

BETÆNKNING

OM

PLEJEHJEM FOR KRONISK SYGE

AFGIVET AF

DET AF SOCIALMINISTERIET UNDER 15. MARTS 1949
NEDSATTE UDVALG TIL BEHANDLING AF SPØRGSMÅL
VEDRØRENDE PLEJESTIFTELSE FOR KRONISK SYGE



BETÆNKNING NR. 115

1954

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
Indledning	5
Erfaringerne under den nugældende ordning	7
For hvilke grupper af personer bør der være mulighed for anbringelse på plejehjem	8
Hvilke arter af hjem skal man have	9
Plejehjemmenes størrelse	10
Plejehjemmenes beliggenhed	11
Hjemmenes indretning	12
Plejehjemmenes forhold til alderdomshjem	13
Afgørelse af behovet for plejehjem, spørgsmålet om pligt for amterne til at oprette plejehjem	16
Godkendelse af planer til nye plejehjem og af overenskomster med private plejehjem. Reglementer . .	16
Forslag til ændret refusionsordning	17
Bør de særlige hjem være statsinstitutioner	19
Tilskudsordning vedrørende private hjem	19
Spørgsmål om refusionsordningen skal gælde i tilfælde, hvor den kronisk syge opnår aldersrentealderen	20
Spørgsmålet om tilskud til oprettelse af nye plejehjem	20
Spørgsmål om nedsættelse af et udvalg til bistand for amterne m. fl. eller oprettelse af en stilling som konsulent	21
De private hjem	22
Tilsyn med private plejehjem	24
Ydelse af statslån i forbindelse med private (lederejede) hjems overgang til selvejende institutioner . .	25
Den enkelte indlagtes forhold, herunder betalingen	26
Hjælp til kronisk syge udenfor plejehjem	27
Den statistiske undersøgelse	28
Bilag 1. Oplysninger om antal pladser, personalets størrelse og plejedagsudgiften for nogle offentlige plejehjem	33
Bilag 2. Oversigter udarbejdet af sundhedsstyrelsens statistiske kontor på grundlag af den foretagne undersøgelse	37
Bilag 3. Notat om besøg på Vasasjukhuset i Göteborg	48
Bilag 4. Forslag til love om ændringer i forsorgsloven og folkeforsikringsloven	50

Indledning.

Udvalget blev nedsat ved socialministeriets skrivelse af 15. marts 1949 med følgende sammensætning:

Daværende kontorchef i socialministeriet, nu direktør for sygekassevæsenet, *Alice Bruun*, formand,
kontorchef i indenrigsministeriet *T. C. Wedel-Heinen*,
overlæge i sundhedsstyrelsen *E. Juul Henningsen*,
amtslæge *Hj. Heerup*, Odense, (embedslægerne),
amtmand *H. S. de Jonquières*, Holbæk, (amtmændene),
daværende borgmester, nu viceborgmester *W. Villumsen*, Roskilde, (Den danske købstadforening),
gårdejer *Chr. Thomsen*, Brenderup (amtsrådsforeningen i Danmark),
sognerådsformand *Jacob Nielsen*, Bjerreby, (De samvirkende sognerådsforeninger),
fhv. proprietær *Niels Porse*, Birkerød, (Bymæssige kommuner),
socialdirektør, cand. jur. *Rud. Conrad* (Københavns kommune),
inspektør *Aage Manslev-Christensen*, København, (Københavns plejehjem),
administrationschef *Poul Stochholm*, (Københavns amtsråd),
læge *Johs. Hoff*, „Stefanshjemmet“, Århus,
fhv. minister *V. Fibiger*, m. f., (De Samvirkende Menighedsplejer),
arkitekt *R. Rasmussen*, København, (De samvirkende invalideorganisationer),
drejermester *Georg Pedersen*, København, (Landsforeningen for kronisk syge),
skoleinspektør *Johs. W. Jørgensen*, Nykøbing F. (De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark).

Endvidere tilforordnedes diakon *A. K. Hviid*, Riis pleje- og sygehjem pr. Jelling, til at deltage i udvalgets arbejde, for så vidt angik forholdet til de private plejehjem.

Generalsekretær, pastor *Westergård Madsen*, København, er senere indtrådt i udvalget i stedet for fhv. minister *Fibiger* efter forinden at have deltaget i flere af udvalgets møder som minister *Fibigers* stedfortræder.

Efter at sognerådsformand *Jacob Nielsen* i juni 1953 var afgået ved døden, er sognerådsformand *Gotfred Knudsen*, Holsted, indtrådt i udvalget som repræsentant for de samvirkende sognerådsforeninger. Drejermester *Georg Pedersen* er afgået ved Døden den 20. august 1954.

Som udvalgets sekretær beskikkedes sekretær i socialministeriet *Mogens Frederiksen*, der i januar 1950 blev afløst af fuldmægtig i socialministeriet *K. Kampmann*.

Udvalgets opgaver fremgår af socialministeriets skrivelse af 13. januar 1949, hvori det hedder:

„Ifølge forsorgslovens § 39 kan der i ethvert amt indrettes en eller flere plejestifelser for kronisk syge, beregnet på mindst 20 patienter, til modtagelse af sådanne særlig

dårligt stillede kronisk syge eller invalider, som er for besværlige at pleje i et privat hjem, et alderdomshjem eller en arbejdsanstalts sygeafdeling, og som på den anden side ikke anses for egnet til behandling på et almindeligt sygehus eller på de af staten drevne eller godkendte anstalter til behandling af patienter med særlige arter af sygdomme.

Ifølge forsorgslovens § 73 fordeles udgifterne i anledning af de i § 39 omhandlede foranstaltninger — bortset fra Bornholm og Københavns og Frederiksberg kommuner — på amtsråds kredsen og de i forbindelse med samme stående købstæder efter folketal.

I de siden forsorgslovens ikrafttræden forløbne 15 år er der kun oprettet ganske enkelte amtsplejestiftelser for kronisk syge, og fra forskellig side er der som grund hertil fremhævet, at refusionsreglen ikke virker retsfærdigt, idet den brug, de enkelte kommuner vil gøre af en plejestiftelse, vil være meget forskellig, uafhængig af folketal, og i høj grad afhængig af stiftelsens beliggenhed. Det er endvidere gjort gældende, at der hellere bør oprettes flere mindre hjem i stedet for få større, eventuelt i forbindelse med alderdomshjem og sygehuse.

Som forholdene er nu, er de heromhandlede patienter henvist enten til private plejehjem — over hvilke socialministeriet iøvrigt gennem årene har modtaget adskillige klager — eller til nogle få velgørende institutioner, som ikke kan siges at dække behovet indenfor dette forsorgsområde.

Socialministeriet har nu i erkendelse af den betydning, det har såvel for de syge selv som for samfundet som helhed, at der kan bydes de kronisk syge en forsvarlig pleje, besluttet at nedsætte et udvalg til behandling af de herhenhørende spørgsmål. Udvalget er herunder bemyndiget til at overveje spørgsmålet om fordelingen af udgifterne ved oprettelsen og driften af de offentlige plejestiftelser, herunder om denne forsorgsopgave fortsat bør henvises til amtsvis løsning, eller om den bør kunne tages op af enkelte kommuner, samt om plejestiftelsernes næst hensigtsmæssige størrelse og beliggenhed og deres forhold til alderdomshjemmene og landets sygehusvæsen. Endelig bør udvalget overveje foreliggende spørgsmål i forbindelse med de private plejehjem for kronisk syge, herunder muligheden for, at disse hjem i videre omfang end hidtil indgår som et led i denne forsorgsgren“.

Udvalget, der holdt sit indledende møde den 31. marts 1919, har ialt holdt 12 plenarmøder. Hertil kommer 5 møder i et til behandling af refusionsspørgsmålet nedsat underudvalg, der havde følgende sammensætning:

Kontorchef *Alice Bruun*, kontorchef *Wedel-Heinen*, amtmand *de Jonquières*, viceborgmester *Villumsen*, gårdejer *Chr. Thomsen*, sognerådsformand *Jacob Nielsen*, fhv. proprietær *Porse*, administrationschef *Stochholm* samt fhv. minister *Fibiger*, senere afløst af pastor *Westergård Madsen*. Under kontorchef *Wedel-Heinens* forfald har ekspeditionssekretær *J. A. Lorck*, indenrigsministeriet, deltaget dels i underudvalgets møder dels i hovedudvalgets møder.

Endvidere er der afholdt et møde i et underudvalg bestående af repræsentanter for de private plejehjem, læge *Johs. Hoff*, pastor *Westergård Madsen* og diakon *Hviid*.

Udvalget har aflagt besøg på Københavns plejehjem, De Samvirkende Menighedsplejers sygehjem i Tårnby, Københavns amts hjem for kronisk syge i Tåstrup og i Lyngby (ved dette hjem indvielse) og plejestiftelsen for kronisk syge, Roskilde. Udvalget har endvidere aflagt besøg på Stefanshjemmet i Århus og i forbindelse dermed på syge- og hvilehjemmet i Hørning og Riis pleje- og sygehjem pr. Jelling.

Endvidere har udvalgets formand, overlæge *Juel Henningsen* og udvalgets sekretær aflagt besøg på en række private plejehjem og enkelte kommunale alderdomshjem og plejehjem, samt på Vasasjukhus i Göteborg, jfr. bilag 3.

For at tilvejebringe et grundlag for bedømmelsen af behovet for plejehjem for kronisk syge foranledigede udvalget, at sundhedsstyrelsen iværksatte en undersøgelse ved udsendelse af spørgeskemaer, jfr. nærmere nedenfor.

Erfaringerne under den nugældende ordning.

Efter forsorgslovens § 39 påhviler opgaven med tilvejebringelse af plejestiftelser for kronisk syge amterne. Efter forsorgslovens § 73 fordeles udgifterne (underskuddet) ved driften af amtsplejestiftelser på amtsråds kredsen og de i forbindelse med denne stående købstæder efter folketal.

Der er siden socialreformens gennemførelse i 1933 kun i yderst ringe omfang oprettet amtsplejestiftelser. Ved udvalgets nedsættelse fandtes der således alene 3 amtsplejestiftelser, nemlig en i Roskilde for Roskilde amtsråds kreds med 28 pladser, en i Tåstrup for Københavns amtsråds kreds med 30 pladser og en i Haderslev for Haderslev amt med 29 pladser. Hertil er kommet endnu en amtsplejestiftelse for Københavns amtsråds kreds med 40 pladser beliggende i Lyngby og indviet den 1. december 1951. Herudover driver Københavns kommune et plejehjem med plads til 342 beboere.

Det kan nævnes, at der i Skanderborg amt har været bestræbelser for at få oprettet en amtsplejestiftelse. Disse resulterede i 1946 i en overenskomst mellem amtsråds kredsen og købstæderne i amtet om oprettelse af en midlertidig plejestiftelse i en afdeling af Skanderborg amts sygehus, således at der snarest skulle opføres en ny selvstændig — og større — plejestiftelse. Udgifterne blev i overensstemmelse med forsorgslovens § 73 fordelt i forhold til indbyggertal. Herved fremkom imidlertid det forhold, at der blev stor forskel på de deltagende parters udgifter pr. sygedag. Udgiften pr. sygedag for patienter indlagt fra de respektive kommuner var således for Skanderborg kommune, hvor plejestiftelsen var beliggende, kun 7,33 kr., medens Horsens kommunes udgifter var 17,48 kr., Silkeborg kommunes 19,93 kr. og amtsråds kredsens endog 32,56 kr. Denne ulighed — i forbindelse med de stigende byggepriser — bevirkede, at Silkeborg byråd ikke fandt det forsvarligt at gå ind i et samarbejde om opførelse af en ny plejestiftelse, hvorfor planerne herom blev opgivet. Den midlertidige stiftelse blev nedlagt pr. 31. marts 1949.

Det i Skanderborg amt gjorde forsøg på oprettelse af en plejestiftelse vidner om betydelig interesse for problemet, men også om de vanskeligheder, som den gældende refusionsregel medfører, når sagen skal føres ud i praksis. Også iøvrigt er der fra flere amter givet udtryk for, at man har ønsket at tage opgaven op under forudsætning af en ordning, der gør det praktisk muligt at etablere det nødvendige samarbejde mellem de interesserede kommuner. Endvidere har købstadkommunerne vist stærk interesse for at nå frem til en løsning af spørgsmålet.

Foruden den nævnte bestemmelse i forsorgsloven kan det anføres, at boligstøtte-loven, således som den er ændret ved lov nr. 252 af 14. juni 1951, nu mellem de sociale byggeopgaver, hvortil der kan ydes statslån, også nævner „stiftelser og hjem for gamle, syge og svagelige“, således at der nu kan ydes statslån til opførelse eller ombygning af plejestiftelser for kronisk syge. Herudover findes der ingen speciel lovgivning vedrørende

plejestiftelser for kronisk syge. Det betydelige antal private plejehjem, sygehjem eller hvilehjem, der findes rundt om i landet, og som i hvert fald i et vist omfang tager sig af det her omhandlede klientel, har de sociale myndigheder ikke noget indseende med. Derimod føres der tilsyn af sundhedsmyndighederne, jfr. nedenfor side 24.

Også inden for disse hjem, af hvilke nogle er af høj standard, er der ønsket om, at der gennemføres en ordning, som gør det muligt at give de vanskeligt stillede kronisk syge bedre forhold.

For hvilke grupper af personer bør der være mulighed for anbringelse på plejehjem.

Det er af stor betydning at klarlægge, hvilke grupper af personer den her omhandlede forsorgsgren tager sigte på. Det er dog udvalgets opfattelse, at man vel kan pege på visse grupperinger, men at man ikke må trække grupperne for stærkt op.

Herved har det også betydning, at „kronisk syge“ ikke kan siges at være et fastslået begreb i medicinsk forstand som f. eks. de fleste af de under særfor sorgen hørende grupper: vanføre, blinde, døve m. fl.

Ved klargørelse af gruppen af de kronisk syge, vil det for det første være påkrævet at trække grænserne op over for særfor sorgen, navnlig vanførefor sorgen. Efter forsorgslovens § 66 påhviler det staten at drage omsorg for opdragelse, underhold, forsørgelse, kur og pleje for sindssyge, åndssvage, epileptikere, vanføre, talelidende, blinde og døvstumme, bl. a. hvis pågældende skal undergives behandling på en anstalt. Sådanne særfor sorgspatienter, som skal undergives kur og behandling, og som kan oplæres til erhvervsarbejde, må efter udvalgets mening klart falde uden for plejehjemmenes område. Dette gælder også særfor sorgspatienter, der alene skal undergives pleje, og udvalget finder anledning til at henlede opmærksomheden på, at spørgsmålet om plejeforsorg for vanføre ikke hidtil har været optaget af Samfundet og hjemmet for vanføre, men de pågældende patienter har hidtil været henvist til anbringelse i almindelige plejehjem. Angående spørgsmålet om anbringelse af denne gruppe vanføre henvises til side 19.

Udvalget har drøftet, om sådanne kronisk syge, f. eks. hjerte- og astmapatienter, som på grund af sygdommens art ikke kan henføres til særfor sorgen, men som dog kan undergives en tilsvarende behandling og oplæring til erhvervsarbejde, omfattes af udvalgets arbejde. Disse personers forhold er behandlet i betænkning om „Erhvervsmæssige foranstaltninger for erhvervshæmmede“ (1951) og rapport fra det af arbejdsmarkedskommissionen nedsatte udvalg vedrørende erhvervshæmmede (maj 1952). Det er udvalgets opfattelse, at plejehjemmene hverken kan eller bør løse opgaver, der tager sigte på oplæring eller optræning til erhverv.

Der må dernæst foretages en afgrænsning over for de personer, som på grund af alder trænger til anbringelse under særlige forhold — alderdomshjem med tilhørende sygeafdeling. Om dette spørgsmål henvises til afsnittet nedenfor side 13 ff.

Under den heromhandlede forsorgsgren mener udvalget herefter at måtte henregne:

- 1) Sådanne kronisk syge, der som følge af deres sygdom er helt hjælpeløse og derfor til stadighed kræver pleje og hjælp.
- 2) Kronisk syge, som vel ikke er helt hjælpeløse, men som dog tiltrænger en særlig pleje og som på grund af deres sygdom vel ikke vil kunne oplæres til erhvervsarbejde helt

eller delvis, men som det på den anden side er muligt at beskæftige i nogen grad. Ved bedømmelsen af, om en person hører til denne gruppe, må det tages i betragtning, at det ofte ikke alene vil være de lægelige forhold, der vil være afgørende for, om en kronisk syg bør anbringes på et plejehjem, men at de sociale forhold — boligforhold, mulighed for at få hjælp af pårørende eller andre — vil være af betydning. Med hensyn til det beskæftigelsesmæssige tænkes der på tilfælde, hvor de pågældende kan nå frem til at arbejde nogle timer daglig, selv om det udførte arbejde ingenlunde står i forhold til, hvad en rask person kunne udføre i samme tid, men dog vil kunne give vedkommende en tilfredsstillelse og måske endog en mindre fortjeneste.

Udvalget har drøftet, i hvilket omfang neurosepatienter bør optages på plejehjem. Udvalget er af den opfattelse, at der må udvises stor forsigtighed med at optage disse patienter på almindelige plejehjem. Udvalget skal iøvrigt henviser til, at de herhenhørende problemer behandles af kommissionen af 29. marts 1952 vedrørende statens sindssygevesen.

