BETÆNKNING

VEDRØRENDE

HJEMMESYGEPLEJEN I DANMARK

AFGIVET AF DET AF INDENRIGSMINISTERIET NEDSATTE UDVALG

Det administrative bibliotek
Slotsholmsgade 12
1216 København K

J. JØRGENSEN & CO.
BOGTRYKKERI
KØBENHAVN 1953

Socialministeriets
bibliotek

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side

Indledning 5
Hjemmesygeplejens begreb og historie 7

1. del. Beskrivelse og vurdering af den nuværende hjemmesygeplejeordning.

A. Organisation 10
B. Økonomi.
1. Kommunerne 17
2. Sygekasserne 21
3. Hjemmesygeplejeforeningerne 24
4. Amtskommunerne 24
5. Staten 25
C. Personaleforhold.
1. Ansættelsesforhold 25
2. Antal 26
3. Uddannelse 27
4. Lønforhold m. v. 28
5. Pension 30
D. Hjemmesygeplejens arbejdsforhold 32
E. Begrundelse for opretholdelse af en hjemmesygeplejeordning 38
F. Bedømmelse af den nuværende ordning 40
G. Principielle betragtninger vedrørende hjemmesygeplejens organisation i fremtiden 43
H. Hjemmesygeplejens faglige afgrænsning i fremtiden 47
I. Den ledende hjemmesygeplejerske 53

2. del. Udvalgets forslag vedrørende den fremtidige ordning af hjemmesygeplejens forhold.

Udkast til forslag til lov om hjemmesygepleje 56

Bemærkninger til forslagets enkelte bestemmelser.

A. Organisation 59
B. Godkendelse og tilsyn 61
C. Betaling 63
D. Økonomi.
a. Almindelige bemærkninger 64
b. Almindelige refusionsbestemmelser vedrørende kommunernes udgifter til hjemmesygepleje 67
c. Statstilskud.
1. Biltilskud 73
2. Ekstraordinært driftstilskud 75
d. Refusion i tilfælde, hvor hjemmesygeplejen kombineres med sundhedsplejen 77

Side

E. Pensionsforholdene.
a. Indledning 79
b. Udvalgets forslag 80
1. Grundpension 80
2. Reguleringstillæg 83
c. Virkningerne af udvalgets pensionsforslag 84
F. Samlet oversigt over virkningerne af udvalgets forslag.
1. Almindelige bemærkninger 86
2. De økonomiske virkninger af udvalgets forslag 88
G. Mindretalsudtalelser 90
Bilag 92

INDLEDNING

Ved skrivelse af 25. august 1947 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg med den opgave at undersøge og redegøre for hjemmesygeplejens erhvervs- og arbejdsforhold og på grundlag heraf at fremkomme med forslag til en omlægning af disse, eventuelt således at hjemmesygeplejen knyttes til landets sygehusvæsen. I forbindelse hermed vil udvalget have at overveje, hvorledes hjemmesygeplejens økonomiske grundlag bør tilrettelægges, samt hvilken økonomisk støtte der fra det offentliges side bør ydes hjemmesygeplejen.

Til medlemmer af udvalget beskikkedes:
Professor, dr. med. Oluf Andersen, formand,
direktøren for Københavns kommunes hospitalsvæsen Aksel Andersen.
kontorchef i arbejds- og socialministeriet frk. Alice Bruun,
dr. Axel Clausager-Madsen (Den almindelige danske Lægeforening),
hjemmesygeplejerske frk. Dagmar Dalgas,
kontorchef i direktoratet for sygekassevæsenet G. L. Dam,
amtmand P. Holck (Amtsrådsforeningen i Danmark),
borgmester Woldhardt Madsen (Den danske Købstadforening),
forstanderinde frk. Eli Magnussen (sundhedsstyrelsen),
socialinspektør Johs. Mortensen,
hjemmesygeplejerske frk. Ellen Pentz Møller,
formanden for Sygehusforeningen i Danmark, landstingsmand P. J. Ravn,
formanden for Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, dr. P. M. Sander,
formanden for De samvirkende Sognerådsforeninger, folketingsmand Edv. Sørensen,
sognerådsformand Robert Sørensen (Fællesorganisationen af landkommuner med bymæssig bebyggelse) og
kontorchef i indenrigsministeriet T. Wedel-Heinen.

Efter indstilling fra Dansk Sygeplejeråd udpegedes under den 20. september 1947 rådets formand frk. Maria Madsen til medlem af udvalget. Endvidere udpegedes under 25. november 1949 kontorchef i finansministeriet H. Salicath til medlem af udvalget. Under forstanderinde frk. Magnussens arbejde for W.H.O. i det mellemste Østen har forstanderinde frk. Maja Foget deltaget i udvalgets møder som repræsentant for sundhedsstyrelsen. Efter indstilling fra Sygehusforeningen i Danmark udpegedes forhenværende borgmester Ferdinand Jensen,

Svendborg, under 7. november 1951 til medlem af udvalget i stedet for landstingsmand P. J. Ravn.

Til sekretær for udvalget beskikkedes sekretær i indenrigsministeriet H. Knuppert. Senere er tillige fg. fuldmægtig i indenrigsministeriet P. Stengaard Hansen tiltrådt som sekretær.

Der har i udvalget været afholdt 4 plenarmøder.

På det første plenarmøde den 24. september 1947 blev der nedsat 2 underudvalg, hvoraf det ene, der bestod af udvalgets formand, professor, dr. med. Oluf Andersen, folketingsmand Edvard Sørensen, borgmester Woldhardt Madsen, dr. Sander samt indenrigsministeriets og socialministeriets repræsentanter i udvalget, fik til opgave at fremkomme med forslag til afhjælpning af de ved udvalgets nedsættelse bestående øjeblikkelige økonomiske vanskeligheder for hjemmesygeplejen. Dette udvalg, der afholdt 3 møder, afgav indstilling til socialministeriet om en ændring af bestemmelserne i forsorgsloven vedrørende refusion af kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen. Udvalgets forslag blev uændret gennemført ved lov nr. 41 af 20. februar 1948 om ændring i lov om offentlig forsorg.

Det andet underudvalg fik følgende sammensætning: Professor, dr. med. Oluf Andersen, kontorchef Wedel-Heinen, folketingsmand Edvard Sørensen, landstingsmand P. J. Ravn, forstanderinde frk. Eli Magnussen, hjemmesygeplejerske frk. Pentz Møller og dr. Sander. I en del af dette udvalgs møder har endvidere deltaget borgmester Woldhardt Madsen. Underudvalget, der har afholdt 31 møder, fik til opgave at foretage en almindelig undersøgelse af hjemmesygeplejens forhold og på grundlag heraf at fremkomme med forslag til en nyordning af denne. Nogle af dette underudvalgs medlemmer har ved rejser i Holbæk, Ringkøbing og Ribe amter foretaget en nærmere undersøgelse af hjemmesygeplejens praktiske tilrettelæggelse i distrikter af forskellig befolkningstæthed.

Som resultat af underudvalgets overvejelser er der udarbejdet udkast til betænkning med tilhørende forslag til lov om hjemmesygepleje. Udkastet er drøftet i det samlede udvalgs møde den 18. december 1952, hvor det med forskellige mindre ændringer blev tiltrådt af det samlede udvalg. Dog har finansministeriets repræsentant i udvalget, kontorchef H. Salicath samt arbejds- og socialministeriets og indenrigsministeriets repræsentanter, kontorchef frk. Alice Bruun og kontorchef T. Wedel-Heinen afgivet de under 2. del, afsnit G. optagne mindretalsudtalelser.

København, d. 26. februar 1953.

Aksel Andersen. *Oluf Andersen.* formand. *Alice Bruun.* *Axel Clausager-Madsen.*

Dagmar Dalgas. *G. L. Dam.* *P. Holck.* *Ferdinand Jensen.*

Maria Madsen. *Woldhardt Madsen.* *Eli Magnussen.* *Johs. Mortensen.*

Ellen Pentz Møller. *H. Salicath.* *P. M. Sander.* *Edvard Sørensen.*

Robert Sørensen. *T. Wedel-Heinen.*

P. Stengaard Hansen. H. Knuppert.

HJEMMESYGEPLEJENS BEGREB OG HISTORIE

1. *Begreb.*

Så vidt vides blev betegnelsen hjemmesygeplejerske første gang bragt i anvendelse af dr. Vilhelm Ryder omkring 1910. Før den tid benævnedes de sygeplejersker, der virkede i hjemmene, som privatsygeplejersker, landsygeplejersker, foreningssygeplejersker, menighedssygeplejersker og lignende.

Det ligger i selve benævnelsen hjemmesygeplejerske, at der er tale om pleje af syge i hjemmet. Imidlertid er det ikke enhver form for pleje af syge i hjemmene, som falder ind under begrebet hjemmesygepleje. Det må således yderligere kræves, at der er tale om pleje udført af dertil uddannede sygeplejersker (hjemmesygeplejersker), der kun beskæftiger sig med egentlig sygeplejemæssige opgaver, og som i modsætning til for eksempel privatsygeplejersker kun kan rekvireres af læger. Udenfor falder altså den pleje, som udføres af ikke uddannede personer, for eksempel sygehjælpere (sygevagter) og lignende. Endvidere husmoderafløsere, der drager omsorg for den syge i hjemmet samt udfører husligt arbejde under husmoderens sygdom, såsom rengøring, madlavning, børnepasning o. s. v., idet disse opgaver normalt henhører under husmoderafløsningens område, jfr. herved den i socialministeriets cirkulære af 12. juni 1952 indeholdte instruks for husmoderafløsere.

Således som hjemmesygeplejen har udviklet sig her i landet, benyttes betegnelsen hjemmesygeplejerske endvidere kun, når sygeplejen ydes af en fastboende sygeplejerske, som ved kontraktsforhold er antaget til at yde sygepleje, sædvanligvis i form af kortere besøg i hjemmene til en bestemt personkreds indenfor et nærmere afgrænset område, enten til medlemmerne af en sammenslutning (hjemmesygeplejeforening, sygekasse) eller til alle indbyggerne i en kommune eller et sogn (kommunal hjemmesygepleje, menighedspleje).

Der findes ikke i lovgivningen nogen almindelig definition af begrebet hjemmesygepleje; derimod findes der i lov om offentlig forsorg, § 274, stk. 2, en nærmere definition af begrebet kommunal sygepleje, som kommunerne i henhold til paragrafens stk. 1 er pligtig at yde i trangstilfælde. Ifølge denne bestemmelse består kommunal sygepleje i, at en uddannet sygeplejerske aflægger besøg i hjemmet, så ofte lægen kræver det, for at yde den sygehjælp eller pleje, som denne har ordineret. Kravet om, at sygeplejersken skal være uddannet, kan frafaldes ved normalt forløbende fødsler og iøvrigt i de tilfælde, hvor lægen billiger det.

Som det vil ses, falder denne definition i det store og hele sammen med den ovenfor givne almindelige definition af hjemmesygeplejen, og i praksis er der ingen forskel, idet den kommunale sygepleje, som det nærmere vil blive påvist

nedenfor, i de fleste tilfælde udføres i tilslutning til den almindelige sygeplejeordning i kommunen.

2. *Historie.*

Det er ikke tanken her at give en fuldstændig historisk oversigt over hjemmesygeplejens udvikling, idet denne er nøje beskrevet i den af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark i anledning af 25 års jubilæet i 1934 udsendte bog: »Hjemmesygeplejen. Historisk og biografisk håndbog.« I det følgende vil der derfor alene blive gjort rede for visse hovedpunkter i udviklingen. Endvidere vil der i tilslutning til den nærmere redegørelse nedenfor vedr. hjemmesygeplejens nuværende stade blive fremdraget visse træk i den historiske udvikling.

Hjemmesygepleje, ydet i den form, hvori den fortrinsvis ydes i dag, nemlig gennem sygeplejevirksomheder og sygekasser i byer og på landet, kan føres ca. 80 år tilbage i tiden, startet af kristeligt og socialt indstillede enkeltpersoner til afhjælpning af sygdom og nød blandt de dårligst stillede beboere i kommunen. Det første spor af en hjemmesygeplejeordning kan henføres til den i 1863 oprettede danske Diakonissestiftelse, der i 1870 i samarbejde med den nystiftede »Stefansforeningen« begyndte at udsende diakonisser i de fattigste kvarterer i København og efterhånden også udsendte søstre til provinsen som menighedsplejersker, d. v. s. diakonisser, som engageredes af en menighed og for denne udførte hjemmesygepleje blandt sognets fattige. I de følgende år stiftedes tilsvarende foreninger i en række provinsbyer, og efterhånden opstod der også foreninger på landet.

På et af Den almindelige danske Lægeforening afholdt møde i Svendborg i 1899 blev der forelagt 2 forslag til udvikling af hjemmesygeplejen på landet. Det ene forslag gik ud på, at der skulle oprettes en eller flere sygeplejestationer i hvert amt med en ledende sygeplejerske og 3—4 sygeplejersker. Det andet forslag slog derimod til lyd for, at man skulle fortsætte efter de allerede påbegyndte retningslinier, d. v. s. at der spredt over hele landet skulle ansættes fastboende sygeplejersker. Til støtte for dette forslag blev det særligt fremhævet, at der fandtes mange langvarige sygdomstilfælde, som krævede hyppig og langvarig pleje af en sygeplejerske. Selvom der blandt lægerne var overvejende tilslutning for det første forslag, blev det dog det andet forslag, der var fremsat af dr. Trautner, der senere blev statens konsulent i sygepleje udenfor København, som sejrede i praksis, og der opstod i de følgende årtier talrige små sygeplejeforeninger rundt om på landet. Selvom foreningerne måtte kæmpe med store økonomiske vanskeligheder, der i mange tilfælde førte til, at foreningerne måtte indstille virksomheden, voksede bevægelsen dog kraftigt, således at der ved århundredeskiftet fandtes 604 virksomheder med 655 sygeplejersker. Udbredelsen skete efter de fra starten fastlagte principper, idet det overalt var den lokale befolkning, som sluttede sig sammen i en forening og antog en sygeplejerske.

Den stærke udbredelse af hjemmesygeplejen medførte snart savnet af en samlende organisation, som kunne virke som bindeled mellem de enkelte virksomheder og repræsentere dem overfor myndighederne. Til afhjælpning af dette savn stiftedes i 1909 Centralforeningen af Sygeplejevirksomheder udenfor København. Denne forening ændrede i 1931 navn til Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, idet foreningen udvidede sit arbejdsområde til hele landet.

Omtrent samtidig med oprettelsen af centralforeningen påbegyndte man dannelsen af amtsforeninger omfattende samtlige hjemmesygeplejeforeninger indenfor amtet, og der findes i dag en sådan amtsforening i hvert amt.

Allerede på et meget tidligt tidspunkt efter hjemmesygeplejebevægelsens start indså man fra kommunernes side betydningen af det arbejde, der udførtes af de private hjemmesygeplejeforeninger, og kommunerne påtog sig derfor i mange tilfælde at yde økonomisk bidrag til foreningernes drift.

Efterhånden som bevægelsen voksede, ydede kommunerne i stadigt stigende omfang tilskud til hjemmesygeplejeforeningerne, således at det snart blev undtagelsen, at der ikke ydedes tilskud fra kommunen. Disse tilskud blev indtil socialreformen af 1933 ydet på rent frivillig basis, men ved lov om offentlig forsorg blev kommunernes forhold til hjemmesygeplejen nærmere fastlagt, således som det vil blive omtalt i det følgende afsnit.

I ganske få tilfælde blev hjemmesygeplejen oprettet ved ren kommunal foranstaltning. Dette var således tilfældet i København, hvor den kommunale hjemmesygepleje blev oprettet i 1916. Som det vil blive påvist i det følgende, har der navnlig i de seneste år været en tendens til, at kommunerne i stigende omfang selv forestår hjemmesygeplejen.

Også indenfor sygekasserne opstod der snart interesse for det arbejde, der udførtes gennem hjemmesygeplejeforeningerne, og der blev efterhånden i flere tilfælde etableret samarbejde med disse foreninger, således at der sikredes sygekassens medlemmer hjemmesygepleje på linie med foreningens medlemmer. I områder, hvor der ikke fandtes nogen hjemmesygeplejeforening, forekom det også, at sygekassen selv påbegyndte en hjemmesygepleje for kassens medlemmer. Siden 1918 har sygekasserne på visse nærmere betingelser modtaget statsrefusion af udgifterne til hjemmesygepleje på linie med kassens øvrige udgifter. Der skulle dog hengå en årrække, inden sygekasserne i større omfang sikrede deres medlemmer hjemmesygepleje. Indtil 1930 havde således kun 350 af landets 1650 sygekasser indført hjemmesygepleje for deres medlemmer, og kun ca. 30 % af hjemmesygeplejeforeningerne havde etableret samarbejde med sygekasserne. Socialreformen medførte ikke ændring i sygekassernes forpligtelse med hensyn til ydelse af hjemmesygepleje, idet denne i henhold til folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 10, er gjort til en frivillig ydelse for sygekasserne. Udviklingen er dog gået i retning af, at stedse flere sygekasser til deres medlemmer yder hjemmesygepleje enten selvstændigt eller i samarbejde med hjemmesygeplejeforeningerne, og der vil i det følgende afsnit blive gjort rede for sygekassernes nuværende stilling til hjemmesygeplejen.

Fra statens side indså man på et meget tidligt tidspunkt hjemmesygeplejens samfundsmæssige betydning, og der har således lige siden 1882 på de årlige finanslove været bevilget tilskud til hjemmesygeplejen. Tilskudene har dog i forhold til de af kommunerne og sygekasserne ydede tilskud kun udgjort relativt beskedne beløb og er i almindelighed ydet til specielle formål indenfor hjemmesygeplejen. Det største tilskud blev ydet i årene 1905—09 med 29.000 kr. årlig. Med hensyn til statens nuværende tilskud til hjemmesygeplejen henvises til det følgende afsnit.

Også amtskommunerne har vist sagen interesse og har gennem tiderne ydet mindre tilskud til hjemmesygeplejen. For størrelsen af det nuværende tilskud vil der blive gjort rede i det følgende afsnit.

1. DEL

BESKRIVELSE OG VURDERING AF DEN NUVÆRENDE HJEMMESYGEPLEJEORDNING

A. Organisation.

I det foregående afsnit er det nærmere omtalt, hvorledes hjemmesygeplejen er opstået på privat initiativ uden lovgivningsmagtens medvirken og oprindelig også uden økonomisk støtte fra det offentliges side. Sidstnævnte forhold ændredes som nævnt hurtigt, idet navnlig kommunerne påtog sig at yde hjemmesygeplejen betydelig økonomisk støtte. Derimod varede det en årrække, inden lovgivningsmagten beskæftigede sig med hjemmesygeplejens forhold. Dette skete først i 1933, hvor det i lov om offentlig forsorg § 33 blev bestemt, at det påhviler enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for en forsvarlig ordning af sygeplejen i kommunen, eventuelt kan der sluttes overenskomst med sygekasser, menighedsplejer, private sygeplejeforeninger, nabokommuner el. lign. Ordningen skal godkendes for landkommunernes vedkommende af amtsrådet, for de andre kommuners vedkommende af socialministeren.

Efter denne bestemmelses ordlyd synes det at være enhver kommunes pligt at sørge for, at der i kommunen findes en egentlig hjemmesygeplejeordning. Således er bestemmelsen imidlertid ikke forstået i praksis, idet et større antal kommuner endnu ikke har nogen egentlig hjemmesygeplejeordning. Dette hænger formentlig sammen med, at man under hensyn til bestemmelsens placering i forsorgsloven har opfattet kommunernes forpligtelse til at etablere en hjemmesygeplejeordning som kun omfattende trangspatienter, og ydelse af hjemmesygepleje til disse vil normalt ikke nødvendiggøre ansættelse af en fast sygeplejerske.

