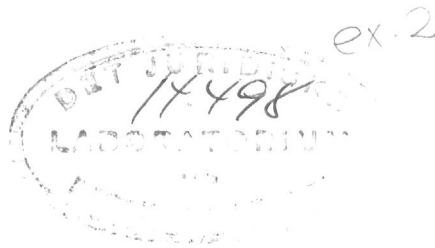


BETÆNKNING
VEDRØRENDE
ALDERDOMSHJEM
OG
PLEJEHJEM



BETÆNKNING NR. 318

KØBENHAVN 1962

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning	7
Kapitel 1: Tidligere undersøgelser. Baggrunden for nedsættelse af udvalget	9
Kapitel 2: Hvad der under den gældende ordning gøres, for at ældre kan blive boende i eget hjem	11
a. Oplysningsvirksomhed	11
b. Lægehjælp	11
c. Hjælp i hjemmet	11
Husmoderaf	12
Hjemmehjælpen	12
Hjemmesygeplejen	12
d. Omsorgsarbejde	13
e. Særlige foranstaltninger vedrørende boligen	13
1. Egentlige pensionistboliger	13
2. Ejendomme opført af en kommune eller et socialt boligforetagende	13
3. Stiftelser m.v. for ældre	13
4. Huslejetilskud til pensionister	14
5. Privat byggeri for ældre	14
6. Særlig ordning for invalider	14
Kapitel 3: Undersøgelse vedrørende alderdomshjem og plejehjem foretaget på grundlag af nogle af socialministeriet og sundhedsstyrelsen udsendte spørgeskemaer.	14
A. Alderdomshjem	14
B. Plejehjem	13
Kapitel 4: Udvalgets indstilling med hensyn til forsorgen for ældre	17
A. Hvad der bør gøres med henblik på at hjælpe de ældre til længst muligt at blive i eget hjem	17
a. Oplysningsvirksomhed	17
b. Lægehjælp etc.	17
c. Hjælp i hjemmet	17
d. Anden hjælp	18
e. Omsorgsarbejde	18
f. Foranstaltninger vedrørende boligen	19
B. Indretningen af institutionsforsorgen	19
a. Alderdomshjem	19
b. Alderdomshjem med plejeafdeling og egentlige plejehjem for ældre ...	20
c. Hvorledes bør en kommunalbestyrelse tilrettelægge forsorgen for gamle og kronisk syge	20
d. Behandlingen på hjemmene	22
C. Foranstaltninger til fremme af den praktiske løsning af de administrative problemer vedrørende forsorgen for ældre	22
a. Samarbejde med og mellem de centrale myndigheder (socialministeriet, boligministeriet og sundhedsstyrelsen)	22
b. Samarbejde mellem lokale myndigheder (herunder om nedsættelse af amtsplejeudvalg og disses ooeaver)	23
Kapitel 5: Forsorgen for yngre kronisk syge	24
A. Forsorg uden for institution	24
B. Institutioner for yngre plejepatienter	25

Kapitel 6:	Indretningen af hjem for ældre og hjem for plejepatienter samt godkendelse af planerne for disse hjem	26
Kapitel 7:	Uddannelsen af personale til hjem for ældre og hjem for plejepatienter.....	27
I.	Plejhjem og alderdomshjem med sygeafdeling	28
A.	Sygeplejerske-uddannet personale.....	28
B.	Ikke-sygeplejerskeuddannet personale	28
II.	Andre alderdomshjem.....	28
a)	En uddannelse for personer, der allerede er beskæftiget på et alderdomshjem	28
b)	En fremtidig mere omfattende uddannelse for personer, der ønsker at uddanne sig til ledere af alderdomshjem	28
	Afholdelse af korte supplerende kursus	29
	Tilrettelæggelsen af undervisningen.....	29
Kapitel 8:	Betalingen for ophold på alderdomshjem og plejhjem	30
Kapitel 9:	Den offentlige finansiering af driften af alderdomshjem og plejhjem	31
A.	Det nuværende refusionssystem	31
B.	Overvejelser vedrørende udbygning af det nuværende system	31
C.	Udvalgets forslag til ny refusionsordning.....	32
a.	Refusionsreglens udformning	32
b.	Bemærkninger vedrørende specialregler	32
c.	Kontrolforanstaltninger.....	33
D.	Udgiftsberegninger	34
Kapitel 10:	Tilsynet med private plejhjem	35
a.	De gældende bestemmelser om tilsynet	35
b.	Udvalgets overvejelser vedrørende regler om tilsyn	35
1.	Hvilke hjem bør omfattes af regler om tilsyn	36
2.	Hvorledes bør tilsynet gennemføres	36
Kapitel 11:	Resumé af udvalgets indstilling	37

BILAG TIL BETÆNKNINGEN

1.	Befolkningsudviklingen	39
	Redegørelse fra arbejds- og socialministeriernes økonomisk-statistiske konsulent.	
2.	De gamles sygdomme.....	41
	Af overlæge, dr. med. Torben Geill.	
3.	Genoptræning af ældre plejepatienter.....	43
	Af overlæge V. Aa. Porsman.	
4.	Beskæftigelsesterapi på alderdomshjem og plejhjem	45
	Af ledende beskæftigelsesterapeut fru E. Ibsen.	
5.	Omsorgsarbejde for gamle.....	46
	Indstilling fra Det socialpolitiske Udvalg.	
6.	Eksempel på overenskomst mellem kommuner om opførelse af en fælles sygeafdeling for flere alderdomshjem	51

7. Tilsynet og samarbejdet med de private plejehjem.....	55
Af Viceskadsrådgiver I. Jespersen og kontorchef, cand. jur. P. Nygaard Hansen.	
8. Eksempel på overenskomst mellem en kommune og	
a. et plejehjem tilhørende en selvejende institution.....	63
b. et privat, lederejet plejehjem.....	64
9. Forslag til nedsættelse af social- og sundhedsudvalg i amterne.....	65
Af amtsfuldmægtig, cand. jur. Ernst Larsen.	
10. Boligstøttelovgivningens regler om støtte til betaling af folkepensionisters og invaliders husleje.....	68
11. Kollektivhuse og pensioner for invaliderede m. v.....	69
12. Betalingsreglerne for ophold på alderdomshjem og plejehjem.....	71
13. Program for et geriatrisk kursus for sygeplejersker.....	72
14. Svenske regler om uddannelse af ledere til alderdomshjem.....	73
15. Boligstøttelovgivningens regler om støtte til alderdomshjem og plejehjem.....	73
16. Retningslinier vedrørende indretning af nyopførte plejehjem for ældre og for kronisk syge	74
17. Eksempler på indretning af alderdomshjem og plejehjem.....	76
18. Plan for alderdomshjem kombineret med folkepensionistboliger.....	81
19. Plan for pensionistboliger i tilknytning til kollektivbygning.....	84
20. Boligministeriets praksis med hensyn til opførelse af boliger for folke- og invalidepen- sionister m. v.....	86
21. Overvejelser ved planlægningen af opførelse af et alderdomshjem eller et plejehjem	87

Indledning

Udvalget vedrørende alderdomshjem og plejehjem for kronisk syge blev nedsat ved socialministeriets skrivelse af 13. juli 1961.

Udvalget fik til opgave at undersøge problemer i forbindelse med alderdomshjem og hjem for kronisk syge, herunder *omfanget af behovet* for hjemmene og *indretningen* af disse, *uddannelsen af personalet*, *betalingen for ophold* på hjemmene og den *offentlige finansiering* af hjemmenes drift samt *tilsynet* med de private plejehjem.

Udvalget havde følgende sammensætning:

Ekspeditionssekretær *H. Antonsen*, socialministeriet.

Kontorchef *N. Engberg*, socialministeriet, formand.

Afdelingschef *E. Haastrup*, Foreningen af socialinspektører.

Kontorchef *P. Nygaard Hansen*, Københavns magistrat.

Overlæge, dr. med. *H. Kreutzfeldt*, sundhedsstyrelsen.

Amtsfuldmægtig *Ernst Larsen*, Foreningen af amtsfuldmægtige.

Forstanderinde, frk. *Eli Magnussen*, sundhedsstyrelsen.

Fuldmægtig *Henrik Nielsen*, indenrigsministeriet.

Til deltagelse i forhandlinger om vejledning til kommunerne m.v. med hensyn til arten af de institutioner, der bør opføres, og indretningen af disse har været udpeget

Fuldmægtig *Alf Mortensen*, boligministeriet.

Arkitekt *T. Werner*, boligministeriet, har deltaget i et stort antal af udvalgets møder og har ydet betydelig teknisk bistand under møderne og ved udarbejdelsen af betænkningen. Sekretær *Tom Christensen*, socialministeriet, har været udvalgets sekretær.

Udvalget har afholdt 25 møder, og der har været afholdt 5 møder i underudvalg vedrørende indretningen af hjemmene og uddannelsen af personale til hjemmene og finansieringen af hjemmenes drift.

Udvalget eller enkelte medlemmer af dette har haft møder med repræsentanter for boligministeriet samt - med hensyn til spørgsmålet om uddannelsen — med Dansk Sygeplejeråd, Dansk Kommunalarbejder-Forbund og Centralforeningen af ledere m.v. ved forsorgsinstitutioner i Danmark.

Udvalget har fundet det nødvendigt at lade foretage en undersøgelse vedrørende *alderdomshjemmene* med udsendelse gennem amterne af spørgeskemaer til alle kommuner, sideløbende med en undersøgelse, som *sundhedsstyrelsen* til eget brug har ønsket at foretage vedrørende plejehjem.

Resultatet af disse undersøgelser er omtalt i kapitel 3 og er berørt i enkelte kapitler af betænkningen. Det forudsættes i øvrigt, at svarene på de udsendte spørgeskemaer, der er bearbejdet af sundhedsstyrelsen og socialministeriets økonomisk-statistiske konsulent, senere kan gøres til genstand for en mere omfattende bearbejdelse.

Til brug for udvalgets overvejelser er indhentet forskellige oplysninger om arbejdet for gamle og for plejepatienter, således fra overlæge, dr. med. *T. Geill* om de gamles sygdomme, fra overlæge *V. Aa. Porsman* om genoptræning af ældre plejepatienter, fra ledende beskæftigelses-terapeut, fru *E. Ibsen* om beskæftigelses-terapi

på alderdomshjem og plejehjem og fra vice-
stadslæge Inge Jespersen og kontorchef P. Ny-
gaard Hansen om samarbejdet med de private
hjem og om plejetilsynet.

Disse oplysninger er optaget som bilag til be-
tænkningen. Som bilag er endvidere med tilla-
delse af det under socialministeriet nedsatte So-
cialpolitiske Udvalg gengivet en redegørelse for

omsorgsarbejdet for gamle, afgivet til ministe-
riet af udvalget. Det er med disse og andre bi-
lag til betænkningen tilstræbt at give oplysning-
er, der kan være til nytte for de lokale sociale
myndigheder i deres arbejde med forsorgen og
omsorgen for gamle og kroniske syge. *)

Udvalget afgiver herved nedenstående be-
tænkning og indstilling.

København, oktober 1962.

H. Antonsen

N. Engberg
formand

E. Haastrup

P. Nygaard Hansen

H. Kreutzfeldt

Ernst Larsen

Eli Magnussen

Alf Mortensen

Henrik Nielsen

Tom Christensen
sekretær

*) I betænkningen anvendes udtrykkene »de gam-
le« og »de ældre« om samme aldersgrupper. Om
personer på plejehjem anvendes udtrykket »kronisk
syge«, der er forsorgs lovens benævnelse, men som ikke
altid er dækkende, eller udtrykket »plejepatienter«.

KAPITEL 1

Tidligere undersøgelser. Baggrunden for nedsættelse af udvalget

Reglerne om alderdomshjem og plejehjem har siden 1933 været indeholdt i loven om offentlig forsorg, jfr. nu lov af 31. maj 1961.

Det *påhviler kommunerne* at drage omsorg for, at de har muligheder for at anbringe pensionister og kronisk syge. Såfremt en kommune ikke løser spørgsmålet ved selv at bygge hjem, kan den indgå overenskomst med en eller flere andre kommuner om en fælles ordning, eller den kan træffe aftale med private hjem.

De gamles problemer, for den enkelte og for samfundet, har været drøftet meget i de senere år. Blandt disse problemer kan nævnes behov for at få lægelig behandling, muligvis revalidering, behov for hjælp i hjemmet, for passende bolig og eventuelt for optagelse på særlige hjem. At skulle hjælpe med at løse disse problemer stiller samfundet over for den opgave at skaffe mulighed for den fornødne behandling, at finde frem til den bedst mulige udnyttelse af pladserne på sygehuse, alderdomshjem og plejehjem i et samarbejde mellem disse institutioner, at finde beskæftigelsesmuligheder og at gennemføre den geriatriske forskning, der er en forudsætning for at kunne løse spørgsmålene tilfredsstillende.

De nævnte problemer har været behandlet i undersøgelser og har været omtalt i faglige tidsskrifter.

Udvalget har haft adgang til en redegørelse om geriatriske problemer i Danmark, udarbejdet af dr. med. R. Friedberg for det under socialministeriet nedsatte Socialpolitiske Udvalg. Ugeskrift for Læger og andre faglige tidsskrifter har behandlet spørgsmålene i adskillige indlæg, som det vil føre for vidt her at opregne. Man skal særlig henviser til Bibliotek for Læger 1960,

hefte 1, Geriatri. Udvalget har haft en forhandling med amtslæge, dr. med. P. Wiingaard om plejehjemsproblemer set ud fra hans erfaringer fra Skanderborg amt.

Udvalget er nedsat for at undersøge spørgsmål i forbindelse med institutionerne: alderdomshjem og hjem for kronisk syge og har *ikke* skullet søge at behandle alle de nævnte problemer, men har dog måttet berøre de spørgsmål, som har betydning for *behovet* for hjem.

At det er fundet ønskeligt at nedsætte et udvalg til påny at behandle spørgsmål i forbindelse med alderdomshjem og plejehjem, skyldes, at problemerne om forsorgen på dette område ikke synes at have været løst helt tilfredsstillende. Der har tidligere været nedsat udvalg til at behandle spørgsmål i forbindelse med denne forsorg og stille forslag om ønskelige ændringer.

Tidligere undersøgelser.

I 1947 nedsattes af arbejds- og socialministeriet et udvalg vedrørende opførelse af alderdomshjem. Udvalget havde til opgave at søge klarlagt behovet for oprettelse af alderdomshjem og billige boliger for aldersrentemodtagere og årsagerne til, at landkommuner syntes at byde de gamle forholdsvis ringere forhold med hensyn til adgang til alderdomshjem og rentemodtagerboliger. Udvalget afgav betænkning i 1949. Resultatet af udvalgets undersøgelser viste, at medens hovedstadsområdet og de større købstadskommuner i 1948 havde en rimelig dækning af behovet for anbringelsesmuligheder for de gamle, nemlig henholdsvis 203 og 220 pladser på alderdomshjem, plejehjem og i aldersrentemodtagerboliger pr. 1.000 aldersren-

temodtagere, var dette tal for landkommunernes vedkommende 73 pladser pr. 1.000 aldersrentemodtagere. Endvidere konstateredes det, at der i landkommunerne kun fandtes egentlige alderdomshjem og ikke som i byerne tillige aldersrentemodtagerboliger. Under hensyn til, at behovet for aldersrentemodtagerboliger i landkommunerne måtte anses for at være for ringe til, at disse boliger kunne få en rentabel størrelse, mente udvalget, at alderdomshjemmet stadig måtte være den almindelige form for anbringelse af gamle i landkommunerne. — Årsagerne til, at landkommunerne kun rådede over 73 pladser på alderdomshjem pr. 1.000 aldersrentemodtagere, medens behovet mentes at ligge nær de 200, var efter udvalgets opfattelse, at der ikke i den dagældende byggestøttelovgivning var mulighed for at yde billige statslån til opførelse af alderdomshjem, som tilfældet var for så vidt angik aldersrentemodtagerboliger, samt at der ikke ved fastsættelse af refusionstakster blev taget hensyn til de særlig høje udgifter til forrentning og amortisation, der var en følge af nybyggen. Udvalget indstillede derfor, at der i boligstøttelovgivningen skabtes hjemmel for at yde statsstøtte til opførelse af alderdomshjem efter samme retningslinier, som gjaldt for aldersrentemodtagerboliger, samt at udgifter til forrentning og afdrag på lån i forbindelse med hjemmets opførelse eller modernisering refunderes gennem et tillæg til refusionstaksten. Begge forslag er siden blevet fulgt.

I 1949 nedsatte socialministeriet et udvalg til behandling af spørgsmål i forbindelse med plejen af de kronisk syge. Udvalget havde særlig til opgave at overveje spørgsmålet om fordelingen af udgifterne ved oprettelsen og driften af de offentlige plejestiftelser, herunder om, hvorvidt denne forsorgsopgave fortsat burde henvises til amtsvis løsning, eller om den burde tages op af enkelte kommuner. Endvidere skulle udvalget drøfte plejestiftelsernes mest hensigtsmæssige størrelse og beliggenhed og deres forhold til alderdomshjemmene og landets sygehusvæsen.

Baggrunden for udvalgets nedsættelse var den store tilbageholdenhed, der siden forsorgslovens ikrafttræden havde været med hensyn til oprettelse af plejestiftelser, og som havde haft til følge, at kommunerne i stadigt stigende omfang benyttede sig af private plejehjem. De dagældende regler om statsrefusion af kommunernes udgifter ved indlæggelse på offentlige plejehjem føltes utilfredsstillende af kommunerne,

som i mange tilfælde fandt anbringelse på de private hjem langt billigere.

I betænkningen, der blev afgivet i 1954, foreslog udvalget som middel til at øge interessen for oprettelsen af offentlige plejehjem indførelse af en refusionsordning, der i lighed med den, som gjaldt for alderdomshjem, baseredes på takster. Dette forslag ligger til grund for den nugældende ordning.

Af betænkningen fremgår endvidere, at der fandt en drøftelse sted af problemerne om *afgrænsningen af plejehjemsklientellet* over for andre grupper af syge, der har institutionsmæssig anbringelse behov. Udvalget var her inde på den tanke, at grænserne mellem disse to arter af institutioner ikke burde trækkes for skarpt op.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvilke arter af plejehjem der var brug for, disses størrelse, beliggenhed og indretning opstillede udvalget i betænkningen retningslinier, der må antages at have haft stor betydning ved planlægningen af de mange plejehjem, der er oprettet igennem de sidste år.

For så vidt angår *bedømmelsen af behovet* for anbringelsesmuligheder for kronisk syge samt om *initiativet* til oprettelse af plejehjem mente udvalget, at afgørelsen heraf fortsat burde ligge lokalt, ligesom udvalget mente, at det ikke var en statsopgave at oprette særlige plejehjem for stærkt behandlingskrævende patienter.

Af de øvrige spørgsmål, der er behandlet i betænkningen, skal endvidere nævnes, at udvalget fandt det ønskeligt, om der — udover det af sundhedsmyndighederne etablerede tilsyn med de private plejehjem — også fra forsorgsmyndighedernes side blev ført tilsyn med de private hjem. Dette tilsyn skulle imidlertid kun udstrækkes til de private hjem, med hvilke kommunerne havde indgået overenskomst i henhold til forsorgsloven. For de øvrige hjem vedkommende mente udvalget, at man udover eventuelt at give sundhedsmyndighederne mere faste retningslinier for det af dem førte tilsyn måtte indskrænke sig til at opfordre kommunerne til omhyggeligt at holde øje med de af dem anbragte plejepatienters trivsel.

Baggrunden for nedsættelsen af udvalget vedrørende alderdomshjem og plejehjem for kronisk syge.

At det er fundet ønskeligt at nedsætte et udvalg til påny at behandle disse spørgsmål skyldes, at *behovet* for sociale institutioner som

hjem for gamle og for personer, der er så svækkede, at de til stadighed har brug for pleje, *har ændret sig* betydeligt i de senere år, og at behovet nu langt fra kan siges at være tilfredsstillende. Denne udvikling har fundet sted gennem nogle år, fordi antallet af ældre er steget stærkt, jfr. oplysningerne om befolkningsudviklingen i bilag 1, og der har mange steder ikke været truffet de dispositioner, som var nødvendige med henblik på at løse de problemer, der måtte forudses.

At antallet af ældre er steget så stærkt skyldes i nogen grad den sociale udvikling, den højere levestandard og udviklingen inden for det medicinske område. Lægevidenskabens fremskridt har på dette område været meget betydelige i de seneste år, blandt andet derved, at mulighederne for at behandle ældre mennesker med akutte sygdomme er blevet større. Den deraf følgende forhøjelse af levetiden for mange ældre mennesker har imidlertid medført, at der findes en stadig voksende gruppe personer, der, uanset at

de ikke har egentlige sygdomme, dog er så svækkede, at de har vanskeligt ved at klare sig selv, således at de har et behov for pleje. En nærmere redegørelse herfor ligger det uden for rammerne af betænkningen at give, men udvalget må henvise til bogen »Sygdomsundersøgelsen i Danmark«, der er udgivet i 1960 af komiteen til undersøgelse af den danske befolknings sundhedstilstand.

Antallet af mennesker, der når en høj levealder, *stiger således stærkt*. At en forholdsvis stor del af disse mennesker er for svækkede til helt at klare sig selv medfører, at det ikke er tilfredsstillende at anbringe dem på alderdomshjem, som ikke har muligheder for at *give* dem den fornødne pleje. Hertil kommer, at de gamle i højere grad end tidligere *bliver i deres egne hjem*, når de opnår den alder, i hvilken de holder op med at arbejde. Årsagen hertil er i nogen grad de sociale foranstaltninger, der er gennemført for at gøre det lettere for de gamle at blive i deres egne hjem, jfr. kapitel 2.

KAPITEL 2

Hvad der under den gældende ordning gøres, for at ældre kan blive boende i eget hjem

Erfaringen viser, som man måtte vente, at ældre mennesker, som har eget hjem, søger at blive der, så længe de mener, de kan klare sig selv. Det er indtrykket, at det har stor betydning for de ældre, at de kan få vejledning med hensyn til at klare sig selv, og at deres *mulighed* herfor meget afhænger af den bistand, der kan ydes dem, jfr. nedenfor.

a. Oplysningsvirksomhed.

I de senere år har der været udført et vist *oplysningsarbejde* over for ældre.

Som eksempel på dette oplysningsarbejde kan nævnes udgivelsen af pjecen »Mange gode år«, udgivet af bladet Helse. I denne pjece gives der råd med hensyn til, hvorledes de ældre mennesker bedst kan indrette sig for at klare sig selv. Pjecen er af enkelte kommuner anvendt til udsendelse til alle folkepensionister, eventuelt med et tillæg om, hvor pensionister kan henvende

sig for at opnå bistand m.v. Det synes givet, at pjecen har haft stor betydning som vejledning for de gamle. Fra lægelig side udøves der også naturligt en oplysningsvirksomhed, men nogen systematisk oplysningsvirksomhed fra myndighedernes side har der hidtil ikke været tale om.

b. Lægehjælp.

De fleste ældre vil gennem deres sygeforsikring have en læge, som kender dem, og som de er vant til at henvende sig til eller tilkalde, og denne forbindelse med sygekasselægen betyder, at sygdomme i tide kan blive konstateret og behandlet, således at institutionsforsorg længst muligt undgås.

c. Hjælp i hjemmet.

Også på anden måde kan de ældre få bistand udefra og kan endog i kortere eller længere tid

modtage hjælp i deres eget hjem, nemlig gennem *husmoderafløsningen*, *hjemmehjælpen* og *hjemmesygeplejen*.

Den første lovgivning om *husmoderafløsning* er fra 1949. De gældende regler findes i lov af 7. juni 1952. Der kan af kommunerne ydes *husmoderafløsning* til alle hjem uden hensyn til disses økonomiske forhold mod en betaling, der er sat i forhold til modtagerens statsskat. Hjælpen for de vanskeligst stillede er dog gratis. *Husmoderafløsning* ydes, når det ved lægerekvitation dokumenteres, at der midlertidig er behov herfor på grund af sygdom eller rekonvalescens. Hjælpen, der kan strække sig over indtil 8 timer daglig, kan normalt ikke udstrækkes over et længere tidsrum end 14 dage. *Husmoderafløsningen* for ældre har således navnlig betydning under en kortvarig sygdom eller efter udskrivning fra hospital. Den kan ikke anvendes som en varig bistand for de gamle.

Husmoderafløsningen administreres af kommunerne, hvis udgifter til lønninger refunderes af statskassen med $\frac{7}{10}$. *Husmoderafløsningsordninger* er indført i ca. 800 kommuner af landets omkring 1300 kommuner.

Lovfæstelse af *hjemmehjælpsordningerne* fandt sted i 1958 ved en ændring af den dagældende folkeforsikringslov. Bestemmelsen findes nu i § 4, stk. 8, i loven om invalide- og folkepension. *Hjemmehjælpen* havde sit udspring i bestemmelsen om adgang til ydelse af personligt tillæg til den enkelte pensionist til hushjælp. De gode erfaringer, der blev gjort med denne ordnings muligheder for i vidt omfang at lade patienter med et mindre plejebehov forblive i deres hjem, førte til, at en række større kommuner etablerede egentlige *hjemmehjælpsordninger*. Omkostningerne ved *hjemmehjælpen* afholdt disse kommuner af rådighedsbeløbet til de personlige tillæg.

Spørgsmålet om værdien af *hjemmehjælpen* blev optaget til behandling i det af socialministeriet nedsatte socialpolitiske udvalg, og udvalget udtalte i en indstilling til ministeriet i 1958, at *hjemmehjælpsordningen* måtte anses for at være af stor social og samfundsmæssig betydning, dels af humanitære grunde derved at et stort antal syge sættes i stand til at blive i deres hjem, dels af økonomiske grunde ved at den langt dyrere institutionsmæssige anbringelse i mange tilfælde vil kunne undgås eller i hvert fald gøres mere kortvarig.

Udvalget foreslog derfor, at der blev givet særlig lov hjemmel for afholdelse af udgifter til

hjemmehjælp, hvilket resulterede i den nævnte ændring af folkeforsikringsloven. Kommuner, der ikke kan afholde udgiften til *hjemmehjælpen* inden for den i loven fastsatte grænse, kan som hidtil dække udgiften af rådighedssummen til personlige tillæg til pensionister.

Hjemmehjælp ydes i ca. $\frac{1}{3}$ af landets kommuner.

Hjemmesygepleje d.v.s. pleje af syge i hjemmet udført af uddannede sygeplejersker har været kendt i mange år og er som mange andre sociale foranstaltninger begyndt som privat velgørenhedsarbejde, der siden har fået en mere og mere offentlig karakter.

Indtil loven om *hjemmesygepleje* trådte i kraft 1. april 1957, fandtes reglerne om kommunernes forpligtelse med hensyn til *hjemmesygepleje* i forsorsloven. Dette medførte, at man tidligere kun opfattede forpligtelsen som omfattende sygepleje til trængende. Det begrænsede omfang, *hjemmesygeplejen* derved fik, havde til følge, at mange kommuner ikke fandt det påkrævet at etablere nogen egentlig *hjemmesygeplejeordning*, og institutionens karakter varerede derfor stærkt fra kommune til kommune.

Efter loven af 1957 påhviler det enhver kommune at drage omsorg for, at der findes en forsvarelig *hjemmesygeplejeordning* i kommunen, hvorefter *alle* kommunens indbyggere har adgang til *hjemmesygepleje* efter lægehenvisning *uanset indtægtsforhold*.

Kommunens forpligtelse i henhold til loven indebærer ikke, at kommunen skal oprette en rent kommunal *hjemmesygepleje*. *Administrationen* af ordningen kan overlades til en *hjemmesygeplejeforening* i eller uden samarbejde med en sygekasse eller til en sygekasse med selvstændig *hjemmesygepleje*. Under alle omstændigheder skal de forskellige ordninger godkendes — for sognekommuners vedkommende af amtsrådet, for de andre kommuners vedkommende af indenrigsministeriet - og de står under stadigt tilsyn af kredslægen.

Betalingen for ydelse af *hjemmesygepleje* varierer efter, hvorledes kommunen har organiseret ordningen. Hvor ordningen er rent kommunal, vil *hjemmesygepleje* ofte ydes gratis uden hensyn til modtagerens indtægtsforhold. I øvrigt skal amtsrådene og for købstadskommunernes vedkommende indenrigsministeriet godkende medlemskontingenterne til *hjemmesygeplejeforeningerne* samt den betaling, der kan kræves af personer, der ikke gennem medlemskab af

en hjemmesygeplejeforening eller sygekasse har sikret sig ret til hjemmesygepleje. Det bemærkes herved, at der påhviler sygekasserne pligt til at yde fri hjemmesygepleje til nydende medlemmer, såfremt disse ikke på anden måde har sikret sig vederlagsfri hjemmesygepleje. Endvidere påhviler det kommunen – i lighed med tidligere – at yde fri hjemmesygepleje til trængende.

Det økonomiske grundlag for hjemmesygeplejen tilvejebringes fortsat ved bidrag fra kommuner, foreninger og sygekasser, dog påhviler det økonomiske ansvar alene kommunerne. Af de udgifter, som kommunerne afholder, og som ikke dækkes ved bidrag fra de ovennævnte institutioner, er $\frac{4}{10}$ genstand for mellemkommunal refusion, medens $\frac{3}{10}$ refunderes af staten. Der gælder dog visse grænser for de udgifter, der kan medtages ved refusionsopgørelsen. Hjemmesygepleje er indført i samtlige kommuner.

d. Omsorgsarbejde.

I de senere år har der i mange kommuner været udført et omsorgsarbejde for gamle. Et underudvalg under det af socialministeriet nedsatte Socialpolitiske Udvalg har foretaget en undersøgelse af arten og omfanget af dette arbejde. En redegørelse for udvalgets undersøgelse og udvalgets indstilling til socialministeriet er gengivet i bilag 5.

e. Særlige foranstaltninger vedrørende boligen.

1. Egentlige pensionistboliger.

Siden 1937 har der været adgang til at opføre kommunale boliger for folkepensionister, og denne adgang har været udnyttet i et ikke helt ubetydeligt omfang. Reglerne om opførelse af disse boliger er nu givet i lov om boligbyggeri. Lejen for disse boliger, der fastsættes af socialministeren efter samråd med boligministeren, udgør et beløb, der normalt vil ligge betydeligt under den faktiske lejeværdi.

Tilstedeværelsen af disse særlige boliger for pensionister har gjort det muligt for mange af disse at opretholde deres eget hjem længere, end de ellers ville have været i stand til, dels fordi disse boliger er indrettet til at imødekomme de ældres behov, dels fordi den husleje, der er fastsat for boligerne, er så lav, at der ikke behøver at ligge økonomiske overvejelser bag et ønske om at flytte til et alderdomshjem.

Pensionistboliger er enkelte steder opført i nærheden af almindelige alderdomshjem for at give lejerne af pensionistboligerne mulighed for at få måltider billigt fra alderdomshjemmet og på anden måde have fordel af, at de let kan komme i forbindelse med hjemmet.

2. Ejendomme opført af en kommune eller et socialt boligforetagende.

For at imødekomme pensionisters ønske om en billig bolig blev der i 1955 gennem en ændring af boliglovgivningen givet bestemmelser om, at lejligheder i en ejendom opført af en kommune eller et socialt boligforetagende og lejligheder i visse ejendomme opført af stiftelser kan betragtes som pensionistboliger i den forstand, at der gennem kommunen ydes pensionister, som er lejere af sådanne lejligheder, et tilskud til nedsættelse af huslejen, således at denne bliver af samme størrelse som lejen i egentlige pensionistboliger.

En opgørelse for hele landet over antallet af pensionister, der får huslejenedsættelse i henhold til loven herom findes ikke, men det kan eksempelvis nævnes, at tallet for Københavns kommune er ca. 2.000.

Fordelen ved at afhjælpe boligbehovet ved at yde nedsættelse af lejen i socialt boligbyggeri er dels, at pensionister, som, allerede før de bliver pensionister, har bolig i en sådan lejlighed, kan blive boende i omgivelser, de kender, dels at pensionister, der ønsker det, i sådanne lejligheder kan leve i et miljø, der ikke – som det er tilfældet for beboere i store ejendomme, der kun indeholder pensionistboliger – helt er præget af pensionister.

I enkelte kommuner har de sociale myndigheder indgået aftale med de sociale boligselskaber om leje af sådanne lejligheder, eventuelt således at kommunen lejer et antal lejligheder og selv administrerer udlejningen til pensionisterne.

3. Stiftelser m.v. for ældre.

Gennem fonds og legatmidler, faglige sammenslutninger og foreninger, f.eks. Ensomme Gamles Værn, er der skabt et stort antal boliger for ældre. Disse institutioner, der som regel er selvejende eller på anden måde økonomisk hvi-
lende i sig selv, løser en betydningsfuld del af opgaven med at skaffe de ældre gode boligforhold.

4. Huslejetilskud til pensionister.

En hjælp til løsning af pensionisternes boligproblemer kan endelig gives gennem ydelse af *personlige tillæg* til pensionen. Tillægget kan gives som en regelmæssig ydelse sammen med pensionen til hjælp til betaling af huslejen. I visse kommuner ydes et sådant tillæg efter generelle retningslinier, afpasset efter pensionistens økonomiske forhold. Det personlige tillæg kan også af kommunerne anvendes til at forbedre en pensionists boligforhold ved at gøre en lejlighed lettere at passe og dermed bedre egnet som bolig for en pensionist, således ved at der af tillægget gives hjælp til f.eks. installering af olieamin eller gasradiator.

5. Privat byggeri for ældre.

I forbindelse med omtalen af, hvorledes de ældres boligproblemer søges løst, er det naturligt at nævne, at der i de senere år fra privat side har været udfoldet en ikke ringe indsats for

at skabe boliger særlig for ældre ved opførelse af ejendomme med kollektive indretninger. Disse ejendomme opføres ved privat finansiering, men med offentlig støtte.

Da der ikke er tale om egentlig socialt boligbyggeri, er ejendommene ikke omfattet af bestemmelserne om, at pensionister kan få tilskud til huslejen, og lejen ligger derfor normalt for højt for personer med indtægtsbestemt folkepension.

6. Særlig ordning for invalider.

For *invalider* gælder efter byggestøtteleven en særlig bestemmelse om, at der til en bolig-tager, som optager en invalid i sin husstand, kan ydes et tilskud til huslejen, jfr. bilag 10. Dette tilskud skal komme invaliden til gode gennem nedsættelse af det beløb, han skal betale i leje. Det er indtrykket, at denne bestemmelse ikke har haft større betydning i retning af at sikre invalider bedre boligforhold.

KAPITEL 3

Undersøgelse vedrørende alderdomshjem og plejehjem

Foret taget på grundlag af nogle af socialministeriet og sundhedsstyrelsen udsendte spørgeskemaer

Som nævnt i indledningen har der til landets kommuner været udsendt spørgeskemaer med henblik på at skaffe oplysninger om de bestående alderdomshjem og plejehjem og om behovet for sådanne hjem.

De oplysninger, der er fremkommet gennem besvarelserne, er indgået i udvalgets overvejelser. Oplysningerne vil blive underkastet en dyberegående undersøgelse, end det har været muligt at foretage inden afgivelsen af denne betænkning, og resultatet af en sådan undersøgelse vil senere blive offentliggjort. Her skal fremdrages enkelte oplysninger fra undersøgelsen.

A. Alderdomshjem

Antallet af hjem.

I undersøgelsen indgår skemaer vedrørende knap 800 *alderdomshjem* omfattende omtrent 22.000 pladser. Af de nævnte hjem har 85, eller knap 11 pct, angivet at have sygeafdeling eller sygestue med 5 pladser eller derover. Antallet af

pladser på sygeafdeling udgør godt 3.400, svarende til ca. Vr, af samtlige pladser på alderdomshjem.

De knap 800 alderdomshjem er fordelt på lidt mere end 700 kommuner d.v.s., at en del, specielt blandt de store købstadskommuner, har mere end et alderdomshjem. Yderligere omkring 150 kommuner er medejere af alderdomshjem beliggende i andre kommunei og har derigennem en primær indlæggelsesret. De resterende godt 500 kommuner har ingen mulighed for at placere deres pensionister på egne alderdomshjem. Så godt som alle disse 500 kommuner er beliggende i de egentlige landdistrikter.

Ejerforholdet,

Af *alderdomshjemmene* er 88 pct. kommunale hjem og 12 pct. selvejende institutioner eller privat ejede hjem. Godt $\frac{1}{4}$ af hjemmene i den sidste gruppe har overenskomst med en kommune i henhold til forsorsloven.

Uddannelsen af personalet.

Af alderdomshjemmenes ledere har godt $\frac{1}{5}$ sygeplejeuddannelse, medens yderligere godt $\frac{1}{5}$ har en anden form for plejeuddannelse. Af de resterende har godt $\frac{1}{3}$ en videregående huslig uddannelse, medens det om resten, d.v.s. mere end $\frac{2}{3}$ af samtlige ledere, blot er oplyst, at de har almindelig huslig uddannelse eller ingen særlig uddannelse. Til sidstnævnte gruppe er henregnet de ledere, for hvilket uddannelsesspørgsmålet er ubesvaret.

Det må imidlertid tages i betragtning, at den opførelse omfatter mange, der i lang tid har været ledere af alderdomshjem - og som for øvrigt som følge af deres erfaring i arbejdet nu må anses som velegnede som ledere - og at man ved bedømmelsen af, om der lægges tilstrækkelig vægt på at antage uddannet personale til den stadig mere krævende opgave at være leder af et alderdomshjem, navnlig må se på, om der i de senere år ved ansættelse af ledere er stillet krav om uddannelse. Dette sidste synes at være tilfældet.

B. Plejehjem

Antallet af hjem m.v.

Sundhedsstyrelsens undersøgelse har omfattet landets plejehjem for kronisk syge, hvile- og sygehjem m.v. for ældre og for kronisk syge, idet man har fundet det ønskeligt at få et samlet og å jourført kendskab til disse hjem.

Man har indhentet oplysninger om hjemmenes tilhørsforhold, belægnings karakter, pladsforholdene, hygiejniske forhold, oplysninger om personale m.v.

Der skal her gives en kort summarisk oversigt over de vigtigste oplysninger, der således foreligger.

Der er indgået besvarelser fra i alt 355 hjem med i alt 7819 pladser.

Gennemsnitsbelægningen i 1960 var 7650, d.v.s. praktisk taget alle pladser har været belagte. I hvor høj grad overbelægning har fundet sted kan ikke ses af besvarelserne.

Belægnings karakter.

Belægnings karakter fremgår af tabel 1.

Tabel 1

	Antal hjem	%
Alene kronisk syge	50	14,1
Alene personer uden plejebehov	120	33,8
Begge kategorier	184	51,8
Uoplyst	1	0,3

D.v.s. ca. 14 % modtager kun kronisk syge med konstant plejebehov, ca. 33 % modtager alene personer uden plejebehov, mens ca. halvdelen modtager såvel plejekrævende som ikke plejekrævende personer.

Desuden har man fået bekræftet indtrykket af, at en ikke ringe del af plejehjemmene modtager patienter af særlige kategorier, f.eks. senilt demente, udskrevet fra sindssygehospital. Det er oplyst, at 73, d.v.s. 20,6%, af hjemmene modtager patienter af disse kategorier.

Hjemmenes pladsforhold.