Udvalget har endvidere drøftet spørgsmålet om tuberkulosepatienters optagelse på plejehjem, men er af den opfattelse, at disse patienter bør henvises til ophold på særlige plejehjem for tuberkuløse, jfr. herved lov nr. 65 af 7. marts 1952, hvorefter der kan ydes statstilskud til tuberkuløses behandling og pleje på statsanerkendte rekonvalescent-hjem, rekreativshjem og plejehjem for tuberkuløse.

Spørgsmålet, om en patient henhører under særforsorg, må afgøres af vedkommende særforsorgsgren med adgang til anke på sædvanlig måde.

Såfremt en patient er anerkendt som hørende under gruppen kronisk syge, må spørgsmålet, om han kan optages på et plejehjem for kronisk syge, afgøres af vedkommende hjems ledelse i samarbejde med lægen. Også en sådan afgørelse må af patienten kunne indankes til vedkommende amt og socialministeriet på sædvanlig måde.

Er en patient optaget på et plejehjem, må ledelsen have adgang til at sige vedkommende op. Nærmere regler herfor må fastsættes i det reglement, der udfærdiges for hjemmet. Ligeledes i disse tilfælde må afgørelsen kunne indankes for højere instans.

Hvilke arter af hjem skal man have.

Det er udvalgets opfattelse, at det er vanskeligt at give mere nøjagtige retningslinier for, hvilke arter af hjem man bør have, og at man i nogen grad må lade spørgsmålet besvarelse være afhængig af udviklingen og de erfaringer, som kommunerne og de private institutioner efterhånden indhøster.

Spørgsmålets besvarelse står iøvrigt i nær forbindelse med, hvilken størrelse hjem der er tale om. Der er grænser for, hvad de små hjem, hvilket navnlig vil sige de private hjem, vil kunne yde patienterne. Disse hjem vil kun i de færreste tilfælde og i hvert fald kun i begrænset omfang kunne være udstyret med apparatur til særlige behandlinger, værksteder for beskæftigelsesterapi m. v. Personalet vil være fåtalligt, der vil i reglen kun være en enkelt sygeplejeuddannet (lederen), og det vil kun i ringe omfang være muligt at have specialister — såsom terapeuter — knyttet til hjemmene. Disse mindre hjem bør derfor fortrinsvis være indstillet på at modtage sådanne patienter, der ikke kræver særlig behandling udover den egentlige pleje, som på den anden side heller ikke stiller meget store krav til plejepersonalet (fuldstændig hjælpeløshed), og for hvem der kun i yderst begrænset omfang er noget problem vedrørende beskæftigelse.

Der må dernæst findes en gruppe mere hospitalsmæssigt udstyrede hjem. På disse hjem må der indrettes arbejdslokaler med maskiner, værktøj m. v. afpasset efter patienternes særlige forhold og med henblik på en vis beskæftigelse af patienterne, og der bør være mulighed for gennem fysiurgisk behandling, anvendelse af særligt apparatur m. v. at nå til en vis forbedring af patienternes tilstand.

Af hjem af denne art kan nævnes Stefanshjemmet i Århus — oprettet af diakonhøjskolen i Århus og Århus menighedspleje. Dette hjem har 88 sengepladser, fordelt på 5 afdelinger, hver ledet af en fuldt uddannet lukassøster; der er fast læge, stuegang foretages mindst 3 gange om ugen, og der føres journaler. Der gives medicinsk behandling: diæt, massage, lysbad og de lettere former for badebehandlinger. Der er gode muligheder for beskæftigelsesterapi, og der gives iøvrigt patienterne adgang til underholdning og adspredelse gennem radio ved sengene, udlån af litteratur fra folkebibliotek, studiekredse mellem patienterne indbyrdes, skakturneringer o. l., idet der lægges betydelig vægt på den psykiske og beskæftigelsesmæssige side af behandlingen.

På hjemmet optages de mest hjælpeløse kronisk syge, ofte patienter, som man har opgivet at hjælpe på de hospitaler og kuranstalter, hvor de har været indlagt. Desuagtet lykkes det dog gennem den langvarige omhyggelige pleje og behandling i ikke helt få tilfælde at skaffe en mere eller mindre udtalt bedring i de pågældendes tilstand.

Det må antages, at det kun vil være en begrænset del af de kronisk syge, der har behov for anbringelse på et hjem som Stefanshjemmet. Det må skønnes, at der uden for København næppe vil blive brug for mere end 4—5 sådanne plejehjem, som det derfor vil være rimeligt at placere centralt med hver sit geografiske område.

Som en tredje gruppe hjem må nævnes de noget større hjem, der dog ikke er egentlig hospitalsudstyrede. Disse hjem vil ligesom de mindre hjem kunne modtage den førstnævnte mindre krævende kategori af patienter. Men herudover vil de i kraft af, at de vil have et noget større personale, hvoriblandt flere med egentlig sygeplejeuddannelse, og bedre muligheder for indretning af særlige værksteder m. v., kunne optage dels de mere hjælpeløse patienter, der skal have hjælp i betydeligt omfang og døgnet igennem, dels sådanne patienter, som det er muligt at hjælpe til beskæftigelse i et ikke helt ubetydeligt omfang.

Den sidstnævnte gruppe patienter, der som oftest vil være yngre mennesker, bør ikke anbringes spredt på de små og enkelt indrettede plejehjem, hvorved deres muligheder for beskæftigelse vil kunne vanskeliggøres, men man bør i stedet tilstræbe, at de anbringes mere samlet på de noget større plejehjem, der som nævnt har mulighed for at indrette værksteder m. v. og for at tilrettelægge en vis beskæftigelse for patienterne samt yde fornøden fysiurgisk behandling m. v. Sådant behandling kan eventuelt også gives på et nærliggende sygehus.

Plejehjemmenes størrelse.

Ved forsorgslovens § 39 er det fastsat, at en amtsplejestiftelse ikke må være beregnet til et mindre antal patienter end 20. Bortset herfra foreligger der ikke nogen vejledning med hensyn til plejehjemmenes størrelse.

I overvejelserne vedrørende plejehjemmenes størrelse vil der gøre sig nogen forskel gældende mellem på den ene side de offentlige og på den anden side de private hjem. De offentlige hjem og navnlig sådanne hjem, der skal kunne modtage de mest hjælpeløse og de patienter, der skal have en vis behandling, jfr. ovenfor, bør kunne mod-

tage et nogenlunde stort antal patienter. For de almindelige offentlige hjem findes det rimeligt at pege på som retningslinje, at der mindst bør være plads til 25 patienter. For de særlige hjem må antallet af pladser antagelig være noget større, for at man kan opnå en rimelig udnyttelsesgrad af de forskellige specielle indretninger, gymnastiksal, terapiafdeling og apparatur. Som retningslinje vil man her mene, at 40 pladser som minimum vil være passende, medens man på den anden side som almindelig regel næppe bør gå højere end til 80 pladser.

Iøvrigt må hjemmene være af en sådan størrelse, at der er grundlag for en økonomisk drift. Her må størrelsen af det nødvendige plejepersonale tages i betragtning, men hjemmene bør dog altid indrettes således, at det hjemlige præg ikke går tabt.

Efter de erfaringer, der for private hjemms vedkommende er indhøstet navnlig af diakonhjemmene, må det skønnes, at hjemmene i almindelighed ikke bør have mindre end 20 pladser, og at hjem på op til 30—35 pladser har de bedste muligheder for en økonomisk forsvarlig drift.

For de private hjemms vedkommende vil imidlertid ofte mere individuelle hensyn gøre sig gældende, og det findes derfor ikke rigtigt at udelukke, at der oprettes forholdsvis små hjem. Herved må man bl. a. tage i betragtning, at et privat hjem ofte i hovedsagen vil være baseret på lederparrets arbejdsindsats, og at et hjem af en begrænset størrelse — f. eks. til 15 patienter — netop vil være passende under hensyn hertil. Af betydning vil det endvidere være, hvor dårligt klientellet er.

For alle hjemmene bør der imidlertid lægges afgørende vægt på, at der sikres patienterne fornøden pleje af uddannet sygeplejepersonale. For de mindre hjem vil forholdet ofte være det, at lederparret er sygeplejeuddannet (manden diakon og hustruen sygeplejerske), eller at i hvert fald en af dem har denne uddannelse, eller at hjemmet ledes af en sygeplejerske, medens der ikke herudover er egentlig sygeplejeuddannet personale.

Udvalget har drøftet, om man for de mindre hjem kunne frafalde kravet om en fast medarbejder med sygeplejeuddannelse og i stedet henvise til, at der træffes aftale med en sygeplejerske uden for hjemmet, hvorved der navnlig tænkes på en hjemmesygeplejerske. Udvalget må imidlertid mene, at man ikke herigennem vil kunne sikre kvalificeret bistand i tilstrækkeligt omfang, idet hjemmesygeplejerskerne i forvejen har så mange opgaver, at de næppe vil kunne påtage sig den her omhandlede.

Som det fremgår af det foranstående, mener udvalget alene at kunne pege på visse retningslinier med hensyn til, hvilken størrelse plejehjemmene bør have, medens udvalget ikke mener, at der bør gives bindende bestemmelser, herunder heller ikke nogen minimumsbestemmelse for hjemmenes størrelse.

I bilag nr. 1 er anført nogle eksempler på eksisterende plejestiftelser til belysning af størrelsen af hjemmene og omfanget og arten af det til hjemmene knyttede personale.

Plejehjemmenes beliggenhed.

De foran nævnte særlige, mere hospitalsmæssigt udstyrede hjem, der tænkes at skulle dække et noget større område end et amt, må have en central beliggenhed inden for det pågældende område. Da det særligt for disse hjemms vedkommende vil være af betydning, at der er adgang til samarbejde med hospitalerne, navnlig centralsygehusene og de ortopædiske hospitaler, med henblik dels på bistand fra ortopæder, psykiatere og tera-

peuter, dels på benyttelse af hospitalernes apparatur, bør der ved placeringen også tages hensyn hertil.

Også andre plejehjem vil kunne have gavn af et vist samarbejde med sygehusene, men dette forhold vejer dog ikke så stærkt her som ved de nævnte særlige hjem.

Iøvrigt må det ved afgørelsen af, hvor et plejehjem skal ligge, navnlig tages i betragtning, at patienterne som hovedregel ønsker at blive i deres hjemegn. Herved bliver det lettere for dem at bevare kontakten med familie og venner og i det hele med de forhold, de har levet under inden indlæggelsen på plejehjem. Dette hensyn vil også kunne tilsi, at der inden for et amt oprettes flere plejehjem. Dette vil navnlig være tilfældet i et amt, hvor der er flere købstæder, idet det i reglen vil være meget ønskeligt for de pågældende kronisk syge at kunne blive indlagt på et plejehjem i eller i nærheden af den købstad, de hidtil har boet i. Herudover må det være rimeligt bl. a. at tage hensyn til foreliggende trafikmuligheder, således at plejehjemmet placeres det sted inden for det område, det skal dække, hvortil der er lettest adgang fra området iøvrigt.

Udvalget har drøftet, om plejehjem bør placeres i direkte tilknytning til sygehuse eller endog som et egentlig led af et sygehus, d. v. s. som et såkaldt B-sygehus. Udvalget mener, at dette i almindelighed ikke vil være ønskeligt, men som foran nævnt kan en placering i nærheden af sygehuse være af betydning, og i et vist omfang vil der i tilfælde af placering i nærheden af sygehuse også på andre punkter kunne opnås fordele ved et samarbejde.

Som det fremgår af foranstående, mener udvalget alene at kunne pege på visse synspunkter, der bør tages i betragtning ved spørgsmålet om plejehjemmenes placering.

Hjemmenes indretning.

Som foran nævnt under afsnittet „Hvilke arter af hjem skal man have“ må de særlige hjem — af typen Stefanshjemmet — have et vist hospitalsmæssigt udstyr, forskelligt apparatur m. v. For disse hjem såvel som for plejehjemmene i det hele taget gælder det dog, at man iøvrigt i videst muligt omfang bør tilstræbe, at hjemmene får et hjemligt præg. Man må her have i erindring, at medens forholdet for sygehusenes vedkommende er det, at opholdet i almindelighed skal være mere kortvarigt, og at behandling og kur er det væsentlige, vil der for plejepatienter blive tale om ophold på plejehjem i ofte en længere årrække, og plejen vil være det afgørende.

Patienterne på plejehjem bør derfor i så stort omfang som muligt — og under hensyn til, hvad deres sygdom tilsiger — have mulighed for at leve deres eget liv efter indlæggelse på et plejehjem.

Som alt overvejende hovedregel bør det derfor tilstræbes, at beboerne på plejehjem får eneværelser. I enkelte tilfælde, navnlig når det drejer sig om mere alvorligt syge eller til stadighed sengeliggende patienter, må det dog på grundlag af den hidtil indvundne erfaring siges, at det kan være ønskeligt, at to—tre patienter deler værelse.

Kravet om, at der som hovedregel bør være eneværelser i forbindelse med enkelte to—tresengsværelser, bør opretholdes for nyt byggeri. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at der vil forekomme tilfælde, hvor det findes hensigtsmæssigt at indrette et plejehjem i en allerede eksisterende bygning, og hvor det vil blive for bekosteligt at ombygge denne på en sådan måde, at kravet om eneværelser for flertallet af beboerne og iøvrigt enkelte to—tresengsstuer vil kunne opfyldes. Selv i sådanne tilfælde bør man dog kun godkende

mindre fravigelser fra den nævnte regel, og hvis der vil blive tale om mere væsentlige afvigelser, kun som en midlertidig foranstaltning.

For at opnå det hjemlige præg vil det være ønskeligt, at beboerne i almindelighed har adgang til helt eller delvis at møblere med deres egne møbler. For at lette personalet i plejen vil det dog, navnlig når der er tale om mere alvorligt syge og til stadighed senge-liggende patienter, være hensigtsmæssigt, at de pågældende har hospitalssenge. På samme måde som det er tilfældet ved alderdomshjem — ved en bestemmelse i reglementerne —, må der gives plejehjemmenes ledelse mulighed for i givet fald at fastsætte en rimelig begrænsning for, hvor mange møbler beboerne kan medtage.

For beboere på plejehjem vil det i almindelighed gælde, at de kun i begrænset omfang har brug for fælles opholdsrum. Navnlig vil en fælles spisestue i almindelighed ikke være påkrævet, idet det erfaringsmæssigt viser sig, at beboerne foretrækker at spise på deres værelser. Et — for større plejehjem evt. to — fælles opholdsrum vil dog være ønskelig. Ligeledes vil det være ønskeligt, at der er adgang til have eller terrasse. Herved må man være opmærksom på, at adgangen til haven er let og sådan indrettet, at også patienter, der benytter rullestole, kan komme ud i det frie. Der bør iøvrigt tages hensyn til, at patienterne ofte vil være gangbesværede, og i fleretages bygninger bør der derfor indrettes elevator.

Det må anses for at være af stor betydning, at der indrettes hensigtsmæssige sanitære installationer, herunder badeværelser, i tilstrækkeligt omfang. Herved kan det dog tages i betragtning, at en del patienter ikke — selv med bistand af plejepersonalet — vil kunne benytte et badekar, men at afvaskning må foretages i sengen.

Endelig må det fremhæves, at det bør tilstræbes, at der indrettes lokaler såvel for bevægelsesterapi som for beskæftigelsesterapi.

Plejehjemmenes forhold til alderdomshjem.

I forsorgslovens § 34 er det fastsat, at alderdomshjemmene er beregnet for personer, der modtager aldersrente, men som er så gamle, svagelige eller svækkede, at de ikke kan bo for sig selv eller anbringes i pleje. Dette sidste krav har dog ikke været håndhævet særlig strengt, idet der på alderdomshjem også — alt under hensyn til pladsforholdene — er optaget aldersrentemodtagere, som vel i og for sig kunne klare sig selv uden for alderdomshjem, men for hvem det dog har betydet en fordel at blive optaget.

I de kommuner, hvor der er opført billige boliger for aldersrentemodtagere, ligger forholdet dog noget anderledes, først og fremmest i hovedstaden og købstæderne. De moderne aldersrenteboliger, hvor beboerne ofte vil kunne nyde godt af en vis bistand udefra, f. eks. adgang til køb af færdiglavet mad, har medført, at det er muligt for de gamle, der bor i disse boliger, at klare sig selv, hvilket i almindelighed også er et udtalt ønske hos de gamle. Som følge heraf er de gamle, der søger optagelse i disse kommuners alderdomshjem, i alt væsentlig således stillet, at de ikke eller kun yderst vanskeligt kan klare sig selv, og der er navnlig en ikke ubetydelig procent plejepatienter, gamle med kroniske sygdomme eller alderdomssvækkelse i almindelighed.

I købstæderne er der ved alderdomshjemmene ofte indrettet egentlige sygeafdelinger med mere hospitalsprægede sygestuer og med sygeplejepersonale. På disse afdelinger vil stuerne i reglen være beregnet til fra 2 til 4 patienter, medens der på de almindelige afdelinger — i hvert fald i de nyere hjem — er eneværelser. I så fald vil lettere akute

sygdomstilfælde i almindelighed ikke blive behandlet på sygeafdelingen, idet patienterne udmærket kan forblive på deres værelser.

I landkommunerne vil der ofte være tale om mindre hjem uden sygeafdeling og uden sygeplejepersonale. På sådanne hjem vil det være vanskeligt at passe de hjælpeløse gamle.

Ved overvejelserne om forholdet mellem alderdomshjem og plejehjem for kronisk syge rejser der sig navnlig 3 spørgsmål:

1. Bør alderdomshjemmene kunne modtage kronisk syge under aldersrenteaalderen,
2. bør plejehjemmene kunne modtage de kronisk syge aldersrentemodtagere, der ikke kan passes på de mindre alderdomshjem, og
3. skal plejepatienter, når de når aldersrenteaalderen, overflyttes fra plejehjem til alderdomshjem.

ad 1. Efter de nugældende bestemmelser er der ikke adgang til at optage kronisk syge under aldersrenteaalderen på kommunale alderdomshjem.