Efter de for udvalget foreliggende oplysninger var der pr. 1. juli 1952 2 købstadkommuner og 236 sognekommuner med ialt ca. 262.000 indbyggere, som endnu ikke havde tilvejebragt nogen egentlig organiseret hjemmesygeplejeordning. Hjemmesygeplejens udbredelse i de forskellige amter udenfor København og Frederiksberg fremgår af hosstående oversigt.

Som det fremgår af ovennævnte lovbestemmelse, påhviler der ikke kommunen nogen forpligtelse til selv at forestå administrationen af hjemmesygeplejen, idet loven udtrykkelig fremhæver, at denne vil kunne overlades til de private organer og institutioner, der som ovenfor påvist har taget initiativet med hensyn til tilvejebringelse af hjemmesygepleje. I praksis har kommunerne i vidt omfang be-

Antal af hjemmesygeplejevirksomheder pr. 1. juli 1952.

Amterne	Antal sogne-kommuner	Antal by-kommuner	Kommuner ialt	Virksomheder i Ctf.	Virksomheder udenfor Ctf. Landkomm.	Virksomheder udenfor Ctf. Bykomm.	Antal kommuner uden hjemmesygepleje Landkomm.	Antal kommuner uden hjemmesygepleje Bykomm.	Antal indbyggere uden adgang til orgainseret hjemmesygepleje
Aabenraa	20	1	21	15	1	1			
Aalborg	67	4	71	44	5		23	1	22.596
Aarhus	36	1	37	23		1	10		9.461
Assens	32	2	34	29			1		192
Bornholm	16	6	22	14			5		6.542
Frederiksborg	43	4	47	47	1				
Haderslev	41	2	43	29		1			
Hjørring	57	5	62	35	11	2	15		24.130
Holbæk	65	3	68	51	5				
København	19	2	21	21	2				
Maribo	67	7	74	59	3	1	1		1.431
Odense	54	3	57	49					
Præstø	73	5	78	62	1		1		
Randers	77	5	82	38	7	2	23	1	194
Ribe	67	3	70	56	1		12		24.370
Ringkøbing	93	5	98	23	6	3	58		7.482
Roskilde	28	2	30	23					71.127
Skanderborg	40	3	43	42	6	1	2		
Sorø	65	5	70	41	5	2	8		1.743
Svendborg	79	6	85	62	2	2	7		6.891
Sønderborg	19	3	22	11		1			4.558
Thisted	52	2	54	37	1		4		
Tønder	33	3	36	19	2	1	3		3.283
Vejle	72	3	75	55		2	11		2.551
Viborg	89	2	91	33	6		52		10.284
	1304	87	1391	918	65	20	236	2	64.843
									261.678

nyttet sig af denne ret, idet hjemmesygeplejen, som det vil fremgå af det følgende, i det langt overvejende antal kommuner administreres af en hjemmesygeplejeforening og/eller af en sygekasse.

Gennemførelsen af den omhandlede bestemmelse i lov om offentlig forsorg medførte således ikke straks nogen ændring i hjemmesygeplejens forhold. Bestemmelsen måtte derimod snarest opfattes som en officiel bekræftelse af hjemmesygeplejens samfundsmæssige betydning, idet det samtidig blev fastslået, at kommunerne havde et vist ansvar for tilvejebringelsen af en hjemmesygeplejeordning. Sidstnævnte forhold fik stor betydning for hjemmesygeplejens videre udvikling, idet kommunerne, som det nærmere vil blive påvist nedenfor under omtalen af hjemmesygeplejens økonomiske forhold, efterhånden blev den faktor, der yder det største økonomiske bidrag til hjemmesygeplejen.

Selvom udviklingen således er gået i retning af, at hjemmesygeplejen som følge af den almindelige økonomiske udvikling i stadig stigende grad har måttet basere sin økonomi på tilskud fra kommunerne, er det private initiativ dog ikke fortrængt fra hjemmesygeplejen, idet kommunerne som nævnt i vidt omfang har benyttet sig af den ved loven hjemlede adgang til at slutte overenskomst med en hjemmesygeplejeforening eller sygekasse.

Hjemmesygeplejen drives herefter i dag under følgende 4 former:

1) Hjemmesygeplejeforeninger (herunder menighedsplejer) uden samarbejde med sygekasser.

2) Hjemmesygeplejeforeninger i samarbejde med sygekasser.

3) Sygekasser med selvstændig hjemmesygepleje.

4) Rent kommunal hjemmesygepleje.

Om fordelingen på de enkelte grupper kan følgende oplyses:

Ifølge en af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark foretaget opgørelse udgjorde det samlede antal hjemmesygeplejevirksomheder udenfor København og Frederiksberg pr. 1. april 1949 ialt 1077, heraf var 967 medlemmer af centralforeningen; pr. 1. juli 1952 udgjorde det samlede antal virksomheder 1003, hvoraf 918 var medlem af centralforeningen. De under centralforeningen hørende virksomheder fordelte sig i årene 1949, 1950 og 1951 således på de ovennævnte 4 grupper:

	1/4 1949	31/12 1950	31/12 1951
Gruppe 1	178	160	146
Gruppe 2	595	580	590
Gruppe 3	72	70	54
Gruppe 4	122	143	142
Ialt	967	953	932

Det fremgår af denne oversigt, at den form, hvorunder hjemmesygeplejen oprindelig blev drevet, gruppe 1, nu kun spiller en mindre rolle i det samlede billede, idet den økonomiske udvikling har nødvendiggjort, at foreningerne i stadigt stigende omfang har måttet indgå samarbejde med sygekasserne, således at der kunne skabes et bredere økonomisk grundlag for hjemmesygeplejen.

Det fremgår således af oversigten, at over halvdelen af samtlige hjemmesygeplejevirksomheder i dag hører til denne kategori. Samtidig med at antallet af

selvstændig virkende hjemmesygeplejeforeninger er gået tilbage, har der været en stigning i antallet af egentlige kommunale hjemmesygeplejevirksomheder.

Forskellen mellem de enkelte grupper refererer sig foruden til forskelligheder i administrationen navnlig til forskellighed med hensyn til den personkreds, som omfattes af ordningen.

Hjemmesygeplejeforeningerne blev oprindelig som andre private sammenslutninger ledet af en bestyrelse valgt blandt foreningens medlemmer, og det var kun medlemmer af foreningen, som havde ret til hjemmesygepleje. Efter socialreformen er foreningens virksomhed blevet udvidet til også at omfatte trangspatienter, idet foreningerne har overtaget kommunernes forpligtelse til at yde gratis hjemmesygepleje til disse patienter mod et økonomisk tilskud fra kommunen.

Som følge af kommunernes betydelige tilskud til opretholdelsen af foreningernes virksomhed er der nu sædvanligvis tillige en eller flere repræsentanter for kommunen i foreningens bestyrelse.

I de tilfælde, hvor hjemmesygeplejen drives ved et samarbejde mellem hjemmesygeplejeforening og sygekasse, varetages administrationen af en bestyrelse bestående af repræsentanter for de to foreninger, ligesom der også sædvanligvis er repræsentanter for kommunen. Adgang til hjemmesygepleje har i disse tilfælde medlemmerne af hjemmesygeplejeforeningen og sygekassen samt tillige trangspatienter. I nogle tilfælde har endvidere personer, der ikke er medlem af de nævnte foreninger, adgang til hjemmesygepleje mod erlæggelse af et vist bidrag pr. ydelse.

Hvor hjemmesygeplejen varetages af sygekassen alene, administreres den i forbindelse med kassens øvrige virksomhed, og den ydes foruden til kassens medlemmer sædvanligvis kun til trangspatienter, idet der dog også her i visse tilfælde er adgang for personer, der ikke er medlem af sygekassen, til mod betaling pr. ydelse at erholde hjemmesygepleje.

Med hensyn til sygekassernes ydelse af hjemmesygepleje kan iøvrigt bemærkes, at denne ydelse ikke er obligatorisk for sygekasserne, men ifølge folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 10, kan det i en sygekasses vedtægt bestemmes, at kassen yder hjemmesygepleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler. Sådanne regler er fastsat i socialministeriets bekendtgørelse nr. 162 af 12. maj 1934, hvori det blandt andet bestemmes, at hjemmesygeplejen eventuelt vil kunne etableres ved et samarbejde med hjemmesygeplejeforeningerne og kommunerne.

Med hensyn til omfanget af sygekassernes deltagelse i hjemmesygeplejen kan følgende oplyses, der bygger på forholdene ved udgangen af året 1951:

Af de 111 købstadsygekasser udenfor hovedstadsområdet ydede 87 kasser hjemmesygepleje til deres medlemmer. I sognekommunerne udgjorde det samlede antal sygekasser 1401, hvoraf 741 ydede hjemmesygepleje til medlemmerne. Det vil heraf fremgå, at kun ca. halvdelen af sygekasserne i landkommunerne yder hjemmesygepleje til deres medlemmer.

I de tilfælde, hvor der er tale om ren kommunal hjemmesygepleje (gruppe 4), er det et fælles træk, at hjemmesygeplejen står åben for alle kommunens indbyggere. Derimod er administrationen tilrettelagt på forskellig måde, idet hjemmesygeplejen i nogle tilfælde administreres i tilslutning til anden kommunal virksomhed, medens den i andre tilfælde administreres af en privat institution for kommunens regning.

Til belysning af hvorledes en kommunal hjemmesygepleje er tilrettelagt, vil der i det følgende nærmere blive redegjort for den kommunale hjemmesygepleje i København.

I hospitalsdirektørens beretning for 1940/41 er der i anledning af hjemmesygeplejens 25 års dag givet en nærmere redegørelse for sygeplejens udvikling i det forløbne tidsrum. Fra denne redegørelse skal følgende citeres:

»Allerede længe inden institutionen den 1. oktober 1916 begyndte sin virksomhed, havde man indenfor hospitalsvæsenet beskæftiget sig med planer om organisering af en kommunal hjemmesygepleje. Det var åbenbart for alle, at en lettere adgang til kvalificeret sygeplejehjælp ville være et stort gode for byens befolkning, idet en sådan sygeplejehjælp i mange tilfælde ville overflødiggøre hospitalsindlæggelse af patienter.

Når hospitalsvæsenet havde fattet interesse for at søge sygepleje indført i hjemmene, skyldtes det tillige, at spørgsmålet foruden hensynet til patienterne havde en anden side, forholdet til hospitalerne, og det var ikke mindst denne side af sagen, der interesserede hospitalsadministrationen. Byens vækst stillede stadig stærkere krav til hospitalerne, så stærke krav, at det ofte var vanskeligt at tilfredsstille dem. En aflastning af hospitalerne var således i høj grad påkrævet, og en aflastning kunne, mente man, på en lægeligt fuldt forsvarlig og for kommunen økonomisk fordelagtig måde opnås gennem kommunal hjemmesygepleje. En stor del af hospitalernes kostbare sengepladser optoges af patienter, der led af langvarige sygdomme, som med godt resultat kunne behandles hjemme, hvis den nødvendige læge- og sygeplejehjælp kunne sikres. Men medens lægetilsyn kunne ydes af sygekassernes læger, fandtes der ingen tilsvarende adgang til billig eller gratis sygeplejehjælp. Man havde ganske vist længe haft en ordning med byens sygeplejerskeforeninger og menighedsplejen om ydelse af sygeplejehjælp i hjemmene, men denne hjælp kunne kun rekvireres af kommunelægerne og kom alene de under forsørgelsesvæsenet hørende patienter til gode. Den gruppe af patienter, den nye institution skulle hjælpe, var derfor patienter, der var ubemidlede uden at være under forsørgelsesvæsenet, og som grænse opad satte man, at pågældendes økonomiske forhold ikke måtte være til hinder for optagelse i en anerkendt sygekasse.

For at opnå de nødvendige erfaringer inden den fuldstændige og endelige organisering fastlagdes, besluttede man at indføre hjemmesygepleje i enkelte kvarterer i en kortere forsøgsperiode. En foreløbig plan blev udarbejdet og forelagt kommunalbestyrelsen, og i et møde den 29. juni 1916 gav borgerrepræsentationen magistraten bemyndigelse til forsøgsvis indførelse af en vederlagsfri kommunal hjemmesygepleje fra den 1. oktober 1916 at regne.

Straks fra første færd var man klar over det hensigtsmæssige i, at byen opdeltes i distrikter, således at sygeplejerskerne fik deres arbejde nogenlunde samlet. I forsøgsperioden var der 3 distrikter: Vesterbro, det indre Nørrebro og det ydre Nørrebro, og i hvert distrikt arbejdede 2 sygeplejersker. For at få erfaring for, hvorledes hjemmesygeplejerskerne fremtidig skulle rekrutteres, var personalet — 6 ialt — sammensat af 2 sygeplejersker fra kommunens hospitaler, 2 fra Dansk Sygeplejeråd og 2 menighedssygeplejersker. Sygeplejerskerne skulle foruden den egentlige sygeplejehjælp yde en sådan lettere husgerning, som vedrørte patientens personlige forhold, medens almindelig husgerning lå udenfor deres opgave. De tilkaldtes af de praktiserende læger og arbejdede efter disses anvisning, og det lykkedes straks at etablere det intime samarbejde og tillids-

forhold mellem læger og sygeplejersker, som i så høj grad har været medvirkende til, at den kommunale hjemmesygepleje har kunnet løse de opgaver, der stilledes den, til alles fulde tilfredshed.

Efter en prøvetid på godt et år udarbejdede hospitalsdirektoratet forslag til den kommunale hjemmesygeplejes endelige organisation. Byen deltes i 6 distrikter, hver med 2 sygeplejersker og 1 elev. Hjemmesygeplejerskerne skulle fortrinsvis rekrutteres fra hospitalernes sygeplejerskepersonale og gennemgå en supplerende uddannelse i 6 måneder, forinden de begyndte at arbejde selvstændigt. De skulle bære en særlig uniform og forsynes med et depot af instrumenter og forbindsager.

Forslaget, der blev vedtaget af kommunalbestyrelsen og ført ud i livet den 1. februar 1918, danner stadig grundlaget for den kommunale hjemmesygeplejes organisation.«

Hjemmesygeplejen blev henlagt under hospitalsdirektoratet. Efter et par års forløb blev der ansat en forstanderinde til at varetage den daglige ledelse og tilsynet med arbejdet.

I 1950 vedtog Københavns kommunalbestyrelse at udvide hjemmesygeplejen i København til også at omfatte den del af befolkningen, hvis indtægt ligger over sygekassegrænsen, således at der fremtidig vederlagsfrit ydes hjemmesygepleje til alle, som har fast bopæl i Københavns kommune, uanset indtægts- og formueforhold. Det bemærkes dog herved, at hjemmesygepleje til patienter under forsørgelsesvæsenet fortsat alene ydes af de samvirkende menighedsplejer.

Hjemmesygeplejen ydes efter den behandlende læges rekvisition — herunder også ved rekvisition fra hospitalerne i København, når en af de nedenfor nævnte betingelser er til stede:

1. Når patienten ellers må indlægges på hospital.
2. Når patienten på grund af pladsmangel på hospitalerne ikke i øjeblikket kan modtages, og patienten ikke ellers kan få forsvarlig pleje i hjemmet.
3. Når patienten efter udskrivning fra hospital til fortsat behandling eller rekreation ikke ellers kan få forsvarlig pleje i hjemmet.

Hjemmesygeplejen består i, at en uddannet sygeplejerske aflægger besøg i hjemmet, så ofte lægen finder det nødvendigt, dog normalt ikke mere end indtil 2 besøg daglig, for at yde den sygehjælp og pleje, som lægen har ordineret.

Hospitalsdirektoratet har samtidig henstillet til lægerne i videst muligt omfang at begrænse hospitalsindlæggelse ved at benytte den kommunale hjemmesygepleje.

I tilslutning til hjemmesygeplejen har der siden 1924 bestået en særlig kommunal barselpleje, der vederlagsfrit tilser alle kvinder, der føder i hjemmet. I de første 5—6 dage efter fødslen aflægges 2 besøg daglig og de næste 3—4 dage 1 besøg.

Efter de senest foreliggende oplysninger er byen nu inddelt i 61 hjemmesygeplejedistrikter hver med 1 hjemmesygeplejerske og 16 barselplejedistrikter ligeledes med hver sin barselsygeplejerske. Da arbejdsmængden er stærkt varierende, beskæftiges tillige et antal vikarassistenter og privatsygeplejersker, der kan sættes ind i distrikter, hvor arbejdet ikke kan overkommes af den faste sygeplejerske eller barselplejerske. Endvidere er der til stadighed et antal elever under uddannelse i hjemmesygepleje i 7 måneder. Den daglige ledelse og tilsynet med

arbejdet forestås af en direkte under hospitalsdirektøren sorterende forstanderinde, der til assistance har en viceforstanderinde, en oversygeplejerske samt iøvrigt nødvendigt personale.

Efter de for udvalget foreliggende oplysninger har der i finansåret 1951/52 været beskæftiget gennemsnitlig ca. 150 sygeplejersker ved den københavnske hjemmesygepleje og barselpleje, men tallet varierer som nævnt efter behovet.

Også på Frederiksberg har der siden 1949 været adgang for hele befolkningen til vederlagsfri hjemmesygepleje. Hjemmesygeplejen, der her også omfatter de under forsørgelsesvæsenet hørende patienter, varetages af Frederiksbergs menighedssygepleje, der i henhold til overenskomst med kommunen har påtaget sig denne opgave. Kommunen dækker samtlige udgifter efter fradrag af de frivillige bidrag, som indkommer til menighedssygeplejen. Kommunen er opdelt i distrikter svarende til kirkesognene hver med sin faste sygeplejerske. Endvidere er der som i København et antal vikarassistenter og privatsygeplejersker samt elever. Den daglige ledelse varetages af en forstanderinde, der tillige forestår ledelsen af husmoderafløsningen på Frederiksberg. Blandt andet som følge heraf er der til bistand for forstanderinden ansat 2 tilsynsførende sygeplejersker, der besøger hjemmene og i samarbejde med lægen afgør, om der tiltrænges hjælp af hjemmesygeplejerske og/eller af husmoderafløsere, samt fører tilsyn med disses arbejde.

Af oversigten side 12 vedrørende antallet af hjemmesygeplejevirksomheder i de seneste år fremgår det, at der har været en tilbagegang i såvel det samlede antal virksomheder som i antallet af hjemmesygeplejevirksomheder tilknyttet centralforeningen. Det samlede antal virksomheder er således faldet fra 1077 den 1. april 1949 til 1003 den 1. juli 1952, medens antallet af virksomheder under centralforeningen for de sidste 3 år udgør henholdsvis 967, 953 og 932. Denne tilbagegang i hjemmesygeplejevirksomhedernes antal er ikke udtryk for, at hjemmesygeplejen som sådan er i tilbagegang, men nedgangen i antallet af virksomheder skyldes i de fleste tilfælde, at der i det forløbne tidsrum har fundet en rationalisering sted, ved at flere virksomheder er blevet slået sammen.