Det fremgår af tabel 2, at det overvejende antal stuer er enestuer. Knap 12 % er 2-sengsstuer. Kun 1 % er beregnet for mere end 3 beboere.

Tabel 2

	Antal hjem	O, /o
Eneværelser	5704	85,6
2-sengsstuer	785	11,8
3-sengsstuer	105	1,6
4-sengsstuer og større	65	1,-

Hjemmenes hygiejniske indretninger.

Af de oplysninger der foreligger herom kan anføres, at der endnu er 6 plejehjem, hvor der findes tørkloset. Heraf er de 5 plejehjem mindre hjem med under 20 beboere.

Man har forespurgt, hvormange plejehjem der er forsynet med særskilt skylle, um, forsynet med udslagnin gskumme og afløb, og fået oplyst, at kun 115 plejehjem, d.v.s. ca. 43 %, var forsynet med sådanne skyllerum.

Ejerforholdet m.v.

Om hjemmenes tilhørsforhold oplyses at 6,8 % ejes af amt eller kommune, mens 93,2 % er private plejehjem, heraf 71,8 % lederejede og 21,4 % selvejende institutioner. Ca. 29 % af de private hjem har overenskomst med amt eller kommune.

Det fremgår heraf, at den opgave at tilvejebringe hjem for plejepatienter i vidt omfang er løst ved privat initiativ og ikke af amterne eller kommunerne.

Af de private plejehjem var 66, eller 19,9 %, ikke godkendt af sundhedskommissionen.

Behandling og beskæftigelse af beboerne.

De fleste af beboerne anvender egen læge. 122 plejehjem, d.v.s. 34,4 %, har fast læge knyttet til hjemmet.

Fysioterapeut har kun 35, d.v.s. ca. 10 %, af hjemmene. Beskæftigelsesterapeut har kun 26, d.v.s. ca. 7 %, af hjemmene.

I tilslutning til de oplysninger, man har indhentet fra plejehjemmenes ledere, har man anmodet embedslægerne om i et særligt skema at kommentere og vurdere de af lederne givne oplysninger om hjemmenes indretning og forhold.

Som en samlet vurdering har man anmodet embedslægerne om for hvert enkelt plejehjem at udtale sig om hjemmets hygiejniske standard, plejen af beboerne og lederens egnethed.

Om resultatet af denne vurdering kan følgende talmæssige oplysninger gives:

	god	tilstrækkelig	dårlig	uoplyst
	%	%	%	%
Hjemmets hygiejniske standard	59,7	33,2	6,5	0,6
Pleje og pasning af pensionærerne	69	26,8	3,7	0,5
Ledernes egnethed	67,6	27,4	4,5	0,5

Sammenholdt med de ovenfor angivne oplysninger - og andre besvarelser i spørgeskemaet - om mangelfuld indretning af plejehjemmene fremgår det klart, at der i mange tilfælde er mangler, som trænger til at blive afhjulpet; men som helhed betragtet viser undersøgelsen dog, at forholdene på plejehjemmene ikke er så ringe, som de ofte har fået ord for. En af vejene til at rette dette forhold er at effektivisere tilsynet med hjemmene. Det oplyses herom af embedslægerne, at der er regelmæssigt tilsyn med 71,6 % af hjemmene, d.v.s. at regelmæssigt tilsyn savnes i 28,4 %. Det er embedslægerne, der foretager tilsynet i næsten alle tilfælde.

Uddannelsen af personalet.

Om personalets uddannelse oplyses vedrørende lederne af hjemmene, at

69 % har uddannelse inden for sygepleje,
8,5 % har huslig uddannelse og
ca. 22,5 % angiver anden form for uddannelse.

Et betydeligt antal af lederne har således sygeplejeuddannelse, kun kan det ikke ses af besvarelsene, hvor mange der er autoriserede sygeplejersker.

Behovet for alderdomshjem og plejehjem

Lidt over $\frac{2}{3}$ af de kommuner, der har afgivet en udtalelse om spørgsmålet, har oplyst, at de anser behovet for *alderdomshjem* for dækket, medens ca. $\frac{1}{3}$ af kommunerne ikke finder deres behov dækket. Da belægningsprocenten for hjemmene i de kommuner, der finder behovet for hjem dækket, dog er ret høj taget for hjemmene under et, synes heraf at fremgå, at der stadig er et behov for alderdomshjem i den traditionelle form, omend man, som det fremhæves andetsteds i betænkningen, ved bygningen af sådanne hjem og ved ændring af bestående hjem bør sigte efter at indrette hjemmene til at modtage personer, der har et plejebæhov. Dette sidste understreges af, at en væsentlig større del af kommunerne finder, at behovet for *syge af delin ger* på alderdomshjem ikke er dækket.

For hele landet er der ved undersøgelsen blevet tilkendegivet at være et udækket behov for almindelig afdeling og sygeafdeling under et på godt og vel 6.000 pladser svarende til lidt over 25 pct. af det nuværende antal. Udtrykt ved antallet af hjem svarer det angivne udækkede behov til mere end 200 alderdomshjem af den nuværende gennemsnitsstørrelse på knap 30 pladser pr. hjem.

Denne bedømmelse af behovet må formentlig revideres, såfremt der, som udvalget foreslår i kapitel 4, i højere grad sættes ind på at gennemføre foranstaltninger der giver aldre mulighed for at blive i deres eget hjem.

Af det opgjorte pladsbehov falder en forholdsvis stor del - knap 2.700 pladser eller godt 40 pct. - på sygeafdelingspladser. For denne kategori af plejepladser synes der således at være brug for en væsentlig forøgelse af antallet af pladser. I forhold til det nuværende antal pladser på sygeafdeling tyder tallene på, at der vil være behov for meget nær en fordobling.

Med hensyn til behovet for *plejehjem* fremgår det af den af sundhedsstyrelsen foretagne undersøgelse, at der endnu er et betydeligt udækket behov for plejehjemspladser, men en talmæssig opgørelse over behovet lader sig ikke uddrage af det foreliggende materiale.

Udvalgets indstilling med hensyn til forsorgen for ældre

A. Hvad der bør gøres med henblik på at hjælpe de ældre til længst muligt at blive i eget hjem.

Udvalgets indstilling har som udgangspunkt den opfattelse, at det er ønskeligt, at den udvikling, der har været i retning af at hjælpe de ældre til længst muligt at bevare deres egne hjem, bør fortsættes, således at forsorgen for de ældre fra det offentliges side lægges til rette med henblik herpå. Baggrunden for bestræbelser i den retning bør være *hensynet til de ældre selv*, til den tilfredsstillelse det er for dem at kunne bevare deres hjem. Hensynet til den *økonomiske belastning* for samfundet ville føre til samme resultat, idet forsorgen på alderdomshjem eller plejehjem normalt vil være betydeligt dyrere end ydelse af folkepension, også selv om denne suppleres med et vist personligt tillæg og med ydelse af hjemmehjælp.

a. Oplysningsvirksomhed.

Udvalget finder, at det ville være ønskeligt at øge og systematisere den oplysningsvirksomhed for ældre, der finder sted. Foruden en oplysningsvirksomhed over for de ældre selv kunne det synes rimeligt med en oplysningsvirksomhed over for dem, der særlig har at gøre med de ældre.

Det må anses for mest effektivt, om de centrale sundhedsmyndigheder ville tage del i denne oplysningsvirksomhed, eventuelt således at den bliver et led i en almindelig oplysningsvirksomhed over for befolkningen om sundhedsmæssige forhold.

Udvalget ville finde det ønskeligt, om spørgsmålet herom kunne blive optaget til overvejelse, og at der må blive givet mulighed for iværksættelse af en sådan oplysningsvirksomhed.

Et led i oplysningsarbejdet bør bestå i et forebyggende arbejde, en forberedelse til alderdommen på et tidspunkt, da alderdommens problemer endnu ikke har meldt sig, og et naturligt led i en oplysningstjeneste må det være, at der ved overgangen til pensionisttilværelsen gives oplysning om spørgsmål af betydning for pensionisten. En sådan oplysningsvirksomhed vil kunne få stor social og sundhedsmæssig betydning, og når der henses til de betydelige udgif-

ter, som forsorgen for de ældre og for personer, der har brug for pleje, medfører for samfundet, må det antages, at et oplysningsarbejde let måtte kunne svare regning.

b. Lægehjælp etc.

Det kunne synes ønskeligt, om der for personer i ældre aldersklasser kunne blive gennemført *regelmæssige helbredsundersøgelser*, der ville gøre det muligt i tide at gribe ind overfor begyndende sygdomme. Udvalget indser imidlertid vanskeligheden ved at gennemføre sådanne almindelige lægeundersøgelser og mener derfor ikke at skulle stille forslag herom.

Det vil imidlertid være naturligt, at personer, der søger folkepension, såfremt de på det tidspunkt har særlige helbredsmæssige problemer, lader sig undersøge af en læge, og det synes ønskeligt, at de sociale udvalg ved modtagelse af begæringer om folkepension har opmærksomheden henledt herpå.

Enkelte medlemmer af udvalget har ønsket at give udtryk for, at meget måtte kunne tale for i forbindelse med sygehusene at oprette *aldersmedicinske klinikker*, på hvilke gamle, der ikke er optaget på aldersdomshjem eller plejehjem, kan gå til specielle undersøgelser efter henvisning af deres læge, og på hvilke der i et vist omfang kan foretages ambulant behandling, således at indlæggelse på sygehus eller på et plejehjem undgås eller dog udsættes længst muligt.

Det ligger uden for udvalgets arbejdsområde at gå dybere ind på disse spørgsmål, men udvalget har ment at måtte pege på dem ud fra det synspunkt, at institutionsforsorgen bør være det subsidiære, og at en gunstig løsning af problemerne i forbindelse med sådan forsorg synes at have til forudsætning, at den bistand, der fra det offentlige kan ydes de gamle, *inden* de eventuelt må være henvist til at lade sig optage på et alderdomshjem eller plejehjem, der kan tilfredsstille deres behov, *bliver mere udstrakt*, end det indtil nu har kunnet være tilfældet.

c. Hjælp i hjemmet.

Udvalget finder, at den hjælp til ældre, som kommer til udtryk gennem *hjemmesygeplejen*, *husmoderafløsningen* og *hjemmehjælpen*, efter

de *gældende lovregler* kan virke efter sin hensigt og har *ikke* forslag til ændring af reglerne om ydelse af hjælpen, jfr. dog nedenfor med hensyn til spørgsmålet om dækning af udgifterne for hjemmehjælpen.

Med hensyn til den *praktiske gennemførelse* af disse hjælpeformer gør der sig imidlertid betydelige forskellige gældende.

Hjemmesygeplejen er i henhold til loven af 1957 gjort obligatorisk i alle kommuner og har i medfør af samme lov gennemgået en rationalisering med gennemførelse af motorisering, omlægning af distrikterne m. v., således at den har forudsætningerne for at være virkelig effektiv.

I de fleste byer og i en del landkommuner er det samme tilfældet med hensyn til *husmoderafløsning* og *hjemmehjælp*, men tilbage bliver et betydeligt antal kommuner, hvor disse hjælpeformer enten ikke er indført, eller hvor de på grund af forskellige vanskeligheder ikke er blevet tilstrækkeligt effektive.

Udvalget skal derfor henstille, at kommunerne opfordres til at foretage en undersøgelse af, om husmoderafløsnings- og hjemmehjælpsordningerne fungerer på en måde, så ingen, der ønsker at forblive i sit eget hjem, og som med en rimelig bistand er i stand dertil, nødsages til at opgive sit hjem og søge optagelse på alderdomshjem eller plejehjem. Udvalget skal pege på den mulighed, at en kommune gennemfører husmoderafløsning og hjemmehjælp i *samarbejde med nabokommuner*.

Når der henses til, hvor betydningsfuldt dette område er både set fra et menneskeligt og fra et økonomisk synspunkt, ville udvalget finde det ønskeligt, om der gennem f. eks. amtsplejeudvalg kunne ydes kommunerne *konsulentbistand* med henblik på gennemførelse af effektive husmoderafløsnings- og hjemmehjælpsordninger, jfr. om disse udvalg side 23.

Under hensyn til, at det er oplyst, at udgifterne til hjemmehjælp efter loven om invalide- og folkepension i et stort antal kommuner overstiger det beløb, loven stiller til rådighed for den enkelte kommune, således at disse kommuner er henvist til at afholde den resterende udgift til hjemmehjælp af det rådighedsbeløb, af hvilket der efter loven kan ydes personlige tillæg til pensionister, skal udvalget henstille, at udviklingen på dette punkt følges med henblik på, om grænsen for det beløb, der kan anvendes til hjemmehjælpen, bør hæves. Udvalget finder,

at det i denne forbindelse bør overvejes, om det kan anses for *nødvendigt at opretholde en maksimumsgrænse* for, hvad kommunerne må anvende til formålet.

Udgiften til *hjemmehjælp* skal, når den tages af den sum, der står til rådighed til ydelse af personlige tillæg, principielt konteres som hjælp for hver modtager. Såfremt maksimumsgrænsen for det beløb, kommunerne ialt må anvende til hjemmehjælp, *ikke* ophæves, synes det rimeligt at tillade kommunerne at kontere den del af udgiften til hjemmehjælp, som afholdes af rådighedsbeløbet til personlige tillæg, som en samlet udgift, således at udgiften *ikke* skal *konteres for hver enkelt modtager*.

d. Anden hjælp.

Et særligt problem for mange gamle er, at de har vanskeligt ved at gå, og at det undertiden kan være årsag til, at de søger optagelse på et hjem. Undertiden vil disse vanskeligheder kunne afhjælpes blot ved en passende *fodpleje*, således at indlæggelse undgås. Det har været forsøgt enkelte steder at give de gamle en mulighed for mod en beskeden betaling at få foretaget regelmæssig fodpleje. Resultatet af disse forsøg viser, hvor meget spørgsmålet betyder for de gamles vedkommende.

e. Omsorgsarbejde.

Udvalget finder, at det arbejde, der udføres for at bidrage til, at den ensomhedsfølelse, som mange gamle har, i nogen grad brydes ved, at der foretages besøg hos de gamle, arrangeres klubarbejde og andet opmuntringsarbejde, må tillægges stor betydning, også fordi det indirekte er *medvirkende til*, at de gamle søger længst muligt at klare sig selv.

Det arbejde, der udføres af denne art, har i det store og hele hvilet på et *privat initiativ*, og det er udvalgets opfattelse, at arbejdet, som må opfattes som udtryk for en solidaritetsfølelse i samfundet, og som mere er baseret på en personlig end på en økonomisk indsats, fortsat udgør et naturligt virkeområde for det private initiativ.

Udvalget kan henvise til de synspunkter og forslag, der er kommet til udtryk i indstillingen fra det Socialpolitiske Udvalg, og som er gengivet i bilag 5.

f. Foranstaltninger vedrørende boligen.

Det er udvalgets opfattelse, at der fortsat bør lægges stor vægt på spørgsmålet om tilvejebringelse af *boliger for pensionister*.

På landet har der hidtil været stor tilbageholdenhed over for opførelse af pensionistboliger, ofte begrundet med at de fleste på landet bebor egne huse, som de nødtigt flytter fra, før de er så svagelige, at de må optages på alderdomshjem.

Under hensyn til den lettelse, det betyder for de gamle at få en lille, moderne og praktisk indrettet bolig, finder udvalget, at også mindre kommuner bør tage den opgave op at indrette pensionistboliger. Dette vil eventuelt kunne ske ved tilbygning til et bestående alderdomshjem eller ved ombygning. I bilag 18 er gengivet en plan for et kombineret byggeri af alderdomshjem og pensionistboliger. I bilag 19 er gengivet planer for opførelse af pensionistboliger som enkelte huse grupperet omkring en fælles bygning. Dette forekommer en udmaerket løsning af de gables boligproblem.

Hvilken form man end vælger ved et sådant byggeri, bør man dog erindre, at der må drages omsorg for, at beboerne under forbigående sygdom eller svagelighed bør kunne få en vis bistand og være under tilsyn.

Kommunernes tilbageholdenhed med hensyn til opførelse af boliger for pensionister kan muligvis være betinget af, at det beløb, der fremkommer som indtægt ved husleje, er meget lavt i forhold til kommunernes udgifter ved driften af boligerne. Den forhøjelse af folkepensionen, som har fundet sted i de senere år - udover hvad der er en følge af pristalsreguleringen - synes at kunne begrunde en vis forhøjelse af huslejerne, men når henses til, at forskellen mellem den husleje, der betales, og den faktiske udgift er så betydelig, at det ikke kan antages, at den indtægt, der kunne opnås ved en mindre forhøjelse af huslejen vil medvirke til væsentligt at øge interessen for at bygge boliger for pensionister, finder udvalget, at det ikke er udvalgets opgave at foreslå nogen forhøjelse af huslejen for sådanne boliger. Såfremt antallet af boliger for pensionister forøges så meget, at også pensionister, der ikke kan siges at være vanskeligt stillet økonomisk, kan få adgang til at leje boligerne, kunne det overvejes, om man bør overføre *princippet* for betaling af ophold på alderdomshjem og plejehjem, således at stør-

relsen af lejen for en pensionistbolig sættes i forhold til pensionistens økonomiske forhold.

Under hensyn til at hovedformålet med at stille pensionistboliger til rådighed for ældre er at give dem adgang til så længe som muligt at have deres eget hjem, skal udvalget bemærke, at man går ud fra, at kommunerne ved administrationen af tildelingen af disse boliger giver fortrinsret til personer, der har vanskeligst ved at klare sig selv i deres hidtidige bolig. Såfremt en kommune ønsker at medvirke til, at pensionister flytter fra større lejligheder til mindre, men måske dyrere, vil dette kunne ske ved, at kommunen yder et personligt tillæg til pensionen til hjælp til dækning af den højere husleje.

Et mindretal, fuldmægtig A. Mortensen, har som repræsentant for boligministeriet fundet anledning til at fremhæve, at efter boligministeriets opfattelse bør opførelse af egentlige kommunale pensionistboliger kun undtagelsesvis finde sted og kun i tilfælde, hvor der ikke på anden måde er mulighed for at tilvejebringe boliger for pensionister.

Boligministeriet finder det rettest, at boliger for pensionister placeres i det almindelige boligbyggeri, således at pensionisterne ikke samles i huse, som udelukkende indeholder lejligheder for ældre. En redegørelse for boligministeriets stilling til spørgsmålet er gengivet som bilag 20.

B. Indretningen af institutionsforsorgen

a. Alderdomshjem.

Der er i hele landet ca. 800 alderdomshjem, heraf 85 hjem med sygeafdeling.

Det fremgår af den foretagne undersøgelse, jfr. kapitel 3, at selv om største delen af landets kommuner anser deres behov for almindelige alderdomshjem for dækket, er der dog et stort antal kommuner, for hvilke dette ikke er tilfældet. Dette må tages som udtryk for, at der dog, uanset hvad der navnlig i de senere år er gjort for at hjælpe ældre mennesker til at kunne blive i deres egne hjem, stadig er et ikke ubetydeligt behov for den traditionelle form for alderdomshjem og antagelig også i fremtiden vil være det, idet dog også disse hjem, jfr. nedenfor, i højere grad end hidtil må indrettes på at *modtage svækkede personer*.

Med den stadig stigende standard i det almindelige boligbyggeri må det i øvrigt forventes, at

kravene til indretning af de almindelige alderdomshjem vil stige.

Ved bygningen af alderdomshjem vil størrelsen af det forventede fremtidige behov blive lagt til grund ved afgørelsen af, hvor stort et hjem skal være. Hjemmets størrelse bør dog også - bl. a. med hensyn til omfanget af personalet - afpasses efter, at hjemmets drift kan blive økonomisk. I denne forbindelse bør det — som nævnt i afsnittet om folkepensionistboliger - undersøges, om der er grundlag for i tilknytning til hjemmet at opføre pensionistboliger, hvilket foruden at opfylde det specielle formål at være bolig for gamle, der kan klare sig selv, vil kunne betyde en bedre udnyttelse af installationer etc. i forbindelse med hjemmet.

Udvalget finder i øvrigt, at der ved *indretningen* af hjemmene bør tages hensyn til, at beboerne kan have forbindelse med ligestillede uden for hjemmet. Hvis hjemmet indrettes således, at det kan blive centrum for en klubvirksomhed og for beskæftigelse både af hjemmets beboere og af gamle uden for hjemmet, vil beboerne på en naturlig måde kunne opretholde en forbindelse med omverdenen, ligesom de gamle, der besøger hjemmet for at deltage i klubvirksomhed eller arbejde, derved får en forbindelse med hjemmet, som kan betyde, at de føler det mere naturligt at lade sig optage på hjemmet, når det bliver aktuelt for dem.

b. Alderdomshjem med plejeafdeling og egentlige plejehjem for ældre.

Uanset at man som netop nævnt må regne med, at der fortsat i et vist omfang vil være brug for almindelige alderdomshjem, viser udviklingen, at der i stadig højere grad må sigtes mod bygning af hjem med plejeafdeling eller hjem, der helt er indrettet på at modtage ældre personer, der har brug for pleje.

Ved bygning af hjem, der helt eller delvis indrettes til raske gamle, vil det være formålstjenligt ved *projekteringen at regne med, at hele hjemmet uden væsentlig ombygning skal kunne anvendes til plejepatienter*. Dette forudsætter, at værelserne indrettes, så at de hurtigt kan omdannes til brug for en plejepatient, og at også de sanitære forhold bliver indrettet herpå ved, at der opføres skyllerum og andre birum.

Hjemmene må være indrettet til at modtage patienter med forskellige former for svagelighed. De vil dog normalt ikke kunne modtage smittefarlige tuberkuløse eller personer, der er

i højere grad sindssyge, åndssvage, epileptikere m. v. En særlig gruppe udgør de senilt konfuse, der — i hvert fald når det drejer sig om højere grader af konfusion - bør anbringes i særlige hjem for psykiatriske plejepatienter.

Hjem, på hvilke der kan modtages ældre med stort plejebæhov, har hidtil hovedsagelig været opført af købstæder eller større landkommuner eller som amtsplejehjem. Der er dog en tendens til, at også mindre kommuner tager opgaven op, eventuelt i et samarbejde med andre kommuner, og udvalget finder det meget ønskeligt, at denne udvikling fortsætter. Opgaven vil eventuelt kunne løses i fællesskab ved aftale mellem flere kommuner. Man skal som eksempel på en aftale om et samarbejde mellem flere kommuner med henblik på bygning af en fælles sygeafdeling for flere alderdomshjem henvise til den som bilag 6 gengivne overenskomst mellem 6 kommuner.

c. *Hvorledes bør en kommunalbestyrelse tilrettelægge forsorgen for gamle og kronisk syge.*

Når en kommunalbestyrelse skal overveje, hvilke forholdsregler forsorgen for gamle og kronisk syge kræver på stedet, vil det efter udvalgets opfattelse være ønskeligt, at den først undersøger, i hvilket omfang problemerne kan løses ved de foranstaltninger, der tillader de pågældende at blive i deres eget hjem, herunder opførelse af særlige boliger for pensionister. I det omfang, i hvilket det herefter vil være påkrævet at lade opføre særlige hjem, skulle de lokale myndigheder kunne finde vejledning i foranstående principielle betragtninger. Under hensyn til, at der formentlig ofte vil være behov for vejledning i de konkrete tilfælde, foreslår udvalget, at der bliver bedre mulighed for at yde sådan vejledning, jfr. nedenfor under C side 22.

Af den foretagne undersøgelse fremgår, at kommunerne i ikke ringe omfang søger deres forpligtelse over for gamle og plejepatienter løst på den måde, at de lader dem indlægge på hjem, med hvilke der ikke er indgået en overenskomst, eller måske overlader det til de pågældende selv at finde et privat hjem, på hvilket de kan blive optaget. Betalingsspørgsmålet ordnes da ved, at de pågældende betaler med deres invalide- eller folkepension og eventuelt med private midler, således at kommunen dertil føjer et personligt tillæg til pensionen.

Denne fremgangsmåde finder udvalget af flere grunde meget uheldig. - For det første er forholdet det, at medens en pensionist, der er optaget på et kommunalt hjem eller et godkendt hjem, kun skal betale efter reglerne i § 18, stk. 3, i loven om invalide- og folkepension, jfr. betænkningens kapitel 8 og bilag 12, må der nødvendigvis, når ydelse skal ske efter den nævnte bestemmelse om personligt tillæg i lovens § 4, stk. 7, lægges vægt på den økonomiske trang. Dette sidste medfører f. eks., at en kommune, når pensionisten har en formue, som ikke er rent ubetydelig, ikke kan yde tilskud til et sådant ophold. Den pågældende pensionist må da henvises til selv fuldt ud at dække omkostningerne ved opholdet, indtil formuen er kommet så langt ned, at det kan forsvares at tilstå personligt tillæg. Også med hensyn til eventuelle indtægter udover pensionen må der i disse tilfælde anlægges rene trangssynspunkter. Dette betyder en meget stor forskelsbehandling mellem de pensionister, som optages på et kommunalt eller godkendt hjem, og de pensionister, der optages på privat, ikke godkendt hjem, bl. a. derved, at den formuende pensionist får lov til at beholde sin formue, når han kommer på et offentligt hjem, men må bruge af formuen, hvis han kommer på et privat hjem, og det kan jo ofte skyldes en ren tilfældighed, om han kommer det ene eller det andet sted. Som en anden uheldig side ved den fremgangsmåde, der går ud på at yde personligt tillæg som tilskud til ophold på private hjem, kan anføres, at betalingen for ophold på sådanne hjem ofte kan være så høj, at det personlige tillæg, der må ydes til pensionen, *betydeligt overstiger* selve pensionens grundbeløb, hvilket synes at være i høj grad stridende imod forudsætningerne for reglerne om dette tillæg. En sådan anvendelse af det personlige tillæg kan for en kommune, der har et stort antal pensionister indlagt på private hjem, medføre, at kommunen må anvende så stor en del af sit rådighedsbeløb til personlige tillæg til betaling for indlæggelsen af disse pensionister, at den i vidt omfang afskæres fra at anvende af rådighedsbeløbet til det, der må anses for at være det egentlige formål med rådighedsbeløbet, nemlig at hjælpe vanskeligt stillede pensionister, der *ikke* er optaget på et hjem, jfr. loven om invalide- og folkepension § 4, stk. 7.

De private hjem må siges at løse en vigtig opgave. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at den fremgangsmåde, som kommunerne benytter ved indlæggelse af pensionister på private

hjem, nemlig i så høj grad, som det sker, at indlægge pensionister på private hjem uden at indgå overenskomster med dem, *ikke er en forsvarlig løsning* af den forpligtelse, forsorgsloven pålægger kommunerne med hensyn til forsorgen for ældre og for plejepatienter. Udvalget finder, at det bør være det normale, at en kommune, der regelmæssigt anvender et privat hjem til indlæggelse af ældre eller plejepatienter, bør anvende den vej, loven anviser: at indgå overenskomst med hjemmet.

Udvalget går ud fra, at den hjemmel, som forsorgslovens § 9 indeholder til, at socialministeren, når han skønner, at forsorgen med hensyn til *kronisk syge* ikke er forsvarlig, kan påbyde, at der træffes de fornødne foranstaltninger, i givet fald må kunne være grundlag for at *pålægge* en kommune at søge at indgå overenskomst med et hjem, som det benytter til *plejepatienter*.

De private hjem, der modtager pensionister, er ofte af en udmærket standard. Nogle af hjemmene når dog ikke det niveau, der bør være det normale, men kan være afskåret herfra blandt andet fordi betalingen for opholdet er for lav. At kommunerne undlader at indgå overenskomst med sådanne hjem skyldes formentlig undertiden, at de pågældende sociale myndigheder har den indstilling, at et hjem, med hvilket der indgås overenskomst, helt bør kunne opfylde de fordringer, man vil stille til et *kommunalt* hjem. Efter udvalgets opfattelse skulle man dog i en overgangstid kunne slække lidt på dette punkt. Det må nemlig anses for så betydningsfuldt, at det private hjem kommer ind i et samarbejde med de sociale myndigheder, der anvender hjemmet, at kommunerne bør indgå aftaler med disse hjem, selv om disse ikke helt når den ønskede standard, og der derfor ikke indgås egentlig overenskomst i henhold til forsorgsloven, således at de sociale myndigheder derved får indseende med hjemmets drift, og hjemmet ved *bistand* fra de sociale myndigheder, ved udvælgelse af et særligt tilsyn og ved anvendelse af en *rimelig betaling* efterhånden kan komme til at virke fuldt tilfredsstillende.

Den fremgangsmåde at anvende rådighedsbeløbet til betaling for ophold på private hjem må dog også antages ofte at være bestemt af økonomiske overvejelser i kommunerne, idet betaling af pension og personligt tillæg til dem dækkes af statsrefusion og mellemkommunal refusion, medens den udgift, som en kommune må afholde ved betaling efter overenskomst til

et hjem, kun refunderes kommunen i forhold til en af socialministeriet fastsat takst, der normalt ikke vil dække kommunens udgift, hvorfor denne selv må betale forskellen uden refusion. Udvalget finder derfor, at de betæneligheder, som kommunerne måtte have med hensyn til at påtage sig at bygge og drive offentlige hjem eller at indgå overenskomster med private hjem, og som har deres årsag i en usikkerhed med hensyn til de økonomiske vilkår for driften og en vished om, at kommunen i hvert fald selv kommer til at dække det beløb, som ikke refunderes gennem refusionstaksten, bør søges overvundet ved gennemførelse af klarere og for kommunerne gunstigere refusionsregler, jfr. nærmere kapitel 9.

I bilag 7 er givet en redegørelse, udarbejdet af viceslædslæge I. Jespersen og kontorchef P. Nygaard Hansen, om, hvorledes samarbejdet med private hjem kan etableres og virke, herunder hvorledes et plejetylsyn kan gennemføres, og hvorledes de økonomiske vilkår kan fastlægges. I bilag 8 er gengivet en overenskomst mellem en kommune og en selvejende institution, der driver et hjem, samt en overenskomst mellem en kommune og et privat ejet og drevet hjem.

d. Behandlingen på hjemmene.

Spørgsmålet om behandlingen på hjemmene har i de senere år fået større betydning end tidligere, idet det har vist sig, at man med en øget indsats på dette område kan opnå, at beboerne bliver raskere og mere mobile og endog undertiden kan udskrives til eget hjem.

Udvalget mener ikke at skulle udtale sig nærmere om den behandling, herunder fysioterapi, der bør kunne gives på de forskellige kategorier af hjem med henblik på en forbedring af de gamles og plejepatienternes fysiske tilstand, men ønsker at understrege betydningen af, at behandling i videst mulig omfang forsøges.

Ved siden af behandlingen bør der efter udvalgets mening være adgang til en passende beskæftigelse. På større hjem bør ansættes en beskæftigelsesterapeut, og mindre hjem, som ikke selv fuldt ud kan udnytte en beskæftigelsesterapeut, vil eventuelt kunne løse opgaven i forbindelse med andre hjem. Udvalget er klar over, at mange hjem endnu ikke har denne mulighed, men man ønsker at understrege betydningen af, at også disse hjem søger at sikre, at der på hjemmet i hvert fald bliver adgang til beskæftigelse under vejledning. Sådan vejledning vil kunne

gives af lederen eller ved dennes foranstaltning. Det er en almindelig erfaring, at de gamle og plejepatienterne har behov for ikke alene at bo under gode og tidssvarende forhold, men tillige at der drages omsorg for, at deres fysiske og også deres psykiske sundhedstilstand plejes og vedligeholdes bedst muligt. Udvalget ønsker at henvende opmærksomheden på, at mulighed for og stimulation til beskæftigelse under en eller anden form er af meget stor betydning i denne henseende.

Som bilag 4 er gengivet en redegørelse for beskæftigelsesterapien ved et større hjem.

C. Foranstaltninger til tremme af den praktiske løsning af de administrative problemer vedrørende forsorgen for ældre.

a. Samarbejdet med og mellem de centrale myndigheder.

Det er udvalgets opfattelse, at der, når der rejses ønske om oprettelse af et hjem for ældre eller for plejepatienter, bør foretages en vurdering af behovet på stedet gennem en konstatering af, hvilken art af hjem der findes i de omliggende kommuner, idet det vil være ønskeligt, at der etableres et samarbejde mellem kommunerne. Når der henses til størrelsen af de investeringer, som denne forsorg kræver, forekommer det også af den grund ønskeligt, at det i hvert enkelt tilfælde nøje overvejes, hvorledes forsorgsproblemet for ældre bør løses, og hvis det skønnes nødvendigt at bygge et hjem, hvorledes dette da bør indrettes.

Udviklingen viser som nævnt, at behovet for institutioner for ældre i stadig stigende grad flyttes fra det traditionelle alderdomshjem til hjem, der kan give den fornødne pleje, men der er næppe nogen mulighed for blot nogenlunde nøjagtigt at kortlægge behovet for plejehjem.

Det fremgår af henvendelser til sundhedsstyrelsen og ministerierne, at der er nogen usikkerhed over for den opgave at bygge hjem for ældre, og at der er et udbredt ønske om vejledning.

Udvalget har drøftet, hvilke forholdsregler der bør træffes for at sikre, at det nødvendige antal hjem tilvejebringes, herunder om det er muligt og ønskeligt i højere grad at lade afgørelse om bygning af hjem træffe af et centralt organ, jfr. at loven om offentlig forsorg bemyndiger socialministeren til, såfremt han finder, at forsorgen for kronisk syge ikke er for-

svarlig, at påbyde, at der træffes »de fornødne foranstaltninger«.

Udvalget finder imidlertid, at en centralisering af ansvaret *ikke* er ønskelig. Den betydningsfulde opgave at skabe en rimelig forsorg for de ældre bør fortsat ligge hos de *lokale* myndigheder. Det bør være den lokale interesse og det lokale initiativ, der danner baggrunden for gennemførelse af de nødvendige ordninger, herunder for opførelse af hjem som de nævnte.

Udvalget finder imidlertid, at der for at imødekomme den trang, der som nævnt kommer til udtryk i ønsket om at få vejledning, bør skabes et nærmere samarbejde mellem de myndigheder, der beskæftiger sig med sagerne om tilvejebringelse af boliger og hjem for gamle og kronisk syge, således at der på et tidligt tidspunkt af overvejelse om iværksættelse af byggeri foretages en vurdering med henblik på, hvilket byggeri der må antages at være brug for.

Dette samarbejde må omfatte amterne, boligministeriet, sundhedsstyrelsen og socialministeriet, og udvalget henstiller, at disse myndigheder orienteres herom, og at de sociale udvalg opfordres til på et tidligt tidspunkt af deres overvejelser om byggeri at rette henvendelse herom til amtet eller amtsplejeudvalget, hvis et sådant findes.

For at de organer, jfr. nedenfor, der i amterne udøver den rådgivende virksomhed, som kommunerne og andre, der tager del i forsorgen for gamle og syge, har brug for, vil det være nødvendigt, at *boligministeriet, sundhedsstyrelsen og socialministeriet* løbende påtager sig at tilvejebringe oplysninger, som stilles til rådighed for sådanne organer. Disse oplysninger vil for boligministeriets vedkommende kunne omfatte spørgsmål om, hvorledes hjemmene mest praktisk kan indrettes, de sanitære foranstaltninger, køkkenforhold m. v. Sundhedsstyrelsen og socialministeriet vil kunne give vejledning med hensyn til, hvilken art af personale der bør knyttes til de forskellige hjem, hvorledes uddannelse for personalet kan tilrettelægges, og hvor uddannelse kan opnås, og socialministeriet vil kunne udtale sig om arten af hjemmene og om økonomiske spørgsmål.

Det vil være nødvendigt, at der er et snævert samarbejde mellem de nævnte styrelser, boligministeriet, sundhedsstyrelsen og socialministeriet, med henblik på at sætte kommuner og andre i stand til at løse den opgave, der er tiltænkt dem. Udvalget går ud fra, at de pågældende styrelser vil påtage sig den opgave at give vej-

ledning som den foreslåede. Selv om kommunerne i første række bør henvende sig til amtet (evt. amtsplejeudvalget), finder man det ønskeligt, at kommunernes opmærksomhed henledes på, at de lokale myndigheder vil kunne søge vejledning hos de nævnte centrale myndigheder.

Det synes ikke at være nødvendigt at nedsætte noget stående udvalg til at have ansvar for samarbejdet mellem de centrale myndigheder.

b. Samarbejde mellem lokale myndigheder.

Som nævnt i afsnittet foran om samarbejde mellem de centrale myndigheder i spørgsmål om forsorgen for gamle og for plejepatienter går udvalget ud fra, at det lokale ansvar for løsning af opgaven ikke forflygtiges. Det vil imidlertid være ønskeligt, at de lokale myndigheder *i højere grad end hidtil kan få vejledning og bistand*, og medens det i visse tilfælde kan være naturligt at søge dette hos de centrale myndigheder, vil det oftest være rimeligt, at en kommunalbestyrelse kan henvende sig til et organ inden for amtet.

Udvalget skal derfor pege på muligheden af, at der i amterne oprettes et rådgivende organ, et *amtsplejeudvalg*, til at bistå ved koordineringen af arbejdet vedrørende forsorgen for ældre og kronisk syge inden for det enkelte amt.

Et sådant udvalg vil kunne få betydning med hensyn til spørgsmålet om at skabe forudsætningerne for, at de gamle og syge længst muligt kan forblive i deres eget hjem. Som opgaver for et sådant udvalg kan peges på, at udvalget vil kunne undersøge, i hvilket omfang amtets kommuner har indført husmoderafløsning og hjemmehjælp, og tilskynde til oprettelse heraf på steder, hvor de ikke findes, eventuelt ved at der gennemføres et samarbejde mellem flere kommuner. Udvalget vil endvidere kunne undersøge, om der rådes over et tilstrækkeligt antal pensionistboliger, og virke for, at behovet på dette område dækkes.

Udvalget vil kunne vejlede kommunerne med hensyn til arten og størrelsen af de hjem, der bør bygges, ligesom udvalget ved at følge udviklingen på området vil kunne vejlede med hensyn til hjemmenes indretning, med hensyn til personalespørgsmål m. v.

Udvalget har overvejet, hvorvidt man skulle tilråde, at et amtsplejeudvalg fortrinsvis bør have en faglig sammensætning eller fortrinsvis være af politisk karakter, men man har afstået fra at stille forslag herom, idet afgørelsen af

dette spørgsmål efter udvalgets mening må afhænge af de lokale muligheder og af de lokale behov.

Under henvisning til, at en del amter har *sundhedsudvalg* med opgaver vedrørende hospitalsvæsen, jordemodervæsen, sundhedspleje etc., skal man pege på muligheden af, at dette sundhedsudvalg påtager sig de her nævnte opgaver.

Endvidere skal man henvise til, at de her om-

handlede problemer har så store berøringsflader med sygehusvæsenet, at en nær tilknytning til *amternes sygehusudvalg* er ønskelig.

Et af udvalgets medlemmer, amtsfuldmægtig Ernst Larsen, har fremsat et forslag om, at der inden for hvert amt oprettes et social- og sundhedsudvalg bestående af folkevalgte amtsråds- og byrådsmedlemmer. Man skal henvise til det i bilag 9 gengivne forslag.