Som foran anført bør man ved plejehjem tilstræbe eneværelser suppleret med enkelte to—tresengsstuer, samt at plejehjemmene får et hjemligt præg. På dette punkt afviger plejehjemmene for så vidt ikke fra de almindelige afdelinger på moderne alderdomshjem, der — som foran nævnt — er baseret på enkeltværelser, ofte med adgang for beboerne til selv at møblere.

Findes der endvidere på alderdomshjemmet passende plejepersonale, skulle der ud fra et lokale- og plejesynspunkt intet være at indvende imod at optage kronisk syge under aldersrenteaalderen på kommunalt alderdomshjem. En sådan blanding af gamle og yngre plejepatienter findes da også på de private syge- og plejehjem. Man må dog være opmærksom på, dels at de yngre patienter har større behov for beskæftigelse, dels at der for dem i et vist omfang kan være tale om egentlig kur eller behandling, herunder fysiurgisk behandling, hvilket utvivlsomt vil frembyde vanskeligheder på de allerfleste alderdomshjem, idet sådanne foranstaltninger for tiden kun undtagelsesvis er indrettet i disse hjem.

Under hensyn til den udvikling, der har fundet sted indenfor de kommunale alderdomshjem, er det udvalgets opfattelse, at man ikke strengt bør fastholde kravet om, at alderdomshjemmene er forbeholdt personer over aldersrenteaalderen, men at også yngre kronisk syge i egnede tilfælde bør kunne optages i disse hjem og undgå flytning fra hjemstedet. Det synes dog rigtigst, at sådan optagelse alene sker i tilfælde, hvor de pågældende i alder nærmer sig aldersrenteaalderen, og man kan her passende sætte 50 år som den laveste alder.

Der vil oftest blive tale om en vis — mindre — fordyrelse af driften af vedkommende hjem. Dette forhold kan dog imødegås ved, at der i refusionsmæssig henseende for den pågældende plads forholdes på samme måde som for en plads på et plejehjem for kronisk syge.

Indlæggelse af kronisk syge på alderdomshjem bør i det store og hele dog kun være en undtagelse, og om indlæggelse i det enkelte tilfælde bør ske, må — som det fremgår af foranstående — afgøres under hensyn til de foreliggende omstændigheder, herunder foruden pladsspørgsmålet navnlig vedkommende patients helbredstilstand, og om det fornødne plejepersonale forefindes.

Ordningen bør iøvrigt nærmere være således, at det, såfremt den pågældende indlægges fra en sognekommune, er amtet, der træffer afgørelsen, og, hvis indlæggelsen sker fra en købstadkommune, denne, der træffer afgørelsen, i begge tilfælde efter indhentet

erklæring fra embedslægen. Derimod synes der ikke at være grund til at kræve, at sagen forelægges for socialministeriet i tilfælde, hvor amt eller købstadkommune finder grundlag for indlæggelsen. Såfremt en ønsket indlæggelse afslås af amt eller købstadkommune, må der være adgang til på sædvanlig måde at indbringe sagen for ministeriet.

Udvalget finder iøvrigt anledning til at pege på, at der i nogle tilfælde fra købstadkommuner er fremkommet planer om i forbindelse med et nyt alderdomshjem at bygge en særskilt afdeling for kronisk syge. Herved opnås, at alderdomshjemmet og plejehjemmet for kronisk syge kan have fælles administration, fælles køkken m. v. og tildels fælles personale, hvilket vil betyde væsentlige besparelser fremfor, om alderdomshjem og plejehjem var helt selvstændige institutioner. Hertil kommer, at man dog får oprettet nogle plejhjemspladser i tilfælde, hvor der ikke er behov for oprettelse af et selvstændigt plejehjem. Ved den nævnte fremgangsmåde gøres det muligt at holde alderdomshjemsklientellet og plejhjemsklientellet adskilt, hvilket iøvrigt også må kræves under den nugældende ordning, hvor indlæggelse af kronisk syge under aldersrenteaalderen på alderdomshjem som foran nævnt ikke kan finde sted.

Også under en fremtidig ordning, hvor det i og for sig måtte blive tilladt at indlægge kronisk syge under aldersrenteaalderen på alderdomshjem, vil den nævnte fremgangsmåde kunne være ønskelig, dels fordi indlæggelse da også kan ske af yngre kronisk syge, dels fordi det, når der er behov for et ikke helt ringe antal pladser, vil være hensigtsmæssigt at have en selvstændig afdeling.

ad 2. De hjælpeløse gamles forhold med hensyn til, hvilken hjælp og pleje de trænger til, vil meget vel kunne ligge så nær op ad de kronisk syges, at der ikke heri skulle være noget til hinder for, at de optages på plejehjem for kronisk syge. Herved bemærkes, at de senere års erfaringer viser, at man for gamle, der f. eks. er ramt af hjerneblødning, kan opnå udmærkede resultater med hensyn til at bedre deres tilstand ved fysiurgiske behandlinger o. l. Under hensyn hertil samt til, at ikke alle alderdomshjem er indrettet til at give hjælpeløse gamle den fornødne behandling, finder udvalget, at der bør være mulighed for at optage disse gamle i de almindelige plejehjem for kronisk syge. Anbringelse bør dog kun ske i sådanne tilfælde, hvor der stilles større krav til behandling, sygepleje og beskæftigelse, end de almindelige hjem er indrettet på.

Finder optagelse sted, må der i refusionsmæssig henseende forholdes som, hvis indlæggelse af den pågældende var sket på alderdomshjem med dertil knyttet sygeafdeling, således at der alene kan ydes refusion efter folkeforsikringslovens refusionstakst (for plejehjem) jfr. nærmere afsnittet om refusionsspørgsmålet, medens den indlæggende kommune afholder restudgiften.

ad 3. Ved spørgsmålet, om kronisk syge, der er indlagt på et plejehjem, ved opnåelse af aldersrenteaalderen bør overføres til alderdomshjem eventuelt disses sygeafdelinger, er udvalget opmærksom på, at alderdomshjemmene — dog bortset fra de mindre hjem — i almindelighed vil kunne påtage sig plejen af de kronisk syge, og at optagelse på alderdomshjem af en kronisk syg, der har nået aldersrenteaalderen, kan være lige så naturlig som af den aldersrentemodtager, der alene på grund af den med alderen følgende svagelighed har behov for en sådan anbringelse. Har den pågældende kronisk syge gennem en længere årrække haft ophold på et plejehjem, vil det dog ofte kunne føles hårdt, om han, fordi han opnår aldersrenteaalderen, skal flyttes til alderdomshjem, og derved rives ud af den tilværelse, hvori han har fundet sig til rette, muligvis også resulterende i, at han kommer til at bo fjernere fra slægtninge og venner end hidtil.

Ved afgørelsen af spørgsmålet må dog have i erindring, at der, hvis samtlige kronisk syge forbliver på plejehjem udover aldersrentealderen, vil kunne opstå den situation, dels at det bliver vanskeligt at skaffe plads til yngre kronisk syge, dels at plejehjemmene i stort omfang efterhånden vil kunne få karakter af alderdomshjem.

Udvalget har derfor ikke ment at kunne give bestemte retningslinier vedrørende dette spørgsmål.

Med hensyn til refusionsspørgsmålet vedrørende de under 3 nævnte henvises til side 20.

Afgørelse af behovet for plejehjem, spørgsmålet om pligt for amterne til at oprette plejehjem.

Bedømmelsen af behovet for opførelse af nye plejehjem eller for tilvejebringelse af pladser for kronisk syge ved gennemførelse af overenskomst med private plejehjem bør efter udvalgets opfattelse ligge hos de lokale myndigheder, d. v. s. amtskommunerne og købstadkommunerne, eventuelt amtskommunen i forbindelse med de i amtsråds-kredsen værende købstæder, alt i samarbejde med embedslægerne. Derimod synes der ikke at være grund til, at det nævnte spørgsmål forelægges for socialministeriet.

Efter forsorgslovens § 39 kan det pålægges amterne at træffe foranstaltninger til at sikre en forsvarlig forsorg for de kronisk syge. Denne bestemmelse har dog ikke været bragt i anvendelse.

Udvalget har drøftet, om det måtte være ønskeligt at gå et skridt videre og pålægge amterne en pligt til at oprette plejehjem for kronisk syge i fornødent omfang. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at en række amter allerede er stærkt interesseret i spørgsmålets løsning, bl. a. under hensyn til det ønskelige i at lette presset på sygehusene, og at der, når der gennemføres en nyordning inden for området, vil blive taget skridt til, at det fornødne antal pladser på plejehjem for kronisk syge tilvejebringes. Udvalget mener derfor ikke, at det vil være nødvendigt at pålægge amterne en pligt til at oprette plejehjem. Et påbud om oprettelse af plejehjem måtte iøvrigt forudsætte, at der blev fastsat en rimelig frist til gennemførelse af planerne.

Godkendelse af planer til nye plejehjem og af overenskomster med private plejehjem. Reglementer.

Efter forsorgslovens § 43 skal bl. a. planerne til amtsplejestiftelser forelægges socialministeriet til godkendelse.

Denne regel findes det rimeligt at opretholde, dog således at forelæggelse for ministeriet kræves ikke alene ved amtsplejehjem, men i alle tilfælde, hvor der er tale om offentlige plejehjem. For så vidt angår tilfælde, hvor en købstadkommune vil opføre et plejehjem, svarer det til den gældende regel om, at planerne for alderdomshjem, der agtes opført af købstadkommuner, skal forelægges for ministeriet.

Det må iøvrigt forventes, at der i de allerfleste tilfælde til nyopførelse af plejehjem vil blive søgt statslån i henhold til boligstøtteloven. De midler, der af statskassen stilles til rådighed til byggelån, er imidlertid begrænsede. Efter praksis forelægger boligministeriet disse statslånssager og sager om materialebevilling for socialministeriet med

henblik på, hvilke af projekterne der — inden for den givne kvote — bør gennemføres. Herigennem vil socialministeriet få indflydelse på bedømmelsen af behovet.

Udvalget vil mene, at det ikke bør kræves, at de overenskomster, som amtskommunerne (købstadkommunerne) slutter med private plejestiftelser, skal forelægges for ministeriet.

Efter den hidtil gældende formulering af forsorgslovens § 43 skal reglementer for bl. a. amtsplejestiftelser for kronisk syge godkendes af socialministeriet.

Under hensyn til de erfaringer, man i årene efter forsorgslovens vedtagelse har gjort på dette område, må det skønnes, at det vil være rimeligt for at opnå en administrativ lettelse at henlægge godkendelsen af reglementer for plejehjem for kronisk syge (på tilsvarende måde som det er fundet ønskeligt for alderdomshjem) til amterne. For Københavns og Frederiksbergs vedkommende findes det dog rigtigst at bevare ministeriets godkendelse.

For at skabe ensartethed vil det dog være rimeligt, at socialministeriet efter forhandling med sundhedsstyrelsen giver nærmere retningslinier for reglementernes indhold.

Forslag til ændret refusionsordning.

Det er udvalgets opfattelse, at reglen i forsorgslovens § 73, hvorefter udgifterne ved driften af amtsplejestiftelser fordeles på amtsråds kredsen og de i forbindelse med denne stående købstadkommuner efter folketal, ikke er rimelig eller hensigtsmæssig, og at det må antages, at denne regel har været stærkt medvirkende til, at der ikke er oprettet flere plejestiftelser, end tilfældet er. Den nævnte regel vil nemlig bevirke, at der i almindelighed vil blive stor forskel på de deltagende kommuners udgifter pr. sygedag, idet udnyttelsesgraden ikke vil følge forholdet mellem indbyggerantallet, men i langt højere grad være afhængig af plejestiftelsens beliggenhed i forhold til de deltagende parter.

Udvalget mener derfor, at man i stedet bør tilstræbe en ordning, hvorefter den del af udgifterne, som *kommunerne selv skal bære*, fordeles i forhold til *indlæggelsesdage*.

Det findes iøvrigt rigtigst, at der som hidtil og på samme måde som ved alderdomshjem, jfr. folkeforsikringslovens § 54, stk. 2, fastsættes takster, der lægges til grund ved beregningen af refusion. Under hensyn til, at plejen af kronisk syge må skønnes at være mere krævende end plejen af personer på alderdomshjem, findes det rimeligt at sætte taksten for de almindelige plejehjem til samme beløb som på alderdomshjemmenes sygeafdelinger og for de to grupper af plejehjem, der kræver særlig indretning, til noget højere beløb, alt efter deres indretning. Der vil dog aldrig kunne anmeldes et højere beløb end den faktiske udgift pr. plejedag.

Udover den takst, der kan anmeldes til refusion efter folkeforsikringsloven, har man fundet det rimeligt at yde et *yderligere tilskud*. Man har her drøftet forskellige muligheder, men er blevet stående ved, at et sådant tilskud bør ydes fra den fælleskommunale udligningsfond. Herved har man lagt vægt på, at det drejer sig om syge, og at det derfor vil være naturligt, at ordningen nogenlunde kommer til at svare til den, der tilstræbes ved sygehusene. Endvidere har man taget i betragtning, at kommunerne under den nugældende ordning bærer en forholdsvis stor del af udgifterne ved driften af plejehjem, og at dette kan have været medvirkende til den tilbageholdenhed, der har hersket med hensyn til oprettelse af nye plejehjem.

Man har drøftet spørgsmålet om størrelsen af tilskuddet fra den fælleskommunale udligningsfond samt, om tilskuddet bør sættes i forhold til plejedage eller befolkningstal eller eventuelt beregnes på grundlag af begge disse faktorer. Man har endvidere fundet det ønskeligt at få en ordning, hvorefter der kunne ske en automatisk regulering af dette tilskud. Man har derhos ment at måtte søge tilskuddet fastsat således, at den del af udgifterne ved drift af plejehjem, som også under hensyntagen til fordelingen af refusionstaksten i henhold til folkeforsikringsloven skal bæres af kommunerne, andrager ca. halvdelen af de samlede udgifter. Dette vil efter de af udvalget foretagne beregninger kunne opnås, hvis tilskuddet fra den fælleskommunale udligningsfond ydes pr. plejedag og fastsættes til halvdelen af nettogennemsnitsudgiften pr. plejedag for samtlige plejehjem, heri medregnet udgiften til afskrivning og forrentning. Dette tilskud bør dog for det enkelte plejehjem aldrig kunne udgøre mere end 75 pct. af det beløb, hvormed udgiften pr. plejedag overstiger den foran nævnte refusionstakst.

Man har desuden drøftet, om det måtte være ønskeligt, at samtlige kommuner betalte et mindre beløb — f. eks. 50 øre — pr. indbygger som betaling for beredskabet. For betalingen af et sådant beredskabsbeløb ville tale, at der inden for et amt eventuelt kunne være enkelte små kommuner med nogle patienter, medens andre — større — kommuner ingen havde. For den lille kommune kunne der da blive tale om en betydelig økonomisk belastning, som imidlertid kunne lettes gennem et beredskabsbeløb som det nævnte, ligesom det ville være rimeligt, at den store kommune, der ingen patienter havde, var med til at drive plejehjemmet i amtsrådskredsen.

Udvalget har imidlertid lagt vægt på at søge at nå frem til en forenklet ordning og har derfor ment det rigtigst, at der ikke betales noget beredskabsbeløb.

Den del af udgiften pr. plejedag, der ikke dækkes af refusionstaksten samt tilskuddet fra den fælleskommunale udligningsfond, vil, hvis den indlæggende kommune er en købstadkommune (eller København) være at afholde af denne kommune.

Er den indlæggende kommune en sognekommune, har man ikke ment at burde opretholde den hidtil gældende ordning, hvorefter amtskommunen bærer udgiften. Man har — under hensyn til, at der her er tale dels om en forsorgsopgave, dels om en opgave vedrørende pleje af syge — ment det rimeligt at fordele udgiften mellem amtskommunen og den indlæggende kommune.

Man har i udvalget drøftet, hvorledes udgiften burde fordeles mellem amtskommune og sognekommune, og har herved bl. a. taget i betragtning, hvor stor en del af de patienter, der indlægges på plejehjem, der må antages at komme fra sygehuse. Udvalget har ikke ment at kunne fastsætte noget bestemt fordelingsstal, men det kan anføres, at der i udvalget er bragt i forslag $\frac{1}{4}$ eller $\frac{2}{5}$ til amtskommunen og $\frac{3}{4}$ eller $\frac{3}{5}$ til den indlæggende sognekommune.

Den foreslåede ordning kan herefter resumeres således: For ophold på kommunale plejehjem fastsættes under hensyntagen til hjemmenes indretning m. v. takster, der lægges til grund ved beregningen af refusion efter folkeforsikringsloven. Der vil dog aldrig kunne anmeldes højere beløb end den faktiske udgift. Herudover ydes fra den fælleskommunale udligningsfond et tilskud pr. plejedag på halvdelen af nettogennemsnitsudgiften pr. plejedag for samtlige plejehjem. Dette tilskud vil dog for det enkelte plejehjem aldrig kunne udgøre mere end 75 pct. af det beløb, hvormed udgiften pr. plejedag overstiger refusionstaksten. Den del af udgiften, der ikke dækkes af refusionstaksten og tilskuddet fra udligningsfonden, afholdes, hvis den indlæggende kommune er en købstadkommune (eller Københavns eller Frederiksberg kommune), af denne. Er den indlæggende kommune en

sognekommune, bæres restudgiften af amtskommunen og den indlæggende sognekommune i forening efter et nærmere fastsat fordelingstal.