Som følge af den måde, hvorpå hjemmesygeplejen er opstået, har hjemmesygeplejedistrikterne hidtil sædvanligvis været sammenfaldende med kommunerne, således at der uanset disses udstrækning og indbyggertal på landet normalt har været 1 hjemmesygeplejerske i hver kommune. Som følge heraf er der meget stor forskel på størrelsen af det område, som de enkelte sygeplejersker skal betjene. Det kan derfor ikke undgås, at der forekommer tilfælde, hvor hjemmesygeplejersken på grund af distriktets store udstrækning kan have vanskeligt ved at overkomme arbejdet på tilfredsstillende måde, medens der på den anden side findes et betydeligt antal distrikter, der er så små, at hjemmesygeplejerskens arbejdskraft ikke udnyttes fuldt ud. I de allerseneste år er der dog som følge af den kraftige stigning i udgifterne ved virksomhedernes drift væsentligst som følge af lønstigningerne i et ikke ringe antal tilfælde blevet etableret et samarbejde mellem flere virksomheder, således at 2 eventuelt flere mindre virksomheder har sluttet sig sammen om i fællesskab at ansætte en sygeplejerske.

I de mindre købstæder er der som regel ligesom i landkommunerne ansat en enkelt hjemmesygeplejerske, og også her er sygeplejerskens arbejdsbyrde af ret forskelligt omfang alt efter købstadens størrelse. I de større købstæder beskæftiges derimod flere sygeplejersker, således at byen har kunnet opdeles i distrik-

ter svarende til, hvad en sygeplejerske i almindelighed kan overkomme med fuld udnyttelse af arbejdskraften, og samtidig er der i nogle tilfælde ansat en ledende hjemmesygeplejerske. Det bemærkes i denne forbindelse, at sygeplejersker i byerne som følge af de mindre afstande kan overkomme at betjene et væsentlig større antal indbyggere end sygeplejersker på landet. Som eksempel på en distriktsinddeling af den omhandlede art henvises til det om hjemmesygeplejen i København og på Frederiksberg anførte.

B. Økonomi.

Som det fremgår af det i foranstående kapitel anførte, tilvejebringes hjemmesygeplejen i dag ved et samarbejde mellem forskellige faktorer. I det følgende vil der blive gjort nærmere rede for, efter hvilke retningslinier de enkelte faktorer i økonomisk henseende bidrager til hjemmesygeplejen.

1. *Kommunerne.*

Som tidligere nævnt har kommunerne, allerede længe før der ved socialreformen blev givet nærmere regler vedrørende kommunernes forhold til hjemmesygeplejen, ydet betydelig økonomisk støtte til hjemmesygeplejen. Ved forsorgslovens § 33 blev det som anført pålagt kommunerne at sørge for en forsvarlig hjemmesygeplejeordning. Denne lovbestemmelse siger imidlertid intet om, i hvilket omfang kommunerne er pligtige til at afholde udgifterne i forbindelse med hjemmesygeplejen. Bestemmelser herom findes i forsorgslovens § 274, stk. 1, hvori det hedder, at det sociale udvalg om fornødent, og særlig hvor sygehusindlæggelse i så fald kan undgås, er forpligtet til i trangstilfælde efter en læges rekvisition at yde kommunal sygepleje.

Samtidig med at det således blev pålagt kommunerne at yde hjemmesygepleje til trangspatienter, blev der adgang for kommunerne til at anmelde de herved opståede udgifter til refusion i henhold til de almindelige bestemmelser om refusion af socialudgifter i forsorgslovens § 75. Efter disse bestemmelser blev der ydet mellemkommunal refusion af et beløb svarende til $^2/_3$ af de med ydelse af hjemmesygepleje til trangspatienter forbundne udgifter.

Selvom kommunernes økonomiske forpligtelse således efter loven er begrænset til kun at omfatte hjemmesygepleje til egentlige trangspatienter, var det dog almindeligt, at kommunerne i de tilfælde, hvor hjemmesygeplejens administration er overladt til en hjemmesygeplejeforening, sygekasse eller lignende, foruden at afholde udgifterne til hjemmesygepleje til trangspatienter ydede tilskud til virksomhedens drift i almindelighed, idet kommunerne sædvanligvis ydede et tilskud, der var afpasset efter virksomhedens samlede udgifter.

Efter forslag af et af socialministeriet under 2. maj 1935 nedsat udvalg angående socialreformen, som bl. a. havde til opgave »at overveje enkelte under den hidtidige administration af socialreformen opståede spørgsmål om eventuelle ændringer af praktisk art«, indføjedes der ved ændringen af forsorgsloven i 1937 i lovens § 274 som nyt stk. 4 en bestemmelse, hvorefter de kommuner, som enten yder sygepleje såvel til trængende som ikke trængende eller har sluttet overenskomst med en sygekasse, menighedspleje, privat sygeplejeforening, nabokommune eller lignende om udførelsen af den kommunale sygepleje, og sygeplejen af disse ydes uden hensyn til trang, fik ret til til mellem-

kommunal refusion at anmelde 2/3 af et beløb, der udgør 50 øre pr. indbygger i kommunen ved sidste almindelige folketælling, dog aldrig mere end 2/3 af kommunens tilskud til vedkommende organ for dettes overtagelse af kommunens pligt i henhold til § 274, stk. 1.

Hovedmotiverne for indførelsen af denne ordning var at tilskynde kommunerne til at organisere den kommunale sygepleje og til at gøre dette på en økonomisk forsvarlig måde. Endvidere havde bestemmelsen til hensigt at skabe en praktisk lettelse i administrationen for de kommuner, som enten ydede sygeplejen både til trængende og ikke-trængende, eller som havde ordnet sig med en sygeplejeforening eller lignende, og hvis vederlag i overensstemmelse med det pågældende organ var fastsat til et bestemt beløb, idet de efter den nye bestemmelse kunne undgå at foretage den trangsbedømmelse i hvert enkelt tilfælde, som hidtil havde været nødvendig af hensyn til anmeldelsen til mellemkommunal refusion.

Fastsættelsen af størrelsen af det ensartede beløb pr. indbygger i kommunen til 50 øre skete ud fra oplysninger, som sognerådsforeningerne efter ministeriets anmodning havde indhentet fra sognekommunerne om størrelsen af hjemmesygeplejeudgifterne. Efter disse oplysninger varierede udgifterne fra nogle få øre pr. indbygger i kommunen til (i enkelte tilfælde) op til 2 kr. pr. indbygger; men det var dog sognerådsforeningernes opfattelse, at udgiften til sygepleje for trængende i sognekommunerne, såfremt man skulle nå til et bestemt beløb pr. indbygger, som skulle være bestemmende for den mellemkommunale refusion, passende kunne ansættes til 50 øre årlig pr. indbygger, samt at 2/3 af dette beløb burde udgøre maksimum for, hvad der kunne anmeldes til refusion. Som det fremgår af det foregående, blev en sådan ordning gennemført ikke blot for sognekommunernes, men også for bykommunernes vedkommende.

Fra forskellig side blev det senere fremhævet, at denne ordning under hensyn til den siden 1937 skete udvikling ikke mere var fyldestgørende og i fremtiden ville være ude af stand til at opfylde sit hovedformål: at fremme en på en økonomisk forsvarlig måde organiseret hjemmesygeplejevirksomhed.

Fra de kommunale organisationers side — bl. a. fra De samvirkende Sognerådsforeninger — blev der over for ministeriet fremsat ønske om en forhøjelse af 50 øres-grænsen. Man gjorde gældende, at maksimumsbeløbet for, hvad der måtte anmeldes til mellemkommunal refusion, i tidens løb var blevet alt for lille, dels fordi lønninger og andre udgifter var steget væsentligt, dels fordi der rundt om i kommunerne var sket en udbygning af den kommunale sygepleje.

Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder anmodede i 1941 ligeledes ministeriet om at overveje en væsentlig forhøjelse af 50 øres-grænsen. Man anførte bl. a., at erfaringen havde vist, at næsten alle kommuner — til trods for, at bestemmelsen i § 274, stk. 4, kun vedrører størrelsen af den del af tilskuddet til hjemmesygeplejen, som kommunerne er berettiget til at anmelde til refusion — nu kun ydede et tilskud, svarende til refusionsbeløbet, hvilket for et overvejende antal kommuners vedkommende betød, at deres tilskud nu var mindre end det, der ydedes før forsorgslovens ikrafttræden. Det fremhævedes, at dette var så meget mere uheldigt, som hjemmesygeplejens driftsudgifter — især udgifterne til hjemmesygeplejerskernes løn — var steget i de senere år. I 1945 rejste centralforeningen yderligere spørgsmålet om statstilskud til hjemmesygeplejerskernes løn og til forbedring af deres pensionsordning.

Dansk Sygeplejeråd fremsatte i 1941 ønske om forhøjelse af det kommunale tilskud til hjemmesygeplejevirksomhederne, således at disse kunne blive i stand til at yde hjemmesygeplejerskerne en løn, der svarede til den, som sygeplejerskerne på sygehusene oppebar, ligesom man rejste spørgsmålet om statens overtagelse af hjemmesygeplejen.

Hjemmesygeplejevirksomhedernes udgifter til sygeplejerskernes løn har således indtaget en fremtrædende plads i forbindelse med ønskerne om en revision af § 274, stk. 4, og da Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i 1947 afsluttede en overenskomst med Dansk Sygeplejeråd, hvorefter de enkelte sygeplejevirksomheder er forpligtet til at lønne deres sygeplejersker efter Dansk Sygeplejeråds tarif, blev den økonomiske situation for hjemmesygeplejen yderligere tilspidset og førte til nedsættelsen af nærværende udvalg.

Da baggrunden for hjemmesygeplejeudvalgets nedsættelse således i første række var de økonomiske vanskeligheder, som var opstået for de enkelte virksomheder væsentlig som følge af den mellem Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder og Dansk Sygeplejeråd indgåede lønoverenskomst, tog udvalget straks spørgsmålet om en øjeblikkelig afhjælpning af de økonomiske vanskeligheder op til nærmere overvejelse. Som en udvej, der ikke ville foregribe noget med hensyn til udvalgets videre arbejde, mente man at burde foreslå en forhøjelse af det beløb, kommunerne kunne anmelde til mellemkommunal refusion. På grundlag af de af udvalget foretagne undersøgelser vedrørende udgiftsstigningen siden 1937 stillede udvalget forslag om, at det anmeldelsesberettigede beløb blev forhøjet fra 50 øre til 1,35 kr. pr. indbygger. Samtidig foreslog man refusionsreglen i § 274, stk. 4, ændret således, at den blev bragt i overensstemmelse med de almindelige bestemmelser i forsorgsloven vedrørende refusion af kommunernes udgifter til sociale formål. Herefter ville kommunernes udgifter til hjemmesygepleje indenfor et beløb af 1,35 kr. pr. indbygger blive refunderet med $^3/_{10}$ fra den fælleskommunale udligningsfond, medens $^1/_{10}$ ville blive genstand for egentlig mellemkommunal refusion, jfr. forsorgslovens § 75. Det omhandlede forslag blev ophøjet til lov og fik virkning fra 1. april 1947.

Selv om den således tilvejebragte bestemmelse ikke pålagde kommunerne forpligtelse til at yde et tilskud til hjemmesygeplejen svarende til det anmeldelsesberettigede beløb, har udviklingen dog vist, at kommunerne ret hurtigt efter lovens ikrafttræden forhøjede deres tilskud i overensstemmelse hermed.

Til belysning af størrelsen af kommunernes tilskud til hjemmesygeplejen kan der på grundlag af de til socialministeriet indsendte refusionsskemaer meddeles følgende oversigt over kommunernes gennemsnitlige udgift pr. indbygger til hjemmesygepleje udenfor København og Frederiksberg i regnskabsåret 1949/50 i de kommuner, hvor der findes en hjemmesygeplejeordning:

1) Kommuner hvor den gennemsnitlige udgift er større end 1,35 kr. pr. indbygger.

	Antal kommuner	Antal indbyggere
Købstæder	23	117.830
Sognekommuner	834	1.315.233
	857	1.433.063

2) Kommuner hvor den gennemsnitlige udgift svarer til 1,35 kr. pr. indbygger.

	Antal kommuner	Antal indbyggere
Købstæder	5	69.278
Sognekommuner	35	50.608
	40	119.886

3) Kommuner hvor den gennemsnitlige udgift er mindre end 1,35 kr. pr. indbygger.

	Antal kommuner	Antal indbyggere
Købstæder	44	602.148
Sognekommuner	182	428.294
	226	1.030.442

Af denne oversigt vil det fremgå, at den gennemsnitlige udgift for flertallet af købstædernes vedkommende er mindre end eller lig med 1,35 kr. pr. indbygger. De 49 købstæder, som hører til denne gruppe, har et gennemsnitlig indbyggerantal på ca. 14.000. Til sammenligning kan det anføres, at de 23 købstæder, hvor kommunens tilskud ligger højere end 1,35 kr. pr. indbygger, har et gennemsnitligt indbyggertal på ca. 5.000. Man kan heraf udlede, at der i de større købstæder er de bedste muligheder for gennemførelse af en økonomisk driftsform, hvilket atter står i forbindelse med, at der for disse købstæders vedkommende er større mulighed for gennem en passende distriktsinddeling at udnytte sygeplejerskernes arbejdskraft på den mest hensigtsmæssige måde.

For sognekommunernes vedkommende viser oversigten, at tilskudet for det overvejende antal kommuners vedkommende overstiger 1,35 kr. pr. indbygger. Grunden til, at den gennemsnitlige udgift pr. indbygger i almindelighed ligger højere på landet end i byen, er, at sygeplejerskerne i byerne som foran påvist kan overkomme at betjene et væsentligt større antal indbyggere end sygeplejersker på landet.

Den nævnte oversigt bygger som anført på indberetninger vedrørende regnskabsåret 1949/50. Der har imidlertid siden fundet en betydelig stigning sted i de enkelte virksomheders udgifter til sygeplejerskernes løn m. m. Da denne merudgift hovedsagelig er blevet afholdt af kommunerne, må antallet af kommuner, hvor den gennemsnitlige udgift overstiger 1,35 kr. pr. indbygger, i dag påregnes at være større end angivet i oversigten. Til belysning af stigningen i kommunernes udgifter til hjemmesygepleje kan det oplyses, at de samlede udgifter i de seneste regnskabsår har udgjort følgende beløb:

1945/46: ca. 3,5 mill. kr.
1948/49: ca. 6,35 mill. kr.
1949/50: ca. 6,71 mill. kr.
1950/51: ca. 7,53 mill. kr.

Af kommunernes samlede udgifter til hjemmesygepleje i regnskabsåret 1950/51 kunne der til refusion i henhold til forsorgslovens § 274, jfr. § 75, anmeldes et beløb af 4.084.368 kr. Da udligningsfonden refunderer $^{3}/_{10}$ af det anmeldelsesberettigede beløb, udgjorde udligningsfondens tilskud til hjemmesygeplejen i regnskabsåret 1950/51 1.225.000 kr. $^{4}/_{10}$ af det anmeldelsesberettigede beløb var

genstand for egentlig mellemkommunal refusion, og der blev herigennem foretaget en udligning imellem kommunerne af et beløb på 1.634.000 kr.

2. *Sygekasserne.*

Som foran påvist yder efterhånden et betydeligt antal sygekasser hjemmesygepleje til deres medlemmer, idet hjemmesygeplejen oftest tilvejebringes ved et samarbejde mellem hjemmesygeplejeforening, sygekasse og kommune. Også sygekassernes udgifter til hjemmesygeplejen har i de senere år udvist en ikke uvæsentlig stigning i overensstemmelse med den almindelige prisudvikling. I kalenderåret 1945 udgjorde sygekassernes samlede udgifter til hjemmesygeplejen således ca. 1,93 mill. kr., medens de i 1948 var steget til ca. 2,60 mill. kr. og i 1950 til ca. 2,88 mill. kr. Nedenstående oversigt viser en foreløbig opgørelse af sygekassernes udgifter til hjemmesygepleje i kalenderåret 1951 fordelt på henholdsvis sygekasser i landkommunerne og sygekasser i byerne.

Sygekasser i landkommuner.

	Antal kasser uden hjemmesygepleje	Antal kasser med hjemmesygepleje	Antal medlemmer i kasser m. hjemmespl.	Udgift til hjemmesygepleje kr.	Udgift pr. medlem kr.
Københavns amt..	20	45	158.606	194.158	1.22
Frederiksborg »	12	39	45.954	101.573	2.21
Holbæk »	38	27	25.396	39.421	1.55
Sorø »	28	38	29.034	62.827	2.16
Præstø »	32	42	27.803	70.955	2.55
Bornholms »	7	7	7.843	14.432	1.84
Maribo »	31	36	24.696	35.794	1.45
Svendborg »	55	24	20.847	44.110	2.12
Odense »	38	53	49.860	113.656	2.28
Vejle »	25	49	49.057	155.492	3.17
Skanderborg »	14	40	32.977	75.684	2.30
Aarhus »	15	27	40.130	98.964	2.47
Randers »	43	46	36.124	101.395	2.81
Aalborg »	30	42	52.275	127.166	2.43
Hjørring »	32	35	33.808	100.391	2.96
Thisted »	12	43	34.096	58.344	1.71
Viborg »	68	34	28.184	112.086	3.98
Ringkøbing »	76	23	22.856	64.072	2.80
Ribe »	58	16	47.131	160.324	3.40
Haderslev »	0	40	30.056	59.695	1.99
Aabenraa-Sønderborg »	14	21	22.731	49.125	2.16
Tønder »	12	14	11.802	20.230	1.71
Øernes landkasser	261	311	390.039	676.926	1.74
Jyllands landkasser	399	430	441.227	1182.968	2.68

Købstadsygekasser.

