæssigt (i speciallægeoverenskomsten og i overenskomsten for alment praktiserende læger) skabes mulighed for at de alment praktiserende læger og speciallægerne kan integreres i *samordnende* aktiviteter.

Ressourcer til social- og sundhedsforvaltningen

Vedrørende personalet i social- og sundhedsforvaltningen gælder, at arbejdet vedrørende distriktspsykiatrisk samordning ligger inden for normal arbejdstid. Der må derfor afsættes ressourcer til, at den enkelte medarbejder udover det daglige klientarbejde kan udføre samordnende arbejdsopgaver helst på et højere kvalitativt niveau end nu.

Efter- og videreuddannelse

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der ved tilrettelæggelsen af distriktspsykiatriske ordninger også må ofres opmærksomhed og ressourcer på *plejepersonalets uddannelse* samt på at forsøge at integrere plejepersonalet i nogle af de udadgående aktiviteter. Endvidere skal der peges på, at man i forbindel-

se med indførelse af distriktspsykiatriske principper og ordninger må tilgode-se behovet for *supervision* internt i teamet og at *øge* teamets uddannelses- og kvalifikationsniveau generelt. Ambulant psykiatrisk og social indsats *på egen hånd* ude i distriktet kræver øget uddannelsesniveau. Forudsætningen for at udføre denne funktion er udvikling af både bredere og højere kvalifikationsmæssigt grundlag. Vedrørende efter- og videreuddannelsessituationen som helhed vil arbejdsgruppen foreslå, at man gør forsøg med *rotationsordning*.

Ændrede behandlingsformer

I distriktspsykiatrien vil der skulle tilstræbes såvel en forandret *behandlingsform* som et noget andet *behandlingsindhold*. Med hensyn til *behandlingsformen* indebærer de *ambulante* behandlingsformer bl.a.: hjemmebesøg, rådgivning og såkaldt netværksterapi med behandlingsaktiviteter særligt rettet imod patientens omgivelser. Med hensyn til en *individorienteret* behandling vil denne kun delvis være anderledes end hidtil. Arbejdsgruppen ønsker at fremhæve, at distriktspsykiatri ikke er en præcis afgrænset form for indsats, men en bred vifte af differentierede tilbud, som samordnet modsvare de behov, der utrykkes af de psykiatriske patienter/klienter med psykiske problemer.

Sengeafdelinger

Vedrørende integration af sengeafdelinger vil arbejdsgruppen pege på, at af hensyn til kontinuiteten i og kontakten mellem patienter og behandler må den enkelte distriktspsykiatriske ordning også råde over psykiatriske hospitalsenge, for hvilke det distriktspsykiatriske team er ansvarlig.

Kroniske patienter

I forbindelse med de patienter, der tidligere var permanent indlagte i psykiatriske hospitalsafdelinger, og som nu behandles uden hospitalsindlæggelse, har det vist sig, at disse kroniske patienter ikke får et tilstrækkeligt behandlingstilbud. De kroniske patienter får økonomisk hjælp, har tag over hovedet og får den nødvendige medicinske behandling, men herudover er deres tilværelse for indholdsløs. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der i forbindelse med indførelse af distriktspsykiatriske ordninger samtidig må indføres *halvvej sinstitutioner*, værksteder, kontaktsteder, lokaliteter med mulighed for beskæftigelse "Fountain-House", erhvervstilbud, beskyttede arbejdspladser, bofællesskaber m.v.

Bilag 5

KORTFATTET OVERSIGT OVER TILSTANDE HVIS BEHANDLING SKAL VARETAGES I SYGEHUSREGIE

Indledning

I dette bilag beskrives kort de lægelige og patientsikkerhedsmæssige hensyn, som er afgørende for om behandling m.v. kan finde sted i eller uden for sygehusvæsenet, endvidere for hvert speciale en liste over tilstande, hvis behandling skal finde sted i sygehusregie, uanset hvilke behandlings-, pleje- og støttemuligheder, der måtte blive etableret i primærsektoren.

Generelt kan siges, at det i højere grad er patientens medicinske og plejemæssige behov, samt sociale forhold end sygdommens navn (diagnose), som afgør, hvor behandlingen skal finde sted. Den enkelte diagnose repræsenterer således i mange tilfælde et bredt spektrum fra meget banale til stærkt komplicerede og livstruende tilstande, ligesom den enkelte patients samlede sociale situation vil være afgørende for, om patienten kan behandles ambulant.