Bør de særlige hjem være statsinstitutioner.

Udvalget har drøftet, om det bør være en statsopgave at oprette særlige plejehjem — af typen „Stefanshjemmet“ — d. v. s. de mere hospitalsmæssigt udstyrede hjem, der navnlig tager sigte på de yngre aldersklasser, for hvem der eventuelt vil være mulighed for gennem behandlingerne på hjemmet, om fornødent i samarbejde med særforsorgsinstitutionerne, at nå frem til en vis forbedring af helbredstilstanden.

Man mener imidlertid, at det vil være yderst vanskeligt at fastsætte almindelige retningslinier for, hvilke patienter der måtte anses for at henhøre under statens område og hvilke under kommunernes.

I denne forbindelse bemærkes, at det meget vel kan tænkes, at det skønnes hensigtsmæssigt at indlægge en patient, der klart henhører under særforsorgen, på et af de særlige plejehjem. En indlæggelse af en sådan patient på et af de særlige plejehjem vil imidlertid ligesåvel kunne finde sted, hvis hjemmet som plejehjem for kronisk syge iøvrigt er et kommunalt hjem, som hvis det er et statshjem, blot må der i første tilfælde af den indlæggende særforsorgsgren til plejehjemmet betales den fulde udgift pr. plejedag.

På samme måde vil der iøvrigt kunne forholdes med hensyn til særforsorgspatienter, der alene har behov for pleje, men for hvem der ikke er mulighed for optagelse på plejehjem inden for vedkommende særforsorgsgren, jfr. s. 8, således at de indlægges på plejehjem for kronisk syge mod, at vedkommende særforsorgsgren betaler den fulde udgift pr. plejedag.

Man vil under hensyn til det anførte mene, at de særlige plejehjem ikke bør oprettes af staten, men at man i stedet for må regne med det allerede eksisterende plejehjem „Stefanshjemmet“, samt med, at det, når der tilvejebringes en tilfredsstillende økonomisk ordening for hele området, må forventes, at private institutioner eller amtskommuner og større købstadkommuner vil søge opgaven løst. De patienter, som findes at trænge til den særlige pleje og behandling, må da henvises til disse hjem. Da det imidlertid må erkendes, at de særlige plejehjem — på grund af det mere omfattende udstyr og det større behov for personale — må antages at ville få større driftsudgifter end de almindelige plejehjem, foreslås det, at der fastsættes en højere refusionstakst. Iøvrigt forholdes der på samme måde som ved de andre plejehjem, jfr. foran.

Tilskudsordning vedrørende private hjem.

Udvalget har endvidere behandlet spørgsmålet om tilskudsordningen vedrørende private plejehjem. De private hjem skal for at kunne inddrages under den påtænkte nyordning være selvejende institutioner og godkendes af amtsrådet eller, hvis de er beliggende i en købstad, af byrådet. Det foreslås herefter, at amtsrådet (byrådet) skal godkende (fastsætte) en takst, som den indlæggende kommune (købstadkommunen) skal betale til plejehjemmet. Denne takst bør fastsættes således, at plejehjemmet får dækning for sine udgifter, idet dog amtet (købstadkommunen) må have adgang til at udelukke eller begrænse sådanne udgiftsposter, der ikke kan siges normalt at vedrøre driften af et plejehjem. Med henblik herpå og på fastsættelsen af den omhandlede takst bør der til amtsrådet.

(byrådet) indsendes såvel budget som regnskab for plejehjemmene. Betalingen må iøvrigt efterreguleres efter udgangen af hvert regnskabsår, eventuelt ved overførelse til næste år.

Den indlæggende kommunes udgifter ved indlæggelse af kronisk syge på private plejehjem afholdes efter samme regler som ved indlæggelse i kommunale plejehjem, d. v. s. der ydes refusion efter folkeforsikringsloven efter den fastsatte refusionstakst samt tilskud fra den fælleskommunale udligningsfond, medens det resterende beløb bæres af kommunen, for sognekommunernes vedkommende i forbindelse med amtskommunen.

Spørgsmål om refusionsordningen skal gælde i tilfælde, hvor den kronisk syge opnår aldersrentalderen.

Udvalget har drøftet, om de nævnte regler skal finde anvendelse for kronisk syge, der er indlagt på et plejehjem (kommunalt eller privat) og som under opholdet når aldersrentalderen (65 år, for enlige kvinder dog 60 år). Det er udvalgets opfattelse, at reglerne fortsat bør gælde. Udvalget har herved lagt vægt på, at i disse tilfælde er de pågældende inden opnåelsen af aldersrentalderen blevet anset for kronisk syge og trængende til indlæggelse på et plejehjem, og dette forhold ændres ikke, fordi de opnår aldersrentalderen.

Drejer det sig derimod om at indlægge en kronisk syg på plejehjem efter opnåelsen af aldersrentalderen, finder man, at der er tale om en rent kommunal forsorgsopgave svarende til den egentlige alderdomsforsorg (indlæggelse på alderdomshjem med dertil knyttet sygeafdeling). Der bør i disse tilfælde efter udvalgets opfattelse alene kunne ydes refusion efter folkeforsikringslovens refusionstakst for plejehjem, medens der ikke vil kunne ydes tilskud fra den fælleskommunale udligningsfond. Restudgiften må bæres af vedkommende kommune.

Spørgsmålet om tilskud til oprettelse af nye plejehjem.

Efter at boligstøtteloven, således som den er ændret ved lov nr. 252 af 14. juni 1951, har åbnet adgang for ydelse af billige statslån til opførelse af plejehjem for kronisk syge („stiftelser og hjem for gamle, syge og svagelige“), har man ikke ment, at der bør søges tilvejebragt regler for ydelse af tilskud, men at der må henvises til boligstøtteloven.

Efter denne lov kan der ydes opførelseslån, der kan udgøre indtil 95 pct. af ejendommens anskaffelsespris eller -værdi, hvis lånet ydes til en kommune, og iøvrigt indtil 85 pct., hvilken grænse dog, såfremt der tilbydes kommunegaranti for den del af lånet, der får sikkerhed efter 85 pct. af anskaffessummen eller -værdien, kan forhøjes til 97 pct.

I tilfælde af om- eller tilbygning kan lånet højst udgøre 90 pct. af om- eller tilbygningsudgifterne. Lånet skal have sikkerhed efter foranstående lån, der ikke må overstige procentandele af ejendommens værdi før om- eller tilbygningen svarende til de ovenfor anførte procentandele for samlet prioritering ved opførelseslån.

Hvis der i ejendommen indestår større lån end forudsat, kan statslån dog ydes, men nedsættes i så fald med et beløb svarende til størrelsen af de i ejendommen udover de nævnte grænser indestående lån.

Den årlige ydelse af statslånene er for tiden ialt 2,7 pct. af lånets hovedstol. Heraf er 2 pct. rente, 0,5 pct. afdrag og 0,2 pct. bidrag til reserve- og administrationsfond.

Spørgsmål om nedsættelse af et udvalg til bistand for amterne m. fl. eller oprettelse af en stilling som konsulent.

Som tidligere nævnt er det udvalgets opfattelse, at interessen hos kommunerne for oprettelse af nye plejehjem er betydelig, og at man under en ny refusionsordning vil kunne vente, at der ikke alene vil blive taget initiativ til oprettelse af by- og amtskommunale plejehjem, men også af de særlige plejehjem, der skal dække større områder end et amt. Udvalget vil imidlertid mene, at det vil være rimeligt, at der i den første tid under nyordningen åbnes en mulighed for amter, kommuner m. fl. til at få støtte og vejledning med hensyn til planlægning af nye plejehjem. Udvalget skal derfor henstille, at der med henblik herpå nedsættes et snævert udvalg med repræsentanter for socialministeriet, sundhedsstyrelsen, boligministeriet, kommunerne og de eksisterende hjem. Det er udvalget bekendt, at der for alderdomshjemmenes vedkommende er etableret et snævert samarbejde mellem socialministeriet, sundhedsstyrelsen og boligministeriet, hvorved der er åbnet en udmærket adgang for de kommuner, der ønsker at opføre alderdomshjem, til at få vejledning. Udvalget er opmærksom på, at man ved plejehjemmene står overfor en opgave af en noget mere omfattende karakter end ved alderdomshjemmene, der som regel oprettes af en enkelt købstad- eller sognekommune, og hvor man allerede igennem en lang årække har indhøstet betydelige erfaringer. Dette taler i høj grad for, at man i hvert fald for en periode skaber et organ, der kan bistå de kommunale myndigheder og private institutioner indenfor området.

Udvalget har drøftet, om det måtte være ønskeligt at oprette en stilling som konsulent for eller tilsynsførende ved plejehjem for kronisk syge til varetagelse dels af det fornævnte vejledende arbejde, dels af andre opgaver, som det måtte findes naturligt at henlægge til den pågældende stilling.

Som sådanne opgaver har været nævnt følgende:

1. at virke for oprettelse af nye plejehjem, navnlig de særlige plejehjem, der skal dække større områder end et amt.
2. at yde vejledning til amter m. v., der agter at opføre plejehjem eller at slutte overenskomst med private plejehjem, hvorved der kunne opnås større ensartethed i planlægningen.
3. at føre tilsyn med plejehjemmene og at være ankeinstans, hvortil de på plejehjemmene indlagte kan henvende sig med deres klager og problemer. For såvidt sidste punkt angår, er der peget på muligheden af at give den omhandlede stilling en lignende opbygning og placering som overinspektionen for børneforsorgen.

Det er imidlertid som foran nævnt udvalgets opfattelse, at interessen for oprettelse af nye plejehjem er så stor, at det ikke vil være påkrævet med et særligt organ til at styrke denne interesse. Forsåvidt angår de særlige stiftelser, må udvalget mene, at det fornødne samarbejde med henblik på oprettelse af disse stiftelser vil kunne etableres også uden hjælp af en konsulent, og man skal herved pege på erfaringerne fra oprettelsen af centralsygehuse og nervesanatoriet Montebello.

Man er vel klar over, at oprettelsen af en central stilling som konsulent ville kunne betyde en lettelse for amtslægerne, og at der derved ville blive større mulighed for ensartethed, ligesom man har været opmærksom på, at den pågældende stilling først og fremmest skulle varetage de sociale spørgsmåls løsning, og at den derfor til en vis grad ville supplere sundhedsmyndighedernes opgave på dette område.

Udvalget vil imidlertid som foran nævnt mene, at den fornødne vejledning vil kunne tilvejebringes ved et snævert samarbejde mellem socialministeriet, sundhedsstyrelsen og boligministeriet, eventuelt gennem nedsættelse af et snævert udvalg.

Særlig forsåvidt angår spørgsmålet om tilsyn, skal man bemærke, at de offentlige plejehjem hidtil har henhørt under amterne, og at udvalget fortsat mener, at dette bør være tilfældet, idet kravet om tilsyn med plejehjemmene vil være tilstrækkeligt tilgodeset ved det tilsyn, som amterne fører, jfr. forsorgslovens § 43, stk. 3.

Med hensyn til de private plejehjem, med hvilke der sluttes overenskomst, vil amterne (købstæderne) — i kraft af overenskomsten — på tilsvarende måde føre tilsyn, og der synes ikke grund til at antage, at dette tilsyn ikke skulle være fyldestgørende.

For såvel de offentlige som de private plejehjems vedkommende skal det endvidere fremhæves, at det må være mest hensigtsmæssigt at have et lokalt tilsyn frem for et centralt.

Derhos må det, når det bringes på bane at oprette et tilsynsorgan i lighed med overinspektionen for børneforsorgen, tages i betragtning, at der indenfor børneforsorgen alene er tilsyn ved overinspektionen (og ministeriet), medens amterne ikke har opgaver her. Da det for plejestiftelsernes vedkommende må være givet, at man ikke bør fratage amterne tilsynsopgaven, ville indførelsen af et organ i lighed med overinspektionen for børneforsorgen betyde et yderligere tilsynsled mellem amterne og ministeriet.

Når der endelig tages hensyn til den almindeligt gældende tendens til at decentralisere administrationen, finder udvalget ikke at kunne anbefale oprettelsen af et nyt centralt tilsynsorgan.

Med hensyn til de indlagtes adgang til at forelægge deres klager og problemer iøvrigt skal man pege på, at der allerede under den eksisterende ordning er en sådan adgang. Forholdet vil i almindelighed være det, at hver enkelt patient er indlagt ved foranstaltning af en kommune, til hvis sociale udvalg pågældende i første instans må rette henvendelse om de spørgsmål, der måtte opstå for ham. Udvalgets afgørelse vil på sædvanlig måde kunne indbringes for amtet, hvis afgørelse igen kan indbringes for ministeriet. Der synes ikke at være grund til at tilvejebringe nogen yderligere klageadgang.

Selvom det ikke kan underkendes, at en stilling som konsulent for plejehjem for kronisk syge, hvilken stilling iøvrigt burde besættes med en person fra den sociale forsyning, kunne have værdi, må udvalget alt taget i betragtning mene, at der ikke bør etableres en sådan ny stilling.

De private hjem.

Udover landet findes et ikke helt ubetydeligt antal plejehjem — „hviliehjem“ eller „sygehjem“ — som i hvert fald for en del optager det klientel, der her er tale om. For at få dannet et indtryk af disse hjem og muligheden for at inddrage dem i en nyordning vedrørende plejehjem for kronisk syge har udvalgets formand, overlæge Juel Henningsen og udvalgets sekretær — som nævnt i indledningen — aflagt besøg på ialt 31 private hjem rundt om i landet. Herunder blev der sammen med stadslægen i København aflagt besøg på 5 private plejehjem i Københavns kommune, udgørende et repræsentativt udsnit af de i København værende 40 private hjem. Endvidere er besøgt 8 af kommuner drevne hjem, af hvilke dog de 5 alene var beregnet for aldersrentemodtagere.

De besøgte private hjem har været meget forskellige. I henseende til størrelse

varierede hjemmene fra 7 pladser til 91 pladser. 2 af hjemmene havde under 10 pladser, 11 fra 10 til 19, 8 fra 20 til 29, 5 fra 30 til 39, 2 fra 40 til 49, medens 3 havde 50 eller derover.

Af de besøgte hjem blev de 4 drevet som selvejende institutioner eller af foreninger, og de bedste hjem fandtes klart herimellem.

Som en anden særlig gruppe må nævnes diakonhjemmene, hvor der gennemgående — ofte under en betydelig indsats fra ledernes side såvel økonomisk som arbejdsmæssigt — blev udført et udmærket arbejde for beboerne på hjemmene.

Med hensyn til disse hjem kan det iøvrigt oplyses, at diakonhjemmene har dannet en sammenslutning. Indenfor denne har man søgt at samle diakonhjemmene til een selvejende institution med fælles bestyrelse og fælles administrationskontor. En betydelig del af hjemmene har allerede erklæret sig interesseret i planen. Der foreligger vedrørende den selvejende institution udkast til vedtægter, ligesom der er foretaget forskellige skridt af praktisk art med henblik på løsning af de problemer, der vil opstå for de enkelte hjem ved planens gennemførelse.

Iøvrigt kan hovedindtrykket af besøgene siges at være, at klientellet på de private hvile- eller sygehjem i alt overvejende grad er gamle, d. v. s. folk, der snarere hører hjemme på et alderdomshjem end på et plejehjem for kronisk syge.

Særligt for Københavns vedkommende kan det nævnes, at af de 40 hjem i kommunen er 30 med ca. 440 pladser specielt beregnet for gamle. (Af disse 30 hjem har de 12 iøvrigt nærmest karakter af pensionater med nogen ekstra assistance). De 10 resterende hjem med 300 pladser angives at kunne betegnes som sygehjem eller plejestiftelser. 4 af disse hjem har delvis hospitalskarakter.

Forsåvidt angår diakonhjemmene er det på grundlag af en i 1949 af diakonhjemmenes organisation iværksat undersøgelse oplyst, at der fandtes ialt 46 hjem med 1176 pladser. 8 hjem med 258 pladser var særlig for kronisk syge. 17 hjem med 355 pladser var væsentligst for gamle, og 21 hjem med 563 pladser havde et klientel, der måtte betegnes som blandet.

Klart indstillet på at modtage egentlige kronisk syge var kun 6 af de besøgte hjem, nemlig de ovennævnte 4 institutionshjem og 2 privatejede (af hvilke det ene med henblik på udvidelse er omdannet til en selvejende institution). En del af de øvrige hjem var dog indstillet på at modtage enkelte kronisk syge. For enkelte hjemms vedkommende blev det på den anden side udtalt fra lederens side, at der ikke ønskedes optaget egentlige kronisk syge og i hvert fald ikke mere alvorligt syge.

Af betydning herfor må det antages at være, at der gennemgående er et ret begrænset personale på hjemmene. Helt uden *sygeplejeuddannet* personale var 8 af hjemmene, gennemgående de mindre hjem (med under 20 pladser, et af disse hjem havde dog plads til 30 patienter). Iøvrigt var det almindeligt for de privatejede hjem, at lederen — hvis hjemmet lededes af et ægtepar ofte begge ægtefællerne, — havde sygeplejeuddannelse (diakonuddannelse). Endvidere må det tages i betragtning, at den betaling, der ydes af patienterne, for størsteparten af hjemmene må betegnes som ganske beskeden. For en del af hjemmene udenfor København må betalingen — også når hensyn tages til den siden besøgene skete prisstigning — påregnes at ligge under 300 kr. pr. måned, for nogle få af de mindste hjem endda under 200 kr. Når denne betaling sammenlignes med sygedagsudgiften for nogle af de offentlige plejehjem, navnlig de nyere, der går helt op til godt 20 kr. pr. patientdag, kan det for såvidt ikke overraske, at de ydelser, de private hjem kan tilbyde deres patienter, må være begrænsede.