Sygekassen	Medlemmer	Udgift kr.	Udgift pr. medlem kr.
Køge	6.092	1.567	0.25
Roskilde	14.553	10.338	0.71
Frederikssund	2.585	2.659	1.03
Hillerød	8.387	16.992	2.03
Helsingør	11.781	40.168	3.41
Frederiksværk	2.042	6.991	3.42
»Enigheden«, Holbæk	8.151	10.487	1.29
Kalundborg	4.981	12.964	2.60
Nykøbing Sj.	2.344	9.091	3.88
Sorø	2.860	6.235	2.18
Slagelse	10.964	22.622	2.06
Korsør	5.827	4.358	0.75
Store-Heddinge	1.243	4.117	3.31
Præstø	1.018	4.502	4.42
Næstved	10.150	6.541	0.64
Vordingborg	5.171	10.256	1.98
Stege By og Landsogn	3.122	10.916	3.50
Hasle	955	1.919	2.01
Allinge Stenværker	357	975	2.73
Allinge-Sandvig	949	2.432	2.56
Svaneke	841	1.331	1.58
Neksø	1.861	4.394	2.36
Aaker-Aakirkeby	2.207	3.805	1.72
Rønne	7.569	10.645	1.41
Stubbekøbing	1.256	1.884	1.50
Nykøbing F.	9.470	25.184	2.66
Nysted	823	1.467	1.78
Sakskøbing	1.316	1.337	1.02
Maribo	3.099	5.992	1.93
Rødby-Ringsebølle	1.709	3.076	1.80
Svendborg	13.664	20.586	1.51
Faaborg	3.031	5.745	1.90
Marstal	1.166	1.755	1.51
Ærøskøbing	764	1.858	2.43
»Enigheden«, Kerteminde	2.103	3.155	1.50
Odense	39.253	37.011	0.94
Hustømrerne	661	2.027	3.07
»1857«	19.754	19.913	1.01
Bogense	1.789	6.236	3.49
Middelfart	4.867	7.973	1.64
Assens	2.919	4.583	1.57
Svendesgk., Kolding	3.924	10.362	2.64
Kolding Sgk. af 1884	14.247	38.513	2.70
Murer- og Tømrerf.	479	1.300	2.71
Murer- og Tømrerf., Fredericia	512	146	0.29
Fredericia	12.274	3.652	0.30
Fredericia Mark	757	208	0.28
Vejle	17.547	4.394	0.25
Horsens	15.342	15.056	0.98
1. maj 1890, Horsens	4.759	4.848	1.02

Sygekassen	Medlemmer	Udgift kr.	Udgift pr. medlem kr.
Tobaksarbejderne	629	637	1.01
A/S Møller & Jochumsen	413	444	1.08
Silkeborg	13.236	31.087	2.35
Aarhus	60.224	45.023	0.75
Sct. Clemens	4.005	8.459	2.11
Ebeltoft	1.297	1.297	1.00
Grenaa	3.970	3.754	0.95
Tekstilarbejderne	831	738	0,89
Hobro	4.850	7.500	1.55
Murernes og Tømrernes Sgks., Aalb.	486	1.165	2.40
Phønix, Aalborg	27.110	65.293	2.41
Tobaksarbejdernes	616	1.446	2.35
Jern- og Metalarbejderne	478	2.879	6.02
Haabet	8.942	21.541	2.41
Typograferne	230	1.336	5.81
Postfunktionærerne	238	924	3.88
Bageriarbejderne	254	365	1.44
Vejgaard	6.327	12.272	1.94
Nr. Tranders	1.582	2.314	1.46
Nibe By	2.920	4.431	1.52
Nørresundby	4.942	3.437	0.70
Hjørring	8.251	28.458	3.45
Thisted	5.119	1.398	0.27
Nykøbing Mors	5.152	20.742	4.03
Viborg	9.960	15.424	1.55
Viborg Mark	1.478	1.263	0.85
Skive	8.355	16.430	1.97
Lemvig	3.227	10.793	3.34
Ringkøbing	3.662	4.421	1.21
Håndværkerne, Varde	1.072	637	0.59
Varde	2.805	1.697	0.61
Varde Bymark	772	1.542	2.00
Ribe	3.259	4.995	1.53
Murerne og Tømrerne	539	1.695	3.14
Esbjerg	22.176	66.132	2.98
1905	2.556	7.553	2.96
Herning	9.293	10.038	1.08

Efter de i denne oversigt meddelte tal har sygekassernes udgifter i det nævnte kalenderår udgjort gennemsnitlig 1,99 kr. pr. medlem. Udgifterne for de enkelte kasser er imidlertid af meget forskellig størrelse. I almindelighed er udgifterne højere for sygekasserne på landet end for købstadsygekasserne, idet den gennemsnitlige udgift for landkasserne har udgjort 2,24 kr. pr. medlem og for købstadsygekasserne 1,61 kr. pr. medlem. For landkassernes vedkommende ligger udgiften pr. medlem væsentlig højere i Jylland end på Øerne. De højeste udgifter forekommer i de tyndt befolkede amter i Vest- og Midtjylland, medens udgiften ligger lavest i Københavns amt, hvor det som følge af den mere sammenhængende bebyggelse er muligt for sygeplejerskerne at overkomme et større distrikt.

For købstadkassernes vedkommende er det fremherskende træk, at den højeste udgift pr. medlem i almindelighed findes i de små købstæder, hvor der efter

det foran beskrevne ikke altid er mulighed for at tilrettelægge hjemmesygeplejen så rationelt som i de større købstæder.

I henhold til folkeforsikringslovens § 13, stk. 2, refunderer statskassen de sygekasser, som har besluttet sig for at yde hjemmesygepleje til medlemmerne, et beløb svarende til 1/4 af sygekassernes udgifter til hjemmesygepleje til ubemidlede nydende medlemmer. Som foran anført udgjorde sygekassernes samlede udgifter til hjemmesygepleje i kalenderåret 1950 2,88 mill. kr., og statskassen har således refunderet sygekasserne et beløb på ca. 720.000 kr.

3. *Hjemmesygeplejeforeningerne.*

I hjemmesygeplejens første tid var økonomien væsentlig baseret på bidrag fra hjemmesygeplejeforeningernes medlemmer. Efterhånden som hjemmesygeplejeforeningerne indledte et samarbejde med kommuner og sygekasser, skete der en forskydning, således at disse faktorer kom til at overtage en stadig større del af udgifterne, medens bidragene fra hjemmesygeplejeforeningerne aftog tilsvarende. Omkring 1932, hvor en hjemmesygeplejevirksomheds årlige budget balancerede med ca. 2.000 kr., var forholdet i reglen det, at hjemmesygeplejeforeningernes medlemmer ydede et bidrag af omtrent samme størrelse som sygekassernes. Kommunens tilskud udgjorde knap halvdelen af, hvad sygekassernes og hjemmesygeplejeforeningernes medlemmer ydede hver for sig.

Lov om offentlig forsorg med dens bestemmelser om kommunernes pligt til under visse forhold at yde hjemmesygepleje, i forbindelse med bestemmelserne om refusion af kommunernes udgifter medførte en betydelig forøgelse af kommunernes tilskud til hjemmesygeplejen. Samtidig optog flere og flere sygekasser hjemmesygepleje blandt deres ydelser. Dette i forbindelse med det obligatoriske medlemsskab af sygekassen og den stadig højere sygekassegrænse medførte en indskrænkning i antallet af medlemmer i hjemmesygeplejeforeningerne og dermed en nedgang i det samlede bidrag fra disse foreninger.

For tiden er det årlige kontingent i hjemmesygeplejeforeningerne af højst forskellig størrelse, idet det varierer fra 5 kr. pr. husstand til ca. 30 kr. pr. husstand. For enkeltpersoner varierer kontingentet fra 3 kr. til 10 kr. Det bemærkes herved, at kontingentet for enkeltpersoner som oftest er fastsat til halvdelen af kontingentet for en husstand. I de tilfælde, hvor hjemmesygeplejeforeningen yder hjemmesygepleje også til personer, der ikke er medlem af foreningen eller af sygekassen, opkræves en bestemt takst pr. ydelse. Den almindeligst forekommende takst i disse tilfælde er 2 kr. pr. ydelse.

Efter de for udvalget tilvejebragte oplysninger kan hjemmesygeplejeforeningernes samlede bidrag til hjemmesygepleje i regnskabsåret 1951/52 anslås til ca. 1 mill. kr.

4. *Amtskommunerne.*

I afsnittet om hjemmesygeplejens historie er det nævnt, at amtskommunerne allerede på et tidligt tidspunkt ydede mindre tilskud til hjemmesygeplejen. Tilskudet ydes enten til de enkelte hjemmesygeplejevirksomheder i amtet eller til sammenslutningen af virksomheder, de såkaldte amtsforeninger. Når tilskudet ydes til amtsforeningen, anvendes det enten til dækning af amtsforeningens administrationsudgifter eller fordeles af amtsforeningen til de enkelte virksomheder som oftest til anvendelse til særlige formål. Tilskudene fra de enkelte amtskom-

muner er af meget forskellig størrelse, idet de varierer lige fra 100 kr. til ca. 4.000 kr. årlig.

5. *Staten.*

For tiden ydes der på de årlige finanslove dels et tilskud på 5.700 kr. til sygeplejens fremme i almindelighed og dels et tilskud på 11.000 kr. til Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark. Af førstnævnte bevilling anvendes et beløb af indtil 3.000 kr. til tilskud til driften af hjemmesygeplejevirksomheder på mindre øer og isoleret beliggende kommuner, hvor driften af en hjemmesygeplejevirksomhed på grund af befolkningens fåtallighed vil medføre særlig store økonomiske vanskeligheder. Statens tilskud til det omhandlede formål forudsætter, at der ydes et tilskud af mindst samme størrelse fra henholdsvis amtskommunen og sognekommunen. For tiden ydes der statstilskud til 5 virksomheder af denne art. Resten af den omhandlede bevilling på 5.700 kr. anvendes til tilskud til hjemmesygeplejevirksomheder til anskaffelse af nødvendige sygeplejerekvisitter. Tilskudet kan ikke overstige 75 pct. af de med anskaffelsen forbundne udgifter.

Bevillingen til centralforeningen ydes med den klausul, at 700 kr. skal anvendes til kontorholdsudgifter. Af resten anvendes 5.300 kr. til pensionskassen for hjemmesygeplejersker under centralforeningen.

I denne forbindelse må endvidere erindres, at staten refunderer sygekasserne 1/4 af kassernes udgifter til hjemmesygepleje. I 1950 udgjorde statsrefusionen ca. 720.000 kr.

I samme forbindelse kan endelig nævnes de beløb, som refunderes kommunerne gennem den fælleskommunale udligningsfond.

C. Personaleforhold.

1. *Ansættelsesforhold.*

Som nævnt i afsnittet om hjemmesygeplejens organisation varetages administrationen af hjemmesygeplejen sædvanligvis af en hjemmesygeplejeforening eller af en sygekasse, og det er derfor normalt overladt til disse organisationer at foretage ansættelse af de ved virksomhederne beskæftigede sygeplejersker. Ansættelsen sker ved en privatretlig kontrakt, og det er nu fastslået, at forholdet omfattes af funktionærlovens bestemmelser. For de virksomheder, som er medlemmer af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, sker ansættelsen på de i overenskomsten mellem nævnte forening og Dansk Sygeplejeråd anførte vilkår. Om indholdet af denne overenskomst henvises til det følgende.

Som tidligere nævnt drives hjemmesygeplejen nu adskillige steder ved kommunal foranstaltning. I sådanne tilfælde ansættes hjemmesygeplejerskerne af kommunen, og ansættelsen kan ske enten på kontraktmæssigt grundlag som ovenfor anført, idet der er adgang for kommunerne til at blive optaget som medlem af centralforeningen, eller ansættelsen kan finde sted som egentlig kommunal tjenestemand, således som det er tilfældet i København.

For de ved hjemmesygeplejen beskæftigede diakonisser er retsforholdet fastlagt i vedkommende moderhus' statut.

2. *Antal.*

Efter de for udvalget foreliggende oplysninger var der pr. 1. april 1952 beskæftiget ialt ca. 1300 sygeplejersker ved hjemmesygeplejen. Heraf var ca. 1025 beskæftiget ved hjemmesygeplejevirksomheder, der er tilknyttet centralforeningen.

Udviklingen med hensyn til antallet af sygeplejersker beskæftiget under centralforeningen i de sidste 10 år fremgår af nedenstående oversigt, der tillige viser sygeplejerskernes fordeling på de foran omtalte 4 kategorier af virksomheder.

	Antal virksomheder ialt	Antal hjemmesygeplejersker ialt	Heraf beskæftiget ved: kommunale virksomheder	Sygekasser	foreninger i samarbejde med sygekasser	foreninger uden samarbejde med sygekasser
1941	997	1.114	77	140	629	268
1941/45	1.013	1.164	84	148	658	274
1945	1.025	1.257	96	165	706	290
1946/50	992	1.092	101	136	637	199
1950	953	1.034	148	124	620	142
1951	932	1.025	145	93	652	135

Oversigten viser, at der indtil 1945 har været en stigning i antallet af sygeplejersker, hvorefter antallet atter er faldet, således at det i 1951 er 89 lavere end ved 10 års periodens begyndelse. Faldet i antallet af sygeplejersker må fortrinsvis ses som et udslag af den foran omtalte sammenlægning af virksomheder ved ledighed i sygeplejerskestillinger.

Til belysning af hjemmesygeplejerskernes aldersfordeling kan det oplyses, at de sygeplejersker, der er medlem af pensionskassen for hjemmesygeplejersker under centralforeningen, pr. 1. juli 1952 fordelte sig således på nedennævnte aldersklasser:

Alder	Antal sygeplejersker
25-30 år	24
31-35 »	98
36-40 »	152
41-45 »	172
46-50 »	157
51-55 »	156
56-60 »	114
61-65 »	33
66-70 »	4
71-75 »	1

Det fremgår af oversigten, at hovedparten af sygeplejerskerne er i aldersklassen 36—55 år, medens der findes relativt få i de helt unge aldersklasser, ligesom også de ældre aldersklasser er forholdsvis beskedent repræsenteret.

Man kan heraf udlede, at sygeplejerskerne i almindelighed ikke overgår til hjemmesygeplejen straks efter afslutningen af den almindelige sygeplejeuddannelse, men først efter nogle års hospitalsansættelse. Dette hænger formentlig sammen med, at hjemmesygeplejen stiller særlige krav til sin udøver i retning af erfaring og modenhed. Når der ikke findes så mange i de ældre aldersklasser, skyldes det, som det nærmere vil blive påvist nedenfor, at sygeplejerskerne hidtil af helbredsmæssige grunde har måttet søge deres afsked på et ret tidligt tidspunkt.

3. *Uddannelse.*

Som omtalt i afsnittet om hjemmesygeplejens historie blev de første hjemmesygeplejersker uddannet på diakonissestiftelsen, men da bevægelsen hurtigt tog fart, kunne der ikke skaffes det tilstrækkelige antal uddannede sygeplejersker til hjemmesygeplejen. De enkelte foreninger så sig derfor nødsaget til selv at fremskaffe den fornødne arbejdskraft. Dette skete som oftest på den måde, at en af sognets beboere, der havde vist særlig interesse og anlæg for denne gerning, blev antaget af foreningen, som derefter sørgede for, at den pågældende fik en nødtørftig uddannelse på det stedlige sygehus, i mange tilfælde mod betaling til sygehuset. Uddannelsen var i det store og hele mangelfuld, da den kun strakte sig over nogle måneder, og var iøvrigt meget uensartet.

Allerede på et tidligt tidspunkt vågnede imidlertid forståelsen for nødvendigheden af at give hjemmesygeplejerskerne en bedre uddannelse. Staten viste sin interesse for disse bestræbelser ved allerede fra 1882 at yde et årligt statstilskud til uddannelse af hjemmesygeplejersker. Tilskudet blev ydet til de enkelte foreninger, der som nævnt måtte betale for at få hjemmesygeplejerskerne uddannet på sygehuse.

Efter oprettelsen af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i 1909 og af de under denne hørende amtsforeninger blev spørgsmålet om elevuddannelsen taget op på bredere basis, hvilket førte til oprettelsen af centralforeningens elevkontor i 1913. Dette kontor overtog arbejdet med rekruteringen af hjemmesygeplejeelever og sørgede for tilvejebringelsen af det nødvendige antal uddannelsespladser på sygehusene.

Sideløbende med disse bestræbelser havde Dansk Sygeplejeråd, der blev oprettet i 1899, vist spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes uddannelse stor interesse. Selvom centralforeningen og sygeplejerådet var enige om, at hjemmesygeplejerskernes uddannelse burde forbedres og lægges ind i faste rammer, var der dog nogen uoverensstemmelse med hensyn til, hvordan sagen nærmere skulle gribes an. Fra sygeplejerådets side var man af den opfattelse, at hjemmesygeplejerskerne principielt ligesom de sygehusansatte sygeplejersker burde have en 3-årig uddannelse, medens centralforeningen mente, at de nødvendige praktiske forudsætninger for opstillingen af dette krav endnu ikke var til stede, selvom foreningen principielt var enig i, at det af sygeplejerådet fremsatte forslag måtte være det endelige mål.

Fra anden side viste man ligeledes interesse for hjemmesygeplejerskernes uddannelse. Fra 1918 har Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse i samarbejde med centralforeningen afholdt årlige kursus for hjemmesygeplejersker for at give disse forudsætning for at deltage i det forebyggende arbejde indenfor tuberkulosebekæmpelsen.

Uddannelsen af hjemmesygeplejersker blev efterhånden gradvis udvidet, og i midten af 1920'erne blev det almindeligt, at hjemmesygeplejerskerne ligesom de hospitalsansatte sygeplejersker fik en 3-årig uddannelse. Da der endvidere i løbet af 20'erne fremkom en overproduktion af sygeplejersker, blev elevkontorets virksomhed overflødig, og antagelsen af nye elever ophørte i 1928. Endelig besluttede centralforeningen i 1931 for fremtiden kun at ansætte sygeplejersker, der havde en 3-årig uddannelse.

I nøje forbindelse med disse bestræbelser for en forbedring af hjemmesygeplejerskernes uddannelse stod spørgsmålet om en offentlig autorisation af syge-

plejersker. Allerede på et tidligt tidspunkt rejste Dansk Sygeplejeråd spørgsmål om en sådan autorisation på grundlag af en 3-årig hospitalsuddannelse. Da hjemmesygeplejerskernes uddannelse imidlertid på dette tidspunkt som nævnt sædvanligvis var af kortere varighed, var der ikke mulighed for etablering af en fælles autorisationsordning omfattende alle sygeplejersker. Som følge heraf blev spørgsmålet om sygeplejerskernes statsanerkendelse udskudt og fandt først sin endelige løsning, efter at centralforeningen som ovenfor nævnt i 1931 havde besluttet for fremtiden kun at ansætte sygeplejersker med en 3-årig uddannelse. Statsautorisationen af sygeplejersker blev herefter gennemført ved lov nr. 140 af 26. april 1933, der trådte i kraft 1. januar 1934.

Der findes ikke i lovgivningen noget almindeligt krav om, at personer, der er beskæftiget ved hjemmesygeplejen, skal være autoriserede sygeplejersker. For så vidt angår ydelse af hjemmesygepleje til trangspatienter, bestemmes det i forsorgslovens § 274, stk. 3, at der hertil kun må anvendes uddannede sygeplejersker, hvilket må forstås således, at sygeplejerskerne skal være autoriserede eller dog opfylde betingelserne for at erholde autorisation. Endvidere bestemmes det i socialministeriets bekendtgørelse nr. 162 af 12. maj 1934 om de anerkendte sygekassers ydelse af hjemmesygepleje, at der til den egentlige sygepleje almindeligvis kun må anvendes autoriserede sygeplejersker.

Selvom der således savnes en almindelig bestemmelse om hjemmesygeplejerskernes uddannelse, er det dog det altovervejende antal hjemmesygeplejersker, der er autoriserede.

Betingelsen for erholdelse af autorisation som sygeplejerske er, at de pågældende har gennemgået en 3-årig uddannelse i sygeplejegerning på et af sundhedsstyrelsen godkendt sygehus og derved har opnået fyldestgørende dygtighed som sygeplejerske og kendskab til sygeplejens teori. Den almindelige grunduddannelse som sygeplejerske er således i første række tilrettelagt med henblik på sygeplejerskens virksomhed på sygehus. På grund af de særlige krav, der stilles til hjemmesygeplejerskerne, er det derfor almindeligt, at de pågældende søger supplerende uddannelse i pleje af barselpatienter, epidemiske patienter, dermatologiske patienter samt i pleje af sindslidende. Derimod er der normalt ikke adgang til at søge supplerende uddannelse i hjemmesygepleje som sådan. Kun i København og enkelte andre steder er der tilvejebragt mulighed for at erholde en egentlig specialuddannelse i hjemmesygepleje, medens der i flere tilfælde er etableret en ordning, hvorefter sygeplejeelever, som måtte ønske det, kan få lejlighed til i elevtiden at få et praktisk indblik i hjemmesygeplejens forhold. I København strækker uddannelsen i hjemmesygepleje, der finder sted efter den almindelig hospitalsuddannelse, sig over 7 måneder. I den første måned følger eleven med en distriktssygeplejerske, der virker som instruktør, men i de sidste 6 måneder udfører eleven arbejdet på egen hånd efter distriktssygeplejerskernes vejledning.