Anæsthesiologi

Opgaver som skal varetages i sygehusvæsenet:

- Intensiv terapi,
- kirurgisk anæsthesi (afhængig af det kirurgiske indgrebs karakter og patientens hjerte-lungetilstand)
- smertebehandling, hvor bred diagnostisk og tværfaglig ekspertise er nødvendig.

Afgørende for en eventuel varetagelse af anæsthesiologiske opgaver uden for sygehusvæsenet er især det kirurgiske indgrebs karakter. Endvidere generelt om opvågningsforholdene er tilfredsstillende, samt det forhold, at der ved ambulant fuld bedøvelse må være mulighed for observation natten over for de ca. 8-10% af patienterne, hvor dette behov erfaringsmæssigt opstår.

Gynækologi/obstetrik

Opgaver som bør varetages i sygehusvæsenet:

- Større operative indgreb som kræver anæsthesi, blodbankservice, længe-revarende post-operativ observation eller specielt apparatur,
- overordnet hormonstimulationsbehandling, idet dette kræver daglig kontrol og kostbare hormonanalyser,

- kræftbehandling og behandling af de svære former for forstadier til kræft,
- lidelser som er så sjældne, at de bør begrænses til få steder i landet,
- abortus provocatus efter 6. til 8. uge.

Lovgivningen giver ikke mulighed for at udføre aborter uden for sygehuse, men ud fra lægelige hensyn kunne de tidlige aborter foretages i praksis.

Intern medicin

For de medicinske sygdommes vedkommende gælder, at diagnosen i sig selv oftest ikke er afgørende for, om ambulans behandling er hensigtsmæssig. Det er den aktuelle kombination af grundsygdom, stadium i forløbet, tilstand og sociale ressourcer, der er det afgørende.

Nedenstående lidelser kræver indlæggelse på sygehus i den første fase. Derefter vil patienterne i vid udstrækning kunne behandles videre i hjemmet af den alment praktiserende læge i samarbejde med praktiserende speciallæge eller sygehusets speciallæger.

- akutte hjertetilfælde med mistanke om myocardiemyokardieinfarkt (blodprop i hjertet) eller lungeødem (vand i lungerne),
- akutte livstruende lidelser, som f.eks. coma diabeticum (syreforgiftning og bevidstløshed hos sukkersygepatienter) og terminal uræmi (slutstadiet af nyreinsufficiens),
- visse akutte infektionssygdomme som f.eks. meningitis. Disse sygdomme vil iøvrigt også kræve isolation.
- visse blodsygdomme som akut og kronisk leukæmi, akut nedbrydning af de røde blodlegemer, akutte blødningssygdomme og tilsvarende livstruende hæmatologiske lidelser,
- visse svære mave-tarmlidelser som f.eks. colitis ulcerosa (kronisk tarmsygdom med sår dannelse og blødning),
- visse akutte cerebrovasculære lidelser (karlidelser i hjernen) herunder hypertensiv encefalopathi,
- visse kræftlidelser, hvor diagnosen dog ofte kan stilles af praktiserende speciallæge ud fra foretagne laboratorie- og røntgenundersøgelser,
- visse sygdomme der kræver undersøgelse med særlig dyrt apparatur eller diagnostiske indgreb, der kræver sengeleje og overvågning som f.eks. CT-scanning, arteriografier, lever- og lungebiopsi m.m.

Reumatologi

Størstedelen af patienter med sygdomme i bevægeapparatet vil kunne behandles uden for sygehusvæsenet, hvadenten det drejer sig om akutte eller kroni-

ske tilstande. I visse tilfælde vil der imidlertid for kortere perioder være behov for indlæggelse. Det drejer sig om følgende grupper:

- vurdering og behandling af tilfælde med stor sygdomsaktivitet samt tilfælde med kronisk invaliderende forløb,
- tilfælde hvor aflastning er nødvendig,
- visse tilfælde med stærke smerter
- visse patienter med svære handicap,
- hvor kompliceret differentialdiagnostiske overvejelser kræver særligt apparatur eller mange specialers medvirken,
- tilstande med komplicerende organmanifestationer,
- sjældne sygdomme som kræver ekspertise på landsplan,
- visse patienter med behov for rehabilitering.