KAPITEL 5

Forsorgen for yngre kronisk syge

Efter *loven om offentlig forsorg* skal staten drage omsorg for »opdragelse, underhold, forsørgelse, kur og pleje for sindssyge, åndssvage og andre særlig svagtbegavede, epileptikere, vanføre, lemlæstede, talelidende, blinde og svagsynede, døve og tunghøre, for så vidt pågældende skal undergives behandling på en egentlig statsinstitution eller en statsanerkendt institution eller af sådanne institutioner under vedvarende tilsyn anbringes i kontrolleret familiepleje.« Denne *særforsorg*, der i et vist omfang er reguleret ved særlige love, er en egentlig statsforsorg og ligger uden for rammerne af, hvad udvalget skal beskæftige sig med.

Ved siden af reglerne om særforsorg indeholder forsorgsloven bestemmelser om forsorgen for »kronisk syge« - hvilket er lovens benævnelse for personer med plejebehov, - nemlig om oprettelse af plejehjem, i hvilke de kan få ophold. Der er ikke særskilte regler for *yngre kronisk syge*, og der er ej heller skabt særlige institutioner for dem. De vil derfor, såfremt de ikke kan være i deres hjem, normalt være henvist til ophold på de almindelige offentlige eller private hjem for kronisk syge. Dette betyder, at de kommer til at opholde sig på hjem, der ikke er særlig indrettet for yngre, og på hvilke hovedparten af beboerne oftest vil være ældre mennesker. Det forekommer endog, at yngre kronisk syge optages på almindelige alderdomshjem. Dette må betragtes som meget utilfredsstillende. Det må anses for ønskeligt, at de yngre plejepatienter kan være på hjem, hvor de er sammen med nogenlunde jævnaldrende, og hvor der for dem, for hvilke der ikke kan skabes

mulighed for en beskæftigelse uden for hjemmet, kan iværksættes en passende beskæftigelse på selve hjemmet.

A. Forsorg uden for institution.

Ved forsorgen for de yngre bør man dog først og fremmest undersøge, om institutionsforsorg overhovedet er påkrævet, eller om der er mulighed for, at de pågældende ved støtte på forskellig vis kan klare sig uden for en institution.

Det må først og fremmest påses, om der gennem bestemmelserne i *revalideringsloven* af 1960 er mulighed for at hjælpe de pågældende til at udvikle erhvervsevnen, således at de sættes i stand til at klare sig selv ved eget arbejde, eventuelt ved henvisning til en beskyttet virksomhed.

Man må forvente, at forsorgsmyndighederne, når de modtager henvendelse om hjælp til personer, der mere end blot midlertidigt er ude af stand til at klare sig selv, i overensstemmelse med den forpligtelse, forsorgsloven af 31. maj 1961 pålægger myndighederne, retter henvendelse til revalideringsmyndighederne med henblik herpå.

Udvalget skal endvidere foreslå, at det undersøges, om der bør oprettes *daghjem for yngre personer*, hvis handicap er så alvorligt, at erhvervsmæssigt arbejde er udelukket. Sådanne daghjem, på hvilke der skal være mulighed for sysselsætning, undervisning og underholdning, skal være åbne for alle, hvad enten de bor hos familie, som loggerende eller i egen lejlighed.

Udvalget er imidlertid klar over, at bestræbelserne for at undgå institutionsforsorg navnlig vil kunne støde på boligmæssige vanskeligheder. Problemet vil dog muligvis i enkelte tilfælde kunne løses gennem den side 14 omtalte bestemmelse om *tilskud til den, der optager en invalid i sin husstand*, ligesom der vil være mulighed for af rådighedsbeløbet til invalide- og folkepensionister at yde tilskud til familien for plejen.

For at bestemmelsen om tilskud til huslejen til den, der optager en invalid i sin husstand, kan få større betydning, skal udvalget indstille, at de gældende maksimum for tilskuddet, jfr. bilag 10, forhøjes betydeligt.

Udvalget har med interesse fulgt de forsøg, der i København og enkelte andre steder i landet er gjort med hensyn til opførelse af *kollektivhuse for handicappede*, og vil mene, at det bør tilstræbes, at boligproblemet løses på denne måde. Som bilag 11 er gengivet nogle oplysninger om sådant byggeri.

I forbindelse med sådanne kollektivhuse bør indrettes mindre ungdomspensioner for helt unge handicappede og plejefsnit for yngre invaliderede.

Udvalget skal i øvrigt pege på muligheden for ved bygningsmæssige ændringer at indrette en bestående lejlighed til brug for handicappede, jfr. bilag 11.

B. Institutioner for yngre plejepatienter.

Bolig- og beskæftigelsesproblemet for de yngre aldersgrupper må antages i det væsentligste at kunne løses efter de foran under A. angivne retningslinier, således at der for disse grupper skulle blive et mindre behov for særlige hjem.

Det synes imidlertid at fremgå af de foretagne undersøgelser, at der for personer i lidt ældre aldersklasser, *alderen jra 30-35 til ca. 55 ar*, er et behov for særlige hjem. Noget bestemt indtryk af, hvor stort et behov der er, har man ikke. Efter de foreliggende oplysninger omfatter behovet kun en talmæssigt ringe gruppe, og en vanskelighed ved at vurdere behovets størrelse kommer yderligere frem derved, at bygning af nogle få hjem for hele landet vil betyde, at nogle af dem, der skal optages på hjemmet, vil

komme til at flytte langt bort fra deres hjemegn, således at forbindelsen med deres pårørende vil blive vanskeliggjort. Det vil måske derfor vise sig, at nogle af dem, for hvem det ville være af betydning at blive optaget på et sådant hjem, vil vige tilbage herfor og foretrække at blive på deres hjemegn i et almindeligt plejehjem eller i deres eget hjem ofte uden tilstrækkelige muligheder for at få en tilfredsstillende behandling.

Løsningen af problemet med at skaffe egnede plejehjem for yngre og for det fåtal af unge, der ikke kan klare sig på anden måde, kan principielt ske ved et *lokalt initiativ*. Som følge af usikkerheden med hensyn til omfanget af behovet og til, hvilket område et hjem bør dække, kan det dog næppe ventes, at der på den måde vil blive tilvejebragt det nødvendige antal institutioner uden tilskyndelse fra anden side. Det må forventes, at løsningen af opgaven vil forudsætte et *samarbejde* mellem lokalt initiativ, eventuelt organisationer, f. eks. sygdomsbekæmpende foreninger, som er interesseret i spørgsmålet, og socialministeriet.

Under hensyn til, at der må antages ikke at være brug for noget større antal hjem for hele landet, vil det være ønskeligt, at det enkelte hjems opgaver søges fastlagt under hensyntagen til, hvilke opgaver hjem af denne art skal løse, og hvilke opgaver staten skal tage sig af gennem særforsorgen. Når en sag om *oprettelse* af et sådant hjem rejses, bør der derfor forhandles med socialministeriet med henblik på, om der kan gives vejledning herom. I konsekvens heraf vil det muligvis kunne være rimeligt, at socialministeriet får et vist indseende med *driften* af sådanne hjem, ligesom det kan blive ønskeligt, at der, såfremt der med hensyn til behandlingen og til driften iøvrigt til hjemmet stilles krav, hvis gennemførelse får indflydelse på hjemmets økonomi, skabes mulighed for ved bevilling eller som særtakst at afholde en del af hjemmets udgifter, således at udgifterne bortset herfra afholdes efter de sædvanlige regler, ligesom hjemmet omfattes af det almindelige lokale tilsyn.

Udvalget skal endelig pege på, at det vil være ønskeligt, om der til sådanne plejehjem knyttes et daghjem, jfr. foran, idet man bl. a. herved vil kunne opnå at gøre overgangen til plejehjemsanbringelse lettere for patienterne.

Indretningen af hjem for ældre og hjem for plejepatienter samt godkendelse af planerne for disse hjem

Hjem for gamle og plejehjem kan opføres af kommuner, selvejende institutioner og private. Alle 3 kategorier af bygherrer kan i medfør af boligloven efter forudgående ansøgning få bevilget driftstilskud. De selvejende institutioner har tillige mulighed for at opnå tilsagn om garanti for de yderste dele af et 3. prioritetslån. Om disse regler om statsstøtte henvises til bilag 15.

Efter forsorgsloven skal planer for kommunale alderdomshjem godkendes af amtsrådet for så vidt angår landkommuner og af socialministeriet for så vidt angår købstæder, København og Frederiksberg. Denne godkendelse har sigte på, at byggeriet må opfylde visse krav til indretningen, således navnlig den sanitære indretning.

Disse krav vil i en del tilfælde blive stillet efter forhandling med sundhedsstyrelsen i den enkelte sag.

I de tilfælde hvor der søges statsstøtte gennem boligministeriet, foretager ministeriet en kritisk gennemgang af projektet såvel i konstruktiv som i økonomisk henseende og kan i givet fald som vilkår for ydelse af støtten kræve visse betingelser med hensyn til projektets udformning eller prisernes størrelse opfyldt, ligesom ministeriet selvsagt kan afgive vejledning og henstillinger.

Sagerne forelægges kun for boligministeriet i de tilfælde, hvor der søges statsstøtte.

Det er boligministeriets erfaring, at udviklingen på det område, der her er tale om, i de senere år er gået meget hurtigt, og at det øgede byggeri, ikke mindst af plejehjem, i de senere år har givet grundlag for mange erfaringer med hensyn til, hvorledes hjemmene mest hensigtsmæssigt kan indrettes. Den stadig stigende standard i det almindelige byggeri har haft indflydelse på byggenet af alderdomshjem og plejehjem, således at man efterhånden er nået til at kunne have forventninger til dette byggeri, som ikke blev stillet for blot få år siden. Dette medfører, at boligministeriet retter henstillinger til kommunerne om at følge visse normer og efterhånden stiller krav herom.

Boligministeriet har i 1952 udgivet en vejledning med hensyn til opførelse af alderdomshjem og har i øvrigt været rådgivende for lokale myndigheder, der har søgt bistand med hensyn til udformningen af dette sociale byggeri. Efter boligministeriets opfattelse er denne vejledning ikke længere tidssvarende.

Boligministeriet har i de senere år samlet betydelige erfaringer på området. Imidlertid er forholdet som nævnt det, at ikke alle sager om byggeri af alderdomshjem og plejehjem forelægges boligministeriet, og udvalget finder, at forsorgslovens regel om, at planer m. v. vedrørende alderdomshjem skal godkendes af »vedkommende myndighed« bør udvides, således at der bliver mulighed for at stille krav om forelæggelse for de centrale myndigheder.

Udvalget har herved ikke blot set på, at hjemmene bør give de bedst mulige forhold for dem, der optages, herunder at der bør være mulighed for en vis *behandling* og *beskæftigelse* af hjemmenes beboere, men også på at hjemmene bør give gode forhold for dem, der skal arbejde der. Af hensyn til disse bør hjemmene være indrettet praktisk, for at arbejdsforholdene kan være tilfredsstillende, ligesom der bør være gode boligforhold.

Opførelsen af alderdoms- og plejehjem kræver en betydelig investering, og den senere drift af hjemmene medfører betydelige udgifter. Efter udvalgets opfattelse bør der under hensyn hertil i alle sager om opførelse af sådanne hjem, hvor anlægs- eller driftsudgifterne direkte eller indirekte skal tages fra offentlige kasser, gives boligministeriet adgang til at "vejlede bygherrerne med henblik på en rigtig løsning af opgaven.

Under henvisning hertil skal udvalget henstille, om socialministeriet vil overveje spørgsmålet om betimeligheden af, at socialministeriet og boligministeriet får forelagt alle sager om byggeri af alderdomshjem, herunder om større ombygninger.

Sideløbende med udvalgets arbejde har der i boligministeriet været overvejelser om muligheden for at udsende en ny vejledning med hen-

syn til, hvorledes alderdomshjem og plejehjem bør indrettes, og til løbende at ajourføre denne vejledning, og efter forhandlinger mellem boligministeriets, sundhedsstyrelsens og socialministeriets repræsentanter i udvalget *indstiller udvalget herefter*, at det henstilles til boligministeriet at påtage sig at udsende en sådan vejledning, der skønnes at ville imødekomme et stærkt følt behov.

Som eksempel på planer, der kunne tænkes

omfattet af en sådan vejledning, er i bilag 17 gengivet planer vedrørende alderdomshjem og plejehjem. Bilag 16 indeholder udvalgets forslag til retningslinier for *indretningen af sådanne hjem*.

I bilag 18 er som omtalt foran gengivet planer for et alderdomshjem med tilstødende folkepensionistboliger, og i bilag 19 planer for et byggeri af pensionistboliger.

KAPITEL 7

Uddannelsen af personale til hjem for ældre og hjem for plejepatienter

Gennem de udsendte spørgeskemaer er det søgt oplyst, hvilken uddannelse de personer, der er beskæftiget ved alderdomshjem og plejehjem, har modtaget.

Det fremgår af besvarelserne, at adskillige alderdomshjem ledes af personer, der ikke har fået en uddannelse, som kan anses for helt fyldestgørende til arbejdet på hjemmene, efter at dette arbejde i stadig stigende grad skal gøres over for personer, der har brug for pleje.

Udvalget har på grundlag af disse oplysninger drøftet spørgsmålet om, *hvilke krav til uddannelse man bør kunne stille* til personer, der skal beskæftiges ved alderdomshjem og plejehjem, herunder hvad der kan gøres for at give det personale, der allerede beskæftiges ved disse hjem, og som på grund af ændringen i arbejdets karakter har brug for en særlig uddannelse, mulighed for at få en sådan uddannelse. Udvalget har forhandlet om uddannelsesregler med repræsentanter for Dansk Sygeplejeråd, Dansk Kommunalarbejder Forbund og Centralforeningen af ledere m.v. ved forsorgsinstitutioner i Danmark.

Udgangspunktet for udvalgets forslag er, at ældre mennesker, der er svage, eventuelt helt afhængige af andres hjælp, og plejepatienter, når de optages på hjem, har krav på kyndig og forstående bistand og pleje. Der bør derfor ansættes sygeplejersker i fornødent omfang ved *plejehjem* og ved egentlige *syge af delinger på alderdomshjem*.

Foruden for *sygeplejersker* er der imidlertid behov for et personale, der skal varetage ikke

alene patienternes daglige, personlige pleje og hygiejne, men også have kendskab til forebyggende foranstaltninger og kunne gøre en indsats for aktivering med det formål - i det omfang det er muligt - at genoptræne den pågældende.

Det *plejepersonale*, der skal kunne løse de nævnte opgaver, bør have nogen uddannelse i sygepleje, og udvalget skal derfor foreslå, at der stilles krav om, at denne personalegruppe skal have en sygehjælperuddannelse efter de af sundhedsstyrelsen angivne retningslinier for uddannelse m.v. af sygehjælpere, jfr. nedenfor.

Med hensyn til *rengøringspersonale* og *andet personale* vil udvalget finde det hensigtsmæssigt, at der foranstaltes en orientering vedrørende pensionisternes og plejepatienternes særlige plejemæssige behov med det formål aktivt at drage dette personale med ind i *omsorgen*. Denne orientering kan etableres lokalt. Det er udvalgets opfattelse, at de under kapitel 4 nævnte amtsplejeudvalg skulle kunne bistå hjemmene med vejledning vedrørende etablering af en sådan orientering.

Udvalget finder, at der for så vidt angår uddannelse af personalet må sondres mellem

- I. Plejehjem og alderdomshjem med sygeafdeling og
- II. Andre alderdomshjem,

og at uddannelsen af personale til de to kategorier af hjem bør tilrettelægges efter følgende retningslinier:

I. Plejehjem og alderdomshjem med sygeafdeling.

A. Sygeplejerske-uddannet personale.

1. Ledere.

Ledere for disse hjem bør være sygeplejersker. De bør yderligere have gennemgået en særlig uddannelse på 3-4 måneder omfattende følgende fag:

Alderdommens specielle lidelser (lunge-, hjerte-, mave-, tarm-, nyre- og blære-lidelser - ekstremiteterne - øje og øre).

Alderdomshygiejne, forebyggelse af invaliditet - genoptræning.

Bakteriologi - institutionshygiejne - infektionslære - kost- og diætlære.

Sociallovgivning (forsorgsbestemmelser vedrørende kronisk syge, folkepensionister m.m.)

Sociologi.

Brug af høreapparater - støtteapparater - proteser m.m.

Fodpleje.

Psykologi - psykiatri.

Speciel medicinlære.

Beskæftigelsesterapi.

Regnskabsføring — varekundskab.

Personaleregulativer, bestemmelser m.m.

Personalepsykologi og pædagogik.

Almindelig diskussion og drøftelse om alderdommens problemer.

Hertil kommer praktisk geriatrisk uddannelse.

Som bilag 13 er som eksempel gengivet planen for et sådant supplerende kursus.

For allerede beskæftigede ledere, der ikke har sygeplejerskeuddannelse gælder de nedenfor under II. a), 1, nævnte uddannelsesregler.

2. Andre sygeplejersker end ledere, ansat ved hjemmene, og sygeplejersker, der lejlighedsvis tilkaldes til bistand i hjemmet.

For disse bør der ikke stilles krav om nogen yderligere uddannelse. Den nødvendige orientering om arbejdets særlige karakter vil kunne gives af hjemmets leder.

B. Ikke-sygeplejerske-uddannet personale.

1. Plejepersonale.

Dette personale bør have gennemgået en sygehjælperuddannelse i overensstemmelse med de i sundhedsstyrelsens cirkulære af 4. marts

1960 angivne retningslinier for uddannelse m.v. af sygehjælpere.

2. Rengøringspersonale og køkkenpersonale.

Den nødvendige orientering om arbejdet vil kunne gives af hjemmets leder.

II. Andre alderdomshjem.

For andre alderdomshjem, der - som det er fremhævet — i stigende grad må huse pensionister, som har brug for pleje, er det nødvendigt at have medhjælp med i hvert fald nogen sygeplejeuddannelse. For så vidt der ikke på et hjem er ansat en sygeplejerske, bør hjemmet sikre sig bistand fra den lokale hjemmesygeplejerske.

For personalet vil der være brug for to former for uddannelse:

a) en uddannelse for personer, der allerede er beskæftiget på et alderdomshjem,

b) en fremtidig mere omfattende uddannelse for personer, der ønsker at uddanne sig til ledere af alderdomshjem.

ad a) Uddannelsen af personer, der allerede er beskæftiget — eller tidligere har været beskæftiget - på et alderdomshjem foreslås tilrettelagt således:

1. Ledere.

Ikke-sygeplejerskeuddannede ledere bør gennemgå en specialuddannelse på 5-6 måneder, omfattende følgende fag:

Den teoretiske del af sygehjælperuddannelsen. Sociallovgivning - forsorgsbestemmelser vedrørende kronisk syge, folkepensionister m.m.

Sociologi.

Alderdomshygiejne, forebyggelse af invaliditet - genoptræning.

Bakteriologi — institutionshygiejne — infektionslære - kost- og diætlære.

Alderdommens specielle lidelser (lunge-, hjerte-, mave-, tarm-, nyre- og blære-lidelser - ekstremiteterne - øje og øre)

Brug af høreapparater - støtteapparater - proteser m.m.

Fodpleje

Psykologi - psykiatri

Medicinlære

Beskæftigelsesterapi

Regnskabsføring - varekundskab
Personale-regulativer, bestemmelser m.m.
Personale-psykologi og pædagogik
Almindelig diskussion og drøftelse om alderdommens problemer
Diverse

Undervisningen er beregnet til at skulle omfatte ca. 360 timer. Med 30 undervisningstimer om ugen og nogle dage til institutionsbesøg vil denne undervisning således strække sig over 3 måneder. Undervisningen bør suppleres med 1 måneds uddannelse på en psykiatrisk afdeling for ældre samt med en måneds praktisk uddannelse på et større plejehjem med udbyggede behandlingsmuligheder.

2. Plejepersonale.

Plejepersonalet bør have gennemgået: en sygehjælperuddannelse i overensstemmelse med de i sundhedsstyrelsens cirkulære af 4. marts 1960 angivne retningslinier for uddannelse af sygehjælpere.

3. Rengøringspersonale og køkkenpersonale,

Den nødvendige orientering om arbejdet vil kunne gives af hjemmets leder.

ad b) Uddannelse, der bør kræves i fremtiden af personer, der ønsker at opnå stilling på alderdomshjem.

1. Ledere.

Ifølge de oplysninger, som har foreligget for udvalget, finder udvalget, at man her i landet bør sigte efter at indføre en uddannelse for ledere af aldersdomshjem som den, der gennem en årrække har været gennemført i Sverige, og som har haft betydelig tilslutning.

Af oplysninger, som udvalget har modtaget fra det svenske Socialvårdsförbundet, jfr. nærmere herom bilag 14, fremgår, at denne uddannelse strækker sig over 3 år og går ud på følgende:

Praktik på et alderdomshjem og om muligt en del af tiden praktik på et plejehjem for kronisk syge ca. 14 måneder.

Praktik på sygehus 12 måneder.

Praktik på sygehus for sindslidende 3 måneder.

3 korte, teoretiske kurser på tilsammen 5½ måned.

De teoretiske kurser omfatter bl. a. anatomi, fysiologi, sygdomslære, sygeplejeteknik, psykologi, sociallovgivning, psykiatri, medborgerkundskab, pædagogik, bogføring.

Udvalget mener som nævnt, at der skulle være behov for her i landet at gennemføre en lige så omfattende uddannelse, men finder, at udvalgets sammensætning ikke gør det kompetent til at afgive en detaljeret indstilling med hensyn til dette spørgsmål. Når der imidlertid henses **til**, at den opgave, som institutionsforsorgen for gamle skal løse, bliver stadig vanskeligere, at der andetsteds er gennemført en omfattende uddannelse, og **at** der blandt de socialarbejdere, som beskæftiges på hjemmene, føles behov for en mere omfattende uddannelse, mener udvalget at kunne slutte, at det vil blive nødvendigt i en nær fremtid at tilrettelægge en grundig uddannelse for dem, der vil påtage sig opgaven som ledere af alderdomshjem. Forudsætningen for at iværksætte en sådan uddannelse må være, at kommunerne i stigende grad erkender behovet for, at ledere af alderdomshjemene har en grundig uddannelse.

Udvalget skal derfor foreslå, at forslag til en uddannelse på linie med de nævnte tages op til drøftelse, og at sundhedsstyrelsen tager spørgsmålet op til videre behandling og forhandling med de interesserede.

2. Plejepersonale og andet personale.

For dette personale vil uddannelsen kunne tilrettelægges som foran ad a) under 2. og 3. anført.

Udover den nævnte uddannelse vil det efter udvalgets opfattelse være ønskeligt, at der arrangeres *korte, supplerende* kursus, eventuelt blot strækkende sig over enkelte dage, for at personalet ved hjemmene kan få lejlighed til at blive orienteret om nye behandlingsmetoder og andre spørgsmål af interesse i det daglige arbejde.

Med hensyn til undervisning af beskæftigelses- og fysioterapeuter skal derom henvises til den til indenrigsministeriet afgivne betænkning herom.

Tilrettelæggelsen af undervisningen.

Udvalget finder ikke anledning til at stille forslag om, hvem der skal kunne påtage sig an-

svaret for en undervisning som den nævnte. Opgaven må kunne tages op af institutioner m. v., der anser sig for at være i stand til at give den nødvendige undervisning.

Udvalget skal fremhæve betydningen af, at undervisningen bliver ensartet, hvilket formentlig bedst vil kunne opnås ved, at *sundhedssty-*

relsen godkender uddannelsesstederne og undervisningsplanerne.

Udvalget er gået ud fra, at udgifterne ved deltagelse i de nødvendige kursus for personer, der allerede har ansættelse ved et hjem, i vidt omfang må kunne afholdes af de institutioner, ved hvilke de pågældende er ansat.

KAPITEL 8

Betalingen for ophold på alderdomshjem og plejehjem

Reglerne om betalingen for ophold på alderdomshjem eller plejehjem er givet i § 18 i loven om invalide- og folkepension. For pensionister, der får ophold på alderdomshjem eller plejehjem, træder opholdet i stedet for pensionen, idet det foruden ophold, beklædning m. v. ydes et beløb til lommepenge. Såfremt pensionisten har egne indtægter, skal han betale for opholdet efter nærmere i loven angivne regler. Lovens regler og virkninger er gengivet i bilag 12.

Pr. 1. oktober 1962 udgør lommepengebeløbet - heri medregnet et ekstraordinært tillæg i henhold til lov af 22. juni 1962 - 732 kr. årlig. Det tillades pensionisten at have egne indtægter ved siden af lommepengebeløbet, nemlig ved personligt arbejde en indtægt af indtil 1.392 kr. og herudover anden indtægt indtil ca. 400 kr. Ved større indtægt nedsættes lommepengebeløbet, der falder bort ved indtægt over 1.500 kr. (her og i det følgende ses bort fra eventuel indtægt ved personligt arbejde indtil 1.392 kr.), og derefter skal pensionisten af sin indtægt betale for opholdet på hjemmet indtil den faktiske udgift, dog således at man tillader ham at beholde et beløb af indtægten. For pensionister over 67 år kan der ikke kræves mere end den faktiske forsørgelsesudgift med fradrag af et til *folkepensionens mindstebeløb* svarende beløb.

Betalingsreglerne virker således, at pensioni-

sten ved en indtægt af 2.800 kr. skal betale 816 kr. og selv beholde 1.984 kr. Ved indtægt herudover indbetaler han *hele* merindtægten. Det beløb, han selv kan beholde, overstiger ikke 1.984 kr., før han har betalt den faktiske forsørgelsesudgift. Er den faktiske udgift f. eks. 8.000 kr., skal han have en indtægt af over 9.984 kr. (8.000 kr. + 1.984 kr.), før han har et større beløb end 1.984 kr. til egen rådighed. I det givne eksempel vil en forøgelse af indtægten fra 2.800 kr. til 9.984 kr. altså ikke øge det beløb, der står til rådighed for pensionisten; det vil stadig være 1.984 kr.

I forhold til det beløb, der skal betales af en pensionist f. eks. for ophold på hospital eller ophold under særforsorg (sindssygehospital etc.), er der således tale om en betydelig betaling. Det må dog tages i betragtning, at pensionisten ved opholdet får sine behov dækket og i øvrigt beholder et ret rigeligt lommepengebeløb, og at der, såfremt han har forsørgerpligt, først afsættes et rimeligt beløb til opfyldelsen af disse pligter.

Da de gældende regler synes at virke tilfredsstillende, har udvalget blot ønsket at gøre rede for, hvorledes reglerne virker, men har *ikke* fundet anledning til at fremsætte *forslag til ændringer* i disse.

Den offentlige finansiering af driften af alderdomshjem og plejehjem

A. Det nuværende **refusionssystem**.

Det påhviler efter loven om offentlig forsorg *kommunerne* at opføre alderdomshjem og plejehjem.

Ansvar for det økonomiske resultat af driften af alderdoms- og plejehjem hviler alene på hjemmenes ejere. Det kan tænkes, at der er bevilget driftstilskud i medfør af boligstøtteleven, men herudover må driftsudgifterne afholdes af den betaling, der ydes af eller for hjemmenes beboere. I langt de fleste tilfælde betales udgiften af kommunerne, men således at disse udgifter refunderes dem efter en i henhold til forsogsloven fastsat takst.

Det nuværende refusionssystem er opbygget omkring et sæt af faste takster. Indenfor disse takster fordeles udgifterne på staten og kommunerne efter refusionsreglerne for henholdsvis folke- og invalidepension. Kommunerne er således med til at betale en del af taksten, nemlig den del, der som pensionsudgift dækkes af den mellemkommunale refusion. Udgifterne udover taksten bæres endeligt af den kommune, der ejer hjemmet.

Taksterne fastsættes årligt ved gennemsnitsberegninger indenfor de tre takstområder på grundlag af oplysninger indhentet gennem amterne for samtlige hjem om de faktiske udgifter. Fastsættelsen sker på en sådan måde, at taksterne *gennemsnitlig* svarer til ca. 80 % af de faktiske udgifter.

Som en generel kritik mod systemet er det blevet anført, at de gældende takster ikke dækker en tilstrækkelig stor andel af udgifterne. Et af formålene med det nuværende refusionssystem er imidlertid at påvirke kommunernes dispositioner igennem den udgiftsandel, de selv skal bære. Såfremt dette formål skal opfyldes, må der kræves et vist mindstemål af selvrisiko, i øjeblikket altså i *gennemsnit* 20 %.

Derimod har refusionssystemet i de senere år været mangelfuldt på *specielle* punkter, idet det ikke tager tilstrækkeligt hensyn til, at udgifterne ved opførelse af nye hjem er stærkt stigende, dels som følge af det stigende løn- og omkostningsniveau, dels på grund af de stigende krav

til den bygningsmæssige standard. Der blev ganske vist i 1957/58 indført et *kapitaltillæg* af maksimalt 2 kr. pr. plejedag som særlig refusion af kapitaludgifterne udover den del, der dækkes af den normale refusionstakst. Dette kapitaltillæg medførte oprindeligt en ikke ubetydelig forbedring af den samlede udgiftsdækning for de nye hjem, men kan ikke længere siges at opfylde det oprindelige formål. Hertil kommer, at det gældende takstsystem ikke opfordrer til indførelsen af nye behandlingsmetoder, f. eks. beskæftigelsesterapi og lignende. Den enkelte kommune — i hvert fald for så vidt angår alderdomshjem — vil på grund af den anvendte gennemsnitsmetode normalt være henvist til at bære merudgifterne alene. Først efter en længere årrække, hvor de nye metoder indføres i et større antal alderdomshjem, kan merudgifterne forventes mærkbart at ville påvirke taksterne i opadgående retning. En ulempe ved den gældende takstordning med den skarpe adskillelse mellem alderdomshjem, sygeafdelinger og plejehjem i takstmæssig henseende er, at den har vanskeliggjort en glidende overgang mellem de forskellige former for hjem. Takstsystemet indeholder med andre ord en tendens til at fastlåse hjemmenes anvendelse og vanskeliggøre ændringer under hensyn til forandringer i behovet for de forskellige typer af plejepladser.

B. Overvejelser vedrørende udbygning af det nuværende system.

Udvalget har overvejet et forslag til en udbygning af det nuværende refusionssystem. Forslaget, der først og fremmest var begrundet i ønsket om at bevare det nuværende systems evne til at påvirke kommunernes »udgiftsbevidsthed«, var tænkt anvendt på alle typer af hjem og var opbygget af følgende fire komponenter:

1. Grundtakst.
2. Kapitaltakst.
3. Særtakst.
4. Plejetakst.

Grundtaksten var tænkt fastsat på samme måde som den nuværende refusionstakst, idet

dog de særlige udgiftsarter, der tilsigtedes dækket af de øvrige takstkomponenter, ikke skulle indgå i fastsættelsen.

Kapitaltaksten skulle i forbindelse med en nyordning af kapitalforholdene dække hjemmenes kapitaludgifter direkte (efter regning), idet den nuværende særlige kapitalrefusion tænktess ophævet.

Særtaksten, der var foreslået udformet som en udgiftsdækning efter regning i et bestemt procentvis forhold, skulle dække udgifterne til nye behandlingsmetoder og lignende.

Endelig var *plejetaksten* tænkt indført til erstatning for det nuværende sygeafdelingstillæg. For at fremme en glidende overgang mellem de forskellige former for hjem blev det overvejet at knytte plejetaksten til den enkelte patient i modsætning til nu, hvor sygeafdelingstillægget er knyttet til hjemmet.

Under drøftelserne af forslaget kom udvalget imidlertid til det resultat, at det ville være ønskeligt at nå frem til en fuldstændig afskaffelse af det hidtil anvendte system, der, som det vil fremgå af foranstående, må forekomme meget indviklet, og som ved at tage udgangspunkt i en gennemsnitsudgift for hjemmene ikke giver de nyere hjem så stor dækning for deres udgifter som de ældre hjem, og som derfor ikke tilskynder til oprettelse af nye hjem. Udvalget finder, at der i stedet bør indføres en ordning, der sikrer en procentvis fast dækning af hjemmenes driftsudgifter.

C. Udvalgets forslag til ny refusions ordning.

De alderdomshjem og plejehjem, for hvilke den nye refusionsregel skal finde anvendelse, kan deles i følgende fire kategorier efter deres tilhørsforhold:

1. Kommunale hjem.
2. Selvejende institutioner.
3. Private hjem med overenskomst.
4. Private hjem uden overenskomst.

Den foreslåede refusionsordning, der er udarbejdet med særligt henblik på *kommunale hjem*, vil som hovedregel kunne finde direkte anvendelse også på de øvrige kategorier af hjem. I et vist omfang vil det dog være nødvendigt at udbygge systemet med specialregler efter de nedenfor under b anførte retningslinier.

a. Refusionsreglens udformning.

Det nuværende refusionssystem, hvori statens udgiftsdækning via takstsystemet er sammen-

kædet med de almindelige refusionsregler for invalide- og folkepension, foreslås erstattet af en *selvstændig, procentvis udgiftsdækning* for hvert enkelt hjem, således at staten dækker udgiften efter den udgiftsprocent, der måtte blive fastlagt, medens opholdskommunen dækker den resterende udgift.

Der bliver således ikke tale om anmeldelse til refusion som med hensyn til folkepension og invalidepension, idet ingen del af udgiften påhviler det mellemkommunale refusionsforbund.

Det kunne i denne forbindelse overvejes, om ikke den offentlige finansiering af hjemmenes drift på langt sigt bør ske efter ensartede og samlede regler, med andre ord, at det af boligministeriet ydede kvadratmeter-tilskud bortfalder.

Den foreslåede refusionsbestemmelse tænkes omfattende alle relevante udgifter i forbindelse med hjemmenes drift, herunder de udgiftsarter, for hvilke der i øjeblikket er fastsat særskilt refusion, f. eks. lommepenge, bandager, ekstravagter m. m. Endvidere er den nye refusionsbestemmelse tænkt at skulle omfatte udgifter fra både *almindelig afdeling* og *sygeafdeling på alderdomshjem*. Derved skulle det blive muligt at ophæve kravet om selvstændig regnskabsførelse for alderdomshjemmenes sygeafdelinger. Indtægter i form af indbetalinger i henhold til lov om invalide- og folkepension, indbetalinger fra personale for kost og logi, kvadratmeter-tilskud fra boligministeriet m. v. vil være at fratrække i driftsudgifterne forinden anmeldelse til refusion.

Fordelen ved en refusionsbestemmelse som den nævnte vil være at skabe en mere ligelig udgiftsdækning end efter de gældende regler, der er baseret på takster beregnet efter gennemsnitsudgifter for samtlige hjem (i en given gruppe), og som derfor medfører store udsving i den procentvise dækning i enkelte tilfælde.

En særlig fordel ved den selvstændige udformning af refusionsbestemmelsen, d.v.s. uafhængigt af den almindelige refusion af udgifterne til invalide- og folkepension, vil være, at den åbner mulighed for at *ophæve* den nuværende *kontering på udgiftsregistrantkortet* for hver enkelt beboer (patient).

b. Bemærkninger vedrørende specialregler.

Som anført foran, vil det i et vist omfang være nødvendigt at indføre specialregler for så vidt angår selvejende institutioner og private hjem.

For de *selvejende institutioner*, der ikke har nogen egentlig driftskapital, vil det være mest praktisk, at de *reelle kapitaludgifter*, d.v.s. forrentning og *afdrag*, kan medtages ved opgørelsen af de refusionsberettigende driftsudgifter.

I tilknytning hertil må det overvejes, hvorvidt forrentning af egenkapital (indskud) skal kunne medtages i de refusionsberettigende driftsudgifter. Da egenkapitalen af en institution, forening el. lign. er tilvejebragt med det særlige *formål* at opføre det pågældende hjem, synes det ikke rimeligt, om det således investerede beløb skulle omfattes af de for hjemmet gældende afskrivnings- og forrentningsregler og derfor efter en årrække påny stå til rådighed for den institution, forening el. lign., der i sin tid har tilvejebragt beløbet.

Ved beregningen af de refusionsberettigende *driftsudgifter* for selvejende institutioner bør der i øvrigt være mulighed for, at udgifter til vedligeholdelse og fornyelse medtages.

For de *private hjem* vil det være nødvendigt, at der indføres specialregler i forbindelse med spørgsmålet om udgiftskontrollen, der i øvrigt omtales nærmere nedenfor. Reglerne, der på nogle punkter bør kunne udstrækkes til også at gælde for de selvejende institutioner, skal have til formål at holde priserne for ophold indenfor rimelige grænser.

Den almindelige udgiftsbremse i den foreslåede refusionsregel får ved private hjem (og selvejende institutioner) kun indirekte virkning og må ligge i kommunernes kontrol, idet udgifterne bæres af staten og den *indlæggende kommune*.

Specialreglerne kan tænkes at påbyde:

1. Bogføringspligt for private hjem.
2. Pligt for kommunen til at have en af socialministeriet (amtet) anerkendt overenskomst, herunder om betalingen, med det enkelte hjem.
3. En lavere refusionsprocent for private hjem eller en beløbsmæssig grænse for det udgiftsbeløb, der kan anmeldes til refusion pr. person.

c. Kontrolforanstaltninger.

Da det skitserede refusionssystem i ringere grad end det nuværende system (hvor alle udgifter over gennemsnittet afholdes af opholdskommunen) vil kunne påvirke kommunernes udgiftsbevidsthed, vil det være naturligt, at der

indføres visse kontrolforanstaltninger til supplerende af den nuværende revision. Bortset fra krav om eventuel godkendelse af større anskaffelser må det anses for ønskeligt, at udgiftskontrollen udelukkende baseres på en *efterfølgende* kritisk revision, således at en forudgående budgetgodkendelse i almindelighed undgås.

Såfremt man vil kræve forudgående godkendelse af større anskaffelser, vil det være nødvendigt, at der udarbejdes nærmere retningslinier.

Hovedvægten i kontrollen for kommunale hjem bør lægges på de kommunale revisorer og amterne, der som hidtil skal foretage den regnskabsmæssige revision, herunder gennemgang af bilag m. v. Herudover må amtsrevisionen foretage en kritisk revision og udgiftskontrol, der bl. a., i det omfang hjemmenes forhold er ensartede, skal tilstræbe at skabe lighed i udgiftsniveauerne inden for amtet for de enkelte poster, af hvilke udgifterne er sammensat. For at skabe lighed i de nævnte udgiftsniveauer mellem amterne vil det antagelig herudover være nødvendigt, at der i socialministeriet udføres en supplerende koordinerende kritisk kontrol. På grundlag heraf bør der udarbejdes vejledende retningslinier til amterne. Urimelige udgifter, f. eks. som følge af ekstraordinært høje kostudgifter eller overbemanding på et hjem med normal belægning, vil kunne holdes uden for refusionsberegningen. Derimod bør en midlertidig tomgang (underbelægning) ikke medføre øjeblikkelige økonomiske sanktioner. Er underbelægningen af en mere permanent karakter, f. eks. fordi hjemmet er umoderne, bør omlægning eller eventuelt nedlægning af hjemmet overvejes.

På grundlag af oplysningerne om udgifterne ved driften af de forskellige hjem må *socialministeriet* tage stilling til, om der f. eks. er grundlag for i visse særlige tilfælde at fastsætte maksimalsatser og en deraf følgende klassificering af hjemmene efter deres standard.

Socialministeriet bør lade udarbejde et obligatorisk regnskabsskema, ligesom ministeriet, såfremt en nyordning gennemføres, bør give retningslinier med hensyn til beregning af kapitaludgifter, d.v.s. principper for afskrivning og forrentning m. v. samt regler for muligt nødvendige overgangsordninger.