Iøvrigt kan det bemærkes, at der var en klar tendens for eneværelser og for, at patienterne selv — helt eller delvis — møblerede deres værelser.

Som samlet indtryk må det siges, at kun en mindre del af de besøgte hjem syntes egnede til at inddrages i en nyordning, hvorved de — gennem aftale med vedkommende amts- eller købstadkommune, jfr. side 19–20 i højere grad optager egentlig kronisk syge.

Det er dog utvivlsomt, at der findes hjem — f. eks. menighedsplejernes hjem —, der umiddelbart vil kunne inddrages i nyordningen, og at der også findes en del hjem, der vel er af en noget ringere kvalitet, men som dog, når der skaffes mulighed for økonomisk støtte, vil kunne bringes op på den ønskede standard.

Ved spørgsmålet om de private hjem må man være opmærksom på, at en række af disse hjem har et særligt præg som følge af, at en kirkelig institution står bag. Heri ligger ikke noget krav til patienterne om trosbekendelse, men der råder på hjemmene en kristelig ånd, og det kan tænkes, at der findes patienter, der ikke ønsker at blive henvist til sådanne hjem. Man må efter udvalgets opfattelse være indstillet på at respektere sådanne ønsker, og der må derfor være andre muligheder for anbringelse af de pågældende.

Tilsyn med private plejehjem.

Som nævnt i afsnittet „Erfaringerne under den nugældende ordning“ føres der alene tilsyn med private plejestiftelser og plejehjem af sundhedsmyndighederne.

De nærmere regler herom er givet i kommunernes sundhedsvedtægter. I de af indenrigsministeriet udarbejdede normalsundhedsvedtægter, der nu er i brug i et overvejende antal af kommunerne, er det fastsat, at erhvervsmæssigt drevne syge- og plejehjem for ældre eller svagelige personer med hensyn til indretning og drift er underkastet de bestemmelser, som sundhedskommissionen til enhver tid måtte fastsætte vedrørende lokalernes indretning og belægning samt hjemmenes hygiejniske forhold iøvrigt, herunder kostmængden og madens tilberedning samt ansættelsen af den efter sundhedskommissionens skøn fornødne sygeplejehjælp.

Forinden sådanne hjem tages i brug, såvel som når de skifter indehaver, skal de anmeldes for og godkendes af sundhedskommissionen.

Sundhedskommissionens beføjelser er dog ikke begrænset til godkendelse ved åbning af plejehjem og ejerskifte, men godkendelsen kan til enhver tid tilbagekaldes, når forholdene efter sundhedskommissionens skøn gør det nødvendigt. Ligeledes kan kommissionen, hvis den skønner, at et hjem drives på uforsvarlig eller uhygiejniske måde, påbyde sådanne foranstaltninger, som den finder nødvendige eller hensigtsmæssige, og eventuelt påbyde hjemmet lukket.

Udvalget har drøftet, om det måtte være ønskeligt med et tilsyn henlagt til forsorgsmyndighederne (det sociale udvalg, amtet).

I de tilfælde, hvor private plejehjem inddrages under en nyordning som nærmere omtalt i afsnittet om refusionsspørgsmålet m. v., vil der gennem den overenskomst, der sluttet mellem vedkommende hjem og amtet resp. købstadkommunen, være tilstrækkeligt grundlag for det sociale udvalgs eller amtets indseende og kontrol med det pågældende hjem.

I andre tilfælde vil det næppe være hensigtsmæssigt med et tilsyn fra forsorgsmyndighedernes side. Herved er man bl. a. opmærksom på, at private hjems karakter kan variere betydeligt fra hjem, der nærmest er almindelige pensionater og hjem hovedsagelig

bestemt for gamle, til blandede hjem og egentlige hjem for kronisk syge. Det vil være vanskeligt at fastsætte en anvendelig begrænsning med hensyn til, hvilke hjem der skal undergives tilsyn af de sociale myndigheder.

Forskellige i den seneste tid indtrufne tilfælde af kritik af private plejehjem viser, at der måske kan rejses tvivl om, hvorvidt sundhedsmyndighedernes tilsyn har været fuldt tilstrækkeligt. Herved må det bemærkes, at sundhedsmyndighederne vel kan fastsætte, at visse forbedringer skal foretages, inden godkendelse gives, eller tilbagekalde en tidligere givet godkendelse, hvis ikke ønskede forbedringer gennemføres, men at sundhedsmyndighederne ikke har mulighed for at yde økonomisk støtte til gennemførelse af sådanne forbedringer. En intensivering af tilsynet kunne forsåvidt opnås ved at indføre et tilsyn ved det sociale udvalg eller amtet ved siden af sundhedsmyndighedernes tilsyn. Hvor hjemmene iøvrigt ikke har nogen forbindelse med forsorgsmyndighederne gennem de tidligere omtalte overenskomster, og hvor forsorgsmyndighederne derfor heller ikke har mulighed for at yde økonomisk støtte, synes det dog mindre rimeligt at etablere et sådant sideløbende tilsyn.

Udvalget må derfor mene, at forsorgsmyndighedernes tilsyn bør begrænses til de tilfælde, hvor der træffes overenskomst mellem en kommune (amtskommune eller købstadskommune) og et privat hjem. Men udvalget finder anledning til at henlede opmærksomheden på det ønskelige i, at der gives mere faste retningslinier for sundhedsmyndighedernes tilsyn med de private hjem.

I de tilfælde, hvor det — på grund af den herskende mangel på offentlige plejehjem — er nødvendigt for en kommune at træffe aftale om indlæggelse på et privat hjem — og hvor der ikke er tale om egentlig overenskomst som foran nævnt — bør den pågældende kommune omhyggeligt følge patienten og drage omsorg for, at de forhold, hvorunder han er anbragt, til stadighed er forsvarlige og så gode som muligt.

Ydelse af statslån i forbindelse med private (lederejede) hjemms overgang til selvejende institutioner.

Som anført skal de private hjem, der ønskes inddraget under en nyordning med aftale med amtsråd eller byråd, være selvejende institutioner.

I forbindelse med overgangen fra privat (lederejet) hjem til selvejende institution opstår der spørgsmål dels med hensyn til, hvorledes der vil være at forholde i anledning af, at den hidtidige ejer (leder) ønsker sin i hjemmet indestående kapital frigjort helt eller delvis, dels med hensyn til tilvejebringelse af midler til gennemførelse af de forbedringer, som det må påregnes nødvendigt at gennemføre i de fleste tilfælde, inden hjemmene vil kunne godkendes af amtsrådet (byrådet).

Byggestøttelovgivningen åbner alene mulighed for statslån i tilfælde af nybygning eller egentlig ombygning eller tilbygning og vil derfor i almindelighed ikke kunne benyttes i de her omhandlede tilfælde.

Det foreslås i stedet, at der — i lighed med hvad der er kendt indenfor børneforsorgen — tilvejebringes hjemmel til, at der med bevillingsmyndighedernes godkendelse i de enkelte tilfælde ydes statslån, dels til overtagelse af hjemmene, dels til afholdelse af udgifterne ved gennemførelse af nødvendige forbedringer. Herved tænkes der navnlig på hovedstandsættelse, mindre bygningsændringer såsom omlægning af enkelte værelser

(af hensyn til det ønskelige i eneværelser, evt. to-sengsstuer), forbedring af sanitære installationer, indretning af terapiværksted o. l., samt anskaffelse af inventar.

Udgifterne til forrentning og afdrag på sådanne statslån må, sammen med udgiften til forrentning og afdrag på den hjemmet iøvrigt påhvilende gæld, indgå i de udgifter, som skal dækkes gennem den med amtsrådet (byrådet) aftalte betalingstakst.

Den enkelte indlagtes forhold, herunder betalingen.

Spørgsmålet, om den enkelte patient vil kunne optages på et plejehjem, må som tidligere nævnt afgøres af hjemmets ledelse i samarbejde med lægen. Er der tale om et amtsplejehjem, vil den endelige afgørelse ligge hos amtsrådet eller den myndighed, der er bemyndiget til at træffe afgørelse vedrørende hjemmets drift. På tilsvarende måde er det byrådet eller et af byrådet udpeget organ, der træffer afgørelse, forsåvidt der er tale om et af en købstadkommune oprettet plejehjem. Drejer det sig om et privat plejehjem, med hvilket der er sluttet overenskomst af amtsråd eller byråd, bliver beslutningen ligeledes at træffe af de nævnte myndigheder.

Spørgsmålet om udskrivning afgøres af samme myndighed, som træffer afgørelse om indlæggelse.

Såfremt den indlagte kronisk syge er invaliderentemodtager, må der forholdes på samme måde som ved aldersrentemodtagers ophold på alderdomshjem, jfr. folkeforsikringslovens § 54, d. v. s. at opholdet træder i stedet for invaliderenten. Såfremt den pågældende modtager hjælp i henhold til forsorgslovens §§ 247 eller 248, træder opholdet ligeledes i stedet for oppebærelse af denne hjælp.

For bemedlede patienter fastsættes betalingen efter samme regler som gælder på kommunale alderdomshjem, jfr. folkeforsikringslovens § 54, stk. 4. Herefter vil der maksimalt kunne afkræves den pågældende den fulde udgift ved hans forsørgelse, beregnet efter plejehjemmets sidst afsluttede regnskab.

Til de på pleje- og alderdomshjem optagne patienter må der ydes lommepenge på linie med de i folkeforsikringslovens § 54, stk. 3, for beboere på alderdomshjem fastsatte regler, herunder reglerne om fradrag i lommepengene og eventuel indbetaling til kommunens kasse (den indlæggende kommune). Man har anset det for ønskeligt i denne henseende at gennemføre ensartede regler for alle, der er optaget i et kommunalt alderdomshjem eller i offentligt plejehjem. Der bør dog ved fastsættelse af lommepengene ses bort fra mindre indtægter, der stammer fra beboernes personlige arbejde under opholdet i plejehjemmet.

Endvidere forsynes patienterne med alt, hvad der er fornødent til deres underhold, kur og pleje m. v.

De foran anførte regler bør optages i reglementerne for de enkelte hjem.

Det vil være ønskeligt, at folkeforsikringslovens § 54, hvis bestemmelser direkte alene vedrører beboere på alderdomshjem, men som finder analog anvendelse på plejehjem, jfr. foran, ændres således, at de i paragraffen givne bestemmelser finder direkte anvendelse i tilfælde af kronisk syges indlæggelse på offentlige plejehjem eller på private plejehjem, med hvilke det offentlige har sluttet overenskomst.

Udvalget finder anledning til at henlede opmærksomheden på, at det ikke helt sjældent vil kunne forekomme, at en på et plejehjem indlagt invaliderentemodtager eller modtager af hjælp som kronisk syg har forsørgelsespligt overfor andre, og at det bør sikres,

at der ydes disse tilstrækkeligt til deres forsørgelse under forsørgerens indlæggelse på plejehjem. Det er udvalget bekendt, at spørgsmålet om ensartede regler for alle tilfælde, hvor rentemodtagere m. fl., der er optaget på særforsorgsanstalter m. v., har forsørgelsespligt overfor andre, er optaget til behandling i socialministeriet. Udvalget har derfor ikke ment for sit vedkommende at burde medtage forslag til en sådan regel for de i nærværende betænkning omhandlede personer.

Hjælp til kronisk syge udenfor plejehjem.

Udvalget har drøftet spørgsmålet om ydelse af bistand til kronisk syge udenfor plejehjem.

Der tænkes herved på sådanne kronisk syge, som i og for sig opfylder betingelserne for optagelse på et plejehjem, fordi de ikke kan klare sig uden bistand, evt. behandling, og som ikke kan få den nødvendige bistand af pårørende, men som man dog ville kunne undlade at optage på plejehjem, hvis der under deres forbliven i deres eget hjem kunne ydes dem den nødvendige hjælp.

Dernæst tænkes der på kronisk syge, der har været optaget på plejehjem, men hvis tilstand er bedret i en sådan grad, at de nu vil kunne udskrives, såfremt der efter udskrivningen fortsat vil kunne ydes dem en begrænset bistand, evt. behandling.

Herved vil man opnå ikke blot en besparelse for det offentlige, men også den betydelige fordel det er for den kronisk syge at kunne forblive i sit eget hjem.

Den bistand m. v., der kan blive tale om at yde, kan være: huslig og personlig assistance, f. eks. til morgen- og aftentoilettet, sengeredning o. l., skiftning af forbindinger, indsprøjtninger o. l., fysioterapeutiske behandlinger, iværksættelse af arbejdsterapi.

Forsåvidt den pågældende er invaliderentemodtager eller modtager hjælp som kronisk syg i henhold til forsørgslovens §§ 247—48, skulle han gennem modtagelsen af bistandstillægget forsåvidt være sat i stand til at sikre sig den nødvendige bistand. Spørgsmålet er imidlertid, om det faktisk vil være muligt for ham at få sådan bistand, det vil sige, om der i passende nærhed af hans bopæl findes en person, der er i stand til og villig til for en forholdsvis beskeden betaling at påtage sig at yde den nødvendige bistand.

I et vist omfang forefindes der allerede foranstaltninger, gennem hvilke der vil kunne ydes bistand af den omhandlede art.

Her kan navnlig nævnes hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejerskens opgave omfatter bl. a. skiftning af forbindinger o. l., hjælp til morgen- og aftentoilettet og sengeredning m. v., jfr. betænkning vedrørende hjemmesygeplejen i Danmark, s. 32. Hjemmesygeplejen må vel i første række siges at sigte på at yde hjælp under mere kortvarig — akut — sygdom, men der skulle dog ikke være noget til hinder for, at hjemmesygeplejen også yder hjælp af den omhandlede art til kronisk syge, forudsat at hjælpen kan ydes under kortvarige besøg.

Endvidere kan det nævnes, at en del kommuner har taget den opgave op at udsende beskæftigelsesterapeuter til de gamle med det formål at hjælpe dem i gang på forskellig måde.

Det er udvalgets opfattelse, at det — i tilfælde hvor nødvendig bistand, evt. behandling, ikke kan ydes kronisk syge ved de foran omtalte foranstaltninger eller ved privat aftale med hjælpere — bør tilstræbes, at det ved udsendelse af terapeuter, sygeplejersker, eller andre kvalificerede hjælpere gøres muligt at yde den nødvendige bistand eller behandling.

Findes der i en kommune et plejehjem for kronisk syge, vil det være naturligt, at opgaven løses i samarbejde med plejehjemmet. Dette kan ske ved, at der gennem plejehjemmet udsendes en sygeplejerske, fysioterapeut eller beskæftigelsesterapeut til den pågældende kronisk syge. Er der tale om, at den kronisk syge har behov for behandling evt. behandling, hvortil der kræves mere omfattende apparatur, synes det rimeligt, at han får adgang til sådan behandling på plejehjemmet. Har dette yderligere særlige værksteder for arbejdssterapi, vil det også være rimeligt, at uden for plejehjemmet værende kronisk syge får adgang til at benytte disse værksteder, forsåvidt pladsforholdene tillader det.

Som det fremgår af det foranstående, vil man ved de nævnte foranstaltninger søge at aflaste plejehjemmene. Dette formål kan siges at være beslægtet med det, der søges opnået med hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen, nemlig en aflastning af sygehusvæsenet (og for husmoderafløsningen tillige af børneforsorgen). Det synes derfor naturligt, at det på samme måde som ved hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen bliver en kommunal opgave, der dog ligesom husmoderafløsningen bør være frivillig. Administrationen af ordningen synes mest naturligt at burde henlægges til det sociale udvalg, der, da de pågældende kronisk syge i almindelighed enten vil modtage invaliderende eller hjælp i henhold til forsorgslovens §§ 247—48, i forvejen vil have forbindelse med de pågældende.

Med hensyn til de med den nævnte foranstaltning forbundne udgifter vil man finde det rimeligt, at der — på samme måde, som det er gældende for husmoderafløsningen — af statskassen refunderes kommunen 50 pct. af lønudgifterne til de pågældende hjælpere og af den fælleskommunale udligningsfond $\frac{4}{10}$ af den øvrige del af lønningsudgifterne, medens kommunen afholder resten af udgifterne uden refusion.

Modtagerne af den omhandlede hjælp vil som nævnt i almindelighed være invaliderentemodtagere eller modtage hjælp i henhold til forsorgslovens §§ 247—48. Det synes derfor rimeligst ikke at afkræve dem nogen betaling i anledning af hjælpens ydelse. Oppebærer de pågældende bistandestillæg eller dertil svarende ydelse i henhold til forsorgslovens §§ 247-48 bør dog — i det omfang den ydede hjælp efter det sociale udvalgs skøn modsvarer den bistand, som det med tillægget var tilsigtet at sætte den pågældende i stand til at få — bistandestillægget anvendes til nedbringelse af udgifterne ved foranstaltningen.

Den statistiske undersøgelse.

Som i indledningen nævnt blev der på udvalgets foranledning iværksat en indsamling af et statistisk materiale til oplysning om, hvormange kronisk syge der fandtes i landet.