Kirurgi

Også her gælder det, at det er patientens samlede tilstand, der afgør, hvor den kirurgiske undersøgelse eller behandling mest hensigtsmæssigt kan finde sted.

Tilstande, som kræver behandling i sygehusregie, er følgende:

- akutte sygdomstilfælde,
- patienter med komplicerende lidelser,
- indgreb, der kræver fuld bedøvelse vil normalt skulle foretages på sygehus,
- indgreb som kræver blodtransfusioner,
- indgreb hvor der er særlig risiko for komplikationer i form af blødning, betændelse, hævelse, bristning af sår, og hvor der derfor kræves nærmere observation, sengeleje, immobilisation etc.

I de tilfælde, hvor de kirurgiske indgreb ud fra lægelige hensyn fuldt vel kan foretages ambulantly, er patientens accept af dette en væsentlig forudsætning for, at indgrebet kan gennemføres forsvarligt og uden unødigt ængstelse.

Neuromedicin

En meget væsentlig del af disse speciales undersøgelser og behandling foregår allerede nu i ambulantly regie enten i sygehusambulatorier eller hos praktiserende speciallæger.

Tilstande, som imidlertid må kræve sygehusindlæggelse, er følgende:

- tilfælde, hvor diagnosticeringen indebærer anvendelse af særligt apparatur og/eller sengeleje,
- uafklarede diagnostiske tilfælde, hvor observation døgnet rundt er nødvendig,
- hvor neuropsykologisk undersøgelse er nødvendig,
- diagnosticering eller behandling af visse svært handicappede,
- behandling, som kræver fast sengeleje,
- behandling som nødvendiggør observation døgnet rundt,
- patienter indlagt til afvænningsbehandling.

Ortopædisk kirurgi

Ud fra princippet, at den der starter behandlingen sædvanligvis skal videreføre den, vil den akutte ortopædkirurgi med den nuværende speciallægepraksisstruktur fortsat skulle varetages af skadestuerne og hospitalsafdelingerne. En stor del af den ikke-akutte ortopædkirurgi vil imidlertid meget vel kunne behandles ambulant hos bl.a. praktiserende speciallæge. Følgende grupper bør dog fortsat behandles i sygehusregie:

- akut ortopædkirurgi,
- børneortopædi,
- tumorer,
- ryglidelser med komplikationer for nervesystemet
- ryglidelser som kræver aktiv korrigerende behandling,
- svære skadefølger med behov for ledreduktioner eller korrektion af fejlstillinger,
- tilstande som kræver komplicerede undersøgelsesmetoder, anvendelse af højteknologi eller involvering af mange specialer.

Psykiatri

Afgrænsningen af hvad der kan behandles inden eller uden for sygehusvæsenet sættes heller ikke her primært af diagnoserne, men af følgende forhold:

- behandlingsformer, idet eksempelvis miljøterapi og særlige pædagogiske foranstaltninger ikke kan etableres i speciallægepraksis,
- nødvendigheden af konstant eller langvarig opsyn og overvågning,
- behov for intensiv daglig behandling,

- behov for samarbejde mellem flere specialer med henblik på undersøgelse eller behandling,
- patientens stabilitet og forhold til behandlingen,
- visse af de sværeste psykiske lidelser vil kræve kortvarige indlæggelser,
- visse patienter i akutte krisesituationer,
- aftrappings- og abstinensbehandling,
- retspsykiatriske opgaver,
- visse sociale opgaver,

løvrigt henvises til det særlige notat fra arbejdsgruppen vedrørende psykiatri (appendix).

Pædiatri

For dette speciales vedkommende gælder også, at forhold som sygdommens sværhedsgrad, barnets alder og de sociale forhold ofte vil være den afgørende faktor i beslutningen om, hvor undersøgelse eller behandling bedst kan finde sted.

I følgende tilfælde bør indlæggelse på børneafdeling finde sted:

- nyfødte med behov for observation, behandling og pleje,
- børn med akutte sygdomme som kræver intensiv overvågning og behandling,
- børn med lidelser som kræver operation eller komplicerede undersøgelser i fuld bedøvelse,
- børn med visse former for epileptiske anfald, som kræver observation,
- børn med komplicerede sygdomme, som kræver diagnostik og behandling i samarbejde med flere specialer,
- børn med sygdomme som kræver observation af barnet uden for dets hjemlige miljø.