Udvalget har ved arbejds- og socialministeriernes økonomisk-statistiske konsulent ladet udarbejde materiale, der kan anvendes som grund-

lag for fastsættelse af sådanne regler. Dette materiale er af udvalget overgivet til socialministeriet.

D. Udgiftsberegninger.

De samlede bruttoudgifter, herunder kapitaludgifter og udgifter til lommepege, ved driften af alderdomshjem og plejehjem for kronisk syge er for regnskabsåret 1959/60 opgjort til ialt ca. 122 mill. kr. fordelt med ca. 108 mill. kr. på alderdomshjemmene og godt 14 mill. kr. på plejehjemmene.

I de samlede bruttoudgifter indgår imidlertid udgifter hidrørende fra personer, der efter de gældende regler helt eller delvis selv betaler for deres ophold. Indbetalingerne skønnes at udgøre omkring 2 % af bruttoudgifterne. De samlede udgifter, der afholdes af stat og kommuner, må derfor for finansåret 1959/60 skønnes at have udgjort ca. 120 mill. kr. fordelt med 106 mill. kr. på alderdomshjemmene og knapt 14 mill. kr. på plejehjemmene.

Ifølge det nuværende refusionssystem deltager staten i dækningen af den såkaldte takstmæssige betaling, der for 1959/60 er opgjort til henholdsvis 79,1 mill. kr. og 7,8 mill. kr. Herudover deltager staten i dækningen af udgifterne til lommepege, der er opgjort til henholdsvis 6,2 mill. kr. og 0,4 mill. kr.

Endvidere bidrager staten i et vist omfang til driften af alderdomshjem og plejehjem via sin andel af udgifterne til personlige tillæg. På grundlag af de foreliggende spinkle oplysninger skønnes det, at henholdsvis 3 mill. kr. og 1 mill. kr., svarende til ca. 10 % af udgifterne til personlige tillæg, anvendes til betaling for personer anbragt på private alderdoms- eller plejehjem.

Af de således nævnte ialt ca. 88,3 mill. kr. af udgifterne vedrørende alderdomshjem afholder staten efter de fra 1. april 1962 gældende refusionsbestemmelser $\frac{4}{5}$, svarende til ca. 70,6 mill. kr., eller ca. 67 % af den nævnte udgift på 106 mill. kr.

Af de 9,2 mill. kr. vedrørende plejehjem kan det skønnes, at staten afholder ca. 8,0 mill. kr. Hertil må imidlertid føjes den særlige refusion ifølge forsorgslovens § 73, stk. 2. Dette særlige refusionsbeløb har i de senere år udgjort omkring 1,2 mill. kr., således at statens andel af udgifterne vedrørende plejehjem ialt andrager ca. 9,2 mill. kr., svarende til omkring 65 % af ovennævnte bruttoudgiftsbeløb på 14 mill. kr.

De udgiftsmæssige virkninger for staten af det nye refusionsforslag fremgår af nedenstående opstilling, der viser statens andel af de samlede udgifter for henholdsvis alderdomshjem og plejehjem ved fem forskellige dækningsprocenter sammenholdt med statens andel ifølge det nuværende refusionssystem. Det bemærkes, at de beregnede beløb er behæftet med en ret betydelig usikkerhed, således at der principielt skulle være foretaget afrundinger. Under hensyn til, at dette ville betyde, at forskellene imellem de enkelte muligheder herved ville blive meget udvisket, har man, uanset usikkerheden, bibeholdt de uafrundede tal.

	Alder- domshjem mill. kr.	Pleje- hjem mill. kr.	Ialt mill. kr.
Bruttoudgifter 1959/60 incl. kapitaludgifter og lom- mepenge, men ekscl. be- taling fra private	106	14	120

Statens andel heraf:

1. Ifølge det nuværende re- fusionsystem	70,6	9,2	79,8
2. Forskellige muligheder efter det nye refusions- forslag:			
a. $\frac{2}{3}$ (66,7 %)	70,7	9,3	80,0
b. $\frac{7}{10}$ (70 %)	74,2	9,8	84,0
c. $\frac{4}{5}$ (80 %)	84,8	11,2	96,0
d. $\frac{9}{10}$ (90 %)	95,4	12,6	108,0
e. $\frac{64}{70}$ (91,4 %)	96,9	12,8	109,7

I forhold til det nuværende refusionssystem indebærer den nye selvstændige refusionsordning således følgende merudgifter for staten:

	Alder- domshjem mill. kr.	Pleje- hjem mill. kr.	Ialt mill. kr.
a.	0,1	0,1	0,2
b.	3,6	0,6	4,2
c.	14,2	2,0	16,2
d.	24,8	3,4	28,2
e.	26,3	3,6	29,9

En refusionsregel svarende til den gældende refusionsordning for udgifterne til folke- og invalidepension, d.v.s., at staten skal dække $\frac{4}{5}$ af udgifterne ved folkepensionisters ophold på alderdomshjem og plejehjem, $\frac{4}{5}$ for invalidepensionister på alderdomshjem og $\frac{64}{70}$ for invalidepensionister på plejehjem, vil efter udvalgets opfattelse være rimelig, idet udgiftsfordelingen mellem staten og kommunerne i så fald

stort set vil blive den samme, uanset om den enkelte pensionist får udbetalt pension eller i stedet bliver beboer på et hjem.

Det skønnes, at en sådan refusionsregel vil medføre en *merudgift for statskassen på godt 17 mill. kr.* Ved beregningen af denne merud-

gift er der taget hensyn til, at kun knap halvdelen (ca. 45 %) af forplejningsdagene på plejehjem hidrører fra invalidepensionister (og kronisk syge), medens den anden halvdel stort set hidrører fra folkepensionister, herunder folkepensionister overgået fra invalidepension.

KAPITEL 10

Tilsynet med private plejehjem

a. *De gældende bestemmelser om tilsynet.*

Det er ikke pålagt udvalget at udtale sig om reglerne vedrørende tilsynet med de offentlige plejehjem, men det forekommer rimeligt at se reglerne om tilsynet med private hjem – privat ejede hjem og selvejende institutioner – i forbindelse med de bestemmelser, der gælder med hensyn til de offentlige hjem.

A. I henhold til lov af 21. april 1914 om *embedslægevæsenets ordning* påhviler det embedslægen at føre tilsyn med alderdomshjem og plejehjem. Dette tilsyn omfatter både offentlige og private hjem af denne art.

B. I lov af 23. juni 1932 om *sundhedsvæsenets centralstyrelse* udtales det, at sundhedsstyrelsen fører det overordnede tilsyn med statslige og kommunale anstalter og med private hjem, i hvilke syge m.fl. optages på erhvervsmæssig måde.

C. I *købstædernes sundhedsvedtægter* findes i almindelighed bestemmelser om, at planer for opførelse og omlægning af plejehjem o.lign. skal godkendes af sundhedskommissionen, der i øvrigt fører løbende tilsyn med hjemmene. Efter § 63 i normalsundhedsvedtægten for landkommuner af 1960 skal hvile- og plejehjem m.v. anmeldes for sundhedskommissionen, når de oprettes eller skifter indehaver; sundhedskommissionen kan stille indretningsmæssige og driftsmæssige krav, herunder vedrørende belægning, hygiejniske forhold, forplejning og medhjælp, og kan påbyde utilfredsstillende hjem lukket.

D. I den hidtil gældende lov om *offentlig for-
sorg* har der været givet nogle almindeligt holdte bestemmelser, hvorefter kommunerne er underkastet amtmændens tilsyn med hensyn til, hvorledes forsørgelsen i henhold til loven gen-

nemføres, og hvorefter amtmænden fører tilsyn med de inden for amtet liggende institutioner og hjem.

Tilsynet må i første række omfatte kommunernes egne hjem og de hjem, med hvilke der er indgået overenskomst, men den vide formulering af bestemmelsen om, at amtmænden fører tilsyn med, hvorledes forsørgelsen i henhold til forsørgsloven gennemføres, må i og for sig give baggrund for et krav om indseende med, hvorledes forholdene er for personer, der er anbragt på private hjem.

Der har ikke været givet retningslinier for hvorledes tilsynet bør udøves, men det er indtrykket, at embedslægerne og amterne i det omfang, i hvilket det har været muligt, har ført et regelmæssigt tilsyn, og at kommunalbestyrelserne selv har været interesseret i, at forholdene på de offentlige hjem skulle være tilfredsstillende.

I *forsørgsloven af 31. maj 1961*, der er trådt i kraft den 1. april 1962, og som indeholder en bestemmelse som den nævnte om amtmændens tilsyn, udtales det nu, at socialministeren i forbindelse med inderigsministeren er *bemyndiget til at fastsætte regler for private plejehjem*, på hvilke der er indlagt personer, hvis ophold helt eller delvis betales af offentlige midler.

b. *Udvalgets overvejelser vedrørende regler om tilsyn.*

Medens forholdene på de offentlige hjem som nævnt må siges i det store og hele at være tilfredsstillende, er det indtrykket, at forholdene på de *private hjem* i mange tilfælde ikke altid er tilfredsstillende, undertiden fordi den betaling, der ydes, ikke er tilstrækkelig til at sikre en fuldt forsvarlig indretning af hjemmet og antagelse af kvalificeret personale. Med private hjem tænkes i denne forbindelse på hjem,

med hvilke der ikke foreligger godkendt overenskomst i henhold til forsorgsloven, men som kommunerne anvender i forsorgen for gamle og syge, normalt på den måde, at de træffer aftale med hjemmene om anbringelse i det enkelte tilfælde eller måske helt overlader til pågældende selv at træffe aftale herom, således at betalingen for opholdet dækkes af pågældendes invalide- eller folkepension med et personligt tillæg.

I den offentlige debat om plejehjemmenes forhold har der været rejst kritik af de private plejehjem, herunder af indretningen af og behandlingen på hjemmene, og det har været fremhævet, at de private hjem er forretninger, der skal give overskud. Det er udvalgets opfattelse, at motivet til oprettelse af private plejehjem normalt har været ønsket om at bidrage til at løse en forsorgsopgave, og det økonomiske udbytte af disse hjem skønnes ikke at kunne have været urimeligt stort, når der henses til den arbejdsindsats, driften af hjemmene kræver, og de midler, der må investeres. I det omfang kritik af hjemmene har været berettiget, vil den imidlertid ofte falde tilbage på de kommuner, der har benyttet hjemmene uden at gå ind i det samarbejde med hjemmene, der kunne medvirke til at skabe mere tilfredsstillende forhold, og uden at yde den betaling til hjemmene, som ofte vil være en forudsætning for, at hjemmene kan nå en rimelig standard.

Som fremhævet side 21, finder udvalget, at kommuner, der til stadighed benytter private hjem til optagelse af gamle og syge, bør indgå aftale med disse, hvis de ikke kan indgå en egentlig overenskomst i henhold til forsorgsloven. Sådanne aftaler får her den særlige betydning, at kommunerne får et medansvar for forholdene på hjemmene ved en *forpligtelse til at føre tilsyn* og vejlede hjemmets ledelse.

Det vil imidlertid kunne være upraktisk for den sociale administration i en kommune, der har indgået aftale eller overenskomst med et hjem, som ligger i en anden kommune, med hvilken hjemmet ikke har aftale eller overenskomst, at skulle føre et egentligt tilsyn, og det synes rimeligt at overføre ansvaret herfor til embedslægen, jfr. nedenfor.

Selv om indførelsen af for kommunerne mere fordelagtige regler om afholdelse af udgifterne for de kommunale hjem og hjem, med hvilke der indgås overenskomst, i nogen grad vil fjerne den økonomiske begrundelse for, at kommunerne anvender de private hjem, således at der

formentlig i videre omfang vil blive oprettet kommunale hjem og indgået overenskomster, må man gå ud fra, at der stadig vil være private hjem uden aftale eller overenskomst til at dække et behov for plejehjemspladser m.v., og spørgsmålet er da, hvilke regler om tilsyn der - i overensstemmelse med de nævnte love - bør gennemføres på dette område.

1. *Hvilke hjem bør omfattes af regler om tilsyn.*

Loven giver bemyndigelse til at fastsætte regler for »private plejehjem, på hvilke der er indlagt personer, hvis ophold helt eller delvis betales af offentlige midler«.

Efter udvalgets opfattelse omfatter dette *ikke* helt private hjem, der modtager enkelte pensionister, som betaler for deres ophold ved hjælp af deres invalide- eller folkepension - i enkelte tilfælde måske med et mindre, personligt tillæg - samt af deres private midler.

Omvendt finder udvalget, at hjem, hvis ejere *som erhverv* modtager pensionister, for hvem der af kommunen betales gennem et personligt tillæg til pensionen, må være omfattet af tilsynsregien. Mellem disse to grupper af hjem vil der være hjem, ved hvilke forholdene ikke ligger så klart, men spørgsmålet om, hvorvidt et hjem kan anses for omfattet af den nævnte bestemmelse, skulle ikke i praksis give anledning til større tvivl.

2. *Hvorledes bør tilsynet gennemføres.*

Man kunne vælge den fremgangsmåde at *lade kommunerne føre* tilsyn med hjem indenfor deres område i helt samme omfang som med kommunale hjem. Da imidlertid nogle kommuner måske netop undlader at indgå overenskomst med private hjem beliggende i kommunen, fordi de viger tilbage for den deraf følgende forpligtelse til bl.a. at føre tilsyn med hjemmet, synes det dog rigtigst ikke at pålægge kommunerne en sådan forpligtelse, men at lade tilsynet hvile helt hos embedslægevæsenet, som da - samtidig skal have det *overordnede tilsyn* med alle *kommunale hjem* og hjem, med hvilke kommunerne har indgået *overenskomst*, og det direkte ansvar for tilsynet med *private hjem*, med hvilke der ikke er indgået overenskomst.

Embedslægen bør have den praktiske med-

hjælp hertil, ligesom han må kunne træffe aftale med de lokale myndigheder om bistand. Tilsynsmyndigheden bør være bemyndiget til at lukke hjem, der ikke indenfor en af myndigheden fastsat frist retter sig efter givne forskrifter.

Da det synes formålstjenligt, at indholdet af det overordnede tilsyn med kommunale hjem m.v. præciseres, og da den nævnte løsning af tilsynsspørgsmålet for de private hjem forudsætter en særlig instruks til embedslægerne m.v., vil udvalget finde det ønskeligt, at der i en samlet instruks gives regler på dette område, inde-

holdende normer for de krav, der bør kunne stilles.

Udvalget indstiller derfor, at *indenrigsministeriet* lader sundhedsstyrelsen udfærdige en sådan instruks. *Såfremt* en effektiv gennemførelse af et tilsyn efter de nævnte retningslinier forudsætter en *udbygning af embedslægevæsenet* og derfor ikke kan gennemføres i øjeblikket, skal man henstille, at indenrigsministeriet, indtil en endelig løsning af spørgsmålet måtte kunne gennemføres, over for sundhedskommissionerne *indskærper* disses forpligtelse til at føre tilsyn med hjemmene.

KAPITEL 11

Resumé af udvalgets indstilling

Udvalget henstiller til *socialministeriet*:

1. at socialministeriet i forbindelse med boligministeriet og sundhedsstyrelsen overvejer formen for et nærmere samarbejde mellem disse myndigheder med henblik på at bistå de lokale myndigheder med en *vurdering af behovet* for alderdomshjem og plejehjem og med vejledning *med hensyn til indretningen af hjemmene* (side 22), og
2. at det i denne forbindelse overvejes, om det vil være formålstjenligt, at de: skabes hjemmel for at stille krav om, at alle planer vedrørende byggeri af alderdomshjem og plejehjem, som skal bygges af offentlige myndigheder eller af foreninger eller private, bliver forelagt socialministeriet til godkendelse med henblik på, at der i tide kan gives eventuel fornøden vejledning (side 26),
3. at det nærmere undersøges, om behovet for institutioner for yngre plejepatienter, herunder daghjem, er dækket, eller om der er brug for et særligt initiativ på dette område, herunder om det i givet fald er ønskeligt at have særlige tilskudsregler (side 25),
4. at forsorgslovens regler om refusion af udgifterne ved drift af alderdomshjem og plejehjem ændres, således at refusionen principielt ydes som en procentdel af hjemmenes udgifter, og at det endvidere i forbindelse

med boligministeriet overvejes, om det på langt sigt er tilfredsstillende, at driftstilskud ydes både efter forsorgslovens refusionsregler og efter loven om boligbyggeri (side 32),

5. at det tages under overvejelse, om det kan anses for nødvendigt at opretholde den i lov om invalide- og folkepension indeholdte maksimumsgrænse for, hvad kommunerne må anvende til ydelse af *hjemmehjælp* (side 18),
6. at det gældende maksimum for det beløb, der i henhold til lov om boligbyggeri kan ydes til den, der optager en invalid i sin husstand, hæves (side 25),
7. at det overvejes, om huslejen i boliger for pensionister, som ikke kan siges at være økonomisk vanskeligt stillede, bør fastsættes i forhold til den enkelte pensionists økonomiske forhold (side 19),
8. at udgiften - eller en del deraf - til *uddannelse af personer*, der er ansat på alderdomshjem og plejehjem, efter nærmere af socialministeriet fastsatte regler kan medtages blandt hjemmenes refusionsberettigende driftsudgifter (side 30).

Udvalget *henviser* endvidere til indstillingen fra Det socialpolitiske Udvalg om,

9. at der skabes hjemmel for, at kommunerne kan anmelde til refusion en del af deres udgifter - eventuelt halvdelen - til visse nærmere bestemte former for *omsorgsarbejde m.v.* for gamle (side 18).

Udvalget indstiller endvidere til *socialministeriet*, at dette foreslår:

1. at *sundhedsstyrelsen* optager til overvejelse spørgsmålet om behovet for en *oplysningsvirksomhed* over for befolkningen med henblik på de gamles sundhedsmæssige problemer (side 17),
2. at *sundhedsstyrelsen* påtager sig at godkende *uddannelsesplaner* for kursus for personale til alderdomshjem og plejehjem og at overveje betimeligheden af at skabe hjemmel for at stille krav om, at sådan godkendelse skal søges, og eventuelt for at yde tilskud til uddannelse (side 30),
3. at *sundhedsstyrelsen* i forbindelse med eventuelle overvejelser om embedslægevæsenets ordning behandler spørgsmålet om regler om *tilsyn med alderdomshjem og plejehjem* (side 37),
4. at *indenrigsministeriet* over for landets sundhedskommissioner indskærper forpligtelsen til at føre *tilsyn med private plejehjem* (side 37),
5. at *boligministeriet* overvejer at udgive en ny vejledning med hensyn til opførelse af alderdomshjem og boliger for pensionister (side 27).

Udvalget indstiller endelig:

at *amtsrådene* opfordres til at tage under overvejelse, når amterne har problemer med hensyn til for sorgen for gamle og plejepatienter, eventuelt i forbindelse med amtets købstæder at nedsætte et *amtsplejeudvalg* til at afgive forslag til løsning af disse problemer (side 23).

at *kommunalbestyrelserne* opfordres til:

1. at foretage en undersøgelse af, om *husmoderafløsnings- og hjemmehjælpsordningerne* i kommunen fungerer tilfredsstillende, så at personer, der ønsker at forblive i deres egne hjem, og som med rimelig bistand er i stand hertil, får den nødvendige bistand (side 18),
2. at undersøge, om behovet for *boliger for pensionister, alderdomshjem og plejehjem*

inden for en overskuelig fremtid kan anses for at være dækket, og, såfremt det ikke skønnes at være tilfældet, at træffe foranstaltninger hertil eventuelt i *samarbejde med de centrale myndigheder* og med *andre kommuner* og efter vejledning fra amtsplejeudvalget, hvis et sådant er nedsat (side 23),

3. såfremt kommunen regelmæssigt anvender private hjem, herunder hjem, der er selvejende institutioner, til optagelse af gamle og plejepatienter at *træffe aftale* om samarbejdet med hjemmet og om muligt indgå egentlig overenskomst i henhold til forsorgsloven (side 21),
4. at undersøge, om der måtte være *behov for uddannelse*, herunder supplerende uddannelse, af personer knyttet til de af kommunen anvendte alderdomshjem og plejehjem og at medvirke til, at de pågældende får den ønskelige uddannelse (side 27),
5. at undersøge, om der måtte være anledning til at iværksætte et *omsorgsarbejde* for gamle og eventuelt at yde bistand hertil (side 18).

En gennemførelse af forslagene vil kræve følgende ændringer i lovgivningen:

1. Ændring af lov om offentlig forsorg med henblik på
 - a. Hjemmel til at kræve forelæggelse for socialministeriet af planer for alderdomshjem og plejehjem i alle tilfælde.
 - b. Ændring af reglerne om dækning af udgifterne ved drift af alderdomshjem og plejehjem.
2. Ændring af lov om invalide- og folkepension med henblik på
 - a. Ophævelse af grænsen for det beløb, kommunerne kan anvende som betaling for hjemmehjælp til pensionister.
 - b. Hjemmel til delvis at dække kommunernes udgifter til visse forråer for omsorgsarbejde for gamle.

Gennemførelse af de øvrige forslag kan ske administrativt.

Befolkningsudviklingen

Redegørelse fra arbejds- og socialministeriernes økonomisk-statistiske konsulent

Af forskellige beregninger foretaget af Det statistiske Departement fremgår, at Danmarks folketal i 1980 må forventes at ville udgøre lidt over 5 mill. Heraf vil knap 700.000., eller ca. 14 pct., være i alderen 65 år og derover. Til sammenligning hermed kan det anføres, at folketallet ved begyndelsen af året 1962 blev beregnet til godt 4,5 mill., hvoraf lidt over 500.000, eller ca. 11 pct., var 65 år og derover.

Medens man således nu må antage, at landets samlede befolkning i løbet af de næste knap 20 år vil stige med ca. 10 pct., må man samtidig regne med, at der bliver tale om en væsentlig større stigning for de ældre aldersklassers vedkommende. For personer i alderen 65 år og derover forventes der således en stigning med omkring 40 pct., d.v.s. med ca. 4 gange så meget som for befolkningen som helhed.

En nærmere undersøgelse af denne udviklingstendens, der bl.a. har afgørende indflydelse på forsørgerbyrden for den aktive del af befolkningen, er foretaget i nærværende bilag. Det bemærkes, at de anførte tal for årene 1962-1980 forudsætter, at fødselshyppigheden, dødeligheden og vandringshyppigheden stort set forbliver den samme som i dag.

1. Antallet af personer i de ældre aldersklasser.

I tabel 1 er ved begyndelsen af forskellige år i perioden 1935-1980 anført det beregnede antal personer i alderen 65 år og derover.

Tabel 1.

Antal personer på 65 år og derover i perioden 1935-1980.

		Indeks	
		1935=100	1962=100
1935	273.900	100	
1940	295.500	106	

		Indeks	
		1935=100	1962=100
1945	333.200	120	
1950	380.700	137	
1955	428.200	154	
1960	479.200	173	
1961	490.500	177	
1962	502.300	181	100
1965	535.300	193	107
1970	589.200	212	117
1975	646.400	233	129
1980	691.700	250	138

Det fremgår heraf, at antallet af personer i de ældre aldersklasser i løbet af de sidste 25 år er steget med ca. 75 pct. Som foran anført, må der endvidere forventes at ville ske en stigning på omkring 40 pct. frem til 1980. I løbet af hele den betragtede periode (1935-80) vil de ældres antal, ifølge de foreliggende beregninger, blive i alt 2,5 gange så stort.

Af tabel 2, der viser den totale tilvækst i antallet af ældre i de enkelte fem-års-perioder, fremgår, at stigningen, bortset fra de første perioder, er nogenlunde jævnt fordelt over årene. Som et brugeligt gennemsnit kan man derfor regne med, at antallet af personer på 65 år og derover stiger med 10.000 om året.

Tabel 2.

Tilvæksten i antallet af personer på 65 år og derover.

		Beregnet tilvækst pr. år
1935-39	21.600	4.320
1940-44	37.700	7.540
1945-49	47.500	9.500
1950-54	47.500	9.500
1955-59	51.300	10.260
1960-64	55.800	11.160
1965-69	53.900	10.780
1970-74	57.200	10.440
1975-79	45.300	9.060

For årene efter 1980 foreligger ingen egentlig prognose over befolkningsudviklingen. Visse beregninger synes dog at tyde på, at tilvæksten i de ældre aldersgrupper vil være stærkt faldende henimod århundredets slutning. Således regner man med, at antallet af ældre omkring 1995, hvor de små fødselsårgange fra 1930erne vil gøre sig gældende i disse aldersklasser, vil nå et foreløbigt maksimum.

2. Befolkningens aldersfordeling.

Den foran omtalte kraftige stigning i antallet af personer i de ældre aldersklasser afspejler sig tydeligt i befolkningens aldersfordeling, således som den er anført i tabel 3.

Tabel 3.
Befolkningens aldersfordeling 1935–1980.
1935–1980.

	Under 15 år	15-19 år	20-64 år	65 år og derover	Ialt
1935	259	86	581	74	1.000
1940	241	89	593	77	1.000
1945	245	77	595	83	1.000
1950	262	69	579	90	1.000
1955	266	70	567	97	1.000
1960	254	81	560	105	1.000
1961	250	85	559	106	1.000
1962	245	91	555	109	1.000
1965	238	90	557	115	1.000
1970	240	76	561	123	1.000
1975	247	73	549	131	1.000
1980	253	73	536	138	1.000

Det vil ses, at de ældre aldersklassers procent-vise andel af den samlede befolkning i løbet af

de sidste 25 år er vokset med ca. 50 pct., nemlig fra godt 7 pct. til knap 11 pct. Denne udvikling forventes at ville fortsætte i de kommende år, idet de foreliggende beregninger viser, at næsten 14 pct., eller $\frac{1}{7}$ af befolkningen, i 1980 vil være 65 år og derover. I den betragtede periode fra 1935 til 1980 vil de ældres procent-vise andel af befolkningen således næsten være blevet fordoblet.

I samme tidsperiode udviser de aldersgrupper (20-64 år), der først og fremmest indeholder den del af befolkningen, som deltager i produktionen, et mindre fald fra godt 58 pct. til knap 54 pct. Heraf følger, at forsørgerbyrden for disse aldersgrupper i relation til de ældre vil være stærkt stigende.

I 1935 fandtes der knap 8 personer i alderen 20-64 år for hver person på 65 år og derover. I 1962 er antallet faldet til godt 5 personer, medens der i 1980 forventes kun at være knap 4 personer i de »aktive« aldersklasser for hver ældre.

Ved vurderingen af denne udviklings betydning for de »aktive« forsørgerbyrde må der tages hensyn til, at der samtidig - i hvert fald i en vis periode — sker en relativ nedgang i antallet af unge.

3. Middellevetidens udvikling.

Udviklingen i antallet af personer i de ældre aldersklasser må ses i nøje sammenhæng med udviklingen i middellevetiden, således som denne fremgår af tabellerne 4 og 5.

Tabel 4.
Middellevetidens længde

Antal år	<i>Mænd.</i>						
	0 år	20 år	50 år	60 år	70 år	80 år	90 år
1895–1900	50,2	44,5	21,5	14,7	9,0	4,9	2,6
1936–1940	63,5	50,3	23,7	16,0	9,6	5,2	2,8
1956–1960	70,4	53,1	25,3	17,3	10,7	5,8	3,1
	<i>Kvinder.</i>						
	0 år	20 år	50 år	60 år	70 år	80 år	90 år
1895–1900	53,2	46,7	23,4	16,0	9,8	5,3	2,6
1936–1940	65,8	51,1	24,5	16,6	10,0	5,3	2,9
1956–1960	73,8	55,8	27,5	19,0	11,5	6,1	3,2

Af tabellerne fremgår, at der for alle aldersgrupper er tale om en stigning i middellevetiden, hvilket er et udtryk for, at dødeligheden er gået ned.

Udviklingen er næsten helt den samme for kvinder og mænd i samme aldersgruppe,

Tabel 5.
Middellevetidens stigning

Antal år	<i>Mænd.</i>						
	0 år	20 år	50 år	60 år	70 år	80 år	90 år
1895/1900–1936/40	13,3	5,8	2,2	1,3	0,6	0,3	0,2
1936/40 –1956/60	6,9	2,8	1,6	1,3	1,1	0,6	0,3
1895/1900–1956/60	20,2	8,6	3,8	2,6	1,7	0,9	0,5
	<i>Kvinder.</i>						
	12,6	4,4	1,1	0,6	0,2	–	0,3
1895/1900–1936/40	12,6	4,4	1,1	0,6	0,2	–	0,3
1936/40 –1956/60	8,0	4,7	3,0	2,4	1,5	0,8	0,3
1895/1900–1956/60	20,6	9,1	4,1	3,0	1,7	0,8	0,6

hvorimod der er tale om betydelige forskelle mellem de forskellige aldersgrupper.

Således er middellevetiden, som vist i tabel 5, for nyfødte (0-årige) forlænget med mere end 20 år siden slutningen af det forrige århundrede. Disse 20 år repræsenterer en forøgelse af den gennemsnitlige, forventede levetid for nyfødte med omkring 40 pct.

For personer i de ældre aldersklasser andrager forøgelsen af middellevetiden i den betragtede periode (1895/1900–1956/60) omkring 3 år for 60 årige og knap 1 år for 80 årige. Rela-

tivt er der for samtlige de anførte aldersklasser, bortset fra de nyfødte, tale om en forøgelse af middellevetiden med omkring 18 pct.

Af de foran omtalte tal fremgår, at nedgangen i dødeligheden først og fremmest har betydet, at flere når op i de ældre aldersklasser og derigennem bidrager til at forøge antallet af personer i disse. Derimod lever de personer, der når op i de ældste grupper, ikke ret meget længere i disse, end det tidligere har været tilfældet.

Bilag 2

De gamles sygdomme

Af overlage ved De gamles By, dr. med. Torben Geill

Menneskets såkaldte *middellevealder* ligger i de højest udviklede lande ved ca. 70 år, det vil altså sige, at det nyfødte barn i disse samfund kan forventes at opnå denne alder. I oldtid og middelalder lå middellevealderen væsentligt lavere, grundet på den store dødelighed blandt børn og unge. Også i de under udviklede lande med svigtende hygiejne og alvorlige sygdoms-epidemier er middellevealderen lav.

Adskillige mennesker opnår imidlertid en betydeligt højere alder end middellevealderen. Man taler derfor om den *maximale levealder*, som er den længste levetid mennesket kan udvise. En alder på over 100 år er sjælden, og de meget høje aldre, som undertiden finder omtale i pressen, må betragtes som undtagelser. Naturen har sat en grænse for menneskets virke, ligesom man ser det inden for dyrerækken. En døgnflue lever, som navnet siger, kun ganske kort, medens dyr som karper, skildpadder og elefanter kan blive op til 100 år. Livscyklus er overalt den samme: fødsel, vækst, modning, til-

bagegang og død. Selve livsfunktionerne medfører et slid på organerne, som til slut ophører med at arbejde. Det er som en maskine, der med tiden slides og går i stå. Man taler derfor om *aldersforandringerne* og alderdomstegnene, der varsler livets afslutning.

Når de fleste mennesker imidlertid ikke når den maximale levealder, skyldes det tidlig eller senere indsættende sygdomme af væsentlig kronisk art, hvorved livet forkortes. En række sådanne sygdomme, der er knyttet til de ældre år, betegner man *alderdomssygdomme*.

Inden for lægevidenskaben har interessen for såvel aldersforandringerne som for alderdomssygdommene været i hurtig stigning. Man har opdaget, at det er et område, som i høj grad har været forsømt. Årene efter sidste verdenskrig har ikke blot medført oprettelsen af særlige hospitalsafdelinger for de ældres sygdomme, såkaldte geriatrike afdelinger, men også syge- og plejehjem for gamle har i vid udstrækning set dagens lys. Den store stigning af de ældre, ofte

svagelige medborgeres antal nødvendiggør muligheden for deres anbringelse.

Netop fordi antallet af ældre i fremtiden vil stige både procentvis og i absolut henseende vil fremtidens lægevirkksomhed i voksende grad komme til at omfatte de ældre, og bestræbelserne må derfor rettes mod at behandle alderdommens sygdomme. Lægens indsats vil først og fremmest blive af *forebyggende karakter*. Ved i tide at behandle akutte sygdomme hos yngre og midaldrende, vil man ofte kunne helbrede dem og hindre dem i at blive kroniske, således at de følger personen ind i alderdommen. Takket være de store fremskridt ved bekæmpelsen af akutte infektionssygdomme og kroniske lidelser som tuberkulose helbredes de fleste patienter nu om stunder for disse lidelser. I stigende grad opereres personer, der lider af galdesten, nyresten, mavesår, tarmlidelser o.a., i tide. Herved undgår man også, at kroniske sygdomstilstande kommer til udvikling. Men fremtidens lægevidenskab vil dog også tage sig af befolkningens almindelige levevilkår. Man bør modarbejde fejlagtig ernæring, der kan føre til, dels overvægt med dennes komplikationer især fra hjertets side, dels undervægt og vitaminmangelssygdomme. Meget tyder på, at befolkningens kost i de højt civiliserede lande er for fedtrig, hvilket synes at fremskynde udviklingen af åreforkalkning. Også rygevanerne bør påagtes, og et stort cigaretforbrug mindskes, da der ellers består fare for udvikling af lungekræft og forkalkning af hjertets kransårer.

Hos de ældre, der søger lægens hjælp, vil man imidlertid oftest stå over for sygdomme, der allerede er blevet kroniske. Dette betyder dog ingenlunde, at lægen må give op. Tværtimod har den stigende viden om alderdomssygdommene givet lægen nye våben i hænde. Meget kan allerede nu opnås, og fremtidens lægevidenskab vil uden tvivl kunne gøre en indsats for de ældre af helt ufattelig karakter. Men det kræver, at lægen besidder kendskab til de sygdomme, der forekommer hos ældre. Sygdomme, der har et karakteristisk billede hos yngre og midaldrende, antager ofte en anden karakter hos de ældre. Som oftest er symptomerne mindre fremtrædende, hvilket kan vanskeliggøre sygdommens erkendelse. Hertil kommer, at der i den høje alder viser sig specielle sygdomme, altså egentlige alderssygdomme. Ældre mennesker lider hyppigt af flere forskellige sygdomme på engang, hvilket naturligvis vanskeliggør den lægelige bedømmelse. Endelig reagerer ældre

mennesker ofte anderledes på den sædvanlige lægebehandling, bl.a. må man sædvanligvis give lægemidler i andre doser end hos yngre. Alt dette kræver, at læger og plejepersonale, **der** knyttes til sygeafdelinger, syge- og plejehjem for gamle, bør have eller i al fald må skaffe sig særlig indsigt i alderdomssygdommene. Det kursus vedrørende alderdomssygdommene, der i De Gamles By er påbegyndt for fuldtuddannede sygeplejersker, tager netop sigte på dette forhold.

Stiller man nu spørgsmålet, om behandlingen af de ældres sygdomme har givet resultater, må svaret blive bekræftende. Med de moderne lægemidler er det for øjeblikket muligt at indvirke i gunstig retning på ikke alene kroniske infektionssygdomme, men også at bedre sygdomme i hjerte, lunger, nyrer og mave-tarmkanal. Medens det blot for nogle årtier siden betragtedes som ret risikabelt at operere personer, der **var** over 50 års alderen, lader det sig nu gøre at foretage *operation* hos patienter, der er over 90 år. I De Gamles By, København, sendes der årligt ca. 150 beboere til operation på kirurgiske afdelinger. Det drejer sig om mavesår, **kræft**-lidelser, galdestens- og nyrelidelser, prostatalidelse, brok og meget andet. Yderligere kan man, takket være *ortopædiske operationer*, erstatte et hofteled, der er sæde for slidgigt eller følgetilstand efter lårhalsbrud, med et kunstigt led. Herved kan en ganginvalideret ældre person atter komme til at gå.

Da lidelser i knogler, led, muskler og nerver er almindeligt forekommende blandt ældre mennesker, har en *fysisk optræning* været anvendt i stor udstrækning i de senere år. Resultaterne har været særdeles gode, og mange ældre invaliderede sættes derved i stand til atter at gå og til i det hele taget at klare sig. Et bidrag til en sådan optræning udgør også den såkaldte *beskæftigelsesterapi*, der opøver musklers og leds funktioner. Beskæftigelsesterapien er imidlertid også et middel til i gavnlig retning at påvirke de ældres åndelige funktioner. Det mismod og mindreværdskompleks, der ofte melder sig i alderdommen, kan på heldig vis modarbejdes gennem en eller anden beskæftigelse. Den ældre person, der udfører et smukt og godt arbejde, f.eks. et håndarbejde eller arbejde i træ, ben, strå eller metal, vil opnå både glæde og tilfredshed derved. I mange tilfælde kan en genopbygning af selvtillid og selvrespekt blive resultatet, og alt dette vil føre til større velvære og til bedre tilpasning i samfundet.

Genoptræning af ældre plejepatienter

Af overlag ved fysiurgisk afdeling i De gamles By, Vagn Aage Porsman

Indledningsvis kan det være på sin plads at definere, hvad man forstår ved en plejepatient. Almindeligvis vil de fleste forstå en ældre patient med kroniske svært invaliderende sygdomme, som det ligger uden for lægevidenskabens rækkevidde at behandle, og hvor patienten derfor resten af sin levetid kræver plejebehandling ofte af specialuddannet personale. Nu er lægevidenskabens rækkevidde i behandlingsmæssigt henseende et meget stort område, som langt fra beherskes af alle læger. Udviklingen de sidste 20 år er foregået så hastigt og har bredt sig så meget, at selv specialister indenfor snævre felter har vanskeligt ved at følge med udviklingen og bevare overblikket over deres felt. Udviklingen har også medført, at der er blevet dannet nye specialer indenfor lægevidenskaben. Et af disse nye er *Geriatrien*, der har taget studiet af ældres problemer op over en bred front, videnskabelig, medicinsk og socialt. På grund af de ældres tiltagende antal i samfundet får dette speciale mere og mere interesse. Indenfor den medicinske del er der de senere år sket en yderligere specialisering. Det var til at begynde med medicinerne, der var foregangsmænd indenfor specialet af studiet af de ældres sygdomme, men senere kom kirurgerne sammen med bedøvelseslægerne, der skabte baggrunden for, at man ved moderne metoder kunne operere ældre patienter langt op i alderen, derefter fulgte ortopæder og fysiurger, der henholdsvis kirurgisk og medicinsk behandler bevægelsessystemets sygdomme, og psykiatikere, der behandler sindets sygdomme. Udviklingen viste desuden, at man ved et intimt samarbejde mellem disse specialer i mange tilfælde kunne redde patienter fra invaliditet, hvor dette ikke tidligere var muligt.