4. *Lønforhold m. v.*

I hjemmesygeplejens første år var den løn, der blev ydet til hjemmesygeplejerskerne, yderst beskeden, og lønnen blev iøvrigt fastsat efter stærkt afvigende principper. Efterhånden som bevægelsen voksede sig stærk, opstod der ikke mindst som følge af forbedringen af sygeplejerskernes uddannelse spørgsmål om at få hjemmesygeplejerskernes aflønning bragt ind under fastere ram-

mer. På grund af hjemmesygeplejens dårlige økonomi var det imidlertid forbundet med meget store vanskeligheder at få gennemført en forbedring af sygeplejerskernes lønforhold. Det er naturligt, at Dansk Sygeplejeråd, som fra 1922 havde åbnet adgang for hjemmesygeplejersker til at indtræde som medlemmer af foreningen, var særlig virksomt på dette punkt. Som led i disse bestræbelser udsendte foreningen i 1933 et lønregulativ, der skulle tjene som vejledning for medlemmer, der søgte ansættelse som hjemmesygeplejerske, og regulativet fandt i en del tilfælde anvendelse ved fastsættelsen af hjemmesygeplejerskernes løn.

I 1944 udsendte sygeplejerådet et nyt regulativ, og denne gang blev det samtidig pålagt medlemmerne kun at søge ansættelse ved virksomheder, som var villige til at følge regulativets bestemmelser. Endelig gennemførtes der i 1947 efter forhandling mellem Dansk Sygeplejeråd og Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark egentlig overenskomstmæssige bestemmelser vedrørende hjemmesygeplejerskernes løn- og ansættelsesvilkår.

Ved denne overenskomst, der er aftrykt som bilag nr. 1, blev der i overensstemmelse med den almindelige revision af statens og kommunernes tjenestemandslønninger gennemført en regulering af hjemmesygeplejerskernes lønninger, hvorved disse i lønmæssig henseende blev delvis ligestillet med de sygehusansatte sygeplejersker. Overenskomsten indeholder 2 lønklasser henholdsvis for sygeplejersker i købstæder og bymæssige bebyggelser med over 3.000 indbyggere og for sygeplejersker i landkommuner. I første lønklasse udgør grundlønnen 2700 kr. stigende til 3300 kr., hvilket svarer til lønnen som afdelingssygeplejersker ved kommunale sygehuse i provinsen, medens grundlønnen i 2. lønklasse udgør 2220 kr. stigende til 2850 kr. svarende til lønnen som assistent. Til de nævnte grundlønninger ydes de for statens tjenestemænd til enhver tid gældende tillæg samt det særlige arbejdsledertillæg for sygeplejersker.

I et senere tillæg til overenskomsten er der fastsat regler for aflønning af sygeplejersker, der er ansat i ledende stillinger indenfor hjemmesygeplejen.

Foruden den kontante pengeløn tilkommer der i henhold til overenskomsten hjemmesygeplejerskerne uniformsgodtgørelse, cyklegodtgørelse samt fri telefon. I tilfælde hvor det anses for nødvendigt, at sygeplejersken benytter bil, kan forholdet enten være ordnet på den måde, at foreningen anskaffer automobilet og stiller det til rådighed for sygeplejersken, eller således at sygeplejersken selv anskaffer automobilet. I sidstnævnte tilfælde tilkommer der hende ifølge overenskomsten kørselsgodtgørelse efter de for statens tjenestemænd gældende regler.

Ifølge overenskomsten finder tjenestemandslovens bestemmelser om boligfradrag anvendelse i de tilfælde, hvor der findes tjenestebolig til hjemmesygeplejersken. Det er dog kun i ganske få tilfælde, at en sådan bolig stilles til rådighed for hjemmesygeplejersken.

Også i København, hvor hjemmesygeplejerskerne er egentlige kommunale tjenestemænd, aflønnes disse på linie med de sygehusansatte sygeplejersker, dog således at de oppebærer et personligt tillæg på for tiden 290 kr. årlig. Endvidere har sygeplejerskerne fri uniform, cykel og telefon.

De ved hjemmesygeplejen beskæftigede diakonisser har fri station og modtager herudover en mindre kontant aflønning fra moderhuset, som oppebærer den løn diakonisserne indtjener ved arbejdet udenfor moderhuset.

5. *Pension.*

Som ovenfor nævnt var den løn, der i hjemmesygeplejens første år blev ydet til sygeplejerskerne, meget ringe, og da der ikke fandtes nogen pensionsordning, var sygeplejerskerne, når de på grund af alder ikke længere kunne bestride arbejdet, henvist til at søge alderdomsunderstøttelse, hvis de opfyldte betingelserne herfor, og ellers fattighjælp. Det er derfor forståeligt, at der allerede på et tidligt tidspunkt rejste sig røster for at søge gennemført en ordning, der kunne sikre sygeplejerskerne økonomisk, når de ikke længere var i stand til at bestride arbejdet. I 1911 stiftedes Centralforeningens gensidige Pensionsforsikring, der havde til formål at tilvejebringe mulighed for udbetaling af en pensionslignende ydelse til tidligere hjemmesygeplejersker. Medlemsskabet af denne pensionskasse var fra starten frivillig, og midlerne tilvejebragtes oprindelig dels ved tilskud fra sygeplejerskerne og dels ved tilskud fra foreningerne.

Fra og med finansåret 1914/15 blev der af statskassen ydet pensionskassen et tilskud, der oprindelig udgjorde 2.000 kr. årligt, men senere er blevet reguleret flere gange. For tiden udgør tilskudet som foran nævnt 5.300 kr. årligt.

I 1928 blev medlemsskabet af pensionskassen obligatorisk for de under centralforeningen hørende virksomheder. Samtidig blev pensionskassen knyttet nærmere til centralforeningen, således at pensionskassen nu ledes af et særligt udvalg bestående af repræsentanter for centralforeningen og de i kassen forsikrede sygeplejersker. Samtidig hermed ansøgte pensionskassen om, at der fra statens side måtte blive ydet garanti for et beløb svarende til $^1/_3$ af de pensionskassen til enhver tid påhvilende pensionsforpligtelser. Andragendet blev ligesom et tilsvarende i 1914 fremsat andragende afslået, idet ministeriet ikke mente, at staten burde påtage sig en sådan vedvarende forpligtelse, hvis omfang ikke lod sig overse.

Pensionskassens indtægter blev herefter væsentligt tilvejebragt ved bidrag fra sygeplejersker og virksomheder. Bidragene var oprindelig for begge parter fastsat til $2^3/_4$ pct. af den til sygeplejerskerne udbetalte løn. Da det ved en i 1933 foretaget aktuarmæssig gennemgang af pensionskassens forhold blev konstateret, at de omhandlede bidrag ikke ville være tilstrækkelige til at dække kassens forpligtelser overfor sygeplejerskerne, ansøgte centralforeningen pånyt staten om et lignende tilskud som det, der var blevet ansøgt om i 1928. Også dette andragende blev imidlertid afslået, og det blev derfor nødvendigt at forhøje virksomhedernes og sygeplejerskernes bidrag til pensionskassen til henholdsvis 7 pct. og 5 pct. Selvom denne præmieforhøjelse medførte en betydelig forbedring af pensionskassens økonomiske forhold, ville der dog hengå en årrække, inden den opståede underbalance var afviklet, og der blev derfor i 1939 pånyt ansøgt om statstilskud til pensionskassen for at muliggøre en hurtigere afvikling af denne underbalance. Dette andragende blev imidlertid afslået af principielle grunde og af hensyn til konsekvenserne.

I forbindelse med indgåelsen af lønoverenskomsten mellem centralforeningen og Dansk Sygeplejeråd i 1947 blev pensionskassens vedtægt ændret, således at pensionsbidragene og de udbetalte pensioner nu beregnes på grundlag af sygeplejerskernes pensionsgivende løn og ikke som tidligere på grundlag af den udbetalte bruttoløn.

Med hensyn til den nuværende ordning af sygeplejerskernes pensionsforhold kan følgende anføres:

Hovedparten af sygeplejerskerne er pensioneret gennem den foran omtalte pensionskasse for hjemmesygeplejersker under centralforeningen, der omfatter alle sygeplejersker beskæftiget ved virksomheder, der er tilknyttet foreningen, idet medlemsskab af pensionskassen er obligatorisk for sådanne sygeplejersker.

I København, hvor hjemmesygeplejen drives rent kommunalt, er sygeplejerskerne ansat som egentlige kommunale tjenestemænd og pensioneres efter den for kommunen gældende pensionsvedtægt, hvis regler svarer til statens pensionsbestemmelser. En lignende ordning er gennemført for de i Frederiksberg kommune ansatte sygeplejersker, selvom disse ikke er egentlige tjenestemænd.

De ved menighedsplejerne ansatte diakonisser er ikke pensionsforsikrede, idet de er tilsikret visse ydelser fra vedkommende moderhus.

Som nævnt er hovedparten af hjemmesygeplejerskerne pensioneret under centralforeningens pensionskasse, og der skal derfor i det følgende nærmere redegøres for den pension, der herved er tilsikret de pågældende.

Ifølge pensionskassens nugældende vedtægt, der er aftrykt som bilag nr. 2, udgør sygeplejerskernes bidrag til pensionskassen som foran nævnt 5 pct. af den pensionsgivende løn og virksomhedernes bidrag 7 pct. af det nævnte beløb.

I vedtægtens § 4 er der givet nærmere regler om beregningen af pensionen. Størrelsen af denne bestemmes efter sygeplejerskernes pensionsalder og pensionsindtægt. Pensionsalderen er det antal hele år, i hvilket sygeplejersken efter sit fyldte 30. år har været ansat ved en hjemmesygeplejevirksomhed, der under hendes ansættelse var medlem af pensionskassen. Pensionsalderen kan dog ikke regnes fra noget senere tidspunkt end det fyldte 40. år, selvom ansættelsen først finder sted i en højere alder.

Medens pensionsindtægten i henhold til tjenestemandslovens bestemmelser i alle tilfælde beregnes som gennemsnittet af de sidste 3 års lønningsindtægt, gælder der efter pensionskassens vedtægt den særlige regel, at pensionsindtægten reduceres, såfremt indtrædelsen i kassen finder sted, efter at sygeplejerskerne er fyldt 35 år, ligesom gagestigninger, der indtræder efter det fyldte 33 år, kun giver ret til en reduceret pensionsindtægt. Man henviser i denne forbindelse til de i vedtægtens § 4 indeholdte tabeller.

Retten til pension indtræder ved det fyldte 60. år, eller, såfremt sygeplejersken forinden på grund af svagelighed må opgive sit erhverv som sygeplejerske. Efter tjenestemandslovens regler gælder for sygeplejerskepersonalet den særlige bestemmelse, at højeste pensionskvotient — 42/60 af den pensionsgivende løn — kan opnås allerede ved det 60. år, medens den for andre tjenestemænd tidligst kan opnås ved det fyldte 63. år. Ifølge § 6 i pensionskassens vedtægt kan højeste pensionskvotient ligeledes opnås allerede ved det fyldte 60. år, men kvotienten udgør her kun 18/40 (27/60) af den pensionsgivende løn.

I henhold til ovennævnte bestemmelser udgør højeste grundpension for sygeplejersker, der aflønnes efter overenskomstens 1. og 2. lønklasse, henholdsvis 1971 kr. og 1714 kr. 50 øre årligt.

Pensionskassens vedtægter indeholder ikke bestemmelser om ydelse af reguleringstillæg til pensionerne.

Da hjemmesygeplejerskerne hidtil i langt det største antal tilfælde har måttet søge deres afsked på grund af svigtende helbred før det tidspunkt, da de ville opnå højeste pension, bliver den aktuelle pension i de fleste tilfælde væsentligt

mindre end de ovenfor anførte maksimumsbeløb. Endvidere må man erindre, at de ovenfor refererede bestemmelser om pensionsindtægtens beregning, hvorefter lønstigninger, der indtræder, efter at sygeplejerskerne er fyldt 33 år, ikke virker med fuld vægt, også fører til, at pensionerne i pensionskassen kun i enkelte tilfælde vil nå op på de anførte maksimumsbeløb. Ifølge oplysning fra centralforeningen udgør den gennemsnitlige pension for de nuværende pensionister for tiden kun ca. 600 kr. årligt. Nedenstående oversigt angiver nærmere pensionernes nuværende størrelse:

Antal pensionister	Årlig pension
3	1-100 kr.
9	100-200 »
30	200-300 »
30	300-400 »
36	400-500 »
44	500-600 »
49	600-700 »
38	700-800 »
20	800-900 »
16	900-1000 »
8	1000-1100 »
4	1100-1200 »
1	1200-1300 »
1	1600-1700 »
ialt 289	

For at råde bod på de meget ringe pensionsvilkår er virksomhederne som en rent midlertidig foranstaltning gået ind på at betale et ekstraordinært bidrag til pensionskassen på 2 pct. årlig af sygeplejerskernes pensionsgivende løn, hvilket beløb anvendes til udbetaling af dyrtidstillæg til pensionerede sygeplejersker. Dyrtidstillægget, der for tiden udgør 350 kr. årlig, ydes ikke til pensionister, der oppebærer alders- og invaliderente, såfremt renten ved ydelse af dyrtidstillægget vil blive nedsat med mere end $^1/_3$ af det nævnte tillæg.

D. Hjemmesygeplejens arbejdsforhold.

Hjemmesygepleje udøves som al anden sygepleje efter den behandlende læges ordination. Arbejdet udføres individuelt afhængig af patientens diagnose og består i at give medicin og injektioner efter lægens ordination samt i at foretage de nødvendige observationer til brug ved lægens behandling af patienten.

Endvidere udfører hjemmesygeplejersken de af lægen ordinerede behandlinger, skifter forbindinger etc. I de tilfælde, hvor det er nødvendigt, bistår hjemmesygeplejersken patienten ved morgen- og aftentoilettet, ligesom sengen redes og patientens forskellige gener afhjælpes.

Hjemmesygeplejersken virker samtidig for, at den størst mulige hygiejne og renlighed gennemføres i hjemmet.

Til brug ved arbejdets udførelse råder hjemmesygeplejevirksomhederne over et depot af sygeplejerekvisitter, som sygeplejersken kan udlåne til patienten.

Det fremgår heraf, at det arbejde, som udføres af hjemmesygeplejerskerne, ikke adskiller sig væsentlig fra den sygepleje, som udføres på sygehusene. Der

er derimod væsentlig forskel på de forhold, hvorunder sygeplejen udøves på sygehusene og i hjemmene. Hjemmesygeplejersken har navnlig på landet ikke som sygeplejersken på sygehuset let adgang til at rådføre sig med kolleger eller overordnede, ligesom hun heller ikke har de hjælpemidler, som den hospitalsansatte sygeplejerske råder over. Hertil kommer endvidere, at det ofte vil være vanskeligt for hjemmesygeplejersken at få hurtig kontakt med den behandlende læge. Man vil heraf kunne forstå, at hjemmesygeplejen stiller særligt store krav til sine udøvere med hensyn til selvstændighed, modenhed og konduite. Sygeplejersken må endvidere have evne til at kunne omgås alle slags mennesker og til at indstille sig på de enkelte hjems forhold og i det hele være i besiddelse af takt og social forståelse.

Foruden det ovenfor beskrevne egentlige sygeplejelige arbejde udfører hjemmesygeplejerskerne i mange tilfælde tillige barselpleje også under normalt forløbende fødsler. Barselplejen ydes i disse tilfælde som regel indtil 10 dage efter fødslen. I enkelte kommuner er denne virksomhed dog henlagt til særlige barselsygeplejersker. Dette gælder således i København, hvor der som nævnt i mange år har bestået en kommunal barselpleje i tilknytning til den kommunale hjemmesygepleje.

Som følge af at der i landdistrikterne i almindelighed ikke findes uddannede massøser, er det endvidere ikke ualmindeligt, at hjemmesygeplejerskerne giver patienterne massage, uanset at de mangler uddannelse heri. Det er dog udvalgets opfattelse, at sygeplejerskerne selv helst ser sig fritaget for at udføre dette arbejde, som de savner forudsætningerne for at udføre, men som de dog under de forhåndenværende forhold vanskelig kan undslå sig for.

Som nævnt udfører hjemmesygeplejersken behandlingen efter lægens ordination, og det påhviler hende i det hele at holde sig i nøje kontakt med lægen og meddele denne de iagttagelser, hun har gjort vedrørende patientens tilstand under sine besøg i hjemmet. Arbejdet er iøvrigt normalt tilrettelagt således, at sygeplejersken om morgenen modtager telefonisk besked angående de patienter, hun skal tilse i dagens løb. Når formiddagens arbejde er tilendebragt, konfererer hun eventuelt pånv med lægen og modtager besked angående nytilkomne patienter. Midt på dagen har hjemmesygeplejersken som reget et par fritimer og udfører derefter de resterende sygebesøg.

Hjemmesygeplejerskerne har normalt ikke som de sygehusansatte sygeplejersker en bestemt afgrænset arbejdstid, idet de må være indstillet på at pleje det antal syge, som til enhver tid findes indenfor distriktet, og arbejdsbyrden kan derfor ofte variere stærkt.

I den gældende overenskomst er der dog fastsat den begrænsning, at sygeplejerskens effektive arbejdstid i almindelighed ikke må overstige 8 timer daglig, herunder også eventuelt påkrævede aften- og natbesøg. Endvidere er der i overenskomsten fastsat særlige begrænsninger med hensyn til, i hvilket omfang det kan pålægges sygeplejersken at udføre nattevagt.

Ifølge overenskomsten tilkommer der sygeplejersken gennemsnitlig en ugentlig fridag samt 4 ugers ferie. Spørgsmålet om sygeplejerskens afløsning på fridage og i ferierne medfører normalt ikke særlige vanskeligheder i bykommunerne, hvor virksomheden i almindelighed beskæftiger flere sygeplejersker, idet der i disse tilfælde ofte er ansat en fast fridagsafløser, og iøvrigt klarer man sig ved, at sygeplejerskerne afløser hinanden i ferietiden. I landkommunerne kunne spørgsmålet derimod synes at frembyde en vis vanskelighed, men efter

de af udvalget foretagne undersøgelser synes der heller ikke her i almindelighed at være større praktiske vanskeligheder, idet der i nogle tilfælde findes en gift sygeplejerske i kommunen, som er villig til at påtage sig hvervet som afløser på fridage og i ferierne. I andre tilfælde har man truffet aftale med nabosygeplejerskerne om at overtage arbejdet, men det må dog erkendes, at spørgsmålet flere steder endnu ikke er løst på tilfredsstillende måde for sygeplejerskerne.

Betragter man nærmere hjemmesygeplejens arbejdsforhold, vil det vise sig, at der siden begyndelsen af dette århundrede er sket en fundamental ændring i arbejdets karakter jævnsides med den almindelige udvikling, som har fundet sted indenfor lægevidenskaben. Tidligere bestod arbejdet fortrinsvis i egentlig sengepleje, der ofte krævede besøg af længere varighed hos de enkelte patienter. Man må herved erindre, at der dengang kun var begrænsede muligheder for en effektiv behandling af en lang række sygdomme. Dette forhold i forbindelse med det begrænsede antal sygehuspladser bevirkede, at hjemmesygeplejerskerne i vidt omfang var beskæftiget med pleje af meget dårlige patienter, der nødvendiggjorde sygeplejerskernes tilstedeværelse i hjemmene i længere tid. Det må endvidere erindres, at hjemmesygeplejerskerne ofte måtte deltage i udførelsen af det huslige arbejde under husmoderens sygdom, idet man ikke dengang kendte til husmoderafløsere, og dette forhold var også medvirkende til, at besøgene blev af længere varighed. Som følge af at hjemmesygeplejerskerne således ofte opholdt sig i længere tid i de enkelte hjem, var det naturligt, at der skabtes en nøje kontakt og et gensidigt tillidsforhold mellem hjemmesygeplejersken og den stedlige befolkning.