Dermato-venerologi

Praksissektoren varetager traditionelt den overvejende del af patienter med hudlidelser og kun i undtagelsestilfælde er det nødvendigt at viderehenvise patienterne til indlæggelse i sygehus.

Dette drejer sig om følgende:

- tilstande som kræver komplicerede diagnostiske procedurer med involvering af flere specialer,

- sygdomme som kræver specialbehandling i form af eksempelvis PUVA,
- visse former for røntgenbehandling
- kemoterapi,
sygdomme, hvor der er indtrådt alvorlige akutte komplikationer, forandringer over store hudpartier, påvirkning af knoglemarven m.v.
- visse alvorlige sygdomme, som kræftsygdomme i huden,
- svære tilfælde af visse bindevævssygdomme med organmanifestationer,
- svære tilfælde af visse bakterie- og virusinfektioner,
- komplicerede tilfælde af veneriske sygdomme.

Oftalmologi

Et speciale, som traditionsmæssigt i høj grad varetages af praktiserende speciallæger.

Følgende tilfælde kræver indlæggelse:

- okulære operationer,
- større øjenlåsoperationer,
- tilfælde som kræver specielt apparatur som laserudstyr, fluorescensgrafi m.v.,
- tilfælde med komplicerende lidelser.

Oto-rhino-laryngologi

Specialet klarer i dag undersøgelse, observation og behandling af størstedelen af patienterne i speciallægepraksis, men følgende sygdomme vil kræve indlæggelse:

- akutte svære sygdomstilfælde som kræver kompliceret diagnostik med involvering af apparatur og mange specialer,
- alvorlige medicinske sygdomme med manifestationer i øre-næse-hals,
- visse akutte og ikke-akutte lidelser som kræver mere omfattende kirurgisk indgreb i mund eller på hals.

LITTERATURFORTEGNELSE

Kapitel I:

Perspektivplanredegørelse 1972-1987 (P.P.II)
Statens Trykningskontor, 1973.

Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse, afgivet af det af indenrigsministeren den 22. november 1974 nedsatte udvalg.

Statens Trykningskontor, 1977. (Betænkning nr. 809).

Kapitel II:

"Health for All by the Year 2000" (HFA 2000). Måldokument for Europa udarbejdet på basis af WHO-resolution fra maj 1977.
Geneve 1978-1982.

Budgetredegørelse 1985.
Budgetdepartementet, 1985.

Kapitel III:

"Københavnerrapporten". Sociale og sundhedsmæssige udgiftsbehov.
Af Bent Rold Andersen m.fl.
AKF's Forlag, 1985.

Statistiske oversigter IV: 1:1985.

Sygehusstatistik II
Aktiviteten i sygehusvæsenet.

Sygehusstatistik II
Forbruget af somatiske sengepladser.

Kapitel IV:

Redegørelse af 1980 vedrørende forsøgsordning:
Speciallægerne Hus i Århus. Udarbejdet af en særligt nedsat arbejdsgruppe.

Dansk Sygehus Institut. Projektrapport 83.03.
Nye veje for den primære sundhedstjeneste? Kortlægning af forsøgsvirksomhed i Danmark.
København 1983.

Kapitel V:

Helseplan for 1980-åra. Omlegging og udvikling.
Udarbejdet av Jan Grund m.fl. Oslo, Gyldendal
Norsk Forlag, 1982.

Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. Udarbejdet i socialstyrelsen efter anmodning fra et stående udvalg under socialdepartementet, Sthlm. Socialdepartementet, 1984.

Sundhed for alle i år 2000. WHO's sundhedspolitiske mål for Europa. En dansk introduktion. Vagn Christensen og Claus Lundstedt. Indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen, 1985.

Kapitel VI:

Svangerskabshygiejne og fødselshjælp. Sundhedsstyrelsens retningslinier af 26. marts 1985 for svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

Behandlingsprogram om sukkersyge 1977, senere behandlingsprogrammer vedrørende andre sygdomme udarbejdet på baggrund af forudsætninger opstillet af "Sjukvården och Social vårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut" (SPRI).

Praktisk-kliniske problemer ved diagnose og behandling af ulcus duodeni og ulcus ventriculi.