Definitionen af en *ældre plejepatient* må derfor i dag være følgende: En ældre patient, der efter at være behandlet igennem længere tid af forskellige specialister i de ældres sygdomme, *ikke* har været i stand til at genvinde så mange kræfter, at han eller hun er i stand til at *klare sig uden hjælp*. I denne definition indgår behandling i længere tid. Dette er efter min mening et meget vigtigt punkt. Med det stadig stigende patientpres på landets sygehuse med dyre

sengepladser gælder det for de lægelige sygehusledere at administrere patienternes sygehusophold således, at behandlingstiden bliver så hurtig og effektiv som mulig, således at patienterne kan udskrives til ambulant behandling. Dette er til fordel for yngre mennesker, men derimod til skade for de ældre, der ofte har flere konkurrerende sygdomme samtidig, hvorved diagnose og behandling tager længere tid. De ældres psyke kræver også længere tid til tilvæning til hospitalsophold, og ofte reagerer de ved indlæggelse med konfusion- og demenstilstande, der tilslører de underliggende somatiske sygdomme. En del ældre patienter bliver derfor omvisiteret til psykiatriske afdelinger eller plejehjem, hvilket yderligere forværrer deres psykiske tilstand, når de opdager, at de ikke mere kan vende tilbage til deres hjem. De ældre patienter kommer derfor ofte til at virke som en prop i sygehusvæsenets hurtige patientudveksling og kommer til at udgøre en større og større procentdel af belægningen. Dette er herhjemme vist af professor Meulengracht, der har gennemgået belægningen af ældre patienter fra 1922, da han blev overlæge ved en af de medicinske afdelinger på Bispebjerg hospital, til slutningen af 50'erne.

I 1922 var over halvdelen af patienterne under 50 år. Omkring 1950 var halvdelen af patienterne over 50 år og i slutningen af 50'erne var ca. 80 % af belægningen langt over 50 år. Dette er årsagen til det stadig stigende pres på plejehjemmene, og til at alderdomshjemmene efterhånden affolkes for raske ældre og erstattes af syge, der kræver en ret udtalt pleje og ofte kommer til at være sengeliggende konstant.

I løbet af de sidste år er man ved videnskabelige undersøgelser blevet klar over, at der ved længere tids sengeleje, for de yngres vedkommende over 3–4 år og for de ældres sikkert meget tidligere, sker skadelige forandringer i organismens stofskifte, især i knogler og led og muskler, hvor der tabes kalk og kvælstof. Kalken udskilles gennem urinen og hos længere tids sengeliggende patienter, hvor afløbsforholdene ofte ikke er særlig gode og hos særlig disponerede kan dette medføre, at der sker udfæld-

ninger, som efterhånden kan udkrystallisere nyrebækkenet og derigennem påvirke og nedsætte nyrefunktionen eller give anledning til nyrestens anfald. I 1954 fandt dr. Hess Thaysen hos ældre patienter, at de hyppigt led af blærebetændelse og betændelsestilstande i det øvrige nyrebækken-system, desuden fandt han ofte opstået årebetændelse på benene med komplicerende blodpropdannelse, der ikke sjældent rev sig løs og førtes til lungerne. Dr. Thaysen fandt, at disse og nogle andre komplikationer fandtes hos ca. 50 % ældre patienter, medens de ovennævnte komplikationer kun fandtes i ca. 10 % hos patienter under 60 år. Det er derfor klart, at ældre patienter, der ligger ubevægelige og initiativløse i sengen, repræsenterer et særligt alvorligt problem, når man tager hensyn dels til de kemiske skadelige forandringer, der sker under sengeleje, dels til de komplikationer, der finder sted i forskellige organsystemer. Mange af disse ældre kan trods deres sygdomme leve i længere tid afhængig af den livskraft, der er tilbage, men deres sidste tid er nærmest vege-terende og ofte pinefuld på grund af smerter og kraftsløshed. De er desuden meget vanskelige at pleje på grund af tiltagende led og muskelstivhed, og de kræver desuden en meget hyppig og grundig hudpleje, da der ellers vil udvikle sig liggesår.

Der er ingen tvivl om, at den almindelige anskuelse, både hos lægfolk og læger, er, at ældres sygdomme enten ikke eller kun i meget ringe grad kan behandles, fordi det drejer sig om alderssvækkelse af organerne. Dette medfører, at disse patienter enten ikke behandles eller kun får symptom-mæssig behandling for smerter eller for eksempel for søvn-løshed. Ældre mennesker er mere følsomme overfor medicin end yngre og reagerer ligesom ved psykiske forandringer med demens og konfusionstilstande. Konsekvensen af dette er således, at ældre patienter ofte kommer til at trænge til pleje i stigende grad.

De medicinske erfaringer fra de senere år er imidlertid den, at de kroniske sygdomme i de fleste tilfælde ikke er fremskridende i sig selv, men at deres fremadskriden enten skyldes inadækvat behandling, mangel på behandling eller længere tids sengeleje. Hvis man i stedet for at hæfte sig ved alderen, forsøger at diagnosticere de sygdomme, det kan dreje sig om i de enkelte tilfælde, og det er ofte flere samtidige, og behandler disse adækvat og samtidig træner patienternes bevægelsessystem op, er der ingen tvivl om, at man kan redde en del ældre patienter fra at blive invalider, hvis patienterne selv har en

livsvilje tilbage til samarbejde med læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og beskæftigelsestera-
peuter om denne opgave, der har til formål at skaffe deres sidste leveår et indhold. Det er klart, at de læger og hjælpediscipliner, der del-tager i et sådant arbejde må være specielt skole-de til dette og have interesse for ældre menne-sker, idet alderssygdomme og alderens psykolo-gi er forskellig fra yngres.

I *De Gamles By i København* har vi efter ovennævnte principper i de sidste 15 år forsøgt at revalidere ældre patienter og har haft megen glæde af dette arbejde til de ældres fordel. Trods en gennemsnitsalder på ca. 80 år er det i mange tilfælde lykkedes at gøre selv ret inva-liderede ældre selvhjulpne, således at de har kunnet få glæde af deres sidste leveår ved at være enten delvis eller fuldstændig fri for an-dres hjælp, og i de allersidste; år har vi i flere tilfælde været i stand til at udskrive patienter med hjemmehjælp til deres hjem.

Et arbejde i denne målestok er sikkert kun muligt i meget få store byer, men det samme arbejde kan udføres ved næsten alle plejehjem, hvis man til disse knytter en læge, der er interes-seret i de ældres sygdomme, en fysioterapeut og en beskæftigelsestera-
peut. Et sådant mandskab bør sammen med sygeplejersker have special-uddannelse på et geriatrisk center som *De Gamles By*. En sådan specialuddannelse for sygeplejersker, varende 3 måneder, er startet sidste år på *De Gamles By*, men den bør følges op for de andre kategorier i hjælpediscipliner-ne, fysio- og beskæftigelsestera-
peuter og læger. Man bør også ved udformningen af plejehjem tænke på, at dette personale bør have arbejds-rum og behandlingsapparat-ur. Uden disse ting kan de ikke virke på tilfredsstillende måde. Be-villigende myndigheder har ofte vanskeligt ved at forstå dette, fordi det for disse kommer an på, at få så mange pladser til patienter som mul-igt, derved bliver der sjældent råd til de ting, der er nødvendigt for det arbejdende personale i det daglige. Myndighederne bør huske på, at man bedst gavner de ældre patienter ved at skaffe personalet gode og harmoniske arbejds-forhold. Et surt personale ml have afløb for sine aggressioner, der som regel går ud over patienterne.

For ikke at gøre bygningsplaner større end nødvendigt er det nødvendigt med en god arbejdsrationalisering. Dette kan for eksempel gøres ved, at bestemte lokaler bruges til forskel-

lige ting på forskellig tid af dagen. For at tage et konkret eksempel kan nævnes, at man til fysio-terapeutisk behandling med øvelser har brug for et stort lokale afhængig af forholdene. Et sådant kan desuden bruges til beskæftigelsesterapi, hvis man sørger for, at apparaturet er flytbart, og om aftenen kan det bruges til at samle de ældre til underholdning, fjernsyn o.s.v. Ligeledes kan man ved skydedøre dele et større lokale i flere små, hvor man samtidig kan arbejde med forskellige ting uden at forstyrre hinanden.

Hvis man ikke angriber alderdommens forskellige problemer på en aktiv dynamisk og medmenneskelig måde, vil et stadig stigende an-

tal ældre komme til at henslæbe deres sidste leveår i et vegeerende plejestadie, således som dramatikerens Samuel Beckett har vist os på scenen, symbolsk fremstillet, ved at anbringe de gamle i skraldespande. De problemer, som de ældre stiller samfundet overfor, hører i dag til vore vigtigste socialproblemer. Udgiften til disse er meget store og i stadig vækst. Mod disse problemer nytter ingen passive løsninger. Problemerne kræver aktiv indgriben, og efter erfaringer også fra andre lande er en af løsningerne: revalidering, der samtidig er den bedste medmenneskelige måde at hjælpe ældre mennesker til at bevare den selvspekt, som de fleste har i behold langt op i alderen.

Bilag 4

Beskæftigelsesterapi på alderdomshjem og plejehjem

Af ledende beskæftigelsesterapeut ved De gamles By, fru Ellen Ibsen

Beskæftigelsesterapi bør bringes i anvendelse på lægelig basis i de tilfælde, hvor patienter ikke selv kan etablere et tilfredsstillende forhold til omverdenen. Det være sig til praktiske ting, til emner af åndelig karakter eller til andre person-

Derfor bør beskæftigelsesterapien have en stærk individuel karakter. Den kan spænde lige fra optræning i daglige færdigheder (som en direkte fortsættelse af fysioterapi) f. eks. påklædning, spisning, skrivning, oplæring i brug af særlige foranstaltninger for svagtseende, for tunghøre, for talehæmmede, videre til fremstilling af småprodukter og endelig til gruppearbejde og klubber med det formål at få patienterne til at kooperere, interessere sig for hinanden og dermed forsøge at få dem til at bevare deres personlighed, på trods af den tilstand de befinder sig i, hvor ofte alt ansvar og initiativ er taget fra dem.

Vi har set gode eksempler på optræning til selvstændigt at kunne klare sig på institution, eksempler på at let konfuse patienter ved regelmæssig beskæftigelse og samvær med andre igen er blevet klare, så familien atter kunne føre en normal samtale med dem.

Det har været særdeles opmuntrende at se patienter med hjerneblødning og med talevanskeligheder i den grad finde sig til rette, at de har udfoldet initiativ, livslyst og stærk produktionstrang. - For blot at nævne nogle eksempler.

Det må anbefales, at man søger at få fuldt uddannet personale til at løse opgaverne og ikke indskrænker sig til at sætte noget igang af rent underholdende karakter.

Mindre kommuner, som ikke alene kan påtage sig den økonomiske byrde ved ansættelse af kvalificeret arbejdskraft, kunne måske slå sig sammen med en eller flere nabokommuner, som har samme problem og på denne måde »dele« beskæftigelsesterapeuten.

Etablering af beskæftigelsesterapi er ikke forbundet med de store omkostninger. Men det skal placeres i gode, lyse og venlige lokaler, og det er vigtigt at indgive patienterne den fornemmelse, at dette er noget, de har ansvaret for.

Til slut kan jeg som et eksempel nævne, at til et plejehjem med ca. 40 patienter, har vi ment — når lokalet var til rådighed — at indkøb til etablering ville beløbe sig til ca. kr. 2000.-.

Omsorgsarbejde for gamle

Indstilling fra Det socialpolitiske Udvalg

I de senere år har man i stigende grad set, at de gamles problemer ikke er tilfredsstillende løst ved, at der sikres dem de fornødne økonomiske midler til deres underhold, men at det også må tillægges stor betydning, at der gøres en indsats for i nogen grad at bryde den ensomhedsfølelse, mange gamle har.

Det arbejde, der udføres af denne art, har hidtil i det væsentlige hvilet på privat eller i hvert fald lokalt initiativ. Det socialpolitiske Udvalgs underudvalg vedrørende omsorgen m. v. for gamle har søgt at danne sig et skøn over, under hvilke former et sådant omsorgsarbejde kan og bør udføres, og man har i denne anledning indhentet oplysninger fra et antal kommuner hovedsagelig købstæder.

I. I samarbejde med Socialinspektørforeningen er der således i forbindelse med et kursus for socialinspektører i januar 1962 udsendt spørgeskemaer til de ca. 50 kommuner, hovedsagelig købstæder, der sendte deltagere til kurset, vedrørende omsorgsarbejde for gamle. Der blev i skemaet stillet følgende spørgsmål:

Om der i kommunen bliver arrangeret hjemmebesøg, klubarbejde, om der er oprettet steder, hvor gamle kan beskæftiges, om der arrangeres undervisning, underholdning, udflugter, bespisning, fodpleje samt transport til fester og udflugter eller eventuelt andre omsorgsforanstaltninger.

For hver enkelt foranstaltning har svarene omfattet såvel kommunens som privates indsats, og der er givet oplysning om, hvorledes udgifterne dækkes, samt givet en vurdering af den pågældende foranstaltnings værdi.

1) Hjemmebesøg.

I størstedelen af de pågældende kommuner finder besøg i de gamles hjem alene sted i forbindelse med hjemmehjælpsordningen. I 3-4 kommuner er der antaget en omsorgskonsulent, som aflægger besøg i hjemmene, og enkelte kommuner udsender beskæftigelsestereapeuter, som kan sætte de gamle i gang med forskellige arbejder i deres hjem. Nogle kommuner har

søgt gennemført en besøgstjeneste for visse gamle, navnlig enlige gamle mænd, men arbejdet har voldt nogen vanskelighed, blandt andet fordi det har været svært at skaffe de fornødne medarbejdere. Endelig har enkelte af kommunerne oplyst, at de regelmæssigt kommer i forbindelse med de gamle derved, at folkepensionen afleveres pr. bud.

Udgifterne ved udsendelse af omsorgskonsulenter og beskæftigelsestereapeuter m. v. bæres fuldtud af kommunerne selv.

I en række kommuner er der på privat initiativ gennemført en besøgstjeneste af et mere eller mindre ubestemt omfang. I mange tilfælde har det dog vist sig, at de mennesker, der giver tilsagn om at medvirke, mister interessen efter kortere tids forløb. I en enkel: kommune findes en privat organiseret »hyggehjælp«, som anvises gennem hjemmesygeplejen, og for hvilken modtageren selv betaler 2 kr. pr. gang. En række steder iværksætter menighedsplejen besøg i hjemmene, og i een kommune lader man medlemmerne af en ungdomsklub besøge de gamle. Endelig har een kommune oplyst, at pensionistforeningerne gennem deres opkrævere har god kontakt med kommunens pensionister.

2) Klubarbejde.

Kun en enkelt af de udspurgte kommuner har selv organiseret klubarbejde. Det drejer sig om et hobbyværksted, der er indrettet på et alderdomshjem og ledes af en beskæftigelsestereapeut. Værkstedet er åbent for alle pensionister 2 dage om ugen kl. 10-15. Der serveres mælk til frokost samt eftermiddagskaffe, og alderdomshjemmets organist underholder. Udgifterne afholdes fuldtud af kommunen. En anden kommune oplyser, at den har forsøgt at starte klubarbejde i pensionistboligerne, men at der ikke hos pensionisterne har været interesse herfor.

I 20 af kommunerne er klubarbejdet organiseret fra anden side. En del klubvirksomhed sker gennem pensionistforeningerne. Andet klubarbejde er startet af præster eller af kirkelige organisationer, medens nogle klubber drives af de gamle selv. Endelig har kvindeforeninger-

ne i nogle kommuner påtaget sig arbejde af denne art. Mødehyppigheden varierer fra flere gange ugentlig til en enkelt gang om måneden. Medens der i nogle klubber udfoldes en ivrig hobbyvirksomhed, undertiden med undervisning i vævning, læderarbejde, sløjd m. v., drejer det sig andre steder oftest om underholdning og selskabelighed kombineret med kaffedrikning.

Kommunen stiller ofte lokaler til rådighed, betaler lys og varme og yder iøvrigt forskellige tilskud. En del midler tilvejebringes gennem indsamlinger. I adskillige klubber yder deltagerne et beskedent kontingent. Fra een kommune oplyses, at en medarbejder på socialkontoret er medlem af bestyrelsen for en klub for gamle og virker som en slags tilsynsførende. Denne klub er startet på kommunens initiativ, men har en selvstændig bestyrelse. Den benytter hverdage kl. 9-17 lokaler, der er stillet til rådighed af kommunen. Disse lokaler anvendes om aftenen til ungdomsklub.

3) *Steder på hvilke gamle kan beskæftiges.*

Næsten ingen kommuner har steder, der står åbne for de gamle hver dag, og hvor de kan drive hobbyvirksomhed, foretage mindre reparationer, læse eller underholde sig på forskellig vis. I en af kommunerne driver KFUM et fritidshjem, der er åbent hver dag kl. 9-21. Der findes en stor opholdsstue og er mulighed for køb af kaffe m. v. I kælderens findes badeværelse med håndvask og brusebad til gratis afbenyttelse.

4) *Undervisning.*

En del undervisning gives i forbindelse med det allerede omtalte klubarbejde, visse steder under sådanne former, at der kan opnås tilskud efter aftenskolelovgivningen. Herudover har 3-4 kommuner arrangeret undervisning ved en beskæftigelsesterapeut. Et par kommuner oplyser, at de gamle deltager i de almindelige fortsættelseskurser og aftenhøjskolen. Endelig har 2 kommuner iværksat færdselsundervisning for gamle.

2 kommuner oplyser, at der hver sommer afholdes feriekurser på højskole. Arrangører er henholdsvis den stedlige pensionistforening og Dansk Kvindesamfund.

5) *Underholdning.*

En række kommuner arrangerer flere gange i

årets løb underholdningsaftener på alderdomshjem og i folkepensionistboliger. Nogle steder afholdes en større fest for de gamle een eller to gange årlig. Endvidere arrangerer nogle kommuner biografforestillinger 3-4 gange om året.

I andre kommuner er det biograf ejerne, der afholder gratis forestillinger for de gamle, og på steder, hvor der opføres teaterforestillinger, har de gamle ofte gratis adgang til at se disse. Pensionistforeningerne arrangerer som regel sammenkomster med underholdning vinteren igennem. Endvidere arrangerer præster og menighedsråd ofte foredragsaftener og sammenkomster. En række foreninger står bag tilsvarende arrangementer. Til en del af dette arbejde yder kommunerne tilskud, og til visse sammenkomster betaler deltagerne selv et mindre bidrag.

6) *Udflugter.*

I næsten alle kommunerne har de gamle adgang til at deltage i mindst een udflugt om året.

Mange kommuner står selv for arrangementet af den årlige udflugt og afholder de fulde udgifter hertil. Andre steder arrangeres udflugterne af pensionistforeningen, menighedsplejen eller foreninger med velgørende formål, ofte med kommunalt tilskud. I nogle kommuner har de gamle mulighed for at deltage i såvel kommunale som privat finansierede udflugter.

Een kommune oplyser, at den i tidligere år har gennemført 8 dages ferieudveksling med andre kommuners alderdomshjem. En anden kommune sender hvert år 125 gamle og 75 invalider på ferie i 10 dage på et kommunalt ferie hjem.

Endvidere kan nævnes, at en lokalafdeling af Frelsens Hær afholder 14 dages sommerlejr for de gamle i vedkommende kommune.

7) *Formidling af bespisning.*

I en del kommuner kan de gamle uden for alderdomshjemmene, navnlig beboere af folkepensionistboliger, købe mad fra alderdomshjemets køkken. Nogle af kommunerne anfører, at der ikke har vist sig større interesse for ordningen. En kommune har indrettet pensionat for pensionister i et tidligere alderdomshjem. Der betales 45 kr. månedlig for et værelse, 148 kr. månedlig for kost og 3 kr. for enkelte måltider.

Herudover arrangeres der enkelte steder af private organisationer bespisning ved juletid.

8) Fodpleje.

En særlig fodplejeordning for gamle findes kun i få kommuner.

Nogle af disse henviser de gamle til private fodplejere, som yder behandling til nedsat takst, der betales af patienten selv. Andre yder til fodpleje et bestemt beløb pr. måned eller pr. behandling og afholder udgiften som personligt tillæg til den pågældendes folkepension. I enkelte tilfælde giver hjemmesygeplejersken fodpleje.

9) Kørsel til fester eller udflugter.

Ofte sørger arrangørerne af fester eller udflugter, det være sig kommunen eller private organisationer, tillige for den fornødne befordring. Løvrigt ydes befordring af gangbesværede af private bilejere, busselskaber, Taxa og visse steder af redningskorpserne.

10) Eventuelle andre former for omsorgsarbejde.

I 4 kommuner er der ved samarbejde med biblioteksvæsenet etableret bogtjeneste for gangbesværede ældre, der får bøger bragt, tildels ved bistand fra spejderkorpserne.

I 3 kommuner har de gamle adgang til at køre med bybusser for halv pris.

Endelig kan nævnes, at de gamle i 2 kommuner får partoutkort til den stedlige Tivolipark og Zoologiske Have.

II. For at have bedre mulighed for at vurdere værdien af et mere systematisk drevet omsorgsarbejde for gamle har udvalget gennem socialministeriet indstillet, at der foreløbig i 2 sæsoner har været ydet tilskud af tipsmidlerne til et sådant arbejde. Om dette arbejde kan oplyses følgende:

A. Vesterbro i København.

Forsøgsarbejdet på Vesterbro er knyttet til Vesterbro Ungdomsgård, som havde sat sig til opgave at komme i forbindelse med den del af kvarterets gamle, der ikke i forvejen deltog i nogen form for allerede eksisterende opmuntlings- og omsorgsarbejde.

Ungdomsgården indledte derfor et samarbejde med socialforskningsinstituttet og udarbejdede i fællesskab med dette et spørgeskema til

brug ved interviews af ca. 600 mennesker i folkepensionistalderen, boende på det indre Vesterbro og udvalgt efter valglisterne. I slutningen af december 1960 forelå de færdige interviews, der indeholdt oplysninger om de adspurgtes egne ønsker med hensyn til at deltage i aktivt fællesskab med andre enlige, om deres kontakt med familie og venner, eventuelt med foreninger og kirken, samt om deres boligforhold og fysiske habitus. Blandt de 5-600 interviewede udvalgte man fra Ungdomsgårdens side 100 gamle, der tilsyneladende havde de største problemer, og Ungdomsgårdens medarbejdere besøgte dem med indbydelse til og oplysning om den planlagte klub i Ungdomsgården.

Det er lykkedes at få over 50 gamle til at melde sig ind i klubben, der er åben 3 gange om ugen fra kl. 14 til kl. 17. Ca. 35 gamle, som på grund af vanskeligheder ved at færdes eller af andre årsager ikke kunne komme i klubben, har ønsket at modtage besøg i hjemmet af Ungdomsgårdens medarbejdere. Disse besøg foretages de øvrige tre ugedage og med korte mellemrum.

1) Hjemmebesøg.

Det er allerede på nuværende tidspunkt Ungdomsgårdens indtryk, at hjemmebesøg er af stor værdi for de gamle, dels fordi et besøg i sig selv virker opmuntrende, dels fordi der kan ydes megen hjælp af praktisk karakter, herunder vejledning om mulighederne for at komme i gang med praktisk virksomhed ved anvendelse af den rette terapi.

Man forsøger fra Ungdomsgårdens side at få raske gamle til at besøge de svagelige og at bede dem, der er bundet til hjemmet, om at stille deres stuer til rådighed for små klubber på de tider, da klubben i Ungdomsgården ikke er åben. Endvidere er det tanken at få nogle af Ungdomsklubbens medlemmer til at aflægge besøg hos de gamle.

2) Klubarbejdet.

I klubben for ældre lægges vægt på at beskæftige dem med skabende virksomhed. Til klubben har der fra 1. september 1961 været knyttet en mandlig beskæftigelsesterapeut, og der gives undervisning i f. eks. keramik, stoftryk, maleri og håndarbejde.

Det har vist sig vigtigt, at der er et formål med de gamles virksomhed, og man har derfor ladet dem fremstille genstande til salg ved kom-

mende bazarer eller til udsmykning af Ungdomsgården. Derimod har det været vanskeligt at gøre dem interesseret i reparationsarbejde, f. eks. reparation af legetøj fra Ungdomsgårdens legetøjssudlån.

Der har i klubben været interesse for oplæsning, indstudering af mindre komedier og anden form for optræden af de gamle selv. En del af medlemmerne ønsker kun at spille kort, men klubbens medarbejdere mener at kunne spore en tydelig forskel i stemning og humør mellem dem, der kun spiller kort, og dem, der udfører arbejde. Der konstateres glæde og tilfredshed i værkstederne, og medlemmerne vil gerne begynde arbejdet inden klubbens åbningstidspunkt.

B. Brønshøj-Husum.

I Brønshøj-Husum har man lagt hovedvægten på en koordinering af de bestræbelser, der fra forskellige sider blev udfoldet for de gamle. Der blev derfor i april 1959 stiftet et fællesråd for omsorgsarbejdet i Brønshøj-Husum, omfattende en række foreninger og institutioner, blandt andet sygekasserne, Dansk Røde Kors, De Samvirkende Invalideorganisationer, De Samvirkende Menighedsplejer og de politiske partiers vælgerforeninger. Fællesrådet påbegyndte i september 1959 et opmuntringsarbejde for ældre og invaliderede ved etablering af hjemmebesøg, oprettelse af klubber og transport af invaliderede til sammenkomster m. v.

1) Hjemmebesøg.

Ifølge fællesrådets erfaring udgør hjemmebesøgene hos gamle og invaliderede, som er ude af stand til at bevæge sig uden for hjemmet, den mest betydningsfulde del af omsorgsarbejdet, men samtidig det arbejde, der er vanskeligst at gennemføre, fordi de personer, der har størst behov for besøg, oftest er vanskeligst at opspore og opnå kontakt med.

Fællesrådet anser det for formålstjenligt, at der rettes henvendelse til de praktiserende læger, hjemmesygeplejersker m. v. for at finde frem til de mennesker, som måtte have behov for omsorgsmæssige foranstaltninger, navnlig hjemmebesøg.

2) Klubarbejde.

Fællesrådet har, siden det startede sin virksomhed, oprettet 2 nye klubber for ældre, over-

taget en allerede bestående klub og ydet støtte til andre klubber i kvarteret.

I klubberne arrangeres underholdning af forskellig art, og der er mulighed for kortspil, billard o. lign. samt servering af kaffe. I den ene af klubberne er der adgang til at se fjernsyn hver aften, hvilket ikke er muligt i de øvrige klubber, der har til huse i ungdomsforeningernes lokaler.

Det er iøvrigt fællesrådets opfattelse, at der ikke bør afholdes sammenkomster i klubberne mere end ca. een gang ugentlig, hvis man vil undgå en svækkelse af interessen for klubvirksomheden.

I en af kvarterets biografer arrangeres endvidere een gang om måneden en filmsforestilling, der overværes af 5-600 ældre.

3) Transport af invaliderede til sammenkomster m. v.

Fællesrådet har arrangeret en del festlige sammenkomster for mennesker, som ikke ved egen hjælp kan forlade deres bopæl. De pågældende er blevet afhentet og bragt hjem ved fællesrådets foranstaltning.

Efter rådets opfattelse har disse fester været af stor psykologisk betydning og må betragtes som et vigtigt led i omsorgsarbejdet.

De foreliggende oplysninger om det omsorgsarbejde, der rundt om i landet iværksættes for de gamle, må efter underudvalgets opfattelse tages som udtryk for, at der er et betydeligt behov for dette arbejde.

Erfaringerne viser, som man måtte vente, at det langtfra er alle ældre, der ønsker at være omfattet af et omsorgsarbejde, men dette arbejde må på den anden side for den kreds af gamle, der føler behov herfor, anses for meget betydningsfuldt og som et naturligt led i de bestræbelser, der udfoldes, for at de gamle længst muligt kan forblive i deres hjem i stedet for at blive optaget på alderdomshjem eller plejehjem.

Undersøgelserne viser, at større fællesarrangementer som udflugter og underholdningsaftener er den mest udbredte form for omsorgsarbejde for gamle. Erfaringsmæssigt er det dog mindre end $\frac{1}{3}$ af folkepensionisterne, der deltager i disse fællesarrangementer, og det er udvalgets opfattelse, at arrangementer af denne art, der kun finder sted nogle få gange om året, er af begrænset værdi i forhold til det omsorgsarbejde, der udøves gennem hjemmebesøg og klub-

arbejde, ved hvilket man året rundt søger at imødekomme de gamles kontaktbehov.

For så vidt angår hjemmebesøg synes det største problem at bestå i at skaffe medarbejdere. Erfaringerne viser, at det er vanskeligt at skabe en varig hjemmebesøgsordning på ren privat basis med ulønnede medarbejdere, og det kan derfor være ønskeligt, om det offentlige tager del i administrationen og reguleringen af besøgsarbejdet. Hvor vigtigt et besøgsarbejde er, understreges af, at blot den begrænsede kontakt, som opstår ved, at pensionen udbetales gennem udbetalere på de gamles bopæl, nogle steder anses for at være af stor værdi.

Med hensyn til klubvirksomheden må man være opmærksom på, at der flere steder findes forskelligt, næsten konkurrerende klubarbejde, der henvender sig til den samme kreds af gamle, som ofte går lige fra det ene arrangement til det andet. På dette område kan det derfor være ønskeligt at koordinere de bestræbelser, der udfoldes fra de forskellige sider, således at virksomheden bliver til glæde for det størst mulige antal interesserede gamle. Kommunernes virksomhed med hensyn til klubarbejdet vil i øvrigt naturligt bestå i at stille lokaler til rådighed, bl. a. i folkepensionistboliger og ungdomsklubber.

Endelig finder udvalget, at visse spørgsmål vedrørende befordring af gangbesværede bedst vil kunne løses af kommunerne.

Et meget vigtigt led i det arbejde, der gøres for de gamle, er at give dem mulighed for at få fodpleje. Det kan næppe siges at være et led i det omsorgsarbejde, der i øvrigt er beskrevet her, men det er en så vigtig forudsætning for de gamles velbefindende, at deres fødder holdes i orden, at det er naturligt at nævne det også i forbindelse med omsorgsarbejdet. Udvalget finder, at man bør henlede kommunernes opmærksomhed på dette spørgsmål og opfordre dem til at drage nytte af de erfaringer, nogle kommuner har gjort med hensyn til, hvorledes man kan hjælpe de gamle på dette område.

Det er underudvalgets opfattelse, at de forskellige grene af omsorgsarbejdet efter deres karakter udgør et naturligt virkeområde for det private initiativ.

Behovet for omsorgsarbejdet og den udformning, arbejdet kan få, vil efter underudvalgets skøn være så stærkt varieret i de forskellige områder af landet, at arbejdet ikke er egnet til at blive taget op som en offentlig opgave til udformning efter generelle retningslinier.

Underudvalget er under sine overvejelser nået til det resultat, at det dog må tillægges stor betydning, at den kommunale sociale administration som nævnt yder bistand i omsorgsarbejdet for gamle på visse områder, således:

1. Initiativ til og hjælp til koordinering af det omsorgsarbejde, der udøves fra privat side.
2. Hjælp til administration af besøgsordninger.
3. Hjælp til tilvejebringelse af lokaler til den del af arbejdet, der består i at samle de gamle til beskæftigelse, underholdning m. v.
4. Hjælp til antagelse af en leder, en beskæftigelsesterapeut eller lignende.
5. Hjælp til befordring af gamle til mødestedet for klubarbejde etc.

Som udtryk for, at omsorgsarbejdet må anses for at være en naturlig del af forsorgsarbejdet for ældre, forekommer det udvalget rimeligt, at der ydes kommunerne en vis refusion af deres udgifter ved de foran under 3, 4 og 5 nævnte foranstaltninger samt eventuelt også udgifter i forbindelse med administrationen vedrørende besøgsordninger. Da arbejdet må være stærkt præget af lokale forhold, er det naturligt, at kommunerne selv bærer en ret stor del af udgiften, og det foreslås, at udgiften deles således, at *kommunen selv afholder halvdelen*, medens den øvrige *halvdel kan afholdes som folkepensionsudgift*. En sådan ordning vil forudsætte, at der indføjes en bestemmelse herom i lov om folke- og invalidepension.

Eksempel på overenskomst mellem kommuner om opførelse af en fælles sygeafdeling for flere alderdomshjem

§ 1.

Mellem sognerådene for Dannemare, Glos-lunde-Græshave, Landet-Ryde, Skovlænge-Gurreby, Søllested og Tirsted-Skørtinge-Vejleby kommuner indgås herved følgende overenskomst om opførelse og drift af en fælles sygeafdeling for kommunerne.

o 2.

Sygeafdelingen skal opføres ved Hvilested i tilknytning til Landet-Ryde kommunes alderdomshjem.

Afdelingen anslås at skulle have plads til 20-22 af kommunernes folkepensionister.

Hver af kommunerne råder over så stor en andel af pladserne, som dens folketal udgør af kommunernes samlede folketal. Såfremt en af kommunerne ikke belægger sine pladser fuldt ud, står disse til rådighed for de andre deltagende kommuner, eller for kommunerne uden for fællesskabet.

§ 3.

Til at forberede sygeafdelingens opførelse og til at føre tilsyn under byggeriet vælges et byggeudvalg på 12 medlemmer, 2 fra hvert sogneråd, hvoraf det ene medlem skal være formanden for vedkommende kommunes sociale udvalg. Valgene gælder for de kommunale råds funktionsperiode.

Byggeudvalget nedsætter et forretningsudvalg på 6 medlemmer bestående af formændene for de sociale udvalg.

Forretningsudvalget vælger selv sin formand, og denne sørger for indkaldelse til møder såvel i forretningsudvalget som i byggeudvalget, og leder disse møder.

Over de beslutninger, der træffes, fører forretningsudvalgets formand en protokol.

§ 4.

Udvalgene er beslutningsdygtige, når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede. Beslutninger træffes ved almindelig stemmeflerhed. For så vidt der foreligger spørgsmål af større

eller principiel betydning, er ethvert af udvalgets medlemmer berettiget til at forlange sagen udsat til forelæggelse for sognerådene. Udvalgene fastsætter iøvrigt selv deres forretningsorden.

§ 5.

Byggeudvalget foranlediger antaget en arkitekt og en ingeniør, der skal udarbejde projekt med tegninger, beskrivelse og specificeret overslag alt efter de nærmere retningslinier, hvorom sognerådene bliver enige.

I overslaget vil udgiften til inventar m. v. være at medtage, således at det kommer til at omfatte alle påregnelige udgifter ved sygeafdelingens opførelse og indretning.

Når der foreligger endeligt projekt til afdelingens opførelse, herunder plan for finansieringen, forelægger udvalget dette for sognerådene til godkendelse.

§ 6.

Forud for bortgivelsen af byggearbejderne i entreprise, skal der afholdes offentlig licitation, medmindre særlige forhold taler derimod, og der i byggeudvalget er enighed om en anden udbydelsesform.

Udgifterne til opførelsen tænkes dækket ved optagelse af størst mulige lån af offentlige midler, herunder eventuelt statslån.

De herefter resterende anlægsudgifter tilvejebringes af kommunerne, idet folketallene ved den sidste almindelige folketælling benyttes som forholdstal ved fordelingen.

Denne sidste del af anlægsudgifterne kan, såfremt sognerådene er enige derom, tilvejebringes ved optagelse af et fælleslån, i modsat fald sørger hver kommune for at tilvejebringe sin andel.

Såfremt der senere træffes beslutning om ombygning eller udvidelse af afdelingen, tilvejebringes de hertil fornødne midler, såfremt udgiften ikke kan afholdes over driften, af kommunerne efter det foran angivne delingsforhold.

§ 8.

Udadtil hæfter kommunerne umiddelbart solidarisk og ubegrænset for den forbundet påhvilende gæld.

§ 9.

Til igangsættelse af byggeriet er sognerådene forpligtede til enten at medvirke til optagelse af et fælles byggelån af fornøden størrelse, eller til selv at stille de til byggeriets udførelse fornødne midler til rådighed, efterhånden som entreprenørernes byggerater forfalder og udgifter til omkostninger m. v. skal betales.

Det endelige byggegeregnskab udarbejdes ved byggeudvalgets foranstaltning og forelægges sognerådene til godkendelse.

§ 10.

Når byggeriet er afsluttet, og sygeafdelingen tages i brug, skal den bestyres af et udvalg på 6 medlemmer bestående af en repræsentant for hver af de deltagende kommuner, normalt formændene for kommunernes sociale udvalg.

Denne bestyrelse vælger selv sin formand; den er beslutningsdygtig, når 3 af medlemmerne er til stede; dens beslutninger tages ved almindelig stemmeflerhed; i tilfælde af stemmeflerhed gør formandens stemme udslaget.

Spørgsmål om a) anlægsarbejder, der nødvendiggør udredelse af indskud fra interessenterne, b) forbrug af eventuel formue, c) køb, salg eller pantsætning af fast ejendom, d) fastlæggelse af det årlige overslag skal underkastes to behandlinger med mindst een måneds mellemrum, således at bestyrelsens medlemmer inden anden behandling kan få lejlighed til at forelægge spørgsmålene i de respektive sogneråd.

Udvidelser eller ombygninger af et sådant omfang, at de væsentlig ændrer institutionens størrelse eller karakter, kan kun iværksættes, såfremt interessenterne er enige derom.

Beslutninger med hensyn til de under a-c omhandlede spørgsmål skal godkendes af Mariibo amtsråd, hvilket ligeledes er tilfældet, såfremt der skulle blive tale om oprettelse af tjenestemandsstillingen.

§ 11.

Sygeafdelingen drives i fællesskab med Landet-Ryde kommunes alderdomshjem.

Fællesskabet omfatter følgende:

1. Fælles indretning af køkken m.v., hvorved udgifterne deles mellem alderdomshjemmet og sygeafdelingen i forhold til det samlede antal af beboere og ansatte på hver af de to institutioner.

2. Fælles drift af køkken, idet udgifter til lønninger, madvarer, strømforbrug m. v. deles i forhold til antallet af forplejningsdage for beboere og ansatte på hver af de to institutioner.

3. Indretning af en fælles varmecentral, hvis anlægsudgifter deles efter forholdet mellem hver af de to institutioners samlede radiatorhedeflade.

4. Drift af fælles varmecentral, idet udgiften til indkøb af brændsel, til strømforbrug, varmemesterløn, vedligeholdelse af varmecentralen m. v. deles mellem de to institutioner i forhold til det rumfang, der opvarmes i hver af institutionerne, opmålt af arkitekt eller ingeniør.

Såfremt andet fordelingsgrundlag foreslås af de teknisk sagkyndige, vil dette kunne anvendes, såfremt der opnås enighed derom mellem sygeafdelingens bestyrelse og Landet-Ryde sogneråd som bestyrelse for alderdomshjemmet.

3. Fælles drift af haveanlægget omkring institutionerne, idet disse udgifter afholdes med halvdelen af hver. På samme måde forholdes med snekastningsudgifter og eventuelle andre fællesudgifter vedrørende grund m. v.

6. Eventuelt fælles leder, såfremt dette skønnes hensigtsmæssigt, og eventuelt delvis fælles personale (udover det under 2 omhandlede køkkenpersonale).

Fordelingen af eventuelle fælles lønudgifter sker efter særlig overenskomst, der på grundlag af skøn over fordelingen af arbejdsydelsen, træffes mellem sygeafdelingens bestyrelse og Landet-Ryde sogneråd.

7. Ansættelse af en eventuel fælles leder, såvel som af økonoma og varmemester skal godkendes både af sygeafdelingens bestyrelse og af Landet-Ryde sogneråd.

8. For så vidt fællesskab måtte vise sig hensigtsmæssigt på andre områder, træffes der i hvert enkelt tilfælde særskilt aftale derom mellem de to bestyrelser.

Enhver aftale om fællesskab bør også omfatte grundlaget for fordelingen af udgifterne, og aftalen bør altid udfærdiges skriftligt.

§ 12.