Materialets tilvejebringelse skete nærmere således, at sundhedsstyrelsen gennem embedslægerne indhentede en række oplysninger fra samtlige praktiserende læger om de personer, lidende af kroniske sygdomme, som den 1. oktober 1949 (for Københavns vedk. den 1. marts 1950) blev behandlet eller var under tilsyn af en læge, eller som i løbet af oktober 1949 (resp. marts 1950) måtte forekomme i lægernes praksis, eller som iøvrigt efter lægens kendskab til den pågældende havde behov for ophold på en plejestiftelse. Endvidere indhentede sundhedsstyrelsen gennem sygehusene tilsvarende oplysninger om de personer med kroniske lidelser, der den 1. oktober 1949 var anbragt på sygehus. Endelig indhentes der gennem embedslægerne oplysning fra plejestiftelser og private syge- og plejehjem om de på institutionerne pr. 1. oktober 1949 værende personer, der var lidende af kroniske sygdomme.

domme, tillige med oplysninger om institutionernes oprettelsesår og antal pladser samt belægning pr. 1. oktober 1949.

Som det er anført foran s. 8, kan „kronisk syg“ ikke siges at være et fastslået begreb i medicinsk forstand. Ved indsamlingen af oplysninger om de kronisk syge kan man derfor ikke se bort fra, at de enkelte læger kan have anlagt en varierende vurdering ved afgørelsen af, om en patient skulle medtages i de til sundhedsstyrelsen indsendte oplysninger. Som følge heraf er det indsamlede materiale behæftet med nogen usikkerhed.

Også forsåvidt angår oplysninger om antallet af patienter, der skønnes at have behov for anbringelse på plejestiftelse, må man have i erindring, at vurderingen kan være forskellig hos lægerne, bl. a. derved, at nogle i højere grad end andre har taget hensyn såvel til lægelige som til sociale forhold. Også herved er der et usikkerhedsmoment i de indsamlede oplysninger.

I tabel 1 er givet en oversigt over antallet af kronisk syge indberettet af de praktiserende læger, af sygehuse m. v. og af plejestiftelser eller -hjem inden for de enkelte amter. Det samlede tal er ca. 20 200, svarende til ca. 5 ‰ af befolkningen. Som det ses af tabellen, varierer tallene — navnlig over patienter indberettet af sygehusene — en del fra amt til amt — fra 2 ‰ af befolkningen til 1 pct.

Af de nævnte ca. 20 200 var ca. 4 400 allerede anbragt på plejestiftelser. Af de resterende ca. 15 800 skønnede lægerne og sygehusene, at ca. 4 800 havde behov for anbringelse på plejestiftelse.

Som det fremgår af tabel 1, modtog af de godt 20 000 kronisk syge, som undersøgelsen omfattede, ca. 5 100 aldersrente og ca. 5 700 invaliderente, ialt svarende til 53 pct. Aldersrentemodtagerne var stærkest repræsenterede blandt de på plejestiftelser optagne kronisk syge, idet de her udgjorde 48 pct., mod 19 pct. af de af lægerne indberettede og 21 pct. af de af sygehusene indberettede. Invaliderentemodtagerne udgjorde henholdsvis 15 pct., 35 pct. og 14 pct. af de nævnte 3 grupper.

At så stor en del af de kronisk syge oppebærer aldersrente, står i forbindelse med aldersfordelingen. Af nedenstående oversigt fremgår det, at godt 70 pct. af plejehjemspatienterne er over 65 år. Dette svarer til det indtryk, man har fået ved besøg på de private plejehjem. Også en væsentlig del af de af de praktiserende læger og sygehusene indberettede er over 65 år. Dette forstærkes yderligere, når man alene ser på den del af de af lægerne og sygehusene indberettede, der skønnes at have behov for anbringelse på plejehjem.

Antallet af de patienter, der efter lægernes og sygehusenes skøn har behov for indlæggelse fremgår af tabel 2, 2 a, 2 b og 2 c. Det vil ses, at disse tal — ligesom de i tabel 1 angivne tal — varierer en del fra amt til amt.

Aldersfordelingen for kronisk syge indberettet af:

	Praktiserende læger	Sygehuse m. v.	Plejestiftelser og -hjem
	pct.	pct.	pct.
Under 15 år	1,7	3,9	1,2
15 — 24 —	3,4	2,8	1,2
25 — 44 —	19,1	16,1	6,2
45 — 64 —	42,3	34,8	21,2
65 år og derover	33,5	42,4	70,2
Ialt	100,0	100,0	100,0

Aldersfordelingen for de kronisk syge, som det skønnes ønskeligt at anbringe på plejehjem indberettet af:

	Praktiserende læger	Sygehuse m. v.
	pet.	pet.
Under 15 år	1,5	2,1
15 — 24 -	1,9	1,3
25 — 44 -	16,5	11,3
45 — 64 -	36,9	29,8
65 år og derover	43,2	55,5
Ialt	100,0	100,0

For en væsentlig del af de pågældende er der således tale om et spørgsmål om behov for anbringelse på alderdomshjem snarere end på plejehjem.

Af følgende oversigt fremgår, at det navnlig er enlige, der indlægges på plejehjem. Dette kan formentlig ses som et udtryk for, at det er af stor betydning, om de pågældende har pårørende, der kan yde dem bistand eller ikke.

Fordelingen efter ægteskabelig stilling af de kronisk syge indberettet af:

	Praktiserende læger	Sygehuse m. v.	Plejestiftelser og -hjem
	pet.	pet.	pet.
Ugift	25,3	24,8	38,6
gifte	52,2	48,3	13,9
forhen gift	21,6	26,4	46,7
uoplyst	0,9	0,5	0,8
Ialt	100,0	100,0	100,0

Af betydelig interesse har det været at få oplysninger om *diagnoserne*. (Diagnoserne er i alle tabellerne samlet i 10 grupper samt en samlegruppe). I tilfælde, hvor der har foreligget flere diagnoser for en patient, har der fundet en vurdering sted, og den vægtigste diagnose har været afgørende for placeringen i diagnosegrupperne. I tabel 3 er angivet diagnoser for samtlige kronisk syge opdelt i aldersgrupper. Det vil ses, at diagnosegrupperne 7 (sygdomme i nervesystemer og sanseorganer, herunder apoplexi), 8 (hjertelidelser, åreforkalkning og for højt blodtryk) og 9 (sygdomme i bevægelsesorganerne, incl. gigt) omfatter den største del af tilfældene. I tabel 4 er angivet diagnoserne for de patienter, som det er skønnet ønskeligt at anbringe på plejehjem, ligeledes opdelt i aldersgrupper. I tabel 4 a og 4 b er angivet diagnoserne for de af henholdsvis læger og sygehuse indberettede, der skønnes at burde indlægges på plejehjem. I tabel 5 er angivet den procentvise fordeling af diagnoserne indenfor grupperne: indberettet af praktiserende læger, sygehuse og plejestiftelser og -hjem, og i de to førstnævnte grupper såvel for de indberettede ialt som for de indberettede, der bør anbringes i plejehjem. Af tabellen fremgår bl. a., at alderdomssvækkelse udgør en væsentlig del — 16,3 pct. — af diagnoserne for de på plejehjem optagne, og at i det hele en væsentlig del af sygdommene er sådanne, som er karakteristiske for de ældre, jfr. foran om antallet af aldersrentemodtagere blandt de indberettede.

Man har endvidere foretaget en nøjere gennemgang af oplysningerne om diagnoserne for de på plejehjem anbragte patienter med henblik på at undersøge, hvor stor en del af disse, der efter diagnosen egentlig måtte henregnes til særforsorgen. I aldersgruppen indtil 60 år var antallet af patienter ialt 970. Heraf var anført under diagnoserne: følger af børnelammelse og hjernebetændelse 61, idioti, åndssvaghed etc. 77, spastikere 35, epilepsi 57, øjenssygdom, blindhed 14 og døvhed etc. 3 eller ialt 243. Diagnosernes rigtighed forudsat — og med bortseen fra, at enkelte under andre diagnoser opførte muligvis også måtte henregnes til særforsorgen, henhørte således forsåvidt 25 pct. af de på plejehjem værende i aldersgruppen indtil 60 år under særforsorg. I henseende til alder er forholdet det, at størsteparten af de ca. 250 patienter er over 40 år. Dette gælder dog ikke spastikerne, hvor godt halvdelen er under 25 år.

I aldersgruppen 60—64 år er 41 af et samlet antal patienter på 341 eller ca. 12 pct. henført til de nævnte diagnoser.

Da man har fundet det af særlig interesse at klarlægge, i hvilket omfang der var unge, der havde behov for indlæggelse på plejehjem, har man endvidere foretaget en nærmere undersøgelse af indberetningerne vedrørende aldersgruppen under 25 år blandt de af læger og sygehuse indberettede kronisk syge, som det skønnedes ønskeligt fik optagelse på plejehjem.

Idet bemærkes, at der på grundlag af indberetningerne om patienter, som skønnes at burde optages på plejestiftelse, er foretaget en opdeling i 3 grupper under hensyn til, hvor presserende en anbringelse måtte skønnes at være, kan meddeles følgende oversigt:

Alder:	Ialt	Ønskeligt straks		Ønskeligt senere		Måske ønskeligt senere	
		indberettet af:		indberettet af:		indberettet af:	
		læger	sygehuse	læger	sygehuse	læger	sygehuse
0—4 år	22	8	9	1	—	2	2
5—9 -	30	13	4	4	1	8	0
10—14 -	24	6	1	7	3	5	2
15—19 -	30	5	5	7	0	12	1
20—24 -	53	18	5	12	1	15	2
	159	50	24	31	5	42	7

Af de patienter, som det skønnedes ønskeligt straks at anbringe på plejehjem var 35 eller knap halvdelen opført med diagnoser, hvorefter de måtte anses for at henhøre under særforsorgen. For gruppe 2 gjaldt dette 14 eller ca. $\frac{2}{5}$ og for gruppe 3 13 eller ca. $\frac{1}{4}$. Af det samlede tal 159 var 62 eller ca. $\frac{2}{5}$ opført med diagnoser, der henførte dem til særforsorgen.

Af nedenstående oversigt fremgår det, at der på tidspunktet for indsamlingen af oplysningerne vedrørende de kronisk syge var ialt 159 plejehjem. Langt den overvejende del — nemlig knap 100 — havde fra 10—30 pladser. Af de meget store hjem — 3 med over 200 pladser, 2 med fra 100—199 pladser — var de 4 i Københavns kommune, eet i Odense amt.

Antal hjem:

Antal pladser	1. Efter pladser	2. Efter faktisk belægning	Antal patienter på de i kolonne 1 opførte hjem
0— 9.....	17	33	92
10— 19.....	52	52	675
20— 29.....	44	45	900
30— 39.....	17	10	401
40— 49.....	13	9	480
50— 59.....	6	2	188
60— 69.....	2	—	55
70— 79.....	3	3	219
80— 89.....	—	1	—
90— 99.....	—	—	—
100—199.....	2	2	190
200 og derover.....	3	2	1 206
			4 406*)

København, den 27. august 1954.

A. Bruun, **Rud. Conrad.** **Hj. Heerup.** **E. Juel Henningsen.** **Iohs. Hoff.** **A. K. Hviid.**
formand.

H. de Jonquières. **Johs. W. Jørgensen.** **G. Knudsen.** **W. Westergård Madsen.**

Aage Manslev-Christensen. **Niels Porse.** **R. Rasmussen.** **Stochholm.** **Chr. Thomsen.**

T. Wedel-Heinen. **Wm. Villumsen.**

K. Kampmann.

*) Tallet afviger med 19 fra det i tabel 1 angivne.

**Oplysninger om antal pladser, personalets størrelse og plejedagsudgiften for
nogle offentlige plejehjem.**

Plejestiftelsen for kronisk syge i Haderslev.

Antal pladser: 29.

Personalet består af:

1 bestyrerinde (sygeplejerske),
2 sygeplejersker,
1 kokkepige,
1 vaskeriassistent,
4 husassistenter,
1 pedel (4 timer daglig).
Ialt 9,5.

Udgiften pr. plejedag (1952—53).

A. belysning	1.88 øre	
brændsel	161.79	-
kostforplejning	235.51	-
inventar og beklædning	76.38	-
lønninger	336.17	-
rengøring	6.02	-
vask	6.02	-
medicin	13.87	-
		837.64 øre
B. forsikringer	8.36 øre	
vedligeholdelse	65.64	-
skatter	0.00	-
forrentning	53.65	-
afskrivning	19.65	-
pension til fhv. bestyrer	84.45	-
		231 75 -
Ialt pr. dag		
		1 069.39 øre

Amtsplejestiftelsen for kronisk syge, Roskilde.

Antal pladser: 27.

Gennemsnitsbelægning i 1952—53: 26,3.

Personale.

1 læge (honorarlønnet),
 1 afdelingssygeplejerske,
 2 sygeplejeassistenter,
 7 afdelingspiger,
 1 nattevagt,
 1 portør,
 1 økonoma,
 1 kokkepige,
 1 køkkenpige.

Ialt 16.

Udgiften pr. plejedag (1952—53).

Belysning	17,2 øre
brændsel	147,8 -
forplejning	383,0 -
inventar og beklædning	27,7 -
lønninger	634,3 -
pensionsbidrag	11,4 -
rengøring	14,6 -
vask	77,1 -
medicin m. v.	32,0 -
forsikringer	10,6 -
vedligeholdelse	129,3 -
skatter	6,2 -
forrentning og afskrivning	102,3 -
	1 593,5 øre

Københavns amts hjem for kronisk syge, Tåstrup.

Antal pladser: 30.

Gennemsnitlig belægning 1952—53: 28,7.

Personale (gennemsnitlig).

Læge

bestyrerinde	1,0
sygeplejeassistenter ...	4,0
sygeplejeelever	5,0
fysioterapeut	0,6
beskæftigelsesterapeut.	0,7
husassistenter m. fl. ..	7,0
økonoma	1,0
sygehusarbejder	1,0
Ialt	<u>20,8</u>

Udgift pr. forplejningsdag (1952—53).

lønninger	1 332,1	øre
fødevarer	336,7	-
brændsel	115,0	-
medicin og forbindsstoffer	73,5	-
kontorartikler	10,6	-
rengøringsmidler	12,3	-
andre forbrugsvarer	5,2	-
reparation og vedligeholdelse af bygninger og tekniske anlæg	59,0	-
reparation og vedligeholdelse af inventar og maskiner	83,1	-
elektricitet, gas og vand	34,6	-
porto og telefon	27,3	-
skatter og forsikringer	14,1	-
vask og vedligeholdelse af tøj	215,9	-
andre fremmede tjenesteydelser	26,5	-
forrentning	164,0	-
afskrivning på inventar	40,1	-
afskrivning på bygninger	58,9	-
	<u>2 608,9</u>	øre

Københavns amts hjem for kronisk syge, Lyngby.

Antal pladser: 40.

Gennemsnitlig belægning 1952—53: 38,6.

Personale (gennemsnitlig).

Læge	1,0
bestyrerinde	1,0
sygeplejersker og diakoner	7,0
sygepleje og diakonelever	5,7
fysioterapeut	0,6
sygemedhjælper	1,0
beskæftigelsesterapeut	0,5
husmedhjælpere	5,6
økonoma	1,0
køkkenpiger	2,6
sygehusarbejder	1,0
Ialt	<u>27,0</u>

Udgift pr. plejedag 1952—53.

lønninger	1 171,5	øre
fødevarer	364,2	-
brændsel	152,1	-
midicin og forbindsstoffer	89,2	-
kontorartikler	6,1	-
rengøringsmidler	22,5	-
andre forbrugsvarer	7,7	-
reparation og vedligeholdelse af bygninger og tekniske anlæg	53,0	-
reparation og vedligeholdelse af inventar og maskiner	46,8	-
elektricitet, gas og vand	82,3	-
porto og telefon	8,6	-
skatter og forsikringer	33,4	-
vask og vedligeholdelse af tøj	131,3	-
andre fremmede tjenesteydelser	7,9	-
forrentning	169,5	-
afskrivning på inventar	81,4	-
afskrivning på bygninger	169,1	-
	2 596,6 øre	

**Oversigter udarbejdet af sundhedsstyrelsens statistiske kontor på grundlag
af den foretagne undersøgelse.**

Tabel 1.

Antal indberettede personer lidende af kroniske sygdomme.

Amtslægekreds	Folketal 7/11 1950	Praktise- rende læger	Sygehuse m. v.	Plejestif- telser el. plejehjem	Til- sammen	Pct. af folketal
København	765 580	758	533	1 478	2 769	0,4
Frederiksberg	119 383	570	186	191	947	0,8
Københavns amt	313 601	537	22	415	974	0,3
Roskilde	76 781	568	30	132	730	1,0
Frederiksborg	147 695	668	62	50	780	0,5
Holbæk	126 162	702	57	94	853	0,7
Sorø	125 884	661	149	35	845	0,7
Præstø	122 955	385	49	115	549	0,4
Bornholm	48 134	218	57	49	324	0,7
Maribo	135 337	377	39	12	428	0,3
Svendborg	149 671	678	28	27	733	0,5
Odense	187 963	492	81	158	731	0,4
Assens	57 901	201	17	—	218	0,4
Vejle	201 113	710	124	403	1 237	0,6
Skanderborg	134 133	556	30	199	785	0,6
Århus	198 267	643	281	260	1 184	0,6
Randers	167 335	608	65	112	785	0,5
Ålborg	225 394	645	70	42	757	0,3
Hjørring	169 690	623	37	128	788	0,5
Thisted	88 091	501	15	67	583	0,7
Viborg	155 628	607	243	150	1 000	0,6
Ringkøbing	186 841	570	116	111	797	0,4
Ribe	170 448	561	47	53	661	0,4
Haderslev	69 118	232	47	—	279	0,4
Åbenrå	46 909	138	6	73	217	0,5
Sønderborg	47 142	178	—	19	197	0,4
Tønder	41 998	51	10	14	75	0,2
	4 279 153	13 438	2 401	4 387	20 226	0,5
heraf kvinder		8 135	1 482	2 729	12 346	

Kronisk syge med aldersrente	2 507 = 19 pct.	497 = 21 pct.	2 101 = 48 pct.	5 105 = 25 pct.
Kronisk syge med invaliderente	4 655 = 35 pct.	340 = 14 pct.	670 = 15 pct.	5 665 = 28 pct.