En rapport af Daniel Andersen m.fl. Ugeskr. Læg. 1984:146:1055-57.

Hypertension. Diagnose og behandling. Af Jørn Giese m.fl. Ugeskr. Læg. 1984:146:2405-2413.

Shuttle case records.

Jannie M. Beyer, Kim Hørslev-Petersen og Pekka Helin. Brit. Med. J. 1985:290:677-80

Finländska erfarenheter av vårdprogram.

Mats Brommels. Nord. Med. 1985:100(3):90-91

Reumatologisk vandrejournale. Bindeled mellem socialafdeling og praksis.

P. Skjødt, P. Helin, K. Hørslev-Petersen, J.E. Benthien. Ugeskr. Læg. 1982:144:1067-1068.

Behandlingsprogram - klinisk frihet och hälsopolitiskt ansvar. Nord. Med. 1985:100(3):89-90.

Kapitel VII:

Børnekommissionens betænkning. (Betænkning nr. 918) Direktoratet for statens indkøb, 1981.

"Dansk pædiatri frem til år 2000" udarbejdet af et udvalg nedsat af Dansk pædiatrisk selskab i 1983.

Ressourceanvendelse i sygehusvæsenet - et idékatalog. Sundhedsstyrelsen, 1980.

*En fremtidig ungdomspolitik. Afsluttende betænkning fra Regeringens Ungdomsudvalg. (Rapport nr. 4).
Direktoratet for Statens Indkøb, 1984.*

Kapitel VIII:

Undersøgelse i den primære sundhedstjeneste III. Alment praktiserende læger. Undersøgelse foretaget af Institut for Almen Medicin, Københavns Universitet og Socialforskningsinstituttet i 1976/77 vedrørende kortlægning af ydelser og henvisninger i almen praksis i 3 forskellige sygesikringskommuner ved Birthe Frimodt-Møller.

Socialforskningsinstituttet. Publikation nr. 119.

"Rødovreprojektet".

Udgivet og udarbejdet af Rødovre kommune i maj 1985.

Betænkning vedrørende koordineret forundersøgelse fra 1971, udarbejdet af Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af overlæger i provinsen.

Betænkning om planlægning for almen lægepraksis fra 1980. Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af socialministeriet.

Kapitel IX:

"Status og perspektiver i obstetrik og gynækologi, 1984". Udarbejdet af Dansk selskab for obstetrik og gynækologi.
Lægeforeningens forlag 1985.

"Redegørelse for dansk pædiatri frem til år 2000".

Udarbejdet af Dansk pædiatrisk selskab i 1984.

Kapitel X:

Beretning om virksomheden i 1983.

Københavns kommunes sundhedsdirektorat.

Meddelelser fra Københavns amtskommunes sundhedsafdeling til sundhedsstyrelsen, april 1984.

Rapport over projektfase 1: "Laboratiemæssig information i den primære sundhedstjeneste, Fyns amtskommune 1985".

Rekommendationer for rationel anvendelse af cervix cytologi som forebyggelse mod cervixcancer.

Af Arne Berget m.fl.

Ugeskr. Læg. 1982:144:3435-3436.

Konsekvenser af et abnormt fund ved røntgenundersøgelse af ventrikel og duodenum.

C. Bekker, P.E. Rørbæk Madsen, R. Sanchez m.fl.

Ugeskr. Læg. 1983:145:3085-90.

Noter om laboratorieydelse under sygesikringen, april 1984, Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Betænkning vedrørende den klinisk kemiske betjening i Københavns amtskommune.

Direktoratet for Københavns amts sygehuse, 1977.

Kapitel XI:

Spørgeskemaundersøgelse vedrørende kortlægning af igangværende og planlagte aktiviteter i sygeplejen. Udarbejdet december 1984 af Dansk Sygeplejeråd efter opfordring fra samordningsudvalgets sekretariat.

Sygeplejerskens virksomhedsområde. Statusdokument.

Dansk Sygeplejeråd, 1985 (Tillæg til Sygeplejersken, nr. 14-15/1985).

Kapitel XII:

Beskrivelse af døgnhjemmeplejen i Næstved - I-II foretaget af AKF i 1983 og 1984.

Døgnplejeforsøget i Viborg - en analyse og vurdering.

Af Arne Skov Andersen m.fl.

Amtskommunernes og kommunernes Forskningsinstitut, 1980.