På sygeafdelingen vil efter bestyrelsens bestemmelse i det enkelte tilfælde kunne optages

folkepensionister og invalidepensionister, som er så gamle, svagelige eller svækkede, at de tiltrænger egentlig sygepleje.

Såfremt pladsforholdene tillader det, vil der også kunne optages personer, som ikke oppebærer folkepension, men som opfylder aldersbetingelserne herfor, og som iøvrigt har behov for optagelse på afdelingen.

Indbetaling for ophold på sygeafdelingen samt ydelse af lomme penge sker i overensstemmelse med de i lov om invalide- og folkepension § 18 indeholdte regler.

§ 13.

Landet-Ryde sogneråd påtager sig, uden at der ydes særskilt vederlag derfor, at forestå sygeafdelingens regnskabsvæsen på den måde, at sognerådets kasserer eller en anden dertil udpeget person fører afdelingens regnskaber og varetager dens kassererforretninger.

§ 14.

Regnskabsåret er finansåret.

Hvert år udarbejder bestyrelsen overslag for det kommende regnskabsår og fremsender det inden udgangen af november måned til de 6 sogneråd. Af overslaget skal fremgå, hvor meget udgiften pr. plejedag må påregnes at ville andrage.

På grundlag heraf beregnes de enkelte kommuners andele, og disse optages i de respektive overslag.

§ 15.

Regnskabet udarbejdes af bestyrelsen umiddelbart efter regnskabsårets udløb. Det aflægges efter de for sognekommunale regnskaber gældende regler, og revideres dels af de to af de 6 sogneråd udpegede revisorer, dels af amtsrevisionen, hvortil regnskabet med samtlige bilag fremsendes sammen med Landet-Ryde kommunes regnskab.

Forinden skal regnskabet være godkendt af hvert af sognerådene.

§ 16.

Landet-Ryde sogneråd er berettiget til hos de andre deltagende eller indlæggende kommuner at afkræve månedlige eller kvartalsvise a conto indbetalinger, der fastsættes på grundlag af gennemsnitsudgiften pr. plejedag i del: senest afsluttede regnskabsår multipliceret med hver af kommunernes antal af plejedage.

Ved regnskabsårets afslutning udregnes den endelige udgift pr. plejedag, hvorefter der foretages endelig afregning.

Såfremt sygeafdelingens belægning i en periode bliver så ringe, at udgiften pr. plejedag bliver uforholdsmæssig høj, kan bestyrelsen henstille til sognerådene, at de indlæggende kommuners betaling pr. plejedag nedsættes, og det underskud, der opstår herved, dækkes af de deltagende kommuner i forhold til deres folketal ved sidste almindelige folketælling.

Viser det sig nødvendigt herudover at have en driftskapital til rådighed af en sådan størrelse, at det findes mindre rimeligt, at den skal stilles til rådighed af Landet-Ryde kommune alene, vil sognerådene have at forhandle om en passende ordning.

De enkelte sogneråd vil kunne medtage udgifterne på de kvartalsvise begæringer om forskud på statsrefusion af sociale udgifter med et beløb pr. forplejningsdag, der højst svarer til den af socialministeriet i medfør af lov om invalide- og folkepension § 18 fastsatte forplejningstakst.

§ 17.

Sygeafdelingens leder, der skal være uddannet som sygeplejerske, ansættes af bestyrelsen. Det samme gælder eventuelt sygeplejemedhjælp.

Det underordnede personale ansættes af lederen.

Lederen har ledelsen af og ansvar over for bestyrelsen for hjemmets daglige drift.

Om fornødent fastsætter bestyrelsen en instruks for personalet.

Hjemmets beboere tilses indtil videre af deres egne læger.

Såfremt det viser sig ønskeligt, kan der dog efter bestyrelsens beslutning træffes aftale med een bestemt læge om at fungere som huslæge for sygeafdelingen.

For hjemmets benyttelse skal der udfærdiges et reglement, der skal indsendes til Lolland-Falsters stiftamt, til godkendelse.

§ 18.

Interessentskabet kan til enhver tid ophæves, når kommunerne bliver enige derom, eller når amtsrådet på begæring af en eller flere af kommunerne måtte finde skellig grund til ophævelse.

Iøvrigt er interessentskabet uopsigeligt indtil 1. april 1980, til hvilken dato og hver efterføl-

gende 1. april det kan opsiges med mindst eet års varsel.

Er deltagerne enige om den afregning, som ophævelsen medfører, skal denne forelægges amtsrådet til godkendelse. Er parterne uenige, fastsættes de nærmere vilkår, på hvilke ophævelsen skal ske, af amtsrådet. Amtsrådets afgørelser i henhold til foranstående kan indankes for indenrigsministeriet.

§ 19.

Opstår der tvivl om forståelsen og anvendelsen af foranstående overenskomst, afgøres spørgsmålet endeligt af amtsrådet.

Dette gælder også eventuel uenighed om uvidelse eller indskrænkning af fællesvirksomheden i henhold til nærværende overenskomst.

Forinden beslutning træffes, indhenter amtsrådet eventuelt erklæring fra Lolland-Falsters stiftamt, til hvilket det, såfremt tvisten angår den sociale lovgivning, kan henskyde den endelige afgørelse.

Foranstående bilag hidrører fra en sag behandlet af Maribo amtsråd, der har godkendt overenskomsten i den anførte form. I fremtidige tilsvarende overenskomster vil §§ 7, 12 og 14 antagelig få følgende formulering, der er drøftet med indenrigsministeriet.

§ 7.

Udgifterne til opførelse, inventaranskaffelser m.v. tilvejebringes af kommunerne ved optagelse af fælles lån.

I det indbyrdes forhold hæfter kommunerne for disse lån i forhold til deres folketal.

Såfremt en kommune ønsker at dække sin andel af anlægsudgifterne ved indskud, beregnes dette på grundlag af folketallene som forholdstal.

Den påtager sig i så fald ingen hæftelse for fælleslånet.

§ 12.

Kommunernes sociale udvalg kan på sygeafdelingen indlægge folke- og invalidepensionister, som er så gamle, svagelig eller svækkede, at de tiltrænger egentlig sygepleje. Ønsker en kommune at disponere over flere pladser, end den råder over efter § 2, stk. 3, kræver det bestyrelsens godkendelse.

Såfremt pladsforholdene tillader det, kan de sociale udvalg også indlægge personer, som ikke oppebærer invalide- eller folkepension, men som opfylder aldersbetingelseme for folkepension, og som iøvrigt har behov for optagelse på afdelingen.

Optagelse på ledige pladser af patienter fra andre kommuner sker efter bestyrelsens bestemmelse.

Indbetaling for ophold på sygeafdelingen samt ydelse af lomme penge sker i overensstemmelse med reglerne i § 18 i lov om invalide- og folkepension.

§ 14.

Regnskabsåret er finansåret.

Hvert år udarbejder bestyrelsen overslag for det kommende regnskabsår og fremsender det inden udgangen af november måned til de 6 sogneråd.

Overslaget skal omfatte samtlige udgifter ved institutionens drift, herunder udgifter til forrentning og afskrivning af de optagne lån og af eventuelt investeret egenkapital.

Af overslaget skal fremgå, hvor meget udgiften pr. plejedag påregnes at ville andrage.

På grundlag heraf beregnes de enkelte kommuners andele og disse optages i de respektive overslag.

Tilsynet og samarbejdet med de private plejehjem

Afvicestads-læge Inge Jespersen og kontorchef cand. jur. P. Nygaard Hansen

I 1957 besluttede Københavns kommunes Socialdirektorat og stads-lægen at foretage en undersøgelse af forholdene på de private leder-ejede plejehjem, hvor der var indlagt pleje-patienter fra København. Undersøgelsen om-fattede ialt 40 hjem, hvor der var indlagt ca. 500 plejepatienter.

Selvom forholdene på hjemmene, bortset fra ganske enkelte undtagelser, absolut ikke var grelle, så viste undersøgelsen dog med al tyde-lighed, at en række forbedringer var yderst på-krævede.

Af sådanne forbedringer, der fandtes påkræ-vet at gennemføre, kan nævnes:

1. Et effektivt tilsyn med de private plejehjem.
2. En centraliseret visitation af patienterne til plejhjemmene, idet undersøgelsen viste, at der på mange hjem alt for ofte blev mod-taget patienter, der var for dårlige til at blive plejet her.
3. En forbedring af de private plejhjems økonomi, idet undersøgelsen viste, at år-sagen til, at mange plejehjem ikke kunne holde den ønskede standard, i, at de betalin-ger, de fik for patienternes ophold, var for små.

Til at føre tilsyn med de private plejehjem samt til at foretage visitation af plejepatienter, der skal optages i plejeinstitution, etablerede socialdirektoratet herefter et særligt plejetilsyn, hvor der bl.a. er ansat en læge, 2 tilsynssyge-plejersker og 1 socialrådgiver.

Plejetilsynet har følgende opgaver:

1. Behandling af henvendelser angående op-tagelse i kommunale og private pleje- og alderdomshjem. Ydelse af rådgivning og bi-stand ved ind- og udskrivning af patienter i sådanne hjem.
2. Tilsyn med plejepatienter, der opholder sig i deres hjem med henblik på muligheden for genoptræning og specielt med henblik på indlæggelse i plejehjem m.v., når pleje-behovet gør dette nødvendigt.

3. Afgørelse af, i hvilket plejehjem en pleje-patient i givet fald bedst kan optages.
4. Afgørelse af spørgsmålet om den enkeltes betaling for opholdet, herunder spørgs-målet om lommepenge.
5. Indgåelse af betalingsoverenskomster med private plejehjem og ordningen af afreg-ning med disse.
6. Forhandling med private plejehjem vedrø-rende de enkelte patienter samt tilsyn med overholdelse af indgående overenskomster og aftalte vilkår.
7. Bistand til fremskaffelse af det fornødne antal plejhjemspladser.
8. Kontrol med de private plejehjem, hvori kommunen indlægger plejepatienter.

Gennem plejetilsynet har man fået etableret det tilsyn, der er en forudsætning for indlæg-gelse af plejepatienter i private plejehjem. Der er gennemført en række hårdt tiltrængte for-bedringer i disse hjem, samtidig med at belæg-ningstallet er nedsat i de tilfælde, hvor der efter plejetilsynets skøn har været tale om overbelæg-ning.

Man kunne evt. have forventet, at plejetil-synets virksomhed kunne have skabt en vis modvilje hos plejhjemslederne. Dette har ikke været tilfældet. Tværtimod har plejetilsynet mødt stor velvilje hos lederne, der endog meget ofte søger plejetilsynets råd og vejledning.

Ikke mindst plejetilsynets virksomhed har bevirket, at den kreds af plejehjem, som Køben-havns kommune indlægger patienter i, er mere end fordoblet, idet man for tiden samarbejder med og har under tilsyn ca. 85 plejehjem, hvor Københavns kommune har anbragt ca. 1.400 patienter.

Også med hensyn til plejetilsynets visitation af plejepatienter til plejhjemmene herunder til De gamles By og Nørre hospital (Københavns plejehjem), er der opnået tilfredsstillende resul-tater. Denne ordning går i princippet ud på, at hospitalerne vedrørende plejepatienter, der lig-ger i hospital, og som skal overflyttes til pleje-

institution, til plejetilsynet fremsender en ansøgning (bilag 7 a), der er underskrevet af plejepatienten om optagelse i plejeinstitution. Ansøgningen ledsages af en lægeerklæring (bilag 7 b) fra hospitalet. På grundlag af denne erklæring og eventuelt efter yderligere forhandling med hospitalets læger træffer plejetilsynet afgørelse af, i hvilket plejehjem en plejepatient i givet fald bør anbringes, idet man selvfølgelig i det omfang, det er muligt, tager hensyn til patientens eget ønske.

Der er samtidig skabt en nyordning for de plejepatienter, der fra hospitalerne kan udskrives til deres eget hjem, indtil indlæggelse i plejeinstitution nødvendigvis må finde sted. Fra socialdirektoratets side lægges afgørende vægt på, at plejepatienterne kan forblive i deres hjem længst muligt. Dette opnås bl. a. ved ydelse af husmoderafløsning, hjemmehjælp og hjemmesygepleje m. v.

Gennem plejetilsynets virksomhed har man opnået yderligere muligheder for, at plejepatienterne kan forblive i deres hjem. Denne ordning går i korthed ud på: Når en plejepatient, der skønnes at kunne forblive i sit hjem, indtil indlæggelse i plejeinstitution nødvendigvis må finde sted, udskrives fra hospital, udskrives plejepatienten efter behov med husmoderafløsning (evt. med hjemmesygepleje) med senere henblik på ydelse af hjemmehjælp. Samtidig med udskrivningen underretter hospitalet ved en særlig blanket (bilag 7 c) plejetilsynet og patientens læge.

Kort efter udskrivningen aflægger plejetilsynet besøg hos plejepatienten for at skønne over patientens tilstand samt for at undersøge, om der skal træffes yderligere foranstaltninger for at muliggøre, at patienten kan forblive i hjemmet. De praktiserende læger ved, at de vedrørende sådanne plejepatienter kan rette henvendelse til plejetilsynet, når disse patienter ikke mere kan klare sig i hjemmet.

De praktiserende læger anvender hyppigt denne adgang. Når en praktiserende læge retter henvendelse til plejetilsynet om en plejepatient, der ikke mere kan klare sig i hjemmet, optager plejetilsynet forhandlinger med den praktiserende læge angående de foranstaltninger, der kan træffes, for at patienten kan forblive i sit hjem.

Af sådanne foranstaltninger kan bl. a. nævnes: Ydelse af mere hjemmehjælp eller hjemmesygepleje, anvisning af pensionistbolig, ændring af gangbesværedes boliger ved fjernelse

af dørtrin, installering af oliefyr, opsætning af håndgreb i toilet- og badeværelse, ændring af køkkenforholdene, således at handicappede selv har mulighed for at lave mad, en ambulatorisk genoptræning i De gamles By eller i Nørre hospital (Københavns plejehjem) eller eventuelt en midlertidig indlæggelse her med henblik på genoptræning.

Skønnes mulighederne for, at plejepatienten kan forblive i sit hjem, udtømte, indlægges patienten straks gennem plejetilsynet i plejeinstitution.

Denne ordning, der har sparet kommunen for brugen af mange plejepladser, omfatter for tiden ca. 1.100 plejepatienter.

Plejetilsynet tager sig iøvrigt af spørgsmål vedrørende udskrivning af plejepatienter fra plejeinstitution, især fra De gamles By og Nørre hospital (Københavns plejehjem), hvor udskrivninger, efter at genoptræningen af plejepatienter stadig intensiveres, bliver mere og mere hyppig. Herudover bistår plejetilsynet i alle spørgsmål om pleje, der opstår i socialkontorernes daglige administration, samt er rådgivende ved opførelse af nye plejehjem.

Erfaringerne i København har vist, at ca. 7,3 % af de ældre over 65 ar har behov for hjemmehjælp, og ca. 4% for indlæggelse i plejehjem. I sidstnævnte procent er dog ikke medregnet det antal ældre, der har behov for indlæggelse i plejehjem for psykiatriske plejepatienter.

Som omtalt viste den foretagne undersøgelse af de private lederejede plejehjem, at hjemmene trængte hårdt til en sanering af deres økonomi. Københavns kommunes Socialdirektorat har derfor, bistået af plejetilsynet, optaget forhandlinger med de enkelte private lederejede plejehjem angående betalingsspørgsmålene, og der er opnået betalingsoverenskomster (bilag 8 b) med de ca. 80 af de private lederejede hjem, som Københavns kommune for tiden samarbejder med, samtidig med at der på hjemmene er gennemført en række forbedringer. Ved fastsættelse af betalingstaksterne søger man at opnå, at hjemmene får en betaling af en sådan størrelse, at de kan skabe så gode forhold for patienterne som muligt, samt at lederne får en passende indtægt. Hertil kommer, at der til hjem, der ønsker større og af plejetilsynet godkendte forbedringer gennemført, ydes forskud, der tilbagebetales med passende månedlige beløb. Foreløbig er der i enkelte tilfælde også

ydet kommunale lån eller kaution for lån til ombygninger eller udvidelser af bestående hjem.

I de senere år er der i København opført foreløbig 4 private selvejende plejehjem, der drives af store og anerkendte foreninger eller institutioner m.v. Opførelsen af sådanne hjem, der har vist sig at løse plejehjemsproblemet på en særdeles tilfredsstillende måde, vil blive fortsat. Et større antal af disse hjem er enten under opførelse, projektering eller planlægning.

De pågældende hjem bliver i princippet projekteret i overensstemmelse med de i bilag 16 omtalte retningslinier og projekteres med bistand fra plejetilsynet. Der er nedsat et særligt udvalg bestående af praktikere, forstandere, økonomaer m.v. fra de bestående hjem, som gennemgår planerne, for at de nye hjem skal blive indrettet så praktisk og rationelt som muligt, men også for at forhindre, at fejl, der evt. er begået ved opførelsen af tidligere hjem, gentages.

Disse plejehjem er selvejende institutioner, d.v.s., at de har en bestyrelse på mindst 3 medlemmer, jfr. socialministeriets cirkulære af 30.

juni 1955 om plejehjem for kronisk syge samt om regler for alderdomshjem og plejehjem.

Der er for den selvejende institution udfærdiget en særlig vedtægt, (bilag 7 d). Endvidere sluttet der en overenskomst (bilag 8 a) mellem institutionen og Københavns kommune angående betalingen for patienter, der optages i plejehjemmet.

Optagelsen i disse hjem kan sædvanligvis kun finde sted efter ansøgning (bilag 7 e). Ansøgningen passerer plejetilsynet, der afgiver en udtalelse om, hvorvidt patienten ifølge sin helbredstilstand kan anses for egnet til optagelse i hjemmet.

Udgifterne ved opholdet, såvel på de kommunale som de private plejehjem, afholdes i henhold til bestemmelserne i folkepensionslovens § 18. Lommepenge og evt. indtægtsafgivelse beregnes i henhold til samme bestemmelse, hvilket er ensbetydende med, at plejepatienter, hvadenten de opholder sig på et kommunalt eller privat plejehjem, er økonomisk ligestillet.

Bilag 7 a

Modtaget

Journal nr.

O.fl.nr.

Til magistratens 3. afdeling

Plejetilsynet, Nørre Allé 41, København N.

anmoder om indlæggelse i plejehjem efter de fastsatte regler, hvormed jeg er gjort bekendt.

☐ De gamles By / Nørre hospital (Københavns plejehjem)

☐ Privat sygehjem

dato

personlig underskrift

Hvis personlig underskrift mangler, bedes hospitalet oplyse årsagen hertil.

Fremsendt fra (hospitalets stempel og underskrift)

Bilag 7 b

Hospitalsafdelingens eller lægens stempel			Udfyldes af plejetilsynet		
Efternavn		Fornavne			
Fødselsdato og -år		Sygekasse			
For gifte kvinder mandens fulde navn		Fødselsdato og -år			
Bopæl		Magistratens 3. afd.s journalnr.			
Hospital	Afdeling	Stue	Indl. dato		
Skønnes patienten egnet til optagelse i privat sygehjem					
Ja/Nej					
Patientens egen læge					
Nærmeste pårørendes navn, adresse og evt. telefonnr.					
Diagnoser					
Sygehistorie					
Kan patienten gå uden støtte		Kan patienten klare personligt toilette selv		Kan patienten spise selv	
Ja/Nej		Ja/Nej		Ja/Nej	
Må patienten være konstant sengeliggende		Behøves daglig sygeplejerskehjælp		Hyppigt lægetilsyn	
Ja/Nej		Ja/Nej		Ja/Nej	
Er patienten klar		Rolig		Renlig	
Ja/Nej		Ja/Nej		Ja/Nej	
Kan pågældende karakteriseres som hjælpeløs		Kan pågældende klare sig uden hjælp om natten			
Ja/Nej		Ja/Nej			
Evt. andre bemærkninger kan skrives på blankettens bagside.					
Dato		Lægens underskrift			
Udfyldes af plejetilsynet					
Tilstået plads i		Dato			
De gamles by / Københavns plejehjem					
Stempel		Dato		Underskrift	
Modtager på plejetilsynets kontor		Indlæggelsesdato			

a, Vedhæftes udskrivningskort til patientens læge

Efternavn	Fornavne
Fødedato og -år	Bopæl
Hospital	Afdeling
Indlagt d.	Udskrevet som plejepatient d.
Patienten udskrives med	
husmoderafløsning (hjemmehjælp) / hjemmesygeplejerske / anden hjælp i hjemmet (f. eks. af pårørende)	

Patienten kan i fremtiden almindeligvis ikke modtages i magistratens 2. afdelings hospitaler, med mindre en akut sygdom indtræder. Såfremt patientens helbredstilstand senere kræver det, søges patienten direkte optaget i plejehjemmet, Socialdirektoratet er underrettet om, at udskrivning har fundet sted på disse vilkår, og henvendelse om patientens eventuelle anbringelse i plejehjem bedes rettet til tilsynssygeplejerskens kontor, Nora 5608 kl. 11-13.

b. Afrives og sendes til nedenstående adresse

Efternavn	Fornavne
Fødedato og -år	Stilling og civilstand
Bopæl	
Egen læge	
Hospital	Afdeling
Indlagt d.	Udskrevet som plejepatient d.
Diagnose	
Hosp. stempel	

TILSYNSSYGEPLEJERSKENS KONTOR

Nørre Allé 41 - København N

Vedtægter for plejehjem

i.

Hjemmet, der er beliggende.....
er en selvejende institution.
Hjemmet drives med det formål, at

2.

Bestyrelsen består af personer, hvoraf

Bestyrelsen vælger af sin midte en formand,
en kasserer og en sekretær.

De valgte medlemmer vælges for to år ad
gangen, men kan genvælges.

3.

Bestyrelsen holder møde, så ofte formanden
eller to medlemmer af bestyrelsen ønsker det.

For at bestyrelsen kan træffe gyldige bestem-
melser, må der være mindst fire medlemmer til
stede. Beslutninger træffes i reglen med almin-
delig stemmeflerhed. I tilfælde af stemmelighed
gør formandens stemme udslaget, og i hans fra-
værelse benyttes lodtrækning. Til beslutninger
om forandringer i vedtægterne eller dispositio-
ner over fast ejendom udkræves fem stemmer.

Over forhandlingerne i bestyrelsesmøderne
føres der en protokol, hvori bestyrelsen tillige
har at indføre alt af interesse vedrørende hjem-
met.

4.

Kassereren fører under den øvrige bestyrelses
tilsyn regnskab over hjemmets indtægter og ud-
gifter. Regnskab afsluttes, og status opgøres
hvert år pr. 31. marts. Regnskabet revideres af
en statsautoriseret revisor.

5.

Bestyrelsen har ret til at antage lønnet med-
hjælp til administrationen. Den ansætter og af-
skediger det fornødne personale til hjemmets
daglige drift og fastsætter vilkårene for og om-
fanget af de forskellige funktioner.

6.

Til at disponere over de institutionen tilhø-
rende værdipapirer etc. kræves underskrift af
mindst fire bestyrelsesmedlemmer; ved afhæn-
delse, køb eller pantsætning af fast ejendom af
fem bestyrelsesmedlemmer. De institutionen til-
hørende værdipapirer skal forsynes med påteg-
ning om, at de tilhører institutionen.

7.

Bestyrelsen udfærdiger reglement for bebo-
erne samt fastsætter i overensstemmelse med
den derom gældende lovgivning de betingelser,
der skal gælde for optagelse i hjemmet.

Ansøgning om optagelse i Haandværkerforeningens stiftelser Alderstrøsts plejehjem

Ansøgerens fulde navn: _____

Adresse: _____ Fødselsdato og -år: _____

Stilling (fag): _____	
Har ansøgeren, ansøgerens mand eller fader været medlem af Haandværkerforeningen eller laugget?	Haandværkerforeningen fra _____ til _____ Laugget _____ til _____
Har ansøgeren været medlem af en anden organisation?	Organisation fra _____ til _____
Modtager ansøgeren folke- eller invalidepension og i bekræftende fald fra hvilken kommune?	nej ☐ ja ☐ Folkepension Invalidepension Kommune: _____ Evt. sagsnr.: _____
Er ansøgeren medlem af sygekasse eller sygeforsikring?	Sygekassens eller sygeforsikringens navn: _____ nr.: _____
<u>Oplysninger om helbredstilstand:</u> Hvilke sygdomme eller svagheder er årsagen til ansøgning om optagelse i plejehjem?	
Er ansøgeren for tiden indlagt på hospital og i bekræftende fald på hvilket hospital?	
Har ansøgeren hjælp til pleje eller anden hjælp i hjemmet?	
Er ansøgeren til stadighed sengeliggende?	
Er ansøgeren under stadigt lægetilsyn og behandling?	
Hvem er ansøgerens læge?	

Dato: _____ Underskrift: _____

Det bemærkes, at ansøgeren ved optagelse på plejehjemmet vil være forpligtet til at opsig sin nuværende lejlighed til senest 3 måneder efter optagelsen og overholde de for plejehjemmet gældende ordensbestemmelser, der var vedlagt ansøgningen.

Lægeerklæring

Skønnes pågældende at have behov for optagelse på plejehjem og være egnet dertil?			
Diagnoser			
Specielt bedes ved x i de anførte rubrikker anført, om den pågældende lider af følgende sygdomme			senil confusion eller anden sindssygdom ☐ smitsomme sygdomme ☐ narkomani ☐ åndssvaghed ☐ epilepsi ☐
Sygehistorie			
Må patienten være konstant sengeliggende?			
Er patienten klar? ☐ ja ☐ nej	Rolig? ☐ ja ☐ nej	Renlig? ☐ ja ☐ nej	
Behøves daglig sygeplejerskehjælp? ☐ ja ☐ nej		Hyppigt lægetilsyn? ☐ ja ☐ nej	
Kan pågældende karakteriseres som hjælpeløs? ☐ ja ☐ nej		Kan pågældende klare sig uden hjælp om natten? ☐ ja ☐ nej	

Dato: _____ Lægens underskrift: _____

Lægens stempel:

Ansøgningsskemaet sendes af lægen direkte til:

Haandværkerforeningens stiftelser Alderstrøst,
 Dr. Tværgade 2,
 K.

Eksempel på overenskomst mellem en kommune og et plejehjem tilhørende en selvejende institution

OVERENSKOMST MELLEM

Det mosaiske Troessamfunds pleje- og alderdomshjem - N. J. Fræncels stiftelse - og magistratens 3. afdeling

Nærværende overenskomst omfatter folke- og invalidepensionister samt personer, der modtager hjælp som kronisk syge, fra Københavns kommune, der optages på Det mosaiske Troessamfunds pleje- og alderdomshjem, N. J. Fræncels stiftelse.

Overenskomsten omfatter endvidere andre personer, der helt eller delvis for Københavns kommunes regning optages i plejehjemmet.

o 2.

Forinden optagelse i plejehjemmet af personer, for hvilke betalingen helt eller delvis søges afholdt af Københavns kommune, skal magistratens 3. afdelings godkendelse indhentes.

Betalingen, der ydes pr. plejedag, fastsættes således, at plejehjemmet får dækning for sine udgifter.

Magistraten er ved beregning af plejedagsbetalingen berettiget til at udelukke eller begrænse sådanne udgifter, der normalt ikke vedrører driften af plejehjem.

§ 4.

Fastsættelse af den i § 3 omhandlede betalingstakst for et regnskabsår sker på grundlag af plejehjemmets budget, der skal forelægges magistraten senest 2 måneder før regnskabsårets begyndelse.

§ 5.

Kommunens betaling erlægges månedsvis forud med et afrundet beløb, fastsat under hensyn dels til det antal beboere, der på tidspunktet for beregningen af dette beløb er optaget i plejehjemmet for kommunens regning, dels til det beløb disse beboere af egne midler selv skal indbetale til plejehjemmet, jfr. § 7.

§ 6.

Den endelige fastsættelse af betalingen sker på grundlag af regnskabet for plejehjemmet, der må være forelagt magistraten senest 2 måneder efter regnskabsårets udløb.

Endelig afregning af mellemværendet sker iøvrigt på grundlag af antallet af plejedage og de af beboerne indbetalte beløb.

Til plejedage henregnes kortere ferieophold (indtil 21 dage inden for et regnskabsår) og midlertidige hospitalsophold.

De af overenskomsten omfattede beboere afgiver til plejehjemmet private indtægter, henholdsvis modtager lomme penge, i overensstemmelse med invalide- og folkepensionslovens § 18.

Størrelsen af nævnte indtægtsafgivelse, henholdsvis lomme penge, fastsættes af magistraten.

Indbetaling af private indtægter finder sted direkte til plejehjemmet.

Særlige udgifter, som ikke er omfattet af betalingen, f. eks. beklædning, tandbehandling o.l., kan kun refunderes af magistraten, når godkendelse forinden er indhentet hos Københavns kommunes socialdirektorat.

§ 9.

Hjemmets kontoplan og regnskab affattes i overensstemmelse med arbejds- og socialministeriets cirkulære af 21. marts 1953.

§ 10.

Ordensreglement for plejehjemmet skal forelægges socialministeriet til godkendelse i henhold til forsorgslovens § 39, stk. 2, efter forudgående forelæggelse for Københavns magistrat, 3. afdeling.

§ 11.

Nærværende overenskomst er kun gyldig med socialministeriets godkendelse.

Overenskomsten kan opsiges med $\frac{1}{2}$ års varsel til en 1. april eller 1. oktober.

Bilag 8 b

Eksempel på overenskomst mellem en kommune og et privat, lederejet plejehjem

BETALINGSOVERENSKOMST

med syge- og plejehjem vedrørende folke- og invalidepensionister m, fl., som modtager tilskud fra Københavns kommune til betaling af opholdsudgiften

Ledige pladser, der ønskes besat gennem Københavns kommune, anmeldes til plejetilsynet, Nørre Allé 41, Nora 5608, lokal 5.

Henvisninger til hjemmet sker ved blanket VII, hvorpå hjemmet giver besked om resultatet af henvisningen.

Forinden indlæggelse må hjemmet sikre sig betalingstilsagn fra plejetilsynet. Tilsagn meddeles skriftligt eller i hastetilfælde telefonisk.

Når indlæggelse har fundet sted, underretter hjemmet plejetilsynet ved benyttelse af blanket II, hvorefter der snarest muligt anvises hjemmet betaling fra indlæggelsesdagen. Den aftalte betaling anvises derefter månedsvis forud.

Udover den aftalte betaling vil der normalt blive anvist hjemmet lommepenge til den indlagte pensionist. Lommepengene vil straks efter modtagelsen af hjemmet være at udbetale til pensionisten mod kvittering.

Ved første anvisning underrettes hjemmet og

pensionisten om de beløb, der vil blive anvist herfra ved benyttelse af blanket III.

Har en pensionist egne indtægter, kan det medføre, at det sædvanlige lommepengebeløb nedsættes eller bortfalder, og at pensionisten eventuelt selv skal bidrage til betalingen for opholdet i hjemmet. Herom vil hjemmet blive underrettet, når betalingstilsagn meddeles.

Til trængende pensionister anvises sygekassekontingent til sygekassen ved benyttelse af en særlig anvisning, der fremsendes til aflevering i sygekassen under medbringelse af medlemsbogen. Der kan efter indstilling fra hjemmet ydes pensionister nødvendig beklædning.

I tilfælde, hvor hjemmet med plejetilsynets samtykke afholder udgifter til beklædning, fremsendes anmodning til plejetilsynet om refusion af udgifterne ved anvendelse af blanket V.

Ved afgang fra hjemmet på grund af død, bortflytning eller lign. har hjemmet krav på

fuld betaling i 10 dage efter afgang. For så vidt der herefter er betalt for meget, må beløbet tilbagebetales, hvilket normalt vil ske ved fradrag i den følgende månedsanvisning for de tilbageværende pensionister. Såfremt afgang er sket så sent, at fradraget ikke kan foretages som anført, foretages fradraget i den næstfølgende månedsanvisning. Opgørelse over fradragsbeløb med angivelse af, hvordan det fremkommer, vil være vedlagt månedsanvisningen.

Hvis en hospitalsindlæggelse varer over 10 dage, og det kan oplyses, at pensionisten inden for en rimelig frist kan vende tilbage til hjemmet, kan hjemmet efter aftale med plejetilsynet i hvert enkelt tilfælde holde pladsen ledig mod

en reduceret betaling. Tilsvarende må hjemmet underrette plejetilsynet, for så vidt pensionisten af andre grunde — bortset fra kortere ferier — tager ophold uden for hjemmet, uden at der er tale om fraflytning.

Hjemmet må meddele enhver afgang fra hjemmet snarest ved benyttelse af blanket IV.

Den aftalte betaling udgør vederlag for kost, logi med varme, lys, rengøring m.v., og pleje, levering af sengelinned, vask og medicin samt læge, hvis hjemmet ikke vil benytte sygekasselægen.

Såfremt hjemmet afhændes og overgår til ny ejer, må plejetilsynet omgående underrettes om ejerskiftet.

Bilag 9

Forslag til nedsættelse af social- og sundhedsudvalg i amterne

Af amtsfuldmægtig, cand. jur. Ernst Larsen

Den nuværende ordning på det sociale og sundhedsmæssige område i amterne er karakteriseret ved, at der mangler et fællesorgan, der kan formidle helhedsløsninger af opgaver, der har betydning for hele amtet eller dog for større områder af dette.

En nyordning af embedslægevæsenet trænger sig herved på, og sundhedsstyrelsen har stillet i udsigt, at der vil blive nedsat et udvalg til behandling af dette spørgsmål.

Også på det sociale område føles imidlertid savnet af et samlende led i stærkere og stærkere grad.

Amtet har i sin egenskab af statsinstitution et almindeligt overtilsyn med kommunernes forvaltning af den sociale lovgivning, virker som klageinstans for de af de sociale udvalg trufne afgørelser og skal føre tilsyn med kommunernes sociale institutioner, navnlig alderdomshjem og visse steder plejehjem og enkelte andre institutioner.

Amtskommunen som sådan har ikke nogen egentlige sociale opgaver, bortset fra at den på samme måde som andre kommuner kan opføre

plejehjem for kronisk syge, jfr. herved forsorgslovens § 9, og at den skal opretholde forsorgshjem, jfr. § 7.

Et amtsligt organ, svarende til kommunernes sociale udvalg, findes ikke.

Det er efterhånden blevet klart, at der er et stort behov for institutioner til pleje af gamle og af kronisk syge, og at dette behov må forudses at blive stærkt forøget i de kommende år, samtidig med at kravene til plejens udførelse er stigende, dels på grund af lægevidenskabens udvikling, dels på grund af samfundets almindelige velstandsstigning og dermed forbedrede levestandard.

Disse forøgede krav vil imidlertid bevirke, at man må imødesæ stærkt forøgede udgifter til disse institutioner i de kommende år, og det må af denne grund og også på grund af mangelen på uddannet arbejdskraft (læger og sygeplejersker) være nødvendigt at udvise streng økonomi ved løsningen af disse opgaver.

En sådan økonomisering forudsætter, at der kan ske en planlægning, der sigter på at få landet dækket med institutioner, der med tilfreds-

stillende indretning og med det fornødne personale er i stand til at løse denne opgave. Også en planlægning i tid kan være ønskelig, således at de mest påkrævede opgaver løses først, og at udbygning af mindre påkrævede institutioner udskydes.

Allerede opgaven med at skabe en ordnet løsning af institutionsbehovet er af en sådan betydning, at den gør det påkrævet, at der i hvert amt skabes et organ, der kan behandle disse spørgsmål i en større sammenhæng, og samordne de kræfter, der kan stilles til rådighed til løsning af opgaven.

Et sådant organ vil f. eks. kunne skabes på den måde, at der inden for hvert amt nedsættes et social- og sundhedsudvalg, der udstyres med en almindelig kompetence til at vejlede og rådgive amtets kommunalbestyrelser på dette område.

Dette udvalg vil kunne nedsættes af amtsrådet, men bedst ville det være, såfremt der også kom repræsentanter for byrådene ind i udvalgene, således at man fik mulighed for at etablere det samarbejde mellem købstæder og sognekommuner, som antagelig vil vise sig ønskeligt på adskillige punkter. Enkelte sagkyndige, i første række amtslægen, bør også være medlem af dette udvalg, ligesom der bør være hjemmel til, at udvalget kan antage fornøden medhjælp til udførelse af sekretariatsforretninger og andre opgaver, jfr. nedenfor.

Foruden planlægningen af institutionsforsorgen frembyder de sociale bistandsordninger, der tænkes her i første række på hjemmesygeplejen, på husmoderafløsning og hjemmehjælp, opgaver, hvor et amtsudvalg ville have et naturligt arbejdsfelt.

Lovgivningen om disse opgaver er ret ny eller, som for hjemmesygeplejens vedkommende, nylig ændret, og må formentlig siges at danne en tilfredsstillende lovmæssig basis for arbejdet.

Hjemmesygeplejen er efter den i 1958 gennemførte lovændring omorganiseret, således at arbejdet skulle være lagt i en tilfredsstillende ramme med passende distrikter, motorisering etc.

Et led i ordningen, der såvidt vides savnes alle steder, i hvert fald uden for de større byer, er imidlertid en ledende hjemmesygeplejerske, der kan føre det tilsyn med sygeplejerskernes arbejde, som efter erfaringer fra udlandet kan bevirke, at arbejdskraften bliver udnyttet mere effektivt, og at arbejdet bliver udført bedre

blandt andet på grund af den instruktionsvirksomhed, som en ledende hjemmesygeplejerske kan udøve.

Med hensyn til husmoderafløsning og hjemmehjælp er der ligeledes skabt en økonomisk basis fra lovgivningens side, som skulle kunne danne grundlag for tilfredsstillende ordninger, og der er mange steder, navnlig i de større købstæder, men også i en del landkommuner, organiseret et arbejde, som er meget værdifuldt, og som har stor betydning til aflastning af institutionerne, idet mange, navnlig på grund af hjemmehjælpen, bliver sat i stand til at blive i deres eget hjem, hvor de tidligere har måttet anbringes på en institution.

Dette er ikke alene en betydelig økonomisk fordel for samfundet, institutionsplejen er kostbar, men i de fleste tilfælde også en ordning, der er ønskelig set ud fra en rent human betragtningsmåde.

I mange andre kommuner er der imidlertid ikke indført tilfredsstillende husmoderafløsning og hjemmehjælp, enten fordi man slet ikke har indført disse hjælpeformer, eller fordi de ikke er gennemført på en tilstrækkelig effektiv måde.

Social- og sundhedsudvalget ville på dette område have mulighed for at knytte en ledende hjemmesygeplejerske til sig, som kunne effektivisere hjemmesygeplejeordningerne, og ville med hensyn til husmoderafløsning og hjemmehjælp kunne være til bistand for kommunerne med råd og vejledning om, hvorledes dette arbejde bedst kan iværksættes, virke som mellemled, hvor det skønnes ønskeligt, at flere kommuner indleder et samarbejde om fællesordninger på dette område, og til stadighed følge arbejdet, således at den foreliggende lovgivning udnyttes på den tilsigtede måde.

Også til dette arbejde vil det muligvis vise sig hensigtsmæssigt at knytte en særlig medarbejder, f.eks. en husholdningskonsulent eller en person med en lignende praktisk uddannelse, som kan virke som konsulent for kommunerne ved tilrettelæggning af arbejdet med husmoderafløsning og hjemmehjælp.