Efterhånden som der fandt en udbygning sted af sygehusvæsenet, skiftede hjemmesygeplejerskernes arbejde gradvis karakter, idet denne udbygning muliggjorde en forøget hospitalisering af meget dårlige patienter, der tidligere lagde stærkt beslag på hjemmesygeplejerskernes arbejdskraft, således at sygeplejerskerne er blevet i stand til at tilse et større antal patienter end tidligere. Denne udvikling er yderligere blevet akcentueret ved de betydelige fremskridt, som i den sidste halve snes år har fundet sted indenfor sygdomsbekæmpelsen. Man kan i denne forbindelse navnlig henvise til fremkomsten af de nye kemoterapeutiske midler og antibiotica, der har muliggjort en hurtig og effektiv behandling i hjemmet af en række sygdomme, som tidligere krævede langvarigt sengeleje. Fremkomsten af de nye lægemidler har medført et ret kraftigt fald i det gennemsnitlige antal besøg af hjemmesygeplejerske pr. patient, og hjemmesygeplejersken er navnlig som følge heraf nu i stand til at tilse et væsentligt større antal patienter end tidligere.

Som følge af hele denne udvikling består hjemmesygeplejerskernes arbejde i dag ofte i kortvarige besøg, ofte kun for at give patienten en indsprøjtning. Dog findes der stadig patienter, som kræver den største omhu og pleje af hjemmesygeplejerskerne, og man kan i denne forbindelse navnlig henvise til, at cancerpatienter, der forekommer i stigende antal, i flere tilfælde behandles i hjemmene, ligesom også den hurtige udskrivning af kirurgiske patienter fra sygehusene nødvendiggør en vis sengepleje.

Udviklingen indenfor de allerseneste år illustreres af nedenstående oversigter vedrørende hjemmesygeplejen i København samt i Esbjerg, Aarhus og Horsens.

København.

Tabel 1.

Den kommunale hjemmesygepleje i København i årene 1940/41—1950/51.

Finans-årene	Antal tilsete patienter	Antal sygedage for de tilsete patienter		Antal udførte sygebesøg	
		ialt	gnstl. pr. patient	ialt	gnstl. pr. patient
1940/41	6.368	147.907	23.2	203.290	31.9
1940/41—					
1944/45	8.235	180.370	21.9	245.929	29.9
1945/46—					
1949/50	11.363	235.466	20.7	312.919	27.5
1949/50	16.164	283.059	17.5	362.793	22.4
1950/51	24.187	349.487	14.4	431.260	17.8

Tabel 2.

Den kommunale hjemmesygepleje og barselpleje i København i årene 1940/41—1950/51.

Finans-årene	Antal sygepl. ialt	Antal tilsete patienter		Antal udførte besøg		Antal sygedage for de tilsete patienter	
		ialt	pr. sygepl.	ialt	pr. sygepl.	ialt	pr. sygepl.
1940/41	82	9.574	117	252.107	3075	180.302	2199
1940/41—							
1944/45	90	11.390	127	293.260	3258	211.771	2353
1945/46—							
1949/50	105	13.753	131	347.022	3305	258.221	2459
1949/50	118	18.035	153	388.971	3296	300.489	2546
1950/51	135	26.201	194	460.087	3408	368.756	2732

Det fremgår af tabel 1, at der har været en nedgang i sygeperiodernes længde, idet det gennemsnitlige antal sygedage pr. patient i København er faldet fra 21,9 i årene 1940/41—1944/45 til 14,4 i året 1950/51. I samme periode er det gennemsnitlige antal besøg af hjemmesygeplejerske pr. patient faldet fra 30 til 18.

Af tabel 2 fremgår det, at det antal patienter, hver sygeplejerske gennemsnitlig har tilset, er steget fra 127 årlig i perioden 1940—45 til 194 årlig i 1950/51.

Esbjerg hjemmesygepleje.

	Antal sygepl.	Antal pt.er gnstl. pr. sygepl.	Antal sygebesøg gnstl. pr. sygepl.	Antal tilsete pt.er ialt	heraf barselspt.er	Antal udførte sygebesøg ialt	pr. pt.
1945	11	157	4.674	1.487	71	51.414	34.5
1946	12	126	4.403	1.506	156	52.837	35
1947	13	161	4.598	2.094	339	59.774	28.5
1948	13	184	4.794	2.394	375	62.316	26
1949	14	204	4.845	2.896	433	67.830	23.4
1950	14	221	4.821	2.087	506	67.494	21.8
1951	14	278	4.820	3.489	651	67.482	19.3
stign./nedg.	27.3 %	77 %	3.1 %	134.6 %		31.1 %	44 %

Sygekassen »Aarhus« hjemmesygepleje.

	Antal sygepl.	Antal pt.er gnstl. pr. sygepl.	Antal sygebesøg gnstl. pr. sygepl.	Antal tilsete pt.er ialt	heraf barselpt.er	Antal udførte sygebesøg ialt	pr. pt.
1945	20	105	2.928	2.095	842	58.562	28
1946	19	126	3.681	2.404	1.002	69.950	29
1947	20	107	3.404	2.149	924	68.041	32
1948	20	107	3.176	2.142	859	63.512	30
1949	19	128	3.478	2.444	751	66.092	27
1950	20	144	3.421	2.886	815	68.416	24
1951	20	154	3.415	3.070	773	68.285	22
stign./nedg.	0 %	46.6 %	14.2 %	46.5 %		16.6 %	21.4 %

Den fælles hjemmesygepleje i Horsens.

	Antal sygepl.	Antal pt. er gnstl. pr. sygepl.	Antal sygebesøg gnstl. pr. sygepl.	Antal tilsete pt.er ialt	heraf barselpt.er	Antal udførte sygebesøg ialt	pr. pt.
1945	6	198	4.650	1.185	—	28.082	23.7
1946	8	233	4.507	1.862	247	36.056	19.5
1947	10	226	3.860	2.263	439	38.606	17
1948	8+3	238	4.328	2.615	419	47.606	18.2
1949	8+3	291	4.786	3.203	445	52.648	16.4
1950	8+3	294	4.356	3.232	456	47.916	14.8
stign./nedg.		48.5 %		172.7 %		70.6 %	37.5 %

Materialet for de 3 provinsbyer, der vedrører perioden 1945—1951, viser en tilsvarende nedgang i det gennemsnitlige antal sygebesøg pr. patient som i København. I Esbjerg forekommer der et jævnt fald fra 34 til 19. I Aarhus fra 28 til 22 og i Horsens fra 24 til 15. Sygedagenes antal har ikke kunnet oplyses, men nedgangen i sygebesøgenes antal pr. patient må forudsættes at hidrøre fra en afkortning af patienternes sygeperioder, ligesom det er tilfældet i København. Det gennemsnitlige antal tilsete patienter pr. sygeplejerske viser ligesom i København en betydelig stigning. I Esbjerg er antallet af patienter i den omhandlede periode steget fra 157 til 278, i Aarhus fra 105 til 154 og i Horsens fra 198 til 294.

Til belysning af den udvikling, der har fundet sted indenfor et større område med landdistrikter, har man udarbejdet nedenstående oversigt, der omfatter hjemmesygeplejen i Odense og Svendborg amter i kalenderårene 1946 og 1951.

1946.

	Antal spl.	Antal pt.	Antal besøg	Gennemsnitlig ant. sygebesøg pr. pt.	Antal tilsete pt. pr. sygepl.	Antal sygebesøg pr. sygepl.
Assens amtsrådskreds ..	30	4.539	58.452	13	151	1.948
Odense amtsrådskreds ..	45	6.022	78.651	13	134	1.525
Svendborg amt	63	8.451	110.239	14	134	1.750
	138	19.012	247.342			

1951.

	Antal spl.	Antal berettiget til hjemmesygepl.	Antal pt.	Antal besøg	Gennemsnitlig ant. sygebesøg pr. pt.	Antal tilsete pt. pr. sygepl.	Antal sygebesøg pr. sygepl.
Assens amtsrådskreds	29	47.721	6.572	85.584	13	226	2.951
Odense amtsrådskreds	57	123.460	12.271	137.507	11	215	2.412
Svendborg amt.....	55	84.072	9.581	127.120	9	174	2.311
	141	255.253	28.428	350.211			

Oversigterne omfatter kun de virksomheder, for hvilke der har foreligget indberetningsskemaer.

Disse oversigter viser, at der har været en mindre tilbagegang i antallet af sygebesøg pr. patient. Nedgangen har dog ikke været så stor, som den der har fundet sted i København og de 3 provinsbyer. Som det vil ses af oversigten, ligger antallet af besøg pr. patient i begge sammenligningsårene betydeligt lavere i landdistrikterne end i byerne, selvom der dog er sket en vis tilnærmelse i det forløbne tidsrum. Denne forskel i besøgsantallet i byerne og på landet hænger utvivlsomt sammen med, at man som følge af de længere transportveje på landet har nedbragt antallet af besøg mest muligt.

Af oversigterne fremgår endvidere, at antallet af tilsete patienter pr. sygeplejerske også her er steget meget betydeligt. I Assens amtsrådskreds har der således været en stigning fra 151 til 226 patienter pr. sygeplejerske, i Odense amtsrådskreds fra 134 til 215 og i Svendborg amt fra 134 til 174 patienter pr. sygeplejerske.

Med hensyn til den udvikling indenfor hjemmesygeplejens arbejdsforhold, som ovenstående oversigter nærmere belyser, bemærkes, at stigningen i det antal patienter, den enkelte sygeplejerske kan tilse, ikke udelukkende kan tilskrives den ændring i behandlingsmetoderne, som har fundet sted i de seneste år, men indførelsen af en organiseret husmoderafløsning må dog formentlig også tillægges en vis betydning i denne henseende. Siden gennemførelsen af loven om husmoderafløsning i 1949 er der efter de foreliggende oplysninger sikret ca. $^2/_3$ af landets samlede befolkning adgang til husmoderafløsning. Der er imidlertid i denne henseende betydelig forskel mellem forholdene i byerne og på landet. I hovedstaden med tilhørende forstæder er der sikret alle indbyggere adgang til husmoderafløsning. I købstæder og bymæssige bebyggelser har 92,8 % af befolkningen adgang til husmoderafløsning. I de rene landkommuner udgør tallet derimod kun 27,8 %.

For landdistrikternes vedkommende har endvidere den tiltagende motorisering af hjemmesygeplejerskerne spillet en væsentlig rolle. Man kan i denne forbindelse henvise til, at antallet af sygebesøg pr. sygeplejerske ifølge ovenstående oversigter er steget ret kraftigt i landdistrikterne, medens tallet er nogenlunde uforandret i København og provinsbyerne.

E. Begrundelse for opretholdelse af en hjemmesygeplejeordning.

Som tidligere anført blev hjemmesygeplejen oprettet med det formål at skaffe den ubemidlede del af befolkningen og først og fremmest gamle og kronisk syge adgang til pleje i hjemmet under sygdom. Det er endvidere påvist, hvorledes bevægelsen meget hurtigt vandt udbredelse, og man kan heraf drage den slutning, at der på det daværende tidspunkt var et meget stort behov for hjælp af denne art. Hjemmesygeplejens hurtige vækst må ses på baggrund af, at de økonomiske forhold for størstedelen af befolkningen var meget ringere end i dag. Endvidere var de foranstaltninger, der fra det offentliges side var truffet for at imødegå sygdom blandt befolkningen, af langt ringere omfang. Man kan i denne forbindelse først og fremmest henvise til, at sygehusvæsenet på daværende tidspunkt kun var sparsomt udbygget. Det samlede antal sygehuspladser udgjorde således i 1875 knapt 4.000, medens der i 1950 alene på de almindelige sygehusafdelinger fandtes ca. 24.000 sengepladser, hvortil kommer et meget betydeligt antal sengepladser på sindssygehospitaler og tuberkuloseinstitutioner. Til sammenligning kan anføres, at befolkningstallet i samme periode er steget fra knapt 2 mill. til ca. 4¼ mill., altså ikke nær i samme forhold som sygehuspladserne. Endvidere savnedes der dengang alderdomshjem, plejestiftelser og hjem for kronisk syge.

Hjemmesygeplejens store betydning stod endvidere i forbindelse med, at mulighederne for at få lægehjælp ikke var til stede i samme omfang som i dag, hvilket blandt andet hang sammen med, at sygekassevæsenet kun var sparsomt udbygget.

Når man skal vurdere betydningen af den indsats, der blev ydet i hjemmesygeplejens første år, må man endvidere tage i betragtning, at den hjælp, der blev ydet af sygeplejerskerne, ikke alene faldt på det rent sygeplejelige område, men i mange tilfælde i nok så høj grad bestod i varetagelsen af opgaver, der nu henregnes til begrebet husmoderafløsning. Dette står atter i forbindelse med, at sygebehandlingen på daværende tidspunkt havde en helt anden karakter end nu, idet bevægelsens start ligger forud for de store landvindinger, som har fundet sted indenfor lægekunsten.

Det er udenfor enhver tvivl, at hjemmesygeplejen i de første år, til trods for at den gerning, der blev udøvet, ikke kan sammenlignes med hjemmesygeplejen af i dag, afhjalp et meget betydeligt savn.

Efterhånden som udbygningen af sundheds- og socialvæsenet skred frem, foregik der også, som det tidligere er nævnt, en gradvis forbedring af hjemmesygeplejerskernes uddannelse, og hjemmesygeplejen blev derved i stand til fortsat at udfylde sin plads i rækken af foranstaltninger til afhjælpning af sygdom.

I dag er hjemmesygeplejen udbredt til store områder af landet, og den vil utvivlsomt af de allerfleste blive betragtet som et nødvendigt led i vort sundhedsvæsen på samme måde som sygehusvæsenet og lægevæsenet. Ikke desto mindre er der som tidligere påvist ikke nogen hjemmesygepleje i et betydeligt antal kommuner, og dette forhold kunne rejse spørgsmål om, hvorvidt der i dag i alle tilfælde vil være behov for en sådan foranstaltning som led i sygdomsbekæmpelsen. Også på baggrund af den betydelige udbygning af sygehus- og socialvæsenet, som har fundet sted i de sidste årtier samt på baggrund af den rivende udvikling indenfor lægevidenskaben, som navnlig er foregået i de allerseneste

år, vil det være af værdi nærmere at undersøge hjemmesygeplejens betydning og placering indenfor sundhedsvæsenet af i dag.

Ovenfor er nævnt, at antallet af sengepladser på sygehusene er steget forholdsmæssigt mere end indbyggertallet, siden hjemmesygeplejen blev påbegyndt. Samtidig er der blevet opført et betydeligt antal alderdomshjem samt i et vist omfang hjem for kronisk syge og plejestiftelser. Alle disse foranstaltninger tager i større eller mindre omfang sigte på at hjælpe folk, der på grund af sygdom ikke længere kan klare sig selv i hjemmet. Der kan endvidere henvises til, at der i dag i kraft af sygekassevæsenets almindelige udbredelse er sikret hele befolkningen let adgang til den nødvendige lægehjælp. Man kunne herefter rejse det spørgsmål, om der ikke som følge af disse foranstaltninger er tale om, at hjemmesygeplejens betydning er ved at svinde, og at den efterhånden vil blive helt overflødig.

En nærmere undersøgelse af forholdene vil imidlertid vise, at dette ikke er tilfældet, men at den gennem de allerseneste år stedfundne udvikling tværtimod har medført et øget behov for hjemmesygepleje.

Betragter man nærmere udviklingen indenfor sygehusvæsenet, viser det sig, at der til trods for den foran nævnte betydelige forøgelse af sengepladserne fortsat er et meget stort behov for yderligere sengepladser. Dette skyldes for en del, at sygehusbyggeriet på grund af materialesituationen under og efter krigen ikke har kunnet følge med stigningen i befolkningstallet, men også den stedfundne udvikling indenfor lægevidenskaben har medført en stigning i behovet for sengepladser, idet man nu har mulighed for at foretage en effektiv behandling af langt flere sygdomme end tidligere. Af de nævnte grunde er der i dag for de fleste sygehuses vedkommende tale om en ikke ubetydelig ventetid for indlæggelse.

Samtidig med den anførte udvikling har der fundet en meget betydelig stigning sted i udgifterne til sygehusvæsenet. Man kan i denne forbindelse oplyse, at den gennemsnitlige sygedagsudgift for samtlige landets sygehuse i regnskabsåret 1950/51 udgjorde ca. 30 kr. Udgifterne varierer betydeligt for de enkelte sygehuskategorier og ligger for centralsygehusenes vedkommende i nærheden af 40 kr. pr. dag.

Hele denne udvikling har bevirket, at man fra sygehusenes side har været nødsaget til i videst muligt omfang at søge indlæggelsernes antal og varighed nedbragt. Man kan i denne forbindelse henvise til, at sygehusene i langt videre omfang end tidligere udfører ambulant behandling og undersøgelser. Visse steder er der ligefrem oprettet egentlige ambulatorier og diagnosestationer, men selvom dette ikke er tilfældet, har sygehusene ved at stille de almindelige undersøgelses- og behandlingsafdelinger til rådighed for ambulante patienter i meget betydeligt omfang opnået, at en del sygdomme, som tidligere krævede hospitalsindlæggelse, nu kan behandles ambulant, samtidig med at indlæggelsernes varighed har kunnet nedbringes, dels på grund af at de nødvendige undersøgelser i vidt omfang har kunnet foretages inden indlæggelsen, og dels fordi efterbehandlingen foretages ambulant. Til belysning af den stedfundne udvikling kan anføres, at den gennemsnitlige liggetid på sygehusene er blevet nedbragt fra 32 dage i 1927 til 19 i 1950.

En del af denne udvikling må dog tilskrives fremkomsten af de mange nye lægemidler, ligesom en ændret behandlings- og undersøgelsesteknik har haft sin store andel i det opnåede resultat. Man kan således pege på den ændring, der er sket med hensyn til behandlingen af kirurgiske patienter. Medens man tid-

ligere i vid udstrækning anvendte sengeleje, gælder det nu om at få patienten op og i gang hurtigst muligt. De nævnte forhold har medført en afgørende ændring i belægningen på hospitalerne og navnlig på de kirurgiske afdelinger. Antallet af patienter, der ligger til observation, er dalende, ligesom antallet af patienter i efterbehandlingsstadiet er aftaget, således at størstedelen af de patienter, der i dag befinder sig på de kirurgiske afdelinger, er nyopererede.

Af det ovenfor anførte vil det fremgå, at sygehusene i dag først og fremmest er indstillet på at modtage patienter med sådanne sygdomme, der kræver anvendelse af de undersøgelses- og behandlingsmidler, som sygehusene disponerer over, medens behandlingen af andre patienter i videst muligt omfang må finde sted i hjemmet eller på særlige institutioner. Ikke mindst i betragtning af de stadig stigende sygehusudgifter er det udvalgets opfattelse, at der er al mulig grund til at tro, at denne udvikling vil blive forstærket i fremtiden.

En medvirkende faktor til, at sygehusenes bestræbelser for at nedbringe indlæggelserne har kunnet nå et tilfredsstillende resultat, har været, at fremkomsten af de nye lægemidler (penicillin, streptomycin o. s. v.) har muliggjort, at en lang række sygdomme, der tidligere krævede hospitalsindlæggelse, nu kan behandles hjemme med lige så godt resultat.