Visitation på ældreområdet. Ideer og erfaringer.

Socialstyrelsen 1980.

Døgnberedskab - hjemmehjælp. Ideer og erfaringer.

Socialstyrelsen 1983.

Omlægning og fornyelse af indsatsen for ældre. Ideer og erfaringer.

Socialstyrelsen 1983.

Social- og sundhedsforvaltningen i en omstillingstid, ideer og erfaringer. Socialstyrelsen 1984 (Social- og sundhedsforvaltningerne i en omstillingstid, 1)

Information til og fra ældre. Socialstyrelsen 1984. (Social- og sundhedsforvaltningerne i en omstillingstid, 3).

Opsøgning og rådgivning, ideer og erfaringer. Socialstyrelsen 1984 (Social- og sundhedsforvaltningerne i en omstillingstid, 4).

Om forsorg og fornyelse. Beretning fra socialstyrelsens forsøgsudvalg.

Socialstyrelsen

1983.

Kapitel XIII:

Public Expenditure on Health under economic constraints. Direktoratet for sociale forhold, arbejdskraft og uddannelse. OECD 1984.

Consequences of assessment and intervention among elderly people in a three year randomised controlled trial.

Af C Hendriksen, E. Lund og E. Strandgaard.

Brit. Med. J. 1984;289:1522-24.

- Dansk Sygehus Institut. Notat 011.
1-dags afsnit. 5-døgns afsnit. Kbhvn, 1982.
- Dansk Sygehus Institut. Projektrapport 80.10.
Alternativer til stationær sygehusindlæggelse.
Kbhvn. 1980.
- Dansk Sygehus Institut. Projektrapport 80.11.
Undersøgelser-/behandlings-/ plejeforløb på sygehuse.
Hovedprojekt, 1. fase.
Kbhvn. 1980. (Nyborg-projektet).
- Dansk Sygehus Institut. Projektrapport 84.05.
Ressourceanvendelse i sygehusvæsenet. Korttidsafsnit.
Kbhvn. 1984.
- Døgnberedskab.
Socialstyrelsen, 1983.
- Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomised clinical trial. Af
Rubinstein et al. New England Journal Med. 1984:1664-20.
- Offentlig service, effektivitet og produktivitet - en analyse med udgangs-
punkt i sundhedssektoren.
J. Gunst, N. Lauritzen og E. Heinesen.
Jurist- og Økonomforbundets forlag, 1984.
- Døgnhjemmeplejen i Næstved I-II. Amtskommunernes og Kommunernes
Forskningsinstitut, 1983-1984.
I: Ressourcer og aktivitet. II: Virkninger og økonomi.
Eigil B. Hansen og Rud Werborg.
- Early rehabilitation at home of elderly patients with hip fractures and con-
sumption of resources in primary care.
Gun-Britt Jarnlo, Leif Ceder og Karl-Gran Thorngreen.
Scand. J. Prim. Health Care 1984:2:105-112.
- Skadestueundersøgelsen i Frederiksborg amt vest.
IV. Åben kontra lukket skadestue.
Torben Larsen og Peter Nørgaard Larsen.
Ugeskr. Læg. 1984:146:3313-3316.
- Sygehusstatistik II
Sygdomsmønstret ved somatiske sygehusafdelinger.
Beskrivelse af døgnhjemmeplejen i Næstved - I-II
foretaget af AKF i 1983 og 1984.
'Rødovreprojektet'.
Udgivet og udarbejdet af Rødovre kommune i maj 1985.
- Etablering af kirurgiske korttidsafsnit.
Dansk Sygehus Institut, Kbhvn. 1982.

Dansk Sygehus Institut. Specialrapport 82.03.
Samfundsøkonomiske analyser i sundhedssektoren.
Et debatoplæg.
Anita Alban, Ulla Christensen og Torben Jørgensen.
Kbhvn. 1982.

Dansk Sygehus Institut. Specialrapport 83.02
Sundhedsøkonomi - en udfordring. Introduktion.
Anita Alban, Bent Danneskiold-Samsøe og Gavin Mooney
Kbhvn. 1983.

Kapitel XVI: Dansk Sygehus Institut. Projektrapport 83.03.
Nye veje for den primære sundhedstjeneste? - kortlægning af forsøgsvirksomhed i Danmark.
Kbhvn. 1983.