En enkelt medarbejder, der har dette som sin eneste opgave, vil kunne udrette meget på dette område, og den udgift, det vil medføre, vil være ubetydelig i forhold til det, der kan opnås ved effektivisering af arbejdet.

Sekretariat.

For at et social- og sundhedsudvalg, der forudsættes at bestå af folkevalgte amtsråds- og by-

rådsmedlemmer og enkelte sagkyndige, kan få den tilsigtede betydning, vil det være nødvendigt, at udvalget disponerer over et sekretariat, der råder over såvel administrativ som lægelig sagkundskab.

Dette vil kunne opnås, såfremt amtslægen, foruden at være sagkyndigt medlem af udvalget, bistår sekretariatet med den administrative behandling af sagerne. Sekretariatsforretningerne bør i øvrigt henlægges til amtskontoret, der i forvejen beskæftiger sig med sociallovgivningens og sundhedsvæsenets administrative og juridiske problemer.

Det må i denne forbindelse pointeres, at det allerede i embedslægeloven er fastsat, at amtslægen skal fungere som lægelig konsulent for amtet og amtsrådet.

Det, der nu foreslås, er imidlertid etablering af et nøje samarbejde mellem de to instanser, et samarbejde som går videre end den bestående konsultative virksomhed. Et sådant samarbejde vil bedst kunne etableres, såfremt amtslægen får kontor i samme bygning som amtskontoret.

Yderligere opgaver for social- og sundhedsudvalget.

Ved nedsættelse af social- og sundhedsudvalget og ved etablering af et sagkyndigt sekretariat, skabes der mulighed for en videregående koordination af social- og sundhedsvæsenets områder. Dette forudsætter imidlertid inddragelse af andre felter under udvalgets område.

Som eksempler herpå skal nævnes.

Sundhedsplejerkoordinationen.

Sager vedrørende spædbørnssundhedsplejen bør henlægges under social- og sundhedsudvalget, og den ledende sundhedsplejerske vil naturligt glide ind som medarbejder i udvalgets stab, ved siden af den ledende hjemmesygeplejerske.

Jordemødervæsenet.

Også jordemødervæsenet hører naturligt hjemme under udvalgets område.

Særlige opgaver vedrørende alderdomshjem, sygeafdelinger for gamle og plejehjem for kroniske syge.

De almindelige alderdomshjem er traditionelt by- og sognekommunale, og der er næppe anledning til at ændre på dette forhold.

Opgaven for udvalget begrænser sig derfor til rådgivning og vejledning ved planlægning af nye hjem og modernisering af ældre hjem, ligesom man gennem et effektivt tilsyn bør hjælpe kommunerne med at drive hjemmene på en måde, så man får udnyttet dem bedst muligt.

Sygeafdelinger for gamle findes hovedsageligt i byerne, men vil formentlig blive indrettet i landkommunerne i et vist omfang gennem fælleskommunalt samarbejde.

Det ville være mest rationelt, såfremt sygeafdelingerne var undergivet en fælles amtsledelse, for eksempel af social- og sundhedsudvalget, men dette vil antagelig blive følt som et indgreb i det kommunale selvstyre.

Udvalgets virksomhed - ud over rådgivning og vejledning — må derfor begrænse sig til en koordinerende virksomhed.

Plejehjem for kronisk syge er oftest amtsinstitutioner, som det vil være naturligt at drive direkte under udvalgets ledelse.

En sikring af at de relativt kostbare pladser på sygeafdelinger og alderdomshjem udnyttes bedst muligt ville det være, såfremt udvalgets sekretariat fører en oversigt over de pladser, der til enhver tid er disponible, samtidig med at sekretariatet virker som konsulent for ejerkommunerne i spørgsmål vedrørende optagelse af patienter, således at man såvidt muligt sikrer sig, at spørgsmål om optagelse på disse institutioner afgøres på et sagligt forsvarligt grundlag.

Revalideringsvirksomhed.

Udvalget bør på dette område holde sig i kontakt med revalideringscentret og amtsrevalideringsudvalget, således at det sikres, at revalideringsvirksomheden uanset at den er henlagt til disse specialorganer, bevarer den fornødne forbindelse med det øvrige sociale og sundhedsmæssige arbejde, der foregår i amtet.

Kontaktarbejde.

En naturlig opgave for social- og sundhedsudvalget og dets sekretariat vil det være at arbejde for den bedst mulige kontakt mellem de forskellige grupper af social- og medicinalpersonale i amtet.

Eksempelvis kan nævnes samarbejdet mellem de praktiserende læger og sygehusene, og mellem sundhedsplejersker, jordemødre og hjemmesygeplejersker.

Oplysningsarbejde.

Almindeligt oplysningsarbejde på det sociale og sundhedsmæssige område vil kunne foretages af udvalget, for så vidt det ikke naturligt hører under andre myndigheder, for eksempel skolevæsenet.

En opgave der i kommende år antagelig vil få særlig betydning i denne retning er et oplysningsarbejde blandt ældre, således at de gøres bekendt med samfundets forskellige hjælpeforanstaltninger.

Administrationen af sociallovgivningen. (Herunder børneværn).

Dette vil stadigvæk være en hovedsageligt juridisk præget opgave, som næppe i højere grad kommer til at berøre selve udvalget. Det vil dog være naturligt at henlægge dem til sekretariatet, og man vil derigennem opnå, at de i særlige tilfælde vil kunne drøftes med udvalget, ligesom det nære samarbejde mellem juridisk og lægelig sagkundskab i udvalget i mange tilfælde vil være af værdi ved sagernes behandling.

Det samme gælder det tilsynsarbejde, der udøves gennem revisionen af kommunernes socialregnskaber, hvorfor der med hensyn til denne opgave bør være samarbejde mellem sekretariatet og amtsrevisionen.

Sundhedskommissioner.

Også sundhedskommissionernes arbejde kunne det tænkes, at der gennem udvalget ville være mulighed for at koordinere.

Særligelægeligt-administrative opgaver.

Foruden det egentlig lægelige arbejde, som vedvarende vil påhvile amtslægen, og som i og for sig ikke berører udvalgets virksomhed, vil der fortsat påhvile amtslægen visse administrative hverv, navnlig som rådgiver for skoledirektionen og amtsbygningsrådet, som er uafhængige af de opgaver, der påhviler udvalgets sekretariat.

Sammenfatning.

De foran omtalte opgaver burde og skulle teoretisk kunne løses allerede på grundlag af den foreliggende lovgivning.

Det har imidlertid vist sig, at de kræfter, der står til rådighed for amt og for amtslæge, er for få og for spredte til at det kan gennemføres.

Forslagets formål er derfor dels at understøtte arbejdet med det særlige social- og sundhedsudvalg, hvis kompetence ikke bør gøres for begrænset, dels at samle og udbygge de administrative kræfter.

Personale.

Foruden amtslægen og amtets juridiske personale, som allerede er til stede, disponerer man flere steder over en ledende sundhedsplejerske.

Herudover bør sekretariatsstaben forøges med en ledende hjemmesygeplejerske og en konsulent vedrørende hjemmehjælp m.v. og eventuelt en socialrådgiver til bistand ved undersøgelser i forbindelse med indlæggelse på institutioner, afgørelse af socialsager m.v.

Bilag 10

Boligstøttelovgivningens regler om støtte til betaling af folkepensionisters og invaliders husleje

Reglerne om huslejetilskud til folkepensionister og invalider findes i kapitlerne XI, XII og XIII i lov om boligbyggeri, jfr. boligministeriets bekendtgørelse nr. 203, af 2. juni 1961.

Den månedlige leje, som folkepensionister og

invalider efter de i henhold til loven fastsatte takster for tiden skal betale, såfremt de modtager huslejetilskud i det sociale byggeri eller bor i en kommunal folkepensionistbolig, fremgår af nedenstående oversigt:

	A. Folkepensionister og invalider der er »i økonomisk eller anden henseende vanskeligt stillet«				Invalider der ikke er »i økonomisk eller anden henseende vanskeligt stillet«, men dog er mindrebedemlede							
					B. Indkomsten — inclusive evt. invalidepension eller sygehjælp — overstiger ikke 2 ¹ / ₄ gange invalide- pensionens fulde grundbeløb				C. Indkomsten — inclusive evt. invalidepension eller sygehjælp overstiger 2 ¹ / ₄ gange invalidepensionens fulde grundbeløb			
	1 vær. m. alkove		1 vær. m. kam- mer ell. 2 vær. (ell. mere for invalider og kron. syge)		1 værelse med alkove		Større lejlighed		1 værelse med alkove		Større lejlighed	
	m/cv.	u./cv.	m/cv.	u./cv.	m cv.	u./cv.	m/cv.	u./cv.	m/cv.	u./cv.	m'cv.	u./cv.
Hovedstaden	64	37	76	49	83	48	99	64	96	56	114	74
Købstæder og bymæs- sige bebyg- gelser	57	31	68	42	74	40	88	55	86	47	102	63
Øvrige land	51	25	61	35	66	33	79	46	77	38	92	53

Reglerne om at en boligtager, der optager en invalid i sin husstand, kan få huslejetilskud findes i § 82 i nævnte lov om boligbyggeri. Tilskuddet udgør for tiden for hver invalid eller kronisk syg 25 % af boligafgiften eller lejen

(heri ikke indbefattet udgifter til centralvarme og varmt vand), dog ikke ud over 400 kr. årlig for een invalid eller kronisk syg og 800 kr. årlig for mere end een.

Bilag 11

Kollektivhuse og pensioner for invaliderede m. v.

I de senere år er der af kommuner og sociale boligselskaber i nye boligforetagender opført specialindrettede boliger til stærkt bevægelseshæmmede. Da der fortsat er et stort udækket behov for boliger af denne art, må det meget tilrådes, at kommunerne og de sociale boligselskaber ved iværksættelsen af nye boligforetagender har opmærksomheden henledt på, at et passende antal af boligerne indrettes specielt til bevægelseshæmmede. Nærmere vejledning vil kunne fås ved henvendelse til boligministeriet eller til boligudvalget for bevægelseshæmmede.

Endvidere er der mulighed for i henhold til bestemmelsen i § 34, stk. 2, i lov om boligbyggeri at få lån til ændring af bestående boliger for at gøre dem egnede til beboelse for stærkt bevægelseshæmmede.

Forannævnte boliger er velegnede til bevægelseshæmmede, der i øvrigt kan klare sig selv i eget hjem evt. med hjemmehjælp eller anden tilsvarende bistand.

Mange invaliderede — især vanføre — har et så stort behov for bistand og pleje, at de ikke uden videre kan bo i egen bolig. Kan der sikres sådanne personer mulighed for at få færdig mad, hjælp til rengøring og den pleje og personlige bistand, som de har behov for samt en hensigtsmæssig bolig, vil de kunne gennemføre en normal livsform til glæde for dem selv og til gavn for samfundet. I modsat fald vil det som hovedregel være påkrævet, at denne kategori af handicappede optages i et plejehjem.

For at afhjælpe de alvorlige boligmæssige vanskeligheder for sådanne handicappede har

Landsforeningen af Vanføres boligselskab foreløbigt opført et kollektivhus for vanføre i København. Der er i kollektivhuset indrettet 182 lejligheder. Der findes endvidere et kollegium, der er forbeholdt revalidenter, hobbyrum, et infirmeri, gæsteværelser, butikker, kontorer, kollektiv restaurant, selskabslokaler, finsk bad, centralvaskeri m.v. samt et beskyttet værksted. Det har været et hovedpunkt for husets udformning, at det skal være en hjælp til selvhjælp.

Husets portnerloge har åbent døgnet rundt, således at beboerne kan kalde portnerlogen, hvis de bliver syge eller på anden måde kommer i vanskeligheder. For at kollektivhuset til fulde kan opfylde sin mission, er der ansat 3 sygehjælpere for at give de beboere, der har behov herfor, personlig assistance og pleje.

Erfaringerne fra det af de vanføres boligselskab opførte kollektivhus har vist, at invaliderede, der tidligere boede på plejehjem, har kunnet klare sig selv og kan føre en normal tilværelse, når hjælp ydes i det foran beskrevne omfang. Boligselskabet fortsætter sine bestræbelser for at få dækket det betydelige behov, der er for specialindrettede boliger til handicappede, og har bl.a. planer om opførelse af kollektivhuse i Aalborg, Århus, Esbjerg, Haderslev, Åbenrå samt på Frederiksberg.

For at kunne huse så handicappede beboere, som der her er tale om, er det en absolut forudsætning, at der til kollektivhuset er knyttet et plejepersonale til beboernes personlige assistance og pleje. Da det drejer sig om et forsøgsarbejde, er der endnu ikke hjemmel for, at udgifterne til dette plejepersonale kan refunderes boligselskabet helt eller delvis af det offentlige. På grundlag af de erfaringer, der foreligger, vil det i høj grad være ønskeligt, at den fornødne hjemmel nu skaffes til veje.

Endvidere er der i kollektivhuset indrettet en ungdomspension (beskyttet bolig) for yngre invaliderede, specielt sådanne invaliderede, der i høj grad er bevægelseshæmmede, og som, såfremt de ikke kunne bo her, måtte være på et plejehjem. Hver af boligtagerne, i alt 24 i alderen 18-25 år, har eget værelse. De kan spise i husets restaurant, og de kan benytte husets for-

skellige faciliteter. Nogle af dem er i stand til at arbejde ude i byen, idet de befordres til deres arbejdsplads; et betydeligt antal arbejder i kollektivhusets beskyttede værksted.

Da beboerne imidlertid er stærkt handicappede, kan de kun i begrænset omfang klare deres personlige fornødenheder uden bistand, ligesom de på grund af deres helbredstilstand må være under en vis opsyn. Der er derfor ved ungdomspensionen ansat en diakon, der dels fører opsyn med beboerne, dels tilligemed en medhjælper passer og plejer beboerne i det omfang, hvor de ikke kan klare sig selv.

For så vidt angår spørgsmålet om betaling af lejen er forholdet midlertidigt, og indtil anden hjemmel tilvejebringes, ordnet på samme måde, som når flere invalidepensionister bor i samme lejlighed, d.v.s., at den enkelte invalidepensionist betaler den i henhold til boligstøtteleven gældende leje reguleret efter indtægt. Det spørgsmål, der står tilbage, er spørgsmålet om betalingen af udgiften til diakonen og medhjælper, en udgift der for tiden, og indtil fornøden hjemmel tilvejebringes, afholdes af boligselskabet.

Det ville formentlig være muligt at drive den pågældende pension som et plejehjem, men det ville medføre, at de pågældende skulle afgive deres indtægter til plejehjemmet, og at de på den anden side skulle have lomme penge og beklædning fra plejehjemmet. En sådan fremgangsmåde ville være en unødigt umyndiggørelse af de pågældende.

Ved skabelsen af denne ungdomspension (beskyttede boliger) er der tale om en nydannelse, der i praksis har vist sig at være særdeles effektiv, og som i et væsentligt omfang løser plejespørgsmålet for de yngre invaliderede. Pensioner af denne art vil utvivlsomt kunne anvendes med tilsvarende held inden for andre grene af forsorgen, f.eks. til åndssvage, epileptikere m.v.

På grundlag af de erfaringer, der foreligger, vil det være ønskeligt, at den fornødne hjemmel for offentlig støtte til driften af denne form for pensioner (beskyttede boliger) tilvejebringes.

Betalingsreglerne for ophold på alderdomshjem og plejehjem

Betalingsreglerne er optaget i § 18 i loven om invalide- og folkepension, der — i uddrag — lyder således:

§ 18.

Hvor omstændighederne taler derfor, kan optagelse i særlig dertil bestemte alderdomshjem eller plejehjem for kronisk syge, der skal give pensionisten mindst lige så gode kår som modtagelsen af folkepension eller invalidepension, træde i stedet for udbetaling af pensionen. Hvis der er rimelig udsigt til, at pensionisten vil kunne udskrives inden for et kortere tidsrum efter optagelsen, kan der dog som pension i dette tidsrum udbetales et beløb til dækning af udgifter til husleje o. lign. Tilsvarende regler gælder ved indlæggelse på et hjems sygeafdeling, medmindre der er tale om indlæggelse udefra til egentlig sygebehandling.

Stk. 2.

Stk 3. a)

b) Såfremt pensionisterne har egen indtægt, der overstiger halvdelen af forannævnte lommepegebeløb, bliver 60 pct. af den overskydende indtægt at fradrage i lommepengene.

c) Overstiger indtægten ¹³/_e af lommepengene, således at disse i overensstemmelse med foranstående regel er bortfaldet, indbetales 60 pct. af den overskydende indtægt til kommunens kasse. Overstiger indtægten ²³/_e af lommepengene, indbetales endvidere hele det derover liggende beløb til kommunens kasse. Der kan herved ikke afkræves de pågældende mere end den fulde udgift ved deres forsørgelse, beregnet efter kommunens sidst afsluttede årsregnskab, og, for så vidt angår pensionister over 67 år, ikke mere end den fulde forsørgelsesudgift med fradrag af et til folkepensionens mindstebeløb svarende beløb. De indbetalte beløb fradrages, forinden refusion beregnes, i den udgift, som opholdskommunen i medfør af § 26 er berettiget til at få refunderet.

Virkningen af betalingsreglerne er følgende:

Lommepege, indbetaling og rådighedsbeløb for enlig folkepensionist på alderdomshjem ved detailpristallet for juli 1962

Indtægt efter fradrag af betalte skatter og kontingenter	Udbetalte lommepege	INDBETALING		Ialt	Til folkepensionistens rådighed
		60 pct. af indtægt	100 pct. af indtægt		
kr. årlig	kr. årlig	kr. årlig	kr. årlig	kr. årlig	kr. årlig
0	696	—	—	—	696
200	696	—	—	—	896
300	696	—	—	—	996
400	672	—	—	—	1.072
600	552	—	—	—	1.152
800	432	—	—	—	1.232
1.000	312	—	—	—	1.312
1.200	192	—	—	—	1.392
1.400	72	—	—	—	1.472
1.600	—	48 +	—	= 48	1.552
1.800	—	168 +	—	= 168	1.632
2.000	—	288 +	—	= 288	1.712
2.200	—	408 +	—	= 408	1.792
2.400	—	528 +	—	= 528	1.872
2.600	—	648 +	—	= 648	1.952
2.800	—	696 +	120	= 816	1.984
3.200	—	696 +	520	= 1.216	1.984
3.600	—	696 +	920	= 1.616	1.984
4.000	—	696 +	1.320	= 2.016	1.984
5.000	—	696 +	2.320	= 3.016	1.984

Indbetaling påbegyndes, når indtægten efter fradrag af betalte skatter og kontingenter over-

stiger ¹³/₆ af det fulde lommepegebeløb (uaf-
rundet 1.508 kr.). For indtægter i intervallet

i 3/6-23/6 af det fulde lommepengebeløb udgør indbetalingen 60 pct. (interval uafrundet 1.508 -2.668 kr.).

Indbetalingen udgør 100 pct. for indtægter udover ²³/e af det fulde lommepengebeløb (uafrundet 2.668 kr.).

Indbetalingen kan ikke blive større end de faktiske udgifter ved opholdet på alderdomshjemmet.

1) I henhold til lov af 22. juni 1962 ydes der herudover i tiden fra 1. september 1962 til 31. marts 1963 til personer, der oppebærer lommepenge, et *ekstraordinært* lommepengebeløb, der for enlige andrager 36 kr. årligt.

Bilag 13

Program for et geriatrisk kursus for sygeplejersker

Den betydelige udvikling, der i de senere år har fundet sted inden for geriatrien med hensyn til behandling, pleje og genoptræning af ældre, stiller forøgede krav til personalet på pleje- og alderdomshjem, ikke mindst til sygehjælpere og sygeplejersker. I takt med udviklingen stiger kravet om en særlig uddannelse.

For at imødekomme dette krav blev der for et par år siden oprettet 2 skoler for sygehjælpere henholdsvis i De gamles By og på Nørre hospital (Københavns plejehjem), og for ca. 1 år siden oprettedes yderligere i De gamles By et særligt geriatrisk kursus til efteruddannelse af sygeplejersker.

Skolerne for sygehjælpere er planlagt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens cirkulære om retningslinier for uddannelse m.v. af sygehjælpere af 4. marts 1960 og omfatter en 8 måneders praktisk og teoretisk uddannelse. Eleverne får løn under uddannelsen. Skolerne har virket tilfredsstillende, og tilgangen af elever har været bemærkelsesværdig stor.

Den geriatriske efteruddannelse af sygeplejersker er planlagt som et 3 måneders praktisk og teoretisk kursus. Den teoretiske del omfatter 120 undervisningstimer, og der undervises efter følgende plan:

Mave — tarmsygdomme (4 timer)
Hjerte - kredsløbssygdomme (5 timer)
Lungesygdomme (3 timer)
Medicinske nyre- og urinvejssygdomme (3 timer)
Hjerne - rygmarsvssygdomme (4 timer)
Andre medicinske sygdomme (4 timer)
Svækkelsestilstande (4 timer)
Medicamenter og deres bivirkninger (3 timer)
Øjensygdomme, øresygdomme (2 timer)
Urologiske sygdomme (2 timer)
Røntgenologi (2 timer)

Hudsygdomme (3 timer)
Institutionshygiejne og bakteriologi (4 timer)
Sektionsdemonstrationer (særlig bakteriologisk sektion) (2 timer)
Mundhygiejne og mundproteser (2 timer)
Anæsthesiologiske synspunkter vedr. geriatri (3 timer)
De kirurgiske muligheder for geriatriske patienter (2 timer)
Psykiatri (3 timer)
Psykologi (3 timer)
Fysioterapi (kombinerede forelæsninger og demonstrationer) (10 timer)
Ortopædi (protesetilpasning) (3 timer)
Fodpleje (1 time)
Socialkundskab (10 timer)
Økonomi (herunder: plejeadministration, regnskabsføring, varekundskab, budgetlægning) (10 timer)
Beskæftigelsesterapi (6 timer)
Taleterapi (1 time)
Plejetilsyn (3 timer)
Hjemmesygepleje (herunder besøg med hjemmesygeplejerske) (3 timer)
Institutionsmad (2 timer)
Kliniske demonstrationer (6 timer)
Ekskursioner (5 timer)
Personaleledelse og personalebedømmelse (2 timer).

Det pågældende kursus søges af sygeplejersker fra hele landet og afholdes hvert forår og efterår. På hvert kursus optages ca. 20 elever. Der ydes løn i kursustiden.

Erfaringerne med hensyn til afholdelsen af disse kurser har været særdeles gode. Sygeplejersker fra pleje- og alderdomshjem, der har gennemgået kurset, har senere udtalt, at denne geriatriske efteruddannelse har været dem til stor nytte i deres daglige arbejde.

Svenske regler om uddannelse af ledere til alderdomshjem

Ifølge oplysninger fra det svenske Socialvårdsförbundet går uddannelsen til leder af alderdomshjem ud på følgende:

Uddannelsen strækker sig over ca. 3 år og fordeles således:

Praktik på et alderdomshjem og om muligt en del af tiden praktik på et plejehjem for kronisk syge. ca. 14 mdr.

Praktik på sygehus. » 12 »

Praktik på sygehus for sindslidende » 3 »

Tre korte, teoretiske kurser på til- sammen. » 5½ »

De teoretiske kurser omfatter bl.a. anatomi, fysiologi, sygdomslære, sygeplejeteknik, psykologi, sociallovgivning, psykiatri, medborgerkundskab, anstaltspædagogik og bogføring.

Hele uddannelsen er delt i 4 etaper.

1. etape er en prøvetid på et af skolen anvist alderdomshjem.

2. etape er et 5-ugers læsekursus omfattende bl. a. anatomi, fysiologi, sygeplejelære samt psykologi og sociallovgivning.

3. etape består af den egentlige praktiske uddannelse - nemlig ca. 7 måneder på alderdomshjem og 1 år på sygehus og 3 måneder på sygehus for sindslidende.

4. etape omfatter 2. og 3. læsekursus afbrudt af 4 måneders praktikanttjeneste på et alderdomshjem. På kurserne undervises i en del af de fag, der påbegyndtes i 1. læsekursus samt i psykiatri, nærings- og fødevarelære, medborgerkundskab, pædagogik, bogføring m.m. For at kunne deltage i undervisningen skal

eleverne være mellem 22 og 30 år, have realeksamen eller tilsvarende skoleuddannelse, samt have gode husholdningskundskaber erhvervet på husmoder- eller landhusholdningsskoler suppleret af nogen tids praktisk uddannelse i store husholdninger. Endvidere kræves færdighed i syning og vævning.

Boligstøttelovgivningens regler om støtte til alderdomshjem og plejehjem

Reglerne findes i lov nr. 356 af 27. december 1958 om boligbyggeri, jfr. lovebekendtgørelse nr. 203 af 2. juni 1961 samt i boligministeriets cirkulære nr. 192 af 23. september 1959 om offentlig støtte til byggeri m.m. for ungdommen og byggeri med andet socialt og kulturelt formål.

Der kan herefter, jfr. lovens § 61, til nedbringelse af driftsudgifterne ydes driftstilskud (kvadratmetertilskud) til alderdomshjem og

plejehjem med indtil 8,50 kr. pr. m² bruttoetaageareal om året. Dette driftstilskud kan ydes uanset hvem bygherren er, således også til private,

Endvidere kan der til selvejende institutioner o.lign. i medfør af lovens § 28 ydes stats- og/eller kommunegaranti for lån til opførelse af alderdomshjem og plejehjem. I ganske særlige tilfælde vil der også kunne blive tale om egentlige statslån.

Retningslinier vedrørende indretning af nyopførte plejehjem for ældre og for kronisk syge

Nedenstående retningslinier er udarbejdet med henblik på indretningen fortrinsvis af plejehjem for ældre og for kronisk syge, men under henvisning til det i betænkningen pag. 20 anførte om den forventede udvikling, hvorefter alderdomshjem efter deres klientel i fremtiden må formodes i højere grad at få karakter af plejehjem for kronisk syge, bør nyopførte alderdomshjem indrettes efter de samme retningslinier.

1. Planer for opførelse eller nyindretning af plejehjem for ældre og for kronisk syge skal godkendes af sundhedskommissionen, og planer over arbejdslokaler skal godkendes af arbejdstilsynet.
2. Plejehjem bør opføres på en sådan grund, at der bliver mulighed for at indrette en have velegnet til ophold for beboerne. Hjemmet bør indrettes således, at der gives beboerne let adgang til det fri.
3. Patientværelserne skal indrettes som eneværelser. Dog kan der på hvert hjem indrettes nogle få værelser for 2 personer.
4. Til hvert værelse bør indrettes forrum med garderobeskab og håndvask, og det størst mulige antal værelser bør forsynes med eget toilet. En del af enkelttoiletterne skal være kørestols-toiletter. Værelsernes gulvareal skal være mindst 12 m² excl. forrum, dobbeltværelsernes gulvareal skal være mindst 18 m² excl. forrum. Dørene til værelserne skal have en sådan bredde, at en sygeseng kan passere, d.v.s. mindst 1 m fri bredde. Dørtrin kan eventuelt udelades. Loftshøjden skal være mindst 2,5 m. Lysareal skal være mindst 10 pct. af gulvarealet. Værelset skal forsynes med fugefri gulvbelægning, helst med afvaskelig vægbelægning, og der skal være tilstrækkelig ventilation.
5. Såfremt der indrettes fællestoiletter, skal disse være indrettet som kørestolstoiletter samt være forsynet med håndvask, enten i selve WC-rummet eller i forrummet. I sid-

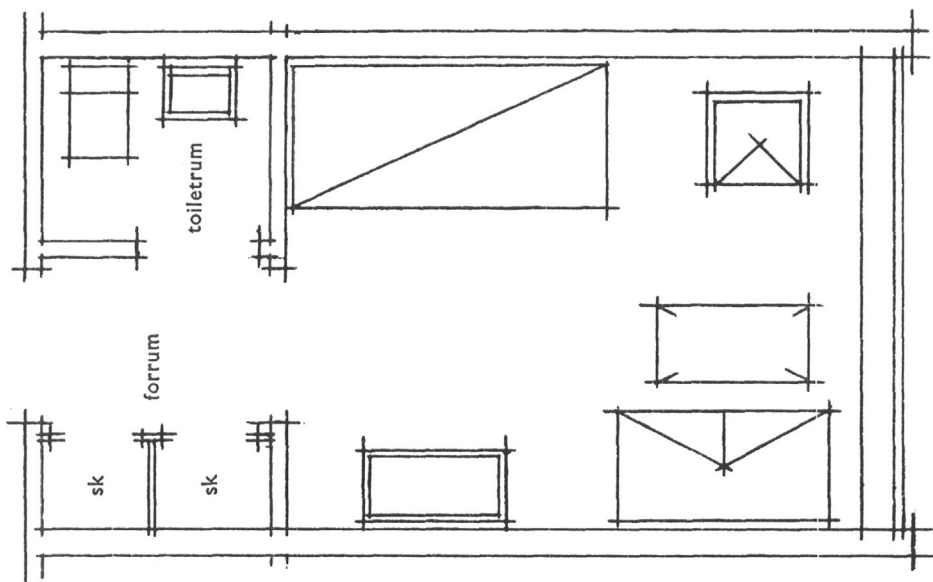
ste tilfælde skal der være mindst én håndvask for hvert andet toilet. Fællestoiletter bør indrettes særskilt for mænd og kvinder. For de beboere, der ikke har eget toilet, skal der være mindst ét toilet pr. 5 beboere.

6. Over hver seng samt på hvert toilet og i hvert badeværelse skal forefindes et kaldeapparat.
7. For hver etage skal der indrettes et badeværelse med en eller flere bruseanordninger (helst 1 bruseanordning pr. 6 beboere), håndvask og fodbad. Der bør i særskilt rum opsættes WC med direkte adgang fra baderummet. Der skal på hvert hjem tillige være mulighed for karbad, evt. med indretning af lift-anordning.
8. På hver etage og for hve.: ca. 20 beboere skal der indrettes et skyllerum på mindst 10 m². Til et fuldt monteret skyllerum hører der:
 - 1) Bækkenskyller.
 - 2) Hospitalsskyllekumme.
 - 3) Rengøringsvask eller håndvask.
 - 4) Bord med skyllevask.
 - 5) Udskiftelig beholder (eller anordning) til midlertidig anbringelse af snavsetøj.
9. På hver etage (evt. hver afdeling) skal der være indrettet vagtrum med håndvask og aflåseligt medicinskab.
10. På hver etage skal der være personalet toilet med håndvask.
11. Te-køkken eller anretter-køkken skal findes på hver etage.
12. Der skal findes et tilstrækkelig stort depotrum til linned m.v. på hver afdeling.
13. Der bør på hver etage findes et velventileret rum til opbevaring af rengøringsrekvisitter forsynet med udsagningskumme.
14. Der bør findes en samlingsstue med plads til alle beboere og desuden en mindre opholdsstue på hver etage.
15. Gangbredden skal være mindst 2.20 m.

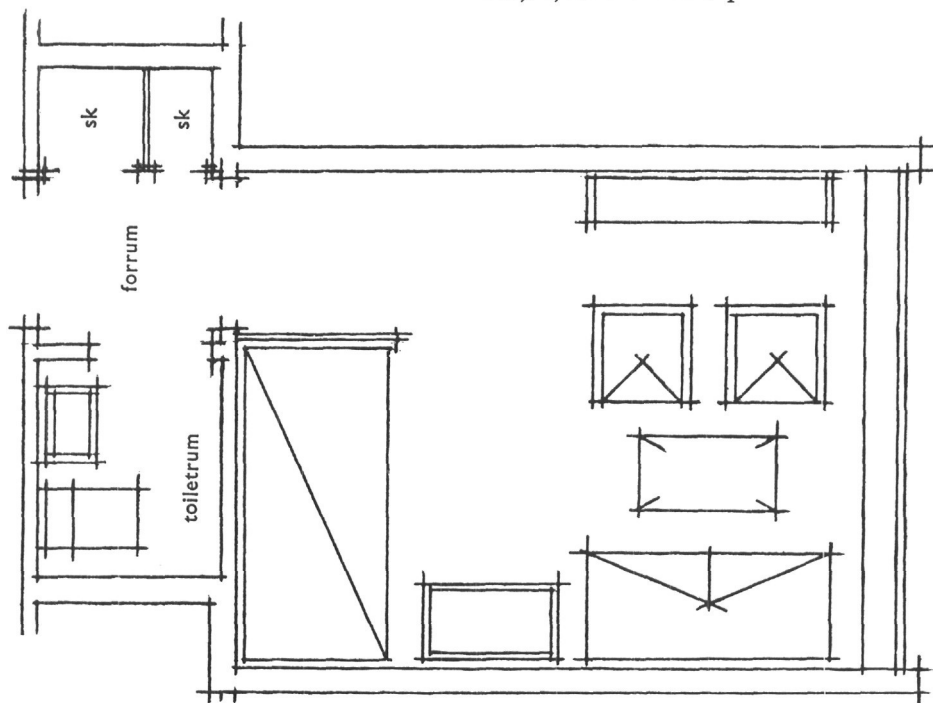
16. Der skal indrettes elevator mellem etagerne, tilstrækkelig stor til sengetransport.
17. Der bør i hvert hjem være et velventileret rum til opbevaring og sortering af snavsetøj. Dette rum skal være indrettet med terrazzogulv med hulkehl, håndvask og installation til spuleanordning.
18. I hvert hjem må indrettes kontorrum og lægeværelse med håndvask. Desuden skal der findes behandlingsrum og rum til beskæftigelsesterapi.
19. Der bør i hvert hjem være en eller flere telefoner til brug for beboerne.
20. Hjemmets køkken må indrettes af passende størrelse og med moderne tekniske hjælpemidler. Birum må findes i tilstrækkeligt omfang.
21. Der må afsættes tilstrækkelig plads til opbevaring af indendørs og udendørs kørestole og andre rekvisitter samt vaskeplads til disse.
22. Der skal være tilstrækkelige omklædningsrum og spiserum m.v. både til det personale, der bor på hjemmet, og til det, der bor udenfor.
23. Der bør findes depotrum af tilstrækkelig størrelse til opbevaring af beboernes effekter.
24. Der bør forefindes et særskilt, velventileret ligrum.