Tabel 2.

*Patienter, som efter de indberettende lægers og sygehuses skøn bør anbringes
på plejehjem (amtsvis).*

Amtslægekreds	Folketal 7/11 1950	indberettet af praktis. læger	indberettet af sygehuse m. v.	tilsammen
København.....	765 580	517	335	852
Frederiksberg.....	119 383	157	116	273
Københavns amt.....	313 601	132	7	139
Roskilde.....	76 781	108	8	116
Frederiksborg.....	147 695	175	12	187
Holbæk.....	126 162	176	25	201
Sorø.....	125 884	165	56	221
Præstø.....	122 955	158	26	184
Bornholm.....	48 134	50	20	70
Maribo.....	135 337	150	30	180
Svendborg.....	149 671	208	15	223
Odense.....	187 963	91	24	115
Assens.....	57 901	41	14	55
Vejle.....	201 113	177	72	249
Skanderborg.....	134 133	99	17	116
Århus.....	198 267	192	73	265
Randers.....	167 335	156	27	183
Ålborg.....	225 394	110	28	138
Hjørring.....	169 690	152	15	167
Thisted.....	88 091	159	10	169
Viborg.....	155 628	111	72	183
Ringkøbing.....	186 841	138	38	176
Ribe.....	170 448	122	8	130
Haderslev.....	69 118	58	16	74
Åbenrå.....	46 909	40	4	44
Sønderborg.....	47 142	46	—	46
Tønder.....	41 998	18	2	20
	4 279 153	3 706	1 070	4 776

Tabel 2 a.

Det samlede antal patienter, som efter de indberettende lægers og sygehuses skøn bør anbringes på plejehjem, fordelt på alder og amtsvis (by og land).

	Befolk- ningstal	Under 15 år	15-19 år	20-24 år	25-44 år	45-59 år	60-64 år	65 år og der- over	Uop- lyst	Ialt
København.....	765 580	7	2	3	83	164	103	486	4	852
Frederiksberg.....	118 993	1	—	1	27	32	31	181	—	273
Københavns amt.....	313 601	1	2	2	17	32	12	73	—	139
Roskilde amt by....	36 957	—	—	1	12	27	15	27	—	82
land....	39 824	—	—	—	4	4	4	22	—	34
Frederiksborg amt by....	39 144	3	—	—	15	25	6	24	2	75
land....	108 551	—	1	2	13	23	9	59	5	112
Holbæk amt by....	27 473	—	1	—	11	20	14	43	—	89
land....	98 689	2	—	1	16	19	13	58	3	112
Sorø amt by....	48 255	—	1	1	33	47	21	56	2	161
land....	77 629	—	—	—	9	15	10	25	1	60
Præstø amt by....	35 317	2	—	3	20	46	27	48	1	147
land....	87 638	1	—	1	4	16	4	11	—	37
Bornholms amt by....	22 492	—	2	—	11	21	9	24	—	67
land....	25 642	—	1	—	—	—	—	2	—	3
Maribo amt by....	48 009	1	2	3	24	33	6	45	—	114
land....	87 328	1	1	1	8	12	7	36	—	66
Svendborg amt by....	46 815	3	—	—	19	32	16	48	3	121
land....	102 856	4	1	—	12	23	6	55	1	102
Odense amt by....	107 868	2	—	3	19	24	9	30	3	90
land....	80 095	1	—	—	3	7	2	12	—	25
Assens amt by....	13 764	—	1	—	3	7	2	12	—	25
land....	44 137	—	1	1	5	11	2	10	—	30
Vejle amt by....	86 446	2	—	1	30	46	29	54	—	162
land....	114 667	3	1	1	17	14	8	43	—	87
Skanderborg amt by....	64 361	—	—	1	19	15	7	14	—	56
land....	69 772	1	—	1	13	15	6	23	1	60
Århus amt by....	116 167	7	—	1	29	55	14	96	—	202
land....	82 100	2	—	2	15	12	8	24	—	63
Randers amt by....	60 164	2	1	—	24	20	11	35	2	95
land....	107 172	1	—	1	19	25	11	30	1	88
Ålborg amt by....	94 326	2	—	3	12	26	11	24	—	78
land....	131 068	2	—	—	18	12	7	21	—	60
Hjørring amt by....	52 009	3	6	2	15	32	8	33	—	99
land....	117 681	1	—	1	10	19	7	30	—	68
Thisted amt by....	18 342	1	3	5	19	25	4	21	—	78
land....	69 749	1	—	3	21	36	11	19	—	91
Viborg amt by....	36 019	6	1	1	1	10	4	19	—	42
land....	119 584	8	2	2	25	26	15	63	—	141

		Befolk- ningstal	Under 15 år	15-19 år	20-24 år	25-44 år	45-59 år	60-64 år	65 år og der- over	Uop- lyst	Ialt
Ringkøbing amt	by	51 836	1	—	2	13	20	12	68	—	116
	land...	135 015	—	—	—	15	14	8	23	—	60
Ribe amt	by	63 714	2	—	—	6	19	6	6	3	42
	land...	106 734	1	—	1	20	27	10	27	2	88
Haderslev amt	by	19 045	—	—	1	6	17	2	31	—	57
	land...	50 073	1	—	—	3	1	3	9	—	17
Åbenrå amt	by	13 017	—	—	—	3	5	3	21	—	32
	land...	33 892	—	—	—	3	2	—	7	—	12
Sønderborg amt	by	19 142	—	—	—	6	7	2	19	—	34
	land...	28 000	—	—	1	2	5	—	4	—	12
Tønder amt	by	10 234	—	—	—	1	3	—	9	—	13
	land...	31 764	—	—	—	1	4	—	2	—	7
Ialt	by	2 015 489	45	20	33	469	794	379	1 509	20	3 269
	land...	2 263 261	31	10	20	265	358	156	653	14	1 507
tilsammen.....		4 278 750	76	30	53	734	1 152	535	2 162	34	4 776

Tabel 2 b.

Patienter, som efter de indberettende lægers skøn bør anbringes på plejehjem.

Amtsvis og fordelt efter alder.

Amtslægekreds:	Alder:							Ialt
	under 15 år	15—19 år	20—24 år	25—44 år	45—59 år	60—64 år	65 år og derover	
København.....	4	1	2	62	107	64	277	517
Frederiksberg....	1	—	1	18	23	19	95	157
Københavns amt .	1	2	2	17	30	12	68	132
Roskilde.....	—	—	1	15	30	18	44	108
Frederiksborg....	3	1	2	27	43	14	85	175
Holbæk.....	2	—	1	23	37	21	92	176
Sorø.....	—	—	1	27	49	27	61	165
Præstø.....	2	—	4	20	59	26	47	158
Bornholm.....	—	2	—	8	14	4	22	50
Maribo.....	1	2	4	25	40	11	67	150
Svendborg.....	7	1	—	30	51	22	97	208
Odense.....	2	1	1	18	26	9	35	91
Assens.....	—	1	1	7	15	3	14	41
Vejle.....	5	1	1	37	41	25	67	177
Skanderborg.....	1	—	1	29	28	10	30	99
Århus.....	5	—	3	37	51	19	77	192
Randers.....	2	1	1	35	40	16	61	156
Ålborg.....	3	—	2	29	31	14	31	110
Hjørring.....	4	5	3	25	45	13	56	151
Thisted.....	2	3	8	37	61	15	33	159
Viborg.....	5	3	2	16	19	13	53	111
Ringkøbing.....	—	—	2	23	30	15	68	138
Ribe.....	3	—	1	26	42	15	35	122
Haderslev.....	1	—	—	7	18	4	28	58
Åbenrå.....	—	—	—	5	6	3	26	40
Sønderborg.....	—	—	1	8	12	2	23	46
Tønder.....	—	—	—	2	6	—	10	18
	54	24	45	613	954	414	1 602	3 706

Tabel 2 c.

Patienter, som efter de indberettende sygehuses skøn bør anbringes på plejehjem.

Amtsvis og fordelt efter alder.

Amtslægekreds:	Alder:							Ialt
	under 15 år	15—19 år	20—24 år	25—44 år	45—59 år	60—64 år	65 år og derover	
København.....	3	1	1	21	57	39	213	335
Frederiksberg....	—	—	—	9	9	12	86	116
Københavns amt..	—	—	—	—	2	—	5	7
Roskilde.....	—	—	—	1	1	1	5	8
Frederiksborg....	—	—	—	1	5	1	5	12
Holbæk.....	—	1	—	4	2	6	12	25
Sorø.....	—	1	—	15	13	4	23	56
Præstø.....	1	—	—	4	3	5	13	26
Bornholm.....	—	1	—	3	7	5	4	20
Maribo.....	1	1	—	7	5	2	14	30
Svendborg.....	—	—	—	1	4	—	10	15
Odense.....	1	—	2	4	5	2	10	24
Assens.....	—	1	—	1	3	1	8	14
Vejle.....	—	—	1	10	19	12	30	72
Skanderborg.....	—	—	1	3	2	3	8	17
Århus.....	4	—	—	7	16	3	43	73
Randers.....	1	—	—	8	5	6	7	27
Ålborg.....	1	—	1	1	7	4	14	28
Hjørring.....	—	—	—	—	6	2	7	15
Thisted.....	—	—	—	3	—	—	7	10
Viborg.....	9	—	1	10	17	6	29	72
Ringkøbing.....	1	—	—	5	4	5	23	38
Ribe.....	—	—	—	—	4	1	3	8
Haderslev.....	—	—	1	2	—	1	12	16
Åbenrå.....	—	—	—	1	1	—	2	4
Sønderborg.....	—	—	—	—	—	—	—	—
Tønder.....	—	—	—	—	1	—	1	2
	22	6	8	121	198	121	594	1 070

Tabel 3.

Samtlige indberettede kronisk syge.

Fordelt efter diagnose og alder.

Diagnose:	Alder:					Ialt
	under 25 år	25—44 år	45—64 år	65 år og derover	uoplyst	
1. Tuberkulose (alle former).....	50	249	237	80	8	624
2. Følger af børnelammelse og hjerne- betændelse	82	182	203	47	8	522
3. Ondartede svulster, blod- og system- sygdomme	8	93	312	363	6	783
4. Allergiske lidelser incl. asthma og visse endocrine sygdomme.....	72	198	466	229	10	975
5. Sukkersyge	89	183	379	387	12	1 050
6. Sindssygdomme, neuroser og karak- terabnormiteter	79	357	596	662	4	1 698
7. Sygdomme i nervesystem og sanse- organer, herunder apoplexi	263	851	1 378	1 411	27	3 930
8. Hjertelidelser, åreforkalkning og for- højt blodtryk	32	178	1 112	2 016	28	3 366
9. Sygdomme i bevægelsesorganerne (incl. gigt)	95	508	1 643	1 328	25	3 599
10. Alderdomssvækkelse	6	20	69	829	3	927
11. Andre sygdomme	167	577	994	1 204	10	2 752
	943	3 197	7 389	8 556	141	20 226

Af de 20 226 patienter har 5 105 (= 25 pct.) aldersrente og 5 665 (= 28 pct.) invaliderente.

Tabel 4.

Det samlede antal patienter, som efter de indberettende lægers og sygehuses skøn bør anbringes på plejehjem.

Fordelt efter diagnose og alder.

Diagnose:	Alder:								Ialt
	under 15 år	15-19 år	20-24 år	25-44 år	45-59 år	60-64 år	65 år og der- over	uop- lyst	
1. Tuberkulose (alle former).....	1	—	3	26	25	12	25	—	92
2. Følger af børnelammelse og hjerne- betændelse	6	1	3	44	49	12	13	1	129
3. Ondartede svulster, blod- og system- sygdomme	—	2	—	26	62	20	127	3	240
4. Allergiske lidelser incl. asthma og visse endocrine sygdomme	5	1	3	40	45	21	42	1	158
5. Sukkersyge	—	2	2	18	32	26	94	2	176
6. Sindssygdomme, neuroser og karak- terabnormiteter	13	3	4	101	105	22	107	1	356
7. Sygdomme i nervesystem og sanse- organer, herunder apoplexi	32	7	20	260	258	114	397	9	1 097
8. Hjertelidelser, åreforkalkning og for højt blodtryk	—	1	2	29	127	109	569	6	843
9. Sygdomme i bevægelsesorganerne (incl. gigt)	4	7	12	110	291	140	438	6	1 008
10. Alderdomssvækkelse	—	—	—	6	8	2	68	2	86
11. Andre sygdomme	15	6	4	74	150	57	282	3	591
	76	30	53	734	1 152	535	2 162	34	4 776

Tabel 4 a.

Patienter, som efter de indberettende lægers skøn bør anbringes på plejehjem.

Fordelt efter diagnose og alder.

Diagnose:	Alder:								Ialt
	under 15 år	15-19 år	20-24 år	25-44 år	45-59 år	60-64 år	65 år og der- over	uop- lyst	
1. Tuberkulose (alle former).....	—	—	3	23	23	9	24	—	82
2. Følger af børnelammelse og hjerne- betændelse	3	1	2	40	44	11	11	1	113
3. Ondartede svulster, blod- og system- sygdomme	—	1	—	11	26	5	58	3	104
4. Allergiske lidelser incl. asthma og visse endocrine sygdomme	5	1	3	35	36	20	36	1	137
5. Sukkersyge	—	2	2	14	28	15	74	2	137
6. Sindssygdomme, neuroser og karak- terabnormiteter	11	3	3	93	92	15	75	1	293
7. Sygdomme i nervesystem og sanse- organer, herunder apoplexi	25	5	19	229	224	91	294	9	896
8. Hjertelidelser, åreforkalkning og for højt blodtryk	—	1	1	20	101	84	394	6	607
9. Sygdomme i bevægelsesorganerne (incl. gigt)	3	6	11	89	251	121	366	6	853
10. Alderdomssvækkelse	—	—	—	6	7	2	50	2	67
11. Andre sygdomme	7	4	1	53	122	41	186	3	417
	54	24	45	613	954	414	1 568	34	3 706

Tabel 4 b.

Patienter, som efter de indberettende sygehuses skøn bør anbringes på plejehjem.

Fordelt efter diagnose og alder.

Diagnose:	Alder:								Ialt
	under 15 år	15-19 år	20-24 år	25-44 år	45-59 år	60-64 år	65 år og der- over	uop- lyst	
1. Tuberkulose (alle former).....	1	—	—	3	2	3	1	—	10
2. Følger af børnelammelse og hjerne- betændelse	3	—	1	4	5	1	2	—	16
3. Ondartede svulster, blod- og system- sygdomme	—	1	—	15	36	15	69	—	136
4. Allergiske lidelser incl. asthma og visse endocrine sygdomme.....	—	—	—	5	9	1	6	—	21
5. Sukkersyge.....	—	—	—	4	4	11	20	—	39
6. Sindssygdomme, neuroser og karak- terabnormiteter.....	2	—	1	8	13	7	32	—	63
7. Sygdomme i nervesystem og sanse- organer, herunder apoplexi	7	2	1	31	34	23	103	—	201
8. Hjertelidelser, åreforkalkning og for højt blodtryk.....	—	—	1	9	26	25	175	—	236
9. Sygdomme i bevægelsesorganerne (incl. gigt).....	1	1	1	21	40	19	72	—	155
10. Alderdomssvækkelse.....	—	—	—	—	1	—	18	—	19
11. Andre sygdomme	8	2	3	21	28	16	96	—	174
	22	6	8	121	198	121	594	—	1 070

Tabel 5.

Fordelingen på diagnosegrupper af samtlige indberettede kronisk syge.

Diagnosegruppe:	De af de praktiserende læger indberettede		De af sygehuse m. v. indberettede		De af plejestiftelser og hjem indberettede
	I alt	De indberettede, der skønnes at burde anbringes i plejehjem	I alt	De indberettede, der skønnes at burde anbringes i plejehjem	
	pct.	pct.	pct.	pct.	pct.
1. Tuberkulose	4,1	2,2	2,0	0,9	0,6
2. Følger af børnelammelse og hjernebetændelse	2,8	3,0	2,9	1,5	1,7
3. Ondartede svulster, blod- og systemsygdomme	3,6	2,8	9,6	12,7	1,5
4. Allergiske lidelser og visse endocrine sygdomme	6,1	3,7	3,2	2,0	1,8
5. Sukkersyge	6,3	3,7	5,3	3,6	1,8
6. Sindssygdomme, neuroser og karakterabnormiteter	6,4	7,9	6,1	5,9	15,9
7. Sygdomme i nervesystem og sansorganer, herunder apoplexi	19,5	24,2	15,2	18,8	21,6
8. Hjertelidelser, åreforkalkning og for højt blodtryk	17,1	16,4	18,2	22,1	14,3
9. Sygdomme i bevægelsesorganerne (incl. gigt)	19,7	23,0	21,0	14,5	10,2
10. Alderdomssvækkelse	1,3	1,8	1,4	1,7	16,3
11. Andre sygdomme	13,1	11,2	15,1	16,3	14,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Besøg på Vasasjukhus i Göteborg den 17. juni 1953.

Besøget blev aflagt af kontorchef A. Bruun, overlæge Juel Henningsen og fuldmægtig Kampmann. Sygehuset forevistes af dets overlæge, docent Steen Eckerström.