Den foran givne redegørelse viser, at der fortsat i betydeligt omfang vil blive tale om at foretage sygebehandling i hjemmene, og når dette er konstateret, vil det være indlysende, at der også i fremtiden vil være behov for en hjemmesygeplejeordning, idet en stor del af sygebehandlingen er af en sådan karakter, at den ikke nødvendigvis behøver at foretages af den praktiserende læge selv, men kan udføres af sygeplejersken efter lægens ordination.

I det foregående er der alene redegjort for, hvorledes samfundsøkonomiske grunde taler for at behandle patienten hjemme i alle tilfælde, hvor dette er lægeligt forsvarligt. Også hensynet til patienten selv taler imidlertid som regel for i videst muligt omfang at undgå sygehusindlæggelse, idet patienterne som oftest vil foretrække at blive i de tilvante omgivelser, ligesom en forbliven i hjemmet i mange tilfælde vil muliggøre, at patienten i et vist omfang vil kunne passe sin virksomhed.

Navnlig på landet, hvor afstandene til sygehusene ofte er ret store, vil sygehusindlæggelse kunne betyde et væsentligt afbræk i den pågældendes forhold.

F. Bedømmelse af den nuværende ordning.

I det foregående afsnit er der nærmere redegjort for de grunde, der i almindelighed taler for at opretholde en hjemmesygeplejeordning.

Tilbage bliver imidlertid spørgsmålet om, hvorvidt hjemmesygeplejen under den udformning, den har fået her i landet, kan siges at opfylde sin opgave, eller om der måtte være anledning til at søge gennemført foranstaltninger til at sikre en yderligere udnyttelse af de muligheder, hjemmesygeplejen indebærer.

På grundlag af de foretagne undersøgelser mener udvalget at kunne fastslå, at hjemmesygeplejen under dens nuværende organisation udfører en vigtig samfundsmæssig opgave, idet der gennem hjemmesygeplejen finder en betydelig aflastning sted af sygehusene og de praktiserende læger, hvorved samfundet spares for betydelige beløb, ligesom det også er udvalgets opfattelse, at hjemmesygeplejen under dens nuværende form i det store og hele tjener befolkningens tarv.

OVERSIGT OVER

HJEMMESYGEPLEJENS UDBREDELSE.

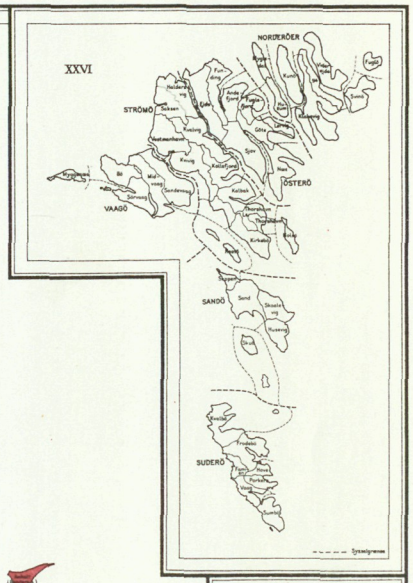
KOMMUNE- OG SOGNEKORT

OVER

DANMARK

Maalestok 1:500 000

I de markerede kommuner findes der ingen hjemmesygeplejeordning.



Reproduceret ved Geodætisk Institut. København 1953

Eftertryk forbydes.

Uanset at hjemmesygeplejen således stort set virker efter sin hensigt, må det imidlertid erkendes, at den nuværende ordning er behæftet med visse mangler, navnlig af organisatorisk art, som der kan være grund til at søge afhjulpet. I det følgende vil der blive foretaget nærmere bedømmelse af den nuværende ordning, idet man særlig vil fremhæve de mangler, der efter udvalgets opfattelse er forbundet med ordningen.

Betragter man forholdene indenfor hjemmesygeplejen i dag, er det et karakteristik træk, at der gør sig en vis forskel gældende mellem by og land. Byerne har således med ganske enkelte undtagelser alle etableret en hjemmesygeplejeordning, og ordningerne må navnlig i de større byer siges at være rationelt tilrettelagt, idet der ved en passende distriktsinddeling er sørget for, at hjemmesygeplejerskernes arbejdskraft er udnyttet fuldt ud. Som en mangel ved hjemmesygeplejens tilrettelæggelse i byerne kan det dog anføres, at ordningerne flere steder ikke omfatter alle indbyggerne. Man henviser herom til det nedenom anførte vedrørende det tilsvarende forhold i landdistrikterne.

Betragter man derimod forholdene i landdistrikterne, vil det ses, at der til trods for bestemmelsen i forsorgslovens § 33, hvorefter det påhviler enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for en forsvarlig ordning af hjemmesygeplejen i kommunen, fortsat findes et betydeligt antal sognekommuner, som ikke har tilvejebragt en egentlig hjemmesygeplejeordning. Som foran nævnt fandtes der således pr. 1. juli 1952 236 sognekommuner med ialt ca. 262.000 indbyggere, som endnu ikke havde etableret nogen hjemmesygeplejeordning. Af oversigten side 11 og af vedhæftede kort fremgår det nærmere, hvorledes hjemmesygeplejen er udbredt. Det vil heraf ses, at det navnlig er i de tyndt befolkede egne i Vest- og Midtjylland, at der endnu ikke findes hjemmesygepleje. For øernes vedkommende er der bortset fra ganske enkelte kommuner overalt gennemført hjemmesygepleje.

Undersøger man forholdene i de kommuner, hvor der findes en hjemmesygeplejeordning, viser det sig, at denne ordning i mange tilfælde ikke opfylder det krav, man efter udvalgets opfattelse må stille til en effektiv hjemmesygeplejeordning, nemlig at alle indbyggere uanset indtægtsforhold skal have adgang til hjemmesygepleje. Dette krav er ganske vist opfyldt i de tilfælde, hvor hjemmesygeplejen drives som en ren kommunal foranstaltning. Hvor hjemmesygeplejen drives ved et samarbejde mellem en sygekasse og en hjemmesygeplejeforening, vil adgangen til hjemmesygepleje også i det store og hele stå åben for alle. Derimod vil hjemmesygeplejen i de tilfælde, hvor den drives af en forening uden samarbejde med en sygekasse — bortset fra trangspatienter — sædvanligvis kun stå åben for dem, der i forvejen gennem medlemsskab af foreningen har sikret sig ret til hjemmesygepleje. Hvor hjemmesygeplejen drives af en sygekasse uden samarbejde med en hjemmesygeplejeforening, vil der i almindelighed ikke være adgang for den bemidlede del af befolkningen til at erholde hjemmesygepleje.

En anden mangel ved den måde, hvorpå hjemmesygeplejen er tilrettelagt i landdistrikterne, er den ofte uhensigtsmæssige distriktsinddeling. Da hjemmesygeplejen som tidligere påvist i de allerfleste tilfælde er opstået ved lokalt initiativ, har der ikke foreligget nogen fast plan for landets inddeling i hjemmesygeplejedistrikter. Distrikterne svarer som oftest til kommunens eller til et enkelt sogns område. Det vil heraf kunne forstås, at distrikterne afviger meget betydeligt både i udstrækning og indbyggerantal. Der forekommeer derfor såvel tilfælde, hvor hjemmesygeplejerskens arbejdskraft ikke er fuldt udnyttet, som

tilfælde, hvor hun på grund af distriktets meget store udstrækning ikke vil være i stand til at yde en effektiv hjemmesygepleje til samtlige distriktets indbyggere.

Nøje forbundet med spørgsmålet om en effektiv udnyttelse af hjemmesygeplejerskernes arbejdskraft er spørgsmålet om sygeplejerskernes befordringsmidler. For øjeblikket er det almindelige befordringsmiddel stadig almindelig cykel. Dette medfører, at sygeplejerskerne navnlig på landet må tilbringe en meget betydelig del af arbejdstiden på landevejen, således at de kun er i stand til at yde hjemmesygepleje til et relativt begrænset antal personer. At sygeplejerskerne således har været nødsaget til i al slags vejr at tilbagelægge betydelige strækninger på landevejene på cykel, har endvidere medført, at mange hidtil har været tvunget til på grund af svagelighed at søge deres afsked før opnåelsen af den almindelige pensionsalder. Det kan endvidere nævnes, at de anstrengende cykleture i al slags vejr i mange tilfælde bevirker, at sygeplejerskerne ankommer til patientens hjem i stærkt forkommen tilstand og derfor først efter nogen tids ophold i en varm stue vil kunne påbegynde den egentlige sygebehandling.

I de allerseneste år har der dog været en voksende forståelse af de fordele, der vil være forbundet med en motorisering af hjemmesygeplejerskerne, og et stadigt stigende antal sygeplejersker er efterhånden udstyret med motorkøretøj.

Ved en bedømmelse af hjemmesygeplejens tilrettelæggelse i dag rejser der sig spørgsmål om, hvorvidt den arbejdsindsats, der gøres af hjemmesygeplejerskerne, kan siges at stå på højde med de krav, der må stilles, for at hjemmesygeplejen kan virke efter sin hensigt. Dette spørgsmål må efter udvalgets opfattelse i det store og hele besvares bekræftende. Hjemmesygeplejerskernes arbejde falder, bl. a. som følge af at der gennem husmoderafløsningen er skabt mulighed for at få huslig hjælp under husmoderens sygdom, væsentlig på det rent sygeplejelige område. Det er endvidere udvalgets opfattelse, at hjemmesygeplejerskernes samarbejde med de praktiserende læger forløber på bedste måde, og at sygeplejerskerne har forstået at indrette sig på den ændring i behandlingsmetoderne, som navnlig i de senere år har fundet sted som følge af udviklingen indenfor lægevidenskaben.

Imidlertid kan der efter udvalgets opfattelse ikke ganske bortses fra, at der vil bestå mulighed for på forskellig måde at gennemføre en yderligere effektivisering og rationalisering af hjemmesygeplejerskernes arbejde.

Udvalget har i denne forbindelse navnlig optaget spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes uddannelse til overvejelse.

Bortset fra enkeltstående tilfælde er der som foran nævnt i dag ikke adgang for sygeplejerskerne til at få en særlig uddannelse i hjemmesygepleje. I betragtning af de meget store krav, hjemmesygeplejen stiller til sine udøvere, må udvalget anse det for ønskeligt, at der skabes mulighed for en egentlig uddannelse i hjemmesygepleje. Under hensyn til at spørgsmålet om den fremtidige sygeplejerskeuddannelse for tiden er genstand for overvejelse i det af indenrigsministeriet nedsatte sygeplejerskeudvalg, har nærværende udvalg dog fundet det mest naturligt, at det foreliggende spørgsmål løses i forbindelse hermed, og udvalget har derfor ikke på indeværende tidspunkt ment at burde fremkomme med et selvstændigt forslag.

Udvalget ønsker endvidere at fremhæve, at det, for at sygeplejerskerne i videst muligt omfang kan holdes orienteret om de nyeste fremskridt indenfor syge-

behandlingen, vil være meget ønskeligt, at der, i højere grad end det er tilfældet i dag, etableres et nøje samarbejde mellem hjemmesygeplejen og sygehusene. Der vil i det følgende afsnit blive gjort nogle bemærkninger om dette samarbejde.

Udvalget har endelig haft opmærksomheden henvendt på de fordele, der vil være forbundet med ansættelsen af en ledende hjemmesygeplejerske til at bistå de enkelte sygeplejersker med arbejdets tilrettelæggelse. Om dette spørgsmål, der i det hele står i nøje forbindelse med spørgsmålet om hjemmesygeplejens organisation, henvises til afsnittet nedenfor om den ledende hjemmesygeplejerske.

For at hjemmesygeplejen kan virke efter sin hensigt, må det endvidere kræves, at de materielle kår, den byder sine udøvere, er af en sådan beskaffenhed, at den nødvendige tilgang af kvalificeret arbejdskraft til faget sikres. Som foran nævnt er der ved den mellem centralforeningen og Dansk Sygeplejeråd indgåede overenskomst sket en betydelig forbedring af hjemmesygeplejerskernes lønforhold. Derimod er den pension, der sikres hjemmesygeplejerskerne, væsentlig mindre end den pension, der tilkommer de sygehusansatte sygeplejersker, og man må efter udvalgets opfattelse befrygte, at tilgangen af kvalificerede sygeplejersker til hjemmesygeplejen ikke vil kunne opretholdes, såfremt der ikke sikres hjemmesygeplejerskerne en pensionsordning, der i det store og hele svarer til den ordning, der gælder for andre fastansatte sygeplejersker, og udvalget har derfor ment at burde tage dette spørgsmål op til nærmere overvejelse i et senere afsnit.

Også spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes ansættelsesforhold har betydning i denne forbindelse. Som tidligere nævnt er flertallet af hjemmesygeplejerskerne omfattet af funktionærlovens bestemmelser, medens de ved sygehusene fastansatte sygeplejersker er egentlige tjenestemænd. Fra hjemmesygeplejerskernes side er der udtrykt ønske om, at der sikres dem en lignende retsstilling. Da udvalgets forslag vedr. den fremtidige ordning af hjemmesygeplejens forhold, som det nærmere vil blive omtalt nedenfor, imidlertid forudsætter, at hjemmesygeplejen fortsat skal være et kommunalt anliggende, og da forslaget endvidere åbner mulighed for, at administrationen som hidtil vil kunne henlægges til en hjemmesygeplejeforening eller sygekasse, har udvalget ikke anset det for muligt ad lovgivningsvej at sikre hjemmesygeplejerskerne samme retsstilling, som den der tilkommer tjenestemænd. Udvalget skal derimod henstille, at der optages forhandling mellem sygeplejerskernes organisation og Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder vedrørende det omhandlede spørgsmål, og man kan i denne forbindelse anføre, at centralforeningens repræsentant i udvalget har tilsagt foreningens gode bistand til spørgsmålets løsning.

G. Principielle betragtninger vedrørende hjemmesygeplejens organisation i fremtiden.

I det foregående afsnit er der nærmere redegjort for de mangler, der efter udvalgets opfattelse findes ved den bestående ordning. Forinden der tages nærmere stilling til spørgsmålet om, hvorledes de omhandlede mangler bør søges afhjulpet, rejser der sig imidlertid det principielle spørgsmål, om det i det hele taget vil være muligt og hensigtsmæssigt at søge disse mangler afhjulpet uden at ændre den bestående organisations ydre rammer, eller om det vil være nødvendigt at foretage en fundamental ændring af hele hjemmesygeplejens struktur.

Af det tidligere anførte om hjemmesygeplejens nuværende organisation fremgår det, at forholdene i mange henseender frembyder et yderst broget billede, idet hjemmesygeplejen i økonomisk og administrativ henseende bygger på et mere eller mindre snævert samarbejde mellem kommuner, sygekasser, hjemmesygeplejeforeninger o. lign. Der rejser sig i denne forbindelse navnlig det spørgsmål, om det ikke vil være hensigtsmæssigt i højere grad at søge hjemmesygeplejen centraliseret. Som tidligere nævnt blev det allerede i slutningen af forrige århundrede diskuteret, om man ikke burde tilrettelægge hjemmesygeplejen således, at der i hvert amt oprettedes en eller flere sygeplejestationer, hvorfra sygeplejerskerne kunne udsendes til hjemmene. Denne ordning vandt som anført ingen tilslutning i praksis, og det er udvalgets opfattelse, at den fremtidige ordning bør bygge på det bestående princip, hvorefter sygeplejerskerne har tilknytning til hver sit distrikt. Man kan i denne forbindelse henvise til, at en centralstation for hjemmesygeplejen vil betyde, at hjemmesygeplejerskerne får meget store afstande at tilbagelægge, således at arbejdskraften udnyttes dårligt. Denne betragtning har navnlig vægt, når den ses på baggrund af den udvikling, der som påvist har fundet sted indenfor hjemmesygeplejen i de seneste år, hvorefter plejen hovedsagelig ydes i form af kortere besøgsplejer i modsætning til de tidligere døgnplejer og andre langvarige plejer. Til støtte for en ordning, hvorefter hjemmesygeplejerskerne bor i hver sit distrikt, kan endvidere anføres, at der herigennem tilvejebringes størst mulighed for det nødvendige samarbejde mellem sygeplejerskerne og de stedlige praktiserende læger, ligesom der også herigennem lettere skabes den nødvendige kontakt mellem sygeplejersken og egnens befolkning.

Selvom man således opgiver tanken om den mest vidtgående centralisation, kunne man dog rejse det spørgsmål, om det ikke ville være en fordel at søge i hvert fald administrationen af hjemmesygeplejen centraliseret. Man kunne i denne forbindelse tænke sig at henlægge administrationen til amtsrådene, således som det er tilfældet i de amter, hvor spædbørnssundhedsplejen er fuldt udbygget. Denne løsning ville i mange henseender frembyde betydelige fordele i retning af en rationalisering, idet det herved ville blive muligt at tilvejebringe en samlet plan for amtets inddeling i hjemmesygeplejedistrikter af passende størrelse. Ordningen ville endvidere sikre en nærmere kontakt mellem sygehusvæsenet og hjemmesygeplejen. Endelig kan nævnes, at ordningen ville indebære fordele med hensyn til løsning af spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes afløsning under ferie og på fridage, ligesom ordningen ville skabe den naturlige og nødvendige baggrund for ansættelsen af den fra flere sider stærkt ønskede ledende hjemmesygeplejerske. Der henvises herved nærmere til afsnittet nedenfor om den ledende hjemmesygeplejerske.

Med hensyn til tilvejebringelsen af det økonomiske grundlag for en sådan ordning bemærkes, at det næppe ville være muligt at lade amtskommunen overtage samtlige de med ordningen forbundne udgifter, sålænge de nuværende skatteudskrivningsregler gælder. Der ville derfor næppe være anden mulighed end at foretage en repartition af udgifterne på de enkelte kommuner. En sådan fordeling ville kunne foretages efter forskellige kriterier, for eksempel på grundlag af indbyggerantallet, besøgsantallet eller de enkelte distrikters geografiske udstrækning o. lign. Ved f. eks. at lægge indbyggerantallet til grund ved fordelingen af udgifterne på de enkelte kommuner, ville man opnå, at der foretages en udjævning af den forskel i udgifterne pr. indbygger, der under den nuværende

ordning vil være mellem områder med spredt bebyggelse og mere tæt befolkede distrikter.

Uanset de fordele, der således ville være forbundet med en ordning af hjemmesygeplejen i overensstemmelse med foranstående retningslinier, har udvalget dog ikke anset denne løsning for praktisk gennemførlig på indeværende tidspunkt, da der fra sognekommunernes side er lagt stor vægt på, at den nuværende organisation i princippet bevares, idet man i denne forbindelse stærkt har fremhævet, at hjemmesygeplejen i kraft af dens historiske udvikling naturligt henhører under sognekommunernes administrationsområde. Til støtte for bevarelsen af den nuværende organisation kan iøvrigt anføres, at hjemmesygeplejen, der er opstået på lokalt initiativ, fortsat har tilslutning fra vide kredse af befolkningen, som gennem økonomiske bidrag og frivillig idealistisk arbejdsindsats medvirker til hjemmesygeplejens opretholdelse. Denne interesse hos den lokale befolkning for deltagelse i hjemmesygeplejens anliggender har udvalget tillagt en sådan betydning, at man ikke har ment at burde fremkomme med forslag om at tilrettelægge hjemmesygeplejens administration i overensstemmelse med den anførte amtsordning.

I kommissoriet er det pålagt udvalget at undersøge mulighederne for at knytte hjemmesygeplejen nærmere til sygehusvæsenet. Denne tanke opstår naturligt, når man tager i betragtning, at det ikke mindst i de senere år er blevet et af hjemmesygeplejens hovedformål at aflaste sygehusene. Spørgsmålet bliver imidlertid, under hvilken form denne tilknytning vil kunne tænkes etableret. Det kan straks fastslås, at der ikke vil være nogen fordel forbundet med en ordning, hvorefter hjemmesygeplejen udøves af sygeplejersker, der udsendes fra sygehusene, idet der i så fald vil være tale om en ordning svarende til den foran omtalte stationsordning, og de argumenter, der tidligere er fremført mod denne ordning, vil derfor også have gyldighed her. Der kunne derimod snarere være tale om at lade sygehusene overtage administrationen og den praktiske tilrettelæggelse af arbejdet for de indenfor sygehusområdet boende hjemmesygeplejersker.

Som ovenfor nævnt er der i København gennemført et nøje samarbejde mellem hjemmesygeplejen og hospitalerne, idet hjemmesygeplejen administreres i tilknytning til hospitalsvæsenet. Et lignende samarbejde vil kunne etableres mellem de købstadskommunale sygehuse og vedkommende hjemmesygepleje. Derimod vil det ikke være muligt at etablere en tilsvarende ordning i landdistrikterne uden helt at ændre hjemmesygeplejens nuværende struktur. Under hensyn til de fordele, der er forbundet med det nuværende system, måtte man derfor have sikkerhed for, at der vil kunne opnås betydelige fordele med hensyn til en yderligere nedbringelse i antallet af sygehusindlæggelser eller på anden måde, forinden man bestemte sig for i almindelighed at gå over til en sådan ordning.

For så vidt angår spørgsmålet om en yderligere nedbringelse af sygehusindlæggelsernes antal og varighed, er det imidlertid udvalgets opfattelse, at der næppe vil være vundet noget væsentlig ved at henlægge administrationen af hjemmesygeplejen til sygehusene. Man kan i denne forbindelse henvise til, at anvisningerne vedrørende behandlingen af patienterne i hjemmet gives af de praktiserende læger, der har ansvaret for den rette behandling og rekvirerer sygeplejerskerne til patienterne. Spørgsmålet om at aflaste sygehusene gennem hjemmesygeplejen er derfor efter udvalgets opfattelse i nok så høj grad et

spørgsmål om at sikre den snævrest mulige kontakt mellem de praktiserende læger og sygehusene.

Det må derimod erkendes, at der på andre områder vil kunne opnås fordele ved at tilvejebringe en nærmere kontakt mellem hjemmesygeplejen og sygehusene.

Betydningen af et sådant samarbejde gør sig bl. a. gældende ved spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes uddannelse, idet der herigennem vil være skabt mulighed for, at sygeplejerskerne som led i den almindelige uddannelse kan få indblik i hjemmesygeplejens forhold.

Også for så vidt angår spørgsmålet om at sikre, at hjemmesygeplejerskernes praktiske og teoretiske kunnen fortsat er på højde med den seneste udvikling indenfor sygeplejen, vil det være af betydning, at der består en nøje kontakt mellem hjemmesygeplejen og sygehusvæsenet, således at hjemmesygeplejerskerne straks bliver orienteret om de sidste fremskridt indenfor sygdomsbehandlingen.

Efter udvalgets opfattelse vil det imidlertid være muligt at sikre den kontakt mellem hjemmesygeplejen og sygehusvæsenet, som er nødvendig for opnåelsen af de omhandlede formål, uden at skride til en så rigoristisk foranstaltning som at henlægge administrationen af hjemmesygeplejen til sygehusene. Man kan i denne forbindelse henvise til, at der allerede under den nuværende ordning flere steder er etableret kontakt mellem sygehusene og hjemmesygeplejen, således at de sygeplejeelever, som måtte ønske det, kan få lejlighed til gennem en kortere praktisk orientering at få indblik i hjemmesygeplejens forhold, og det er udvalgets opfattelse, at det vil være ønskeligt, at en sådan ordning bliver gennemført i videre omfang.

Også med hensyn til spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes efteruddannelse er der i dag visse steder gennemført et samarbejde, således at hjemmesygeplejerskerne får lejlighed til at deltage i foredrag og instruktionsmøder, som afholdes på sygehusene. Denne virksomhed vil utvivlsomt yderligere kunne udbygges, og man vil anse det for en naturlig opgave for amtsforeningerne under Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder og sygeplejerådets kredsbestyrelser at søge dette samarbejde formidlet i de enkelte amter.

Selvom man er af den opfattelse, at hjemmesygeplejens nuværende struktur må opretholdes, rejser der sig imidlertid spørgsmål, om der ikke vil kunne opnås visse fordele ved at henlægge administrationen af hjemmesygeplejen til de kommunale myndigheder i stedet for, som det nu er sædvanligt, til en hjemmesygeplejeforening eller en sygekasse. Som foran påvist synes udviklingen at gå i denne retning, idet et stadig større antal kommuner i de seneste år har overtaget administrationen af hjemmesygeplejen. Denne udvikling er en følge af, at den i de seneste år stedfundne betydelige stigning i udgifterne til hjemmesygeplejen hovedsagelig er blevet afholdt af kommunerne, som derefter i flere tilfælde har ønsket selv at overtage hjemmesygeplejens administration. Der kan dog muligvis også være tale om, at der efterhånden er foregået en sindelagsændring, således at en stedse større del af befolkningen opfatter det som en naturlig opgave for det offentlige at overtage ansvaret for og administrationen af hjemmesygeplejen på tilsvarende måde, som det efterhånden er sket på mange andre områder indenfor sygdomsbekæmpelsen. Det må også erkendes, at en sådan ordning i flere tilfælde vil frembyde fordele i retning af en rationalise-

ring af hjemmesygeplejen, idet det er udvalgets opfattelse, at der i nogle tilfælde ikke er det nødvendige samarbejde mellem de forskellige faktorer.

Da det efter udvalgets opfattelse vil være muligt at tilvejebringe en forsvarlig hjemmesygeplejeordning indenfor den bestående organisations rammer, og da der fortsat i store dele af befolkningen findes en stærk interesse for at bevare det private islæt i hjemmesygeplejen, har udvalget dog ikke ment at burde stille forslag om, at hjemmesygeplejens administration i alle tilfælde overtages af kommunerne, men man har ment, at bestemmelserne bør affattes således, at der fortsat er mulighed for, at administrationen af hjemmesygeplejen kan varetages af en hjemmesygeplejeforening, sygekasse eller lignende.

Af de nævnte grunde finder udvalget, at den fremtidige ordning af hjemmesygeplejens forhold bør bygge på de ideer og principper, der hidtil har ligget til grund for hjemmesygeplejen, og det bliver herefter alene opgaven indenfor de således afstukne rammer at søge hjemmesygeplejen tilrettelagt således, at den i videst muligt omfang opfylder de krav, der må stilles til en effektiv hjemmesygeplejeordning.

H. Hjemmesygeplejens faglige afgrænsning i fremtiden.

Som anført i det foregående afsnit er det udvalgets opfattelse, at de ydre rammer for hjemmesygeplejens nuværende organisation må opretholdes uændret, og udvalget ser det herefter som sin opgave at fremkomme med forslag til en rationalisering og effektivisering af hjemmesygeplejen indenfor den bestående organisations rammer. Forinden der tages nærmere stilling til, hvilke foranstaltninger der bør søges gennemført for at opnå dette mål, rejser der sig det spørgsmål, om det vil være rigtigt at anvende det principielle udgangspunkt, at hjemmesygeplejerskerne i fremtiden kun beskæftiges med opgaver, der efter den traditionelle opfattelse henhører under den egentlige sygeplejes område. Der tænkes naturligvis ikke her på, at hjemmesygeplejerskerne skal beskæftiges ved arbejde, som lige så vel kunne udføres af personer uden sygeplejerskeuddannelse. Derimod kunne det synes naturligt at tage spørgsmålet om at gennemføre en kombination af hjemmesygepleje og spædbørnssundhedspleje samt skolesundhedspleje op til overvejelse. Tanken om at foretage en sådan kombination har tidligere været fremme, men man har fra sundhedsmyndighedernes side hidtil ment at måtte afvise tanken under hensyn til, at det forebyggende arbejde ikke må overskygges af sygebehandlingen og til den risiko for smitteoverføring, som en kombination ville indebære. Man har i denne forbindelse henvist til, at der med en sådan ordning vil være forbundet en stor risiko for, at den kombinerede syge- og sundhedsplejerske — der ikke kan undgå at komme i berøring med patienter lidende af smitsomme sygdomme — vil overføre smitte til de børn, hun skulle tilse som led i det profylaktiske arbejde. I den af sundhedsstyrelsen udarbejdede mønsterinstruks for sundhedsplejersker bestemmes det således, at sundhedsplejerskerne kun efter embedslægens nærmere bestemmelse må aflægge besøg i hjem, hvor der forekommer smitsom sygdom. Såfremt difteri, scarlatina eller andre lignende alvorlige smitsomme sygdomme behandles i hjemmet, skal sundhedsplejersken i hvert fald indstille sit besøg i dette.

Når man således end ikke ville tillade, at en sundhedsplejerske aflægger besøg i et hjem, hvori der forekommer smitsom sygdom, er det forståeligt, at en-

hver tanke om at foretage en kombination af hjemmesygepleje og sundhedspleje på forhånd måtte afvises. Imidlertid er der i de seneste år indtrådt en fundamental ændring på dette område. Man kan i denne forbindelse henvise til den betydelige udvikling, der i den seneste tid har fundet sted indenfor bekæmpelsen af de epidemiske sygdomme, hvorefter disse sygdomme ikke længere spiller den samme rolle som tidligere. En sygdom som difteri, der tidligere havde en betydelig udbredelse, er det praktisk taget lykkedes at udrydde gennem en almindelig vakcination af de yngre befolkningsgrupper. Andre ligeledes alvorlige sygdomme, for eksempel scarlatina, er man takket være fremkomsten af de nye antibiotika i stand til at helbrede i løbet af få dage, medens der tidligere krævedes isolering af patienten i ugevis. Herigennem er mulighederne for smittespredning og dermed for forekomsten af epidemier blevet meget væsentligt nedsat. Man vil heraf kunne forstå, at spørgsmålet om at foretage en kombination af hjemmesygepleje og sundhedspleje nu må ses i et helt nyt lys, og udvalget har derfor pâny taget spørgsmålet op til overvejelse og har ført orienterende drøftelser med sundhedsstyrelsen, der har givet udtryk for, at der under forudsætning af, at de nødvendige sikkerhedsforanstaltninger iagttages, ikke ud fra sundhedsmæssige hensyn ville være større betænkeligheder forbundet med at foretage en kombination af de 2 områder.

Efter at den principielle anstødssten mod at foretage en kombination som den omhandlede således er fjernet, bliver det næste spørgsmål, om en sådan ordning bør foretrækkes fremfor den nuværende ordning, hvorefter de 2 områder holdes adskilt fra hinanden.

Der kan i denne forbindelse henvises til, at man flere steder i udlandet således bl. a. i U.S.A., England, Sverige og Finland har forenet de 2 områder. Når man skal bedømme, om der bør søges etableret en tilsvarende kombination her i landet, vil det være af værdi at få tilvejebragt klarhed over, hvorvidt en sådan ordning vil frembyde samfundsøkonomiske fordele fremfor den nuværende ordning. For at få dette spørgsmål nærmere belyst, måtte der foretages en sammenligning mellem de samlede udgifter til hjemmesygepleje og sundhedspleje under den nuværende ordning, hvor de 2 områder er adskilt, og de tilsvarende udgifter under en ordning, hvor hjemmesygeplejen og sundhedsplejen er kombineret. Selvom man nok vil være i stand til med nogenlunde nøjagtighed at opgøre de samlede udgifter til hjemmesygepleje og sundhedspleje hver for sig, vil opgørelsen af udgifterne ved en kombineret ordning være behæftet med ret stor usikkerhed. Dette skyldes hovedsagelig, at man ingen erfaringer har med hensyn til, hvor stort et distrikt den kombinerede hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske normalt vil være i stand til at overkomme. Som det nærmere vil blive omtalt nedenfor, mener udvalget på grundlag af foretagne undersøgelser, at der vil kunne regnes med, at en hjemmesygeplejerske på landet, under forudsætning af at hun er udstyret med bil, vil kunne overkomme et distrikt med et indbyggerantal mellem 2.500 og 3.000. Erfaringerne med hensyn til sundhedsplejersker i landdistrikterne viser, at disse normalt vil kunne overkomme at tilse ca. 200 børn. Efter de statistiske oplysninger vedrørende befolkningens aldersfordeling svarer dette til et distrikt med ca. 10.000 indbyggere. På grundlag af disse oplysninger skulle det synes muligt at danne sig et skøn over størrelsen af det distrikt, en kombineret syge- og sundhedsplejerske vil kunne overkomme. Imidlertid vil det næppe være muligt ved en sådan ren matematisk beregning at danne sig et nærmere billede af arbejdskapaciteten, idet der ikke ved en sådan be-

regning vil blive taget hensyn til den arbejdsrationalisering, der vil kunne opnås ved en kombineret ordning.

For at få spørgsmålet nærmere belyst har amtslægen i Skanderborg på foranledning af udvalget foretaget en skønsmæssig beregning vedrørende distriktets størrelse under en kombineret ordning baseret på praktiske erfaringer vedrørende hjemmesygepleje og sundhedspleje.

Denne beregning konkluderer i, at det, når der er tale om et relativt tæt befolket landdistrikt, antagelig vil være muligt for en kombineret syge- og sundhedsplejerske at overkomme et distrikt på ca. 2.000 indbyggere. Det er herved forudsat, at den pågældende tillige varetager skolesundhedsplejerskearbejdet. I et sådant distrikt vil der efter beregningen være ca. 40 spædbørn under 1 år og ca. 250 skolebørn. Efter de opstillede beregninger skulle den pågældende foretage ca. 2 spædbørnsbesøg daglig og anvende 2 $\times$ 3 timer ugentlig til skolesundhedsplejerskearbejdet, medens resten af arbejdstiden vil være forbeholdt den egentlige hjemmesygepleje.

Selv om det således tilvejebragte materiale kaster et vist lys over spørgsmålet, er det dog udvalgets opfattelse, at det næppe på det foreliggende grundlag vil være muligt at foretage en almindelig beregning til påvisning af de samfundsøkonomiske fordele ved en kombineret ordning.

Det har således ikke været muligt at opstille nærmere beregninger til belysning af spørgsmålet, men det er dog udvalgets opfattelse, at en kombination i mange tilfælde vil medføre ikke ubetydelige økonomiske fordele fremfor en ordning, hvor hjemmesygepleje og sundhedspleje holdes adskilt. Man kan i denne forbindelse navnlig henvise til, at arbejdet ved den kombinerede ordning vil blive koncentreret indenfor mindre geografiske områder, således at der bliver tale om kortere transportveje. Dette vil antagelig medføre, at det i nogle tilfælde vil være muligt for den kombinerede syge- og sundhedsplejerske at udføre arbejdet uden at være udstyret med bil, medens det, såfremt ordningerne holdes adskilte, vil være nødvendigt at anskaffe bil til hjemmesygeplejersken. Selv i de tilfælde, hvor det trods kombinationen vil være nødvendigt at udstyre den pågældende med automobil, vil der dog formentlig alligevel være tale om en besparelse i udgifterne til befordring, idet man må regne med, at den kombinerede ordning som følge af, at arbejdet bliver koncentreret indenfor et mindre område, vil medføre mindre kørselsudgifter.

Rent bortset fra den samfundsøkonomiske fordel, der vil være forbundet med en kombination, er det udvalgets opfattelse, at denne ordning også på andre områder vil indebære betydelige fordele.

Der er tidligere nærmere gjort rede for, hvorledes hjemmesygeplejen lige fra dens start er blevet mødt med interesse og forståelse hos befolkningen, og det er som nævnt udvalgets opfattelse, at den nære kontakt mellem hjemmesygeplejen og befolkningen er så værdifuld, at den bør søges opretholdt. Derimod har forståelsen for sundhedsplejens betydning tilsyneladende haft større vanskelighed ved at trænge igennem. Da sundhedsplejerskeordningen i den nuværende skikkelse først blev gennemført i 1937, kan man naturligvis ikke vente, at ordningen allerede nu skulle have opnået samme udbredelse som hjemmesygeplejen. Det må i denne forbindelse endvidere erindres, at manglen på uddannede sundhedsplejersker i de første år efter lovens ikrafttræden satte en naturlig grænse for ordningens udbredelse. Imidlertid må det formentlig erkendes, at udbredelsen

af sundhedsplejen er sket i et noget langsommere tempo, end man havde grund til at forvente, når der henses til den betydning, ordningen tillægges af sundhedsmyndighederne, og til det betydelige propagandaarbejde, der er gennemført for at søge ordningen videre udbredt. I nedenstående tabel er der givet en oversigt over sundhedsplejens udbredelse ved udgangen af året 1950.

Hovedstaden og amtslægekredsene	Antal sundhedsplejersker pr. 31. dec. ialt	deraf i landdistrikter	Levende fødte børn	Modtagne fødselsanmeldelser	Hjem, der afslår besøg	Antal aflagte besøg ialt	deraf forgæves
Københavns kommune	70	—	11727	10663	63	209114	13647
Frederiksberg	7	—	1479	1565	9	24760	818
Københavns amtslægekr. (uden Frdbg. kom.)	43	40	7790	7527	58	129283	6908
Frederiksborg amtslægekr.	13	9	2739	2353	75	38515	1057
Holbæk	12	9	2408	2112	35	38542	1256
Sorø	6	3	2363	898	8	18549	877
Præstø	4	1	2243	683	4	12937	508
Bornholms	4	2	955	904	8	15105	338
Lolland-Falsters	17	13	2421	2143	59	36549	1550
Svendborg	4	1	2581	779	19	15437	630
Odense	12	1	4608	1986	49	41378	2440
Vejle	10	3	4022	1905	34	35536	1703
Skanderborg	6	—	2573	960	13	17642	1260
Aarhus	32	14	3636	3322	87	61982	3945
Randers	7	1	3335	1255	62	21311	1345
Aalborg	8	1	4491	1524	41	32693	1197
Hjørring	4	—	3449	744	20	15750	865
Thisted	2	1	1784	366	14	6757	232
Viborg	5	1	3043	548	12	12540	462
Ringkøbing	7	1	4186	1181	16	20905	1179
Ribe	8	1	3748	1389	7	32141	1608
Haderslev	2	—	1290	292	—	6749	190
Aabenraa-Sønderborg	5	3	1826	1178	38	19447	349
Tønder	1	1	861	152	6	2655	121
Tilsammen 1950	289	106	79558	46429	737	866277	43485
1949	286	89	79919	44172	671	861549	45166

I det forløbne tidsrum har der dog fundet en yderligere udvikling sted, således at der pr. 15. september 1952 findes sundhedsplejersker i 72 af landets 87 bykommuner. På landet har ialt 406 kommuner indført sundhedsplejerskeordning. De ialt 478 kommuner, som pr. 15. september 1952 har gennemført sundhedspleje, har et samlet indbyggertal på 2.950.000, medens antallet af kommuner, der ikke har sundhedspleje udgør 911 med et samlet indbyggertal på 1.331.000.

Følgende amter er