Eksempler på indretning af alderdomshjem og plejehjem

Plan 1 og 2: Pensionærværelse med forrum og toiletrum

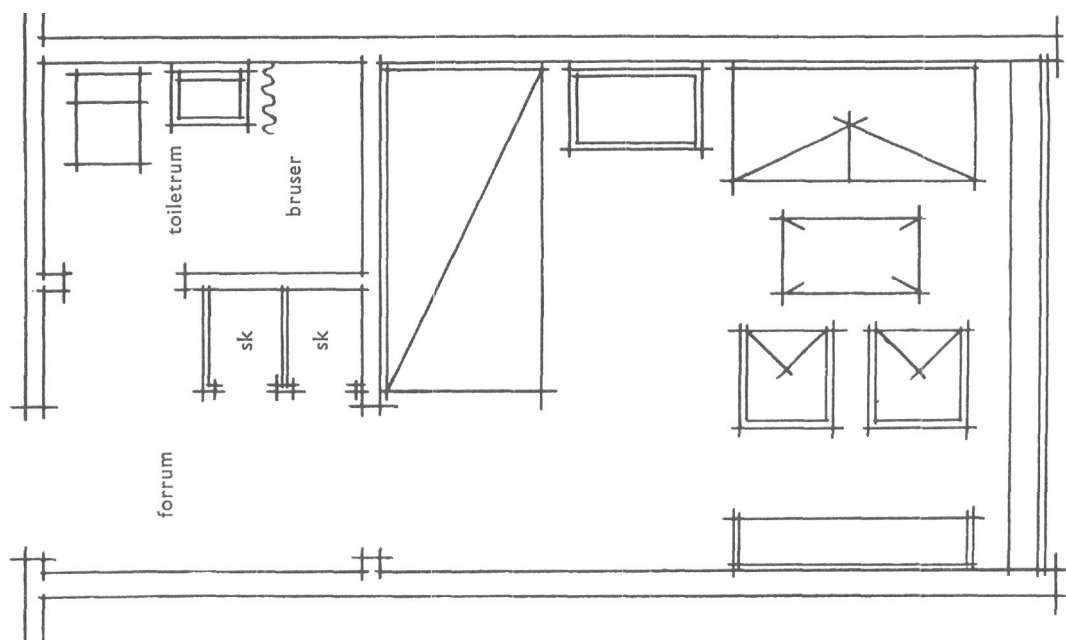


Plejehjem i Odense, pensionærværelse

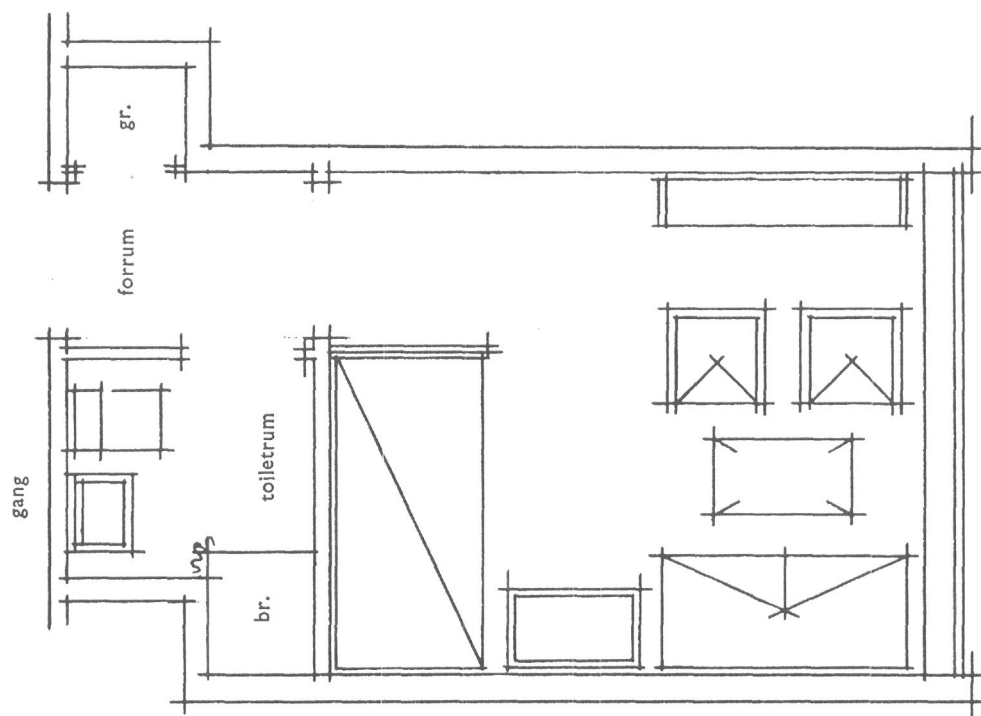


Alderdomshjem i Åbenrå, pensionærværelse

Plan 3 og 4: Pensionærværelse med forrum og toiletrum med bruser

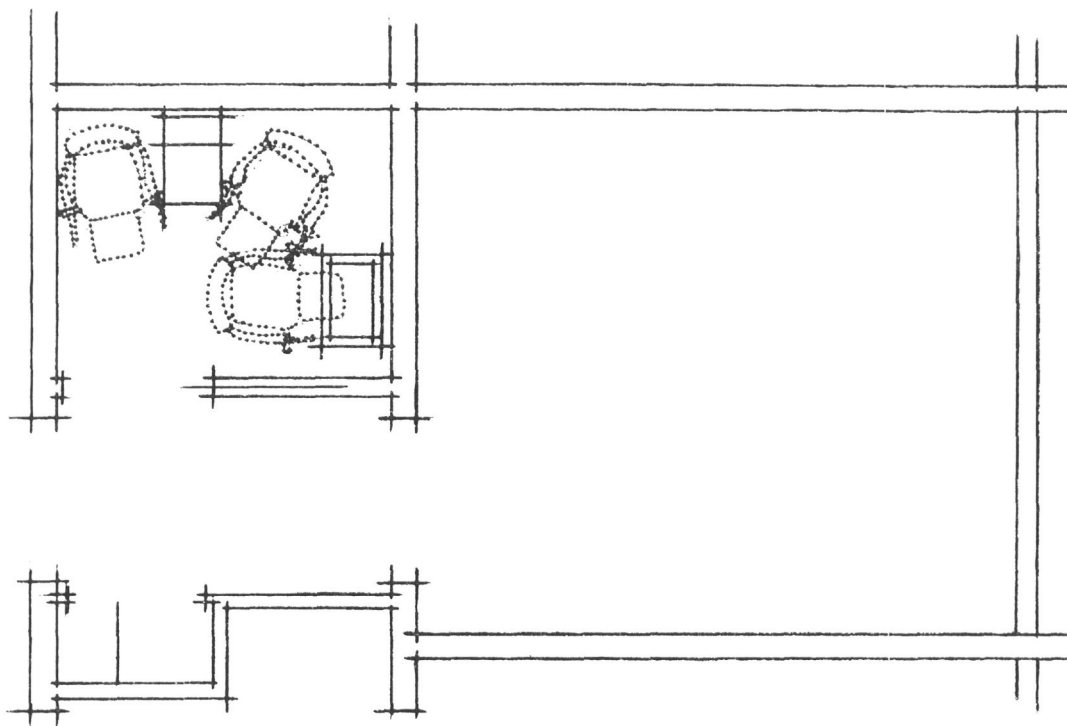


Plejehjem i Åkirkeby, pensionærværelse (projekt)



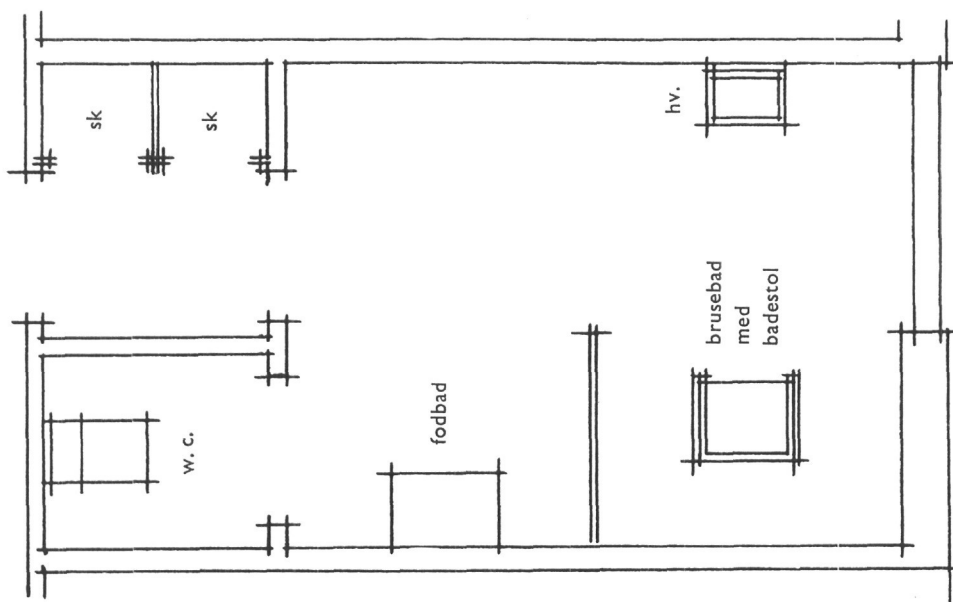
Pensionærværelse

Plan 5: Pensionærværelse med kørestolstoilet



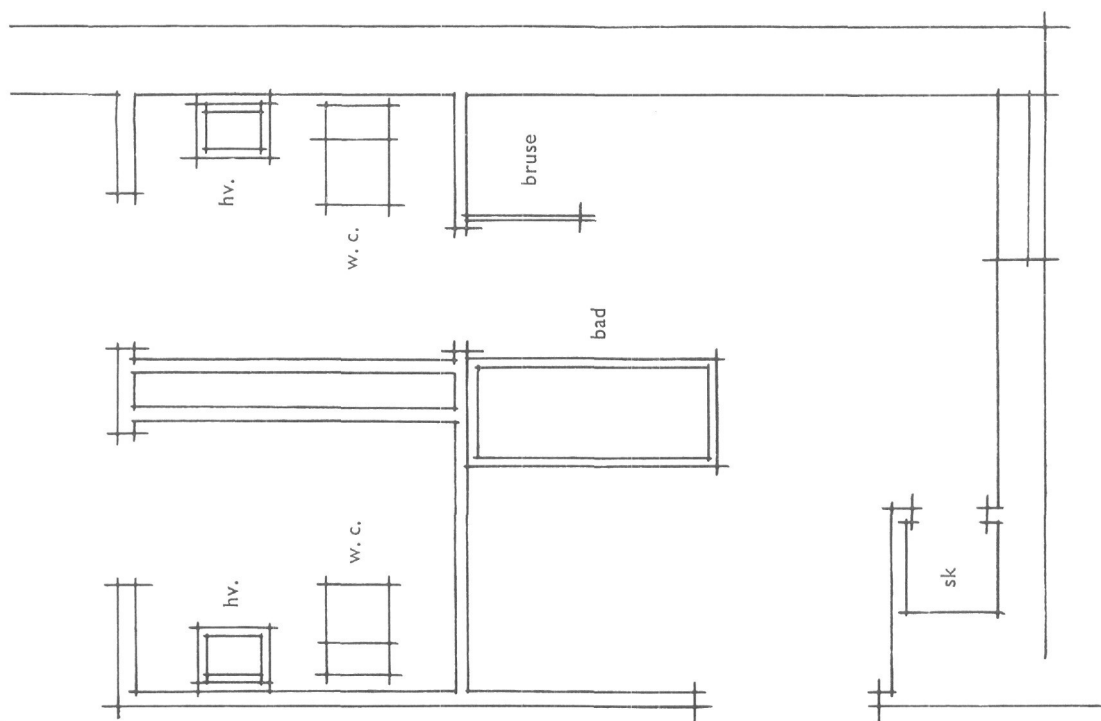
Plejehjem i Viby, pensionærværelse med kørestolstoilet (projekt)

Plan 6: Badeværelse med bruseanordning



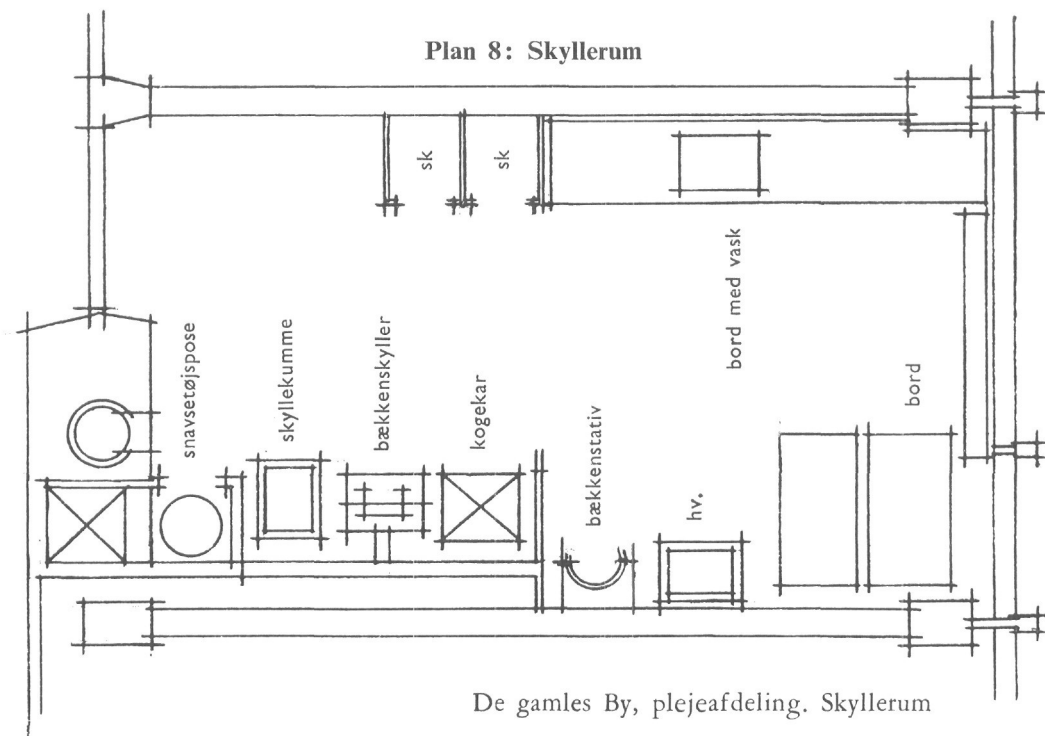
Badeværelse med bruseanordning i hver etage eller for hver 15 pensionærer

Plan 7: Kørestolstoiletter med bad



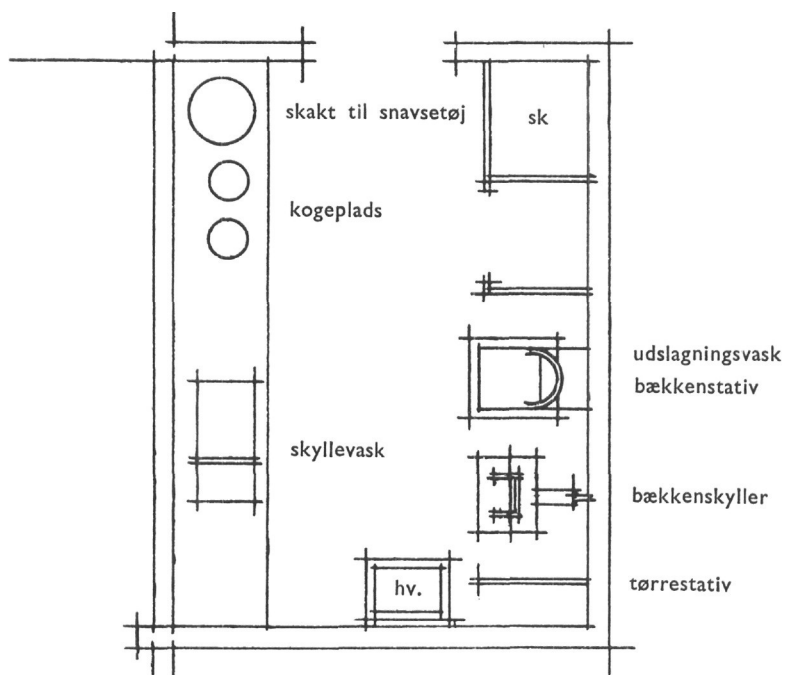
De gamles By, plejeafdelingen. Kørestolstoiletter og bad

Plan 8: Skyllerum

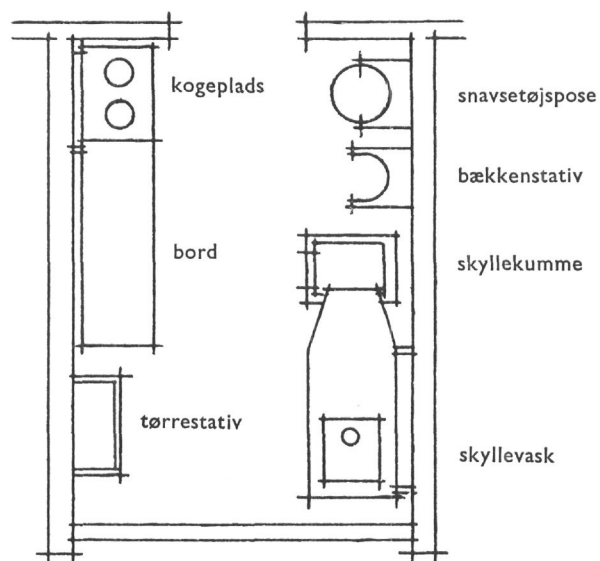


De gamles By, plejeafdeling. Skyllerum

Plan 9 og 10: Skyllerum



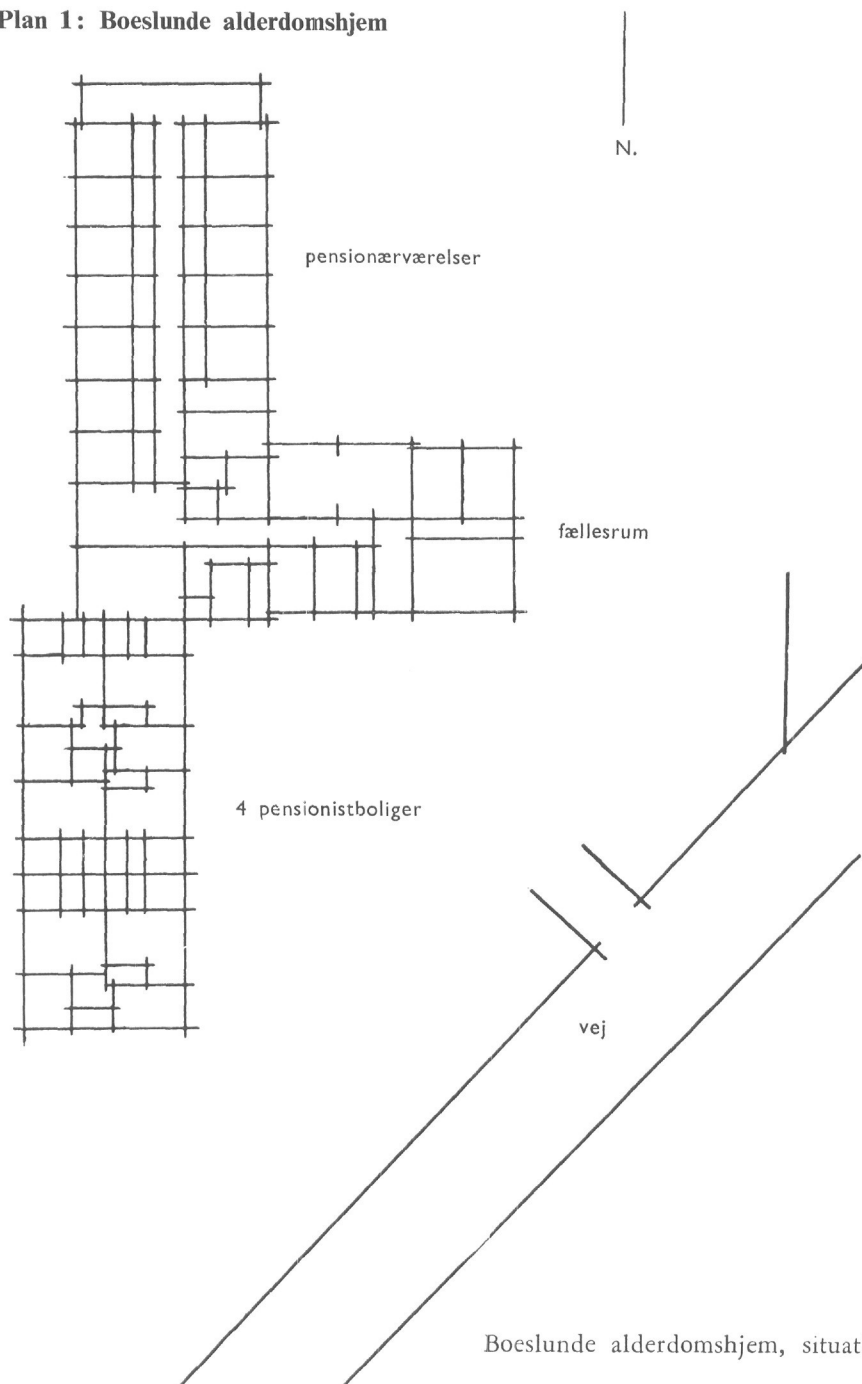
Skanderborg amts plejehjem. Skyllerum



Frederiksborg amts plejehjem. Skyllerum

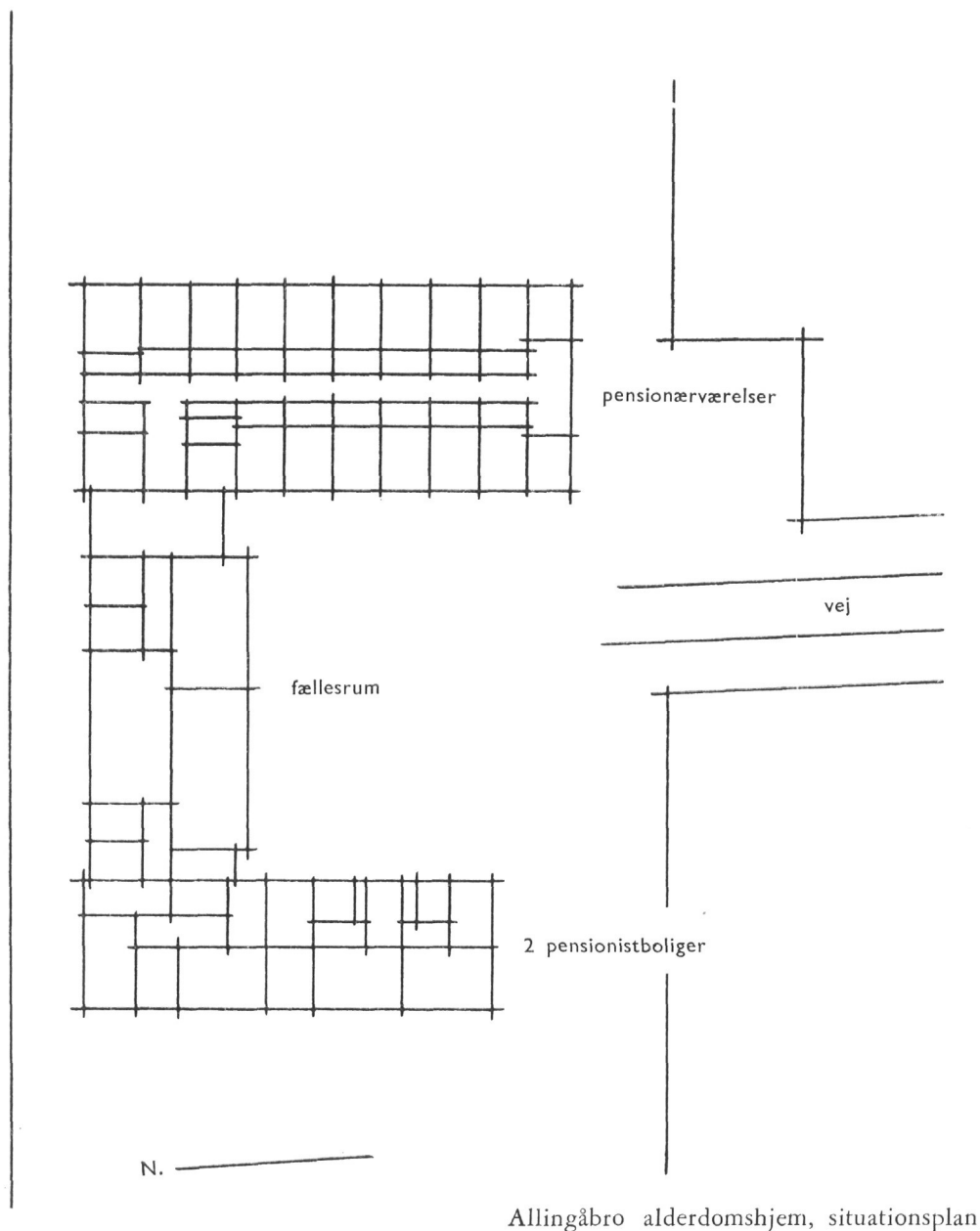
Plan for alderdomshjem kombineret med folkepensionistboliger

Plan 1: Boeslunde alderdomshjem

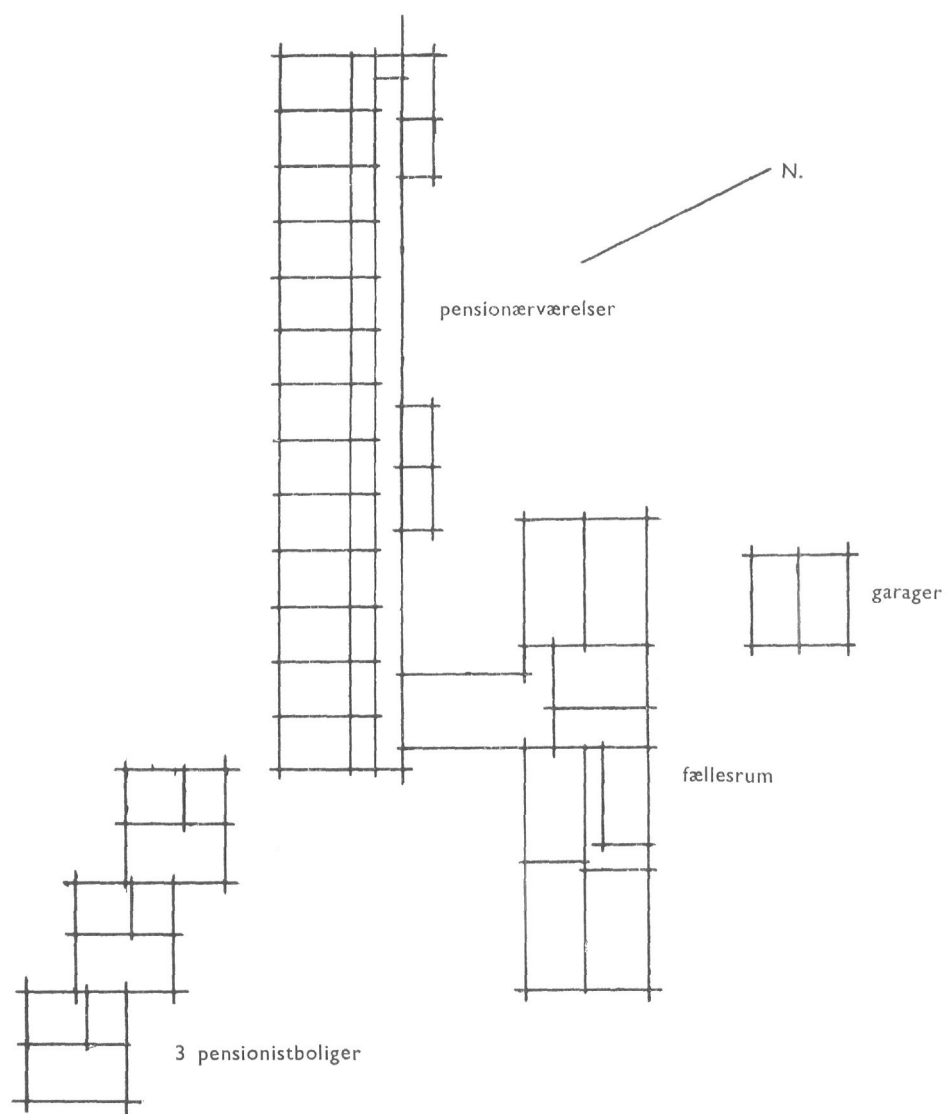


Boeslunde alderdomshjem, situationsplan

Plan 2: Allingåbro alderdomshjem



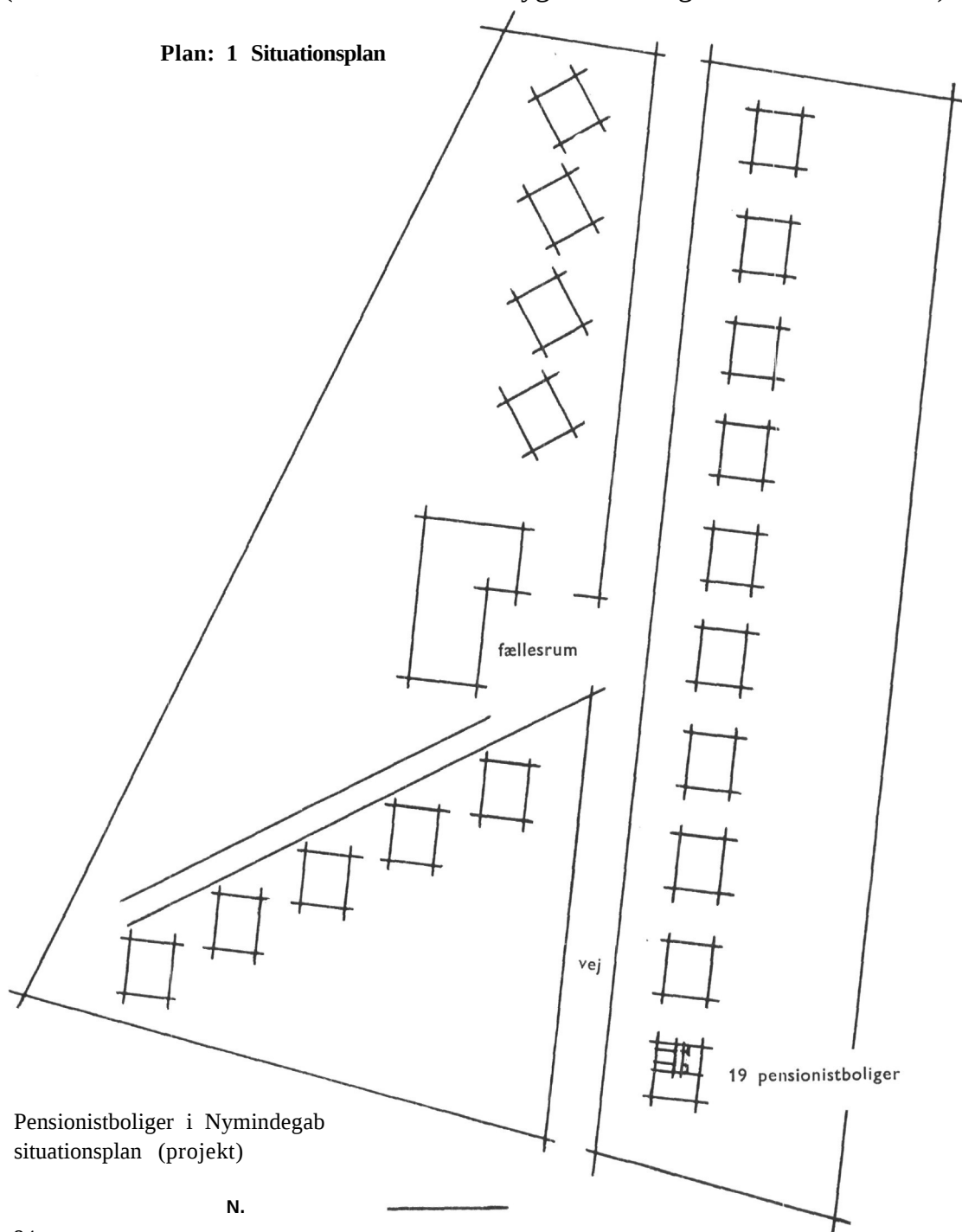
Plan 3: Alderdomshjem i Balling



Alderdomshjem i Balling,
situationsplan

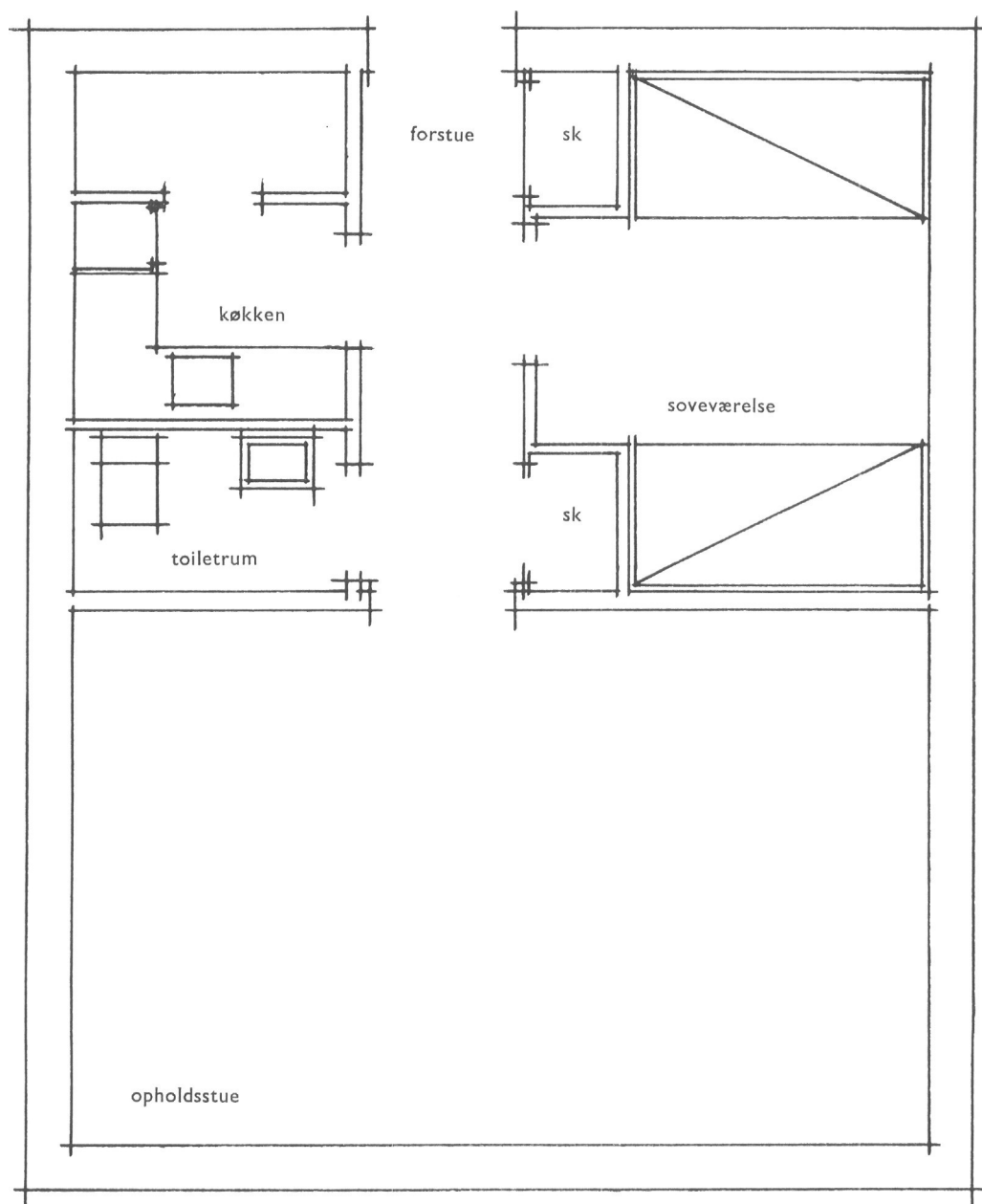
Plan for pensionistboliger i tilknytning til kollektivbygning (indeholdende bl. a. fællesstue, køkken, sygeværelse og funktionærværelser)

Plan: 1 Situationsplan



Pensionistboliger i Nymindegab
situationsplan (projekt)

Plan 2: Plan af en enkelt folkepensionistbolig



Folkepensionistbolig i Nymindegab plan (projekt)

Boligministeriets praksis med hensyn til opførelse af boliger for folke- og invalidepensionister m. v.

Efter bestemmelserne i lov om boligbyggeri, jfr. lovbekendtgørelse nr. 203 af 2. juni 1961, er der mulighed for opførelse af lejligheder for folke- og invalidepensionister m.v. under 2 former:

1) Efter lovens §§ 74-76 kan kommunerne efter nærmere fastsatte regler lade opføre eller indrette bygninger, som alene indeholder lejligheder for folke- og invalidepensionister m.v. Lejen for sådanne lejligheder skal godkendes af socialministeren efter forhandling med boligministeren, og den årlige udgift, som efter fradrag af lejeindtægter og andre indtægter påføres kommunen ved foranstaltningen, afholdes endeligt af kommunen med $\frac{2}{3}$ og af statskassen med $\frac{1}{3}$. Disse regler er en videreførelse af de bestemmelser om opførelse af billige boliger for aldersrentenydere, som i 1937 blev indført i folkeforsikringsloven, idet det pågældende område fra 1951 er overgået til lovgivningen om boligbyggeri.

2) Efter lovens §§ 77-79 kan der efter nærmere fastsatte regler ydes huslejetilskud til nedbringelsen af lejen i bl. a. socialt boligbyggeri for personer, der oppebærer folke- eller invalidepension m.v. Tilskudet ydes med et sådant beløb, at lejen eller boligafgiften nedbringes til samme leje som i kommunale folkepensionistboliger, jfr. foran. Også dette tilskud afholdes endeligt af kommunen med $\frac{2}{3}$ og af staten med $\frac{1}{3}$. Denne ordning blev første gang indført ved boligstøtteloven af 14. april 1955 og er nu videreført og på forskellig måde udvidet ved den fornævnte bestemmelse i § 77 i lov om boligbyggeri.

Efter boligministeriets opfattelse bør den sidstnævnte ordning af mange grunde foretrækkes. I lovgivningen om boligbyggeri er det nu den almindelige linie, at de forskellige befolkningsgrupper bør have bolig mellem hinanden, således at der ikke opføres særskilte bygninger med lejligheder henholdsvis for mindstbemidlede, invalider, folkepensionister m.v., idet lejligheder for sådanne grupper af befolkningen bør placeres i det almindelige boligbyggeri. Navnlig større komplekser, som udeluk-

kende indeholder lejligheder for f. eks. folkepensionister, vil let få et institutionspræg, hvilket efter boligministeriets opfattelse må anses for uheldigt, og ved anbringelse i sådanne komplekser bliver pensionisten flyttet bort fra sit hidtidige miljø og sin hidtidige omgangskreds. Såfremt den pågældende f. eks. inden for det sociale boligforetagende, hvor han eller hun hidtil har haft lejlighed, eller i hvert fald inden for samme område kan opnå en lejlighed til samme pris som en egentlig kommunal folkepensionistbolig, vil den pågældende lettere opgive sin hidtidige større lejlighed, som derved kan stilles til rådighed for boligsøgende med en større husstand, og pågældende vil lettere kunne fortsætte sin hidtidige tilværelse og herunder f. eks. videreføre hverv, som er naturlige efter alderen. Hertil kommer, at lejligheder i det sociale byggeri kan anvendes af andre, hvis kredsen af folkepensionister i det pågældende område f. eks. mindskes, og man kan ved at anbringe pensionistlejlighederne i det sociale byggeri få en konstant opførelse af sådanne lejligheder, f. eks. med et mindre antal hvert år. Endelig er det boligministeriets opfattelse, at de egentlige kommunale folkepensionistboliger prismæssigt ligger i overkanten, idet kommunerne som offentlige bygherrer ofte har vanskeligt ved at få priserne presset ned.

Ud fra disse betragtninger har boligministeriet i de senere år ved forhandling med kommunerne søgt boliger for folkepensionister indpasset i det almindelige sociale byggeri, og så at sige alle kommuner har fulgt denne fremgangsmåde og har draget den erfaring, at denne fremgangsmåde er rigtig, idet de gamle befinder sig bedst i omgivelser, hvor livet rører sig. I de senere år er der derfor ialt væsentligt alene gennemført egentlige kommunale folkepensionistboliger i ganske særlige tilfælde, f. eks. hvor der har været tale om afslutning af en tidligere påbegyndt samlet bebyggelse med sådanne lejligheder, eller hvor der f. eks. i mindre landkommuner uden socialt boligbyggeri alene har været tale om opførelse af et begrænset antal lejligheder, som naturligt er gledet ind i den almindelige bebyggelse.

Overvejelser ved planlægningen af opførelse af et alderdomshjem eller et plejehjem

Når behovet for en plejeinstitution. — alderdomshjem eller plejehjem — melder sig i en kommune, er det vigtigt at klargøre sig behovets størrelse.

En gennemgang af folkeregistret kan klarlægge, hvor mange af kommunens indbyggere, der er over 65 år. En fordeling af disse i aldersgrupper, 65-70, 70-75 o.s.v. vil være af værdi. Også antallet af personer i aldersgrupperne 55-60 og 60-65 år bør undersøges for at skabe oversigt over den tilvækst af gamle, der kan ventes i de kommende år.

Selv om man går ud fra en statistisk undersøgelse, kommer den endelige afgørelse dog til at afhænge af et skøn. I mindre kommuner kan sognerådsmedlemmernes personlige kendskab til beboerne være en værdifuld hjælp ved udvælsen af dette skøn.

Betydning for behovet har i et vist omfang befolkningens indstilling over for problemet om at tage ophold på en institution.

Betydning for behovet har i høj grad spørgsmålet om, hvor effektiv hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen i kommunen er. Inden man træffer bestemmelse med hensyn til institutionsplaner, bør man derfor overveje, om ikke en mere udstrakt anvendelse af hjemmesygepleje og navnlig hjemmehjælp kan klare en del af problemet. Selv en betydelig indsats på disse områder vil være økonomisk fordelagtig i forhold til anvendelse af institutioner, hvis drift allerede nu er kostbar, og for hvilke udgifter, med de stigende krav, må forventes at blive væsentlig højere i de kommende år.

Næste overvejelse bør gælde, om kommunen naturligt kan løse opgaven alene, eller om man for kommunen eller for egnen som helhed vil have fordel af et samarbejde med nabokommuner med tilsvarende problemer.

Der må herved peges på, at tendensen går

mod institutioner, der er noget større end dem, der hidtil har været almindeligst i landkommuner. Dette skyldes, at de små institutioner ikke er i stand til at holde tilstrækkeligt personale til at klare det stigende plejebæhov. Ved samarbejde mellem flere kommuner vil man ofte kunne få en institution, der er stor nok til at have en egentlig plejeafdeling med uddannet personale.

Allerede på dette tidspunkt vil det ofte være nyttigt at *søge kontakt med amtskontor og amtslæge* om tilrettelæggelse af plan for et større område.

Den stedlige placering af institutionen kommer som næste spørgsmål. Det er vigtigt, at den placeres på et i trafikal henseende *centralt sted*, at den kan få et *passende areal* til bygninger og haveanlæg, at *omgivelserne* er tiltalende, at der er adgang til el-strøm og tilstrækkeligt vand, og at det kan påregnes, at man fra omegnen vil kunne få tilstrækkelig arbejdskraft til institutionens drift.

Når forslag om placeringen foreligger, har man brug for en arkitekt, hvis opgave det nu vil være at udarbejde et eller flere udkast til institutionens placering og til hovedlinjerne i dens udformning.

Så snart dette er sket, bør udkastene drøftes i amtsplejeudvalget, hvis et sådant findes, med amt og med amtslæge, for herigennem at nå til en form, som skønnes at kunne danne det bedste grundlag for udarbejdelse af et skitseprojekt, der efter fornyet drøftelse kan gennemarbejdes videre til et endeligt udarbejdet detailprojekt.

Når arkitekten og de forskellige embedsinstanser er kommet med i arbejdet, vil disse yde kommunalbestyrelsen den fornødne bistand ved byggesagens gennemførelse og forelæggelse for højere myndigheder, bygningsmyndigheder, amtsråd, boligministerium, socialministerium, indenrigsministerium og sundhedsstyrelse.