Vasasjukhuset hører under Göteborg kommune (Göteborg stads sjukhusdirektion).

Tidligere har sygehuset hørt under socialvæsenet og var da dels et sygehus dels et fattighjem. Endvidere har der været en sindssygeafdeling, der ligeledes henhørte under den sociale forsg.

I 1938 blev sygehuset lagt under sygehusdirektionen og omdannet til et B-sygehus (medicinsk sygehus). De første 3—4 år var lægestaben — såvel overlæge som reserve-læger — kun halvtidsbeskæftigede, hvilket var utilfredsstillende. Sygehuset havde nærmest karakter af et gamle-hjem; der var ingen mulighed for behandling, og indlæggelserne skete hovedsagelig på social indikation.

I 1941 blev det bestemt, at lægerne skulle være fuldt beskæftiget på sygehuset. Der var da een overlæge, medens der nu er to overlæger, og når en igangværende ombygning er tilendebragt (december 1954), skal der antages endnu en overlæge. Desuden 6 reserve-læger og et antal kandidater. Ligeledes er antallet af sygeplejersker forøget, og der er til sygehuset knyttet 6 fysioterapeuter, 2 arbejds-terapeuter og 2 socialrådgivere.

Sygehuset har for tiden plads til ca. 700 patienter (hvortil kommer ca. 100 pladser i 4 annexer, jfr. nedenfor). Efter endt ombygning vil det samlede antal pladser være ca. 900.

Sygestuerne havde tidligere mellem 10 og 20 senge, men efter ombygningen er de største stuer på 8 senge, iøvrigt på 6, 3 og 2. Desuden isoleringsrum. Sygestuerne er hospitalsstuer; der er ikke adgang til at medtage egne møbler, men der er dog gjort noget for at give en vis hjemlig hygge ved billeder på væggene og blomster i vindueskarmene.

De ældre afdelinger har plads til 55 patienter. På hver afdeling er der 2 oversygeplejersker, 2 andre eksaminerede sygeplejersker og 2 underplejersker (ikke eksaminerede, men dog med nogen teoretisk uddannelse). Herudover endnu nogle medhjælpere, således at det samlede personale pr. afdeling andrager ca. 9, hvoraf 7—8 er tjenstgørende daglig.

Der er en bade- og massageafdeling og et mindre mekanisk værksted — hovedsagelig til brug for yngre mandlige patienter. Disse lokaler er dog endnu ikke helt tilfredsstillende, men ombygningen vil forbedre forholdene.

Patienterne modtages navnlig fra byens almindelige sygehus (A-sygehus). Der er overvejende tale om kropssygdomme, men der modtages også nogle patienter fra sindsygehospital. Endvidere indlægges patienter direkte fra byen.

Det drejer sig navnlig om alderdomssygdomme, herunder kræft, hjerneblødninger, reumatiske sygdomme, efterbehandling af lårbensbrud hos gamle. Endvidere kan nævnes, at der blandt de yngre patienter navnlig er tale om dissemineret sklerose. Der modtages ikke tuberkulosepatienter.

Der er for tiden ret stor ventetid ved indlæggelserne, og dette gælder navnlig de kvindelige patienter, skønt der er flest kvindepladser på sygehuset. Der kan være op til 250 på venteliste. Antallet af „trængende“ ventende — hvor der er social indikation — er dog til stadighed under 10.

Det skønnes, at der årligt er op imod 1 800 indlæggelser — varierende fra 5 til 12 indlæggelser pr. dag.

Opholdets varighed er gennemsnitlig ca. 3 måneder. Da det er overvejende gamle, der indlægges, indtræder der en del dødsfald; i 1951 således 687.

Ved behandlingen af patienterne lægges der betydelig vægt på rehabiliteringen, og man anser det for vigtigt, at der sættes ind på tidligst muligt tidspunkt. I et stort antal tilfælde søger man at få patienterne udskrevet og ofte med held.

Det bemærkes herved, at man ikke har delt sygehuset i afdelinger for dem, der kan opnå udskrivelse, og for dem, der må regne med at forblive på sygehuset. Dette beror dels på mentalhygiejniske hensyn dels på hensyn til personalet.

Omkostningerne på B-sygehuset er væsentlig lavere end på A-sygehuset, nemlig i 1951 henholdsvis 18 kr. og 44,50 kr. pr. dag. Herved må dog også have i erindring, at A-sygehuset har en række specialafdelinger.

Vasasjukhuset er knyttet til den medicinske højskole i Göteborg. Endvidere kan det nævnes, at Vasasjukhuset samarbejder med vanføreforsorgen.

Til Vasasjukhuset er der knyttet 4 annexer beliggende forskellige steder i Göteborg.

Patienterne på disse annexer indlægges fra Vasasjukhuset. Det drejer sig om patienter, som det ikke længere er muligt med resultat at give behandling på sygehuset, som stadig har behov for en vis pleje, men som på den anden side ikke kræver slet så megen pleje, som patienterne på sygehuset. De er gennemgående oppegående. Såfremt deres tilstand skulle forværres, vil de påny kunne indlægges på sygehuset.

Første annex „Frölundshemmet“ var i en større villa med have i byens udkant. Der var plads til 34 patienter, fordelt i 2 afdelinger. I den ene — ældre — afdeling var værelserne hver beregnet til 4 patienter, i den anden — nyere — var der 1, 2 eller 3 patienter pr. værelse. Patienterne havde i begrænset omfang tilladelse til at have egne møbler på stuen.

Personalet bestod af 2 sygeplejersker, 5 sygemedhjælpere samt 4 medhjælpere i køkkenet. Der blev aflagt lægebesøg (fra Vasasjukhuset) 1 à 2 gange ugentlig.

Patienterne var alle gamle, og annexet svarer nærmest til et alderdomshjem.

Annex nr. 2 bestod af en etage i et større privat alderdomshjem, lejet af Vasasjukhuset. Der var her plads til 47 patienter, fordelt i 2 afdelinger og hovedsagelig på 2-sengsstuer. Der var 2 sygeplejersker og 2 medhjælpere. Patienterne havde i et vist omfang mulighed for massage og anden behandling. På dette annex var der udelukkende kvindelige patienter.

Det 3. og 4. annex (som ikke blev beset) var henholdsvis en pavillon ved byens tuberkulosehospital — plads til 29 — og et privat sygehjem, hvor der var lejet pladser til 22 patienter. Disse sidste patienter passes helt af det private hjemms personale, herunder læge. For disse patienter betaltes der 24 kr. pr. dag.

Iøvrigt havde annexerne regnskabsfællesskab med Vasasjukhuset.

Som det fremgår af foranstående, var langt den overvejende del af patienterne på Vasasjukhuset med annexer gamle. Dette står i ikke ringe grad i forbindelse med, at Sverige i væsentlig mindre omfang end Danmark har alderdomshjem med dertil knyttede sygeafdelinger, hvor de gamle kan finde optagelse. Iøvrigt gav Vasasjukhusets overlæge udtryk for den opfattelse, at kronisk syge gamle ikke hørte hjemme på et alderdomshjems sygeafdeling.

Forslag til lov om ændringer i forsorgsloven (vedrørende plejehjem for kronisk syge).

Til § 32.

Paragraffen formuleres således:

„I alderdomshjem, plejehjem for kronisk syge eller på en arbejdsanstalts forsørgelsesafdeling, hvor gamle eller svagelige personer anbringes, må børn kun rent midlertidigt optages. Dog kan i plejehjem for kronisk syge optages børn, der opfylder betingelserne i § 39, stk. 4, 1. pkt. I intet tilfælde må der på de nævnte hjem indlægges personer, som ved ufordragelighed, dovenskab, drikkædighed eller lignende kan befrygtes at ville volde forstyrrelse eller give et slet eksempel.“

Til § 34.

I stk. 1 indføjes som nyt 2. og 3. punktum:

„I alderdomshjem kan endvidere, når forholdene i det enkelte tilfælde taler derfor, optages kronisk syge under aldersrentealderen; optagelse vil dog i almindelighed ikke kunne ske, såfremt den pågældende er under 50 år gammel. Såfremt den pågældende indlægges fra en sognekommune, træffes afgørelsen af amtet, hvis indlæggelsen sker fra en købstadkommune, af kommunalbestyrelsen, i begge tilfælde efter forhandling med embedslægen.“

I stk. 2 sidste linie ændres „amtsplejestiftelsen for kronisk syge, jfr. § 39“ til „plejehjem for kronisk syge, jfr. § 39, stk. 4.

Til § 39.

Paragraffen formuleres således:

„Stk. 1. I ethvert amt kan der indrettes et eller flere plejehjem for kronisk syge omfattende samtlige kommuner i amtet eller en del af disse. Sådanne plejehjem kan endvidere indrettes i København, på Frederiksberg og i enhver købstad. En kommune, der indretter et plejehjem for kronisk syge, kan indgå overenskomst med andre kommuner om at modtage kronisk syge fra

disse eller om fælles drift af plejehjemmet. Landkommuner, der slutter sådan overenskomst, skal have amtsrådets godkendelse heraf. Flere amter kan slutte overenskomst om indretning af fælles plejehjem, navnlig med henblik på modtagelse af kronisk syge, der kræver særlig behandling.

Stk. 2. Enhver amtskommune, Københavns kommune, Frederiksberg kommune og enhver købstadkommune kan slutte overenskomst med private plejehjem for kronisk syge om indlæggelse af kronisk syge på private plejehjem. Nærmere regler fastsættes af socialministeren.

Stk. 3. Hvor socialministeren skønner, at forsorgen med hensyn til kronisk syge ikke er forsvarlig enten over for de syge eller med hensyn til, at udgifterne ved forsorgen er unødvendigt store, kan han påbyde, at der træffes de fornødne foranstaltninger i henhold til foranstående.

Stk. 4. De i stk. 1 og stk. 2 omhandlede plejehjem er beregnet på at modtage sådanne særlig dårligt stillede kronisk syge, som ikke kan få den fornødne pleje i et privat hjem. Når forholdene i det enkelte tilfælde taler derfor, kan i plejehjem for kronisk syge optages aldersrentemodtagere, der ikke kan opnå fornøden pleje på vedkommende alderdomshjem. Kronisk syge, der forud for opnåelse af aldersrentealderen er optaget i et plejehjem for kronisk syge, kan, såfremt forholdene i det enkelte tilfælde taler derfor, forblive på plejehjemmet efter opnåelse af aldersrentealderen.

Stk. 5. I et plejehjem for kronisk syge kan ikke optages personer, der er i højere grad sindssyge, epilektikere eller åndssvage eller lidende af de i lov om foranstaltninger imod udbredelse af smitsomme sygdomme, nr. 138 af 10. maj 1915 omhandlede sygdomme. Patienter, der er lidende af tuber-

kulose i lunge eller strubehoved vil ej heller kunne modtages.“

Til § 43.

I stk. 1 indføjes som nyt 2. punktum:

„Planerne vedrørende de i § 39, stk. 1, omhandlede plejehjem vil i alle tilfælde være at godkende af socialministeren.“

Stk. 2, sidste pkt., erstattes af følgende:

„For de i § 34 nævnte alderdomshjem og for de i § 39 nævnte plejehjem for kronisk syge indsendes reglementerne til godkendelse af vedkommende amt i overensstemmelse med retningslinier fastsat af socialministeren. For de øvrige af de nævnte anstalter og hjem — for så vidt angår de i § 50, stk. 1, 2. pkt., nævnte kommuner for alle de nævnte anstalter og hjem — indsendes reglementerne til godkendelse af socialministeren. Et efter amts (ministeriets) skøn passende uddrag af reglementet ophænges i vedkommende hjem eller anstalt på en sådan måde, at beboerne let kan gøre sig bekendt med indholdet.“

Til § 73.

Paragraffen formuleres således:

„Stk. 1. Den del af udgiften pr. plejedag ved indlæggelsen på en af de i § 39, stk. 1, omhandlede plejehjem for kronisk syge, der ikke dækkes af den i henhold til § 54, stk. 2, i folkeforsikringsloven fastsatte refusionstakst og det i henhold til nærværende paragraf's stk. 2 ydede tilskud fra den fælleskommunale udligningsfond, afholdes, såfremt den indlæggende kommune er en købstadkommune, Københavns kommune eller Frederiksberg kommune, af denne. Er den indlæggende kommune en landkommune, afholdes den nævnte restudgift af amtskommunen med $\frac{1}{4}$ og af den indlæggende landkommune med $\frac{3}{4}$ ¹⁾).

Stk. 2. Udover det beløb, der i henhold til § 54, stk. 2, i folkeforsikringsloven kan anmeldes til refusion, ydes der til dækning af udgifterne ved driften af de i § 39, stk. 1, omhandlede plejehjem for kronisk syge fra den fælleskommunale udligningsfond et tilskud pr. plejedag på halvdelen af nettogennemsnitsudgiften pr. plejedag for samtlige pleje-

hjem. Dette tilskud vil dog for det enkelte plejehjem aldrig kunne overstige 75 pct. af det beløb, hvormed udgiften pr. plejedag overstiger den i henhold til § 54, stk. 2, i folkeforsikringsloven fastsatte refusionstakst. Udgifterne til forrentning og afskrivning på bygninger og inventar medregnes såvel ved udregningen af ovennævnte gennemsnitsudgift pr. plejedag for samtlige plejehjem som ved udregningen af udgiften pr. plejedag for det enkelte plejehjem.

Stk. 3. Såfremt der i henhold til § 39, stk. 2, er sluttet overenskomst med et privat plejehjem, forholdes der med hensyn til den indlæggende kommunes udgifter ved indlæggelse af kronisk syge på det private plejehjem på samme måde som i stk. 1, jfr. § 54, stk. 2, i folkeforsikringsloven, og stk. 2, fastsat med hensyn til udgifterne ved driften af offentlige plejehjem, ligesom de nævnte udgifter medregnes ved udfindelsen af gennemsnitsudgiften for samtlige plejehjem.

Stk. 4. Såfremt en kronisk syg i henhold til § 34, stk. 1, 2. og 3. pkt., indlægges på alderdomshjem, vil der med hensyn til udgifterne ved indlæggelsen være at forholde som foran fastsat vedrørende udgifterne ved driften af plejehjem.

Stk. 5. Er en kronisk syg blevet indlagt på plejehjem eller på alderdomshjem i henhold til § 34, stk. 1, 2. og 3. pkt., inden opnåelse af aldersrentealderen, bliver der vedrørende udgifterne ved indlæggelsen at forholde som foran fastsat også efter, at den pågældende har opnået aldersrentealderen.

Stk. 6. Er en aldersrentemodtager blevet optaget i et plejehjem for kronisk syge i henhold til § 39, stk. 4, 2. pkt., vil udgiften ved pågældendes indlæggelse alene kunne anmeldes til refusion i henhold til § 54, stk. 2, i folkeforsikringsloven.

Til § 249.

I 3. sidste linie ændres ordene „den plejestiftelse“ til „det plejehjem“.

Sidste pkt. formuleres således: „Det er dog en forudsætning, at han ikke er berettiget til optagelse i et alderdomshjem, hvor han vil kunne få den fornødne pleje, jfr. § 39, stk. 4, 2. pkt.“

1) $\frac{1}{4}$ og $\frac{3}{4}$ erstattes evt. af $\frac{2}{5}$ og $\frac{3}{5}$.

Forslag til lov om ændringer i folkeforsikringsloven (vedrørende rentemodtagere optaget i alderdomshjem og plejehjem for kronisk syge).

Til § 54.

Paragraffens 1.—3. stk. formuleres således:

„*Stk. 1.* Hvor omstændighederne taler derfor, kan optagelse i særlig dertil bestemte alderdomshjem eller plejehjem for kronisk syge, der skal give rentemodtagerne mindst lige så gode kår som modtagelsen af alders- eller invaliderente, træde i stedet for udbetaling af renten.

Stk. 2. For ophold på kommunernes alderdomshjem, herunder de i § 34, stk. 3, i forsorgsloven omhandlede alderdomshjem, samt på de i § 39, stk. 1 og 2, i forsorgsloven omhandlede plejehjem for kronisk syge, bemyndiges socialministeren til at approbere takster, der lægges til grund ved beregning af refusion.

Stk. 3. Til alders- og invaliderentemodtagere, der er optaget i et kommunalt alderdomshjem eller i et offentligt plejehjem, og som ikke har nogen indtægt, udbetales til småfor nødenheder til enlige i hovedstaden, købstæderne m. v. og det øvrige land hen-

holdsvis 264 kr., 240 kr. og 204 kr., jfr. § 85, og til ægtepar det dobbelte beløb. Såfremt rentemodtagerne har egen indtægt, bliver 60 pct. af denne at fradrage i de fornævnte lommepenge. Overstiger indtægten $\frac{5}{3}$ af lommepengene, indbetales 60 pct. af den overskydende indtægt til kommunens kasse. Overstiger indtægten $\frac{10}{3}$ af lommepengene, indbetales hele det derover liggende beløb til kommunens kasse. Ved indtægtsopgørelsen forhøjes formueindtægt med $\frac{2}{3}$. Ved opgørelsen af indtægten for en rentemodtager, der har ophold på et af de i forsorgslovens § 39, stk. 1 og 2, omhandlede plejehjem for kronisk syge, vil der være at se bort fra mindre indtægter, der stammer fra rentemodtagerens personlige arbejde under opholdet i plejehjemmet. Nærmere regler fastsættes af socialministeren. De indbetalte beløb fradrages, forinden refusion beregnes, i den udgift, som opholdskommunen i medfør af § 65, stk. 1 eller stk. 3, er berettiget til at få refunderet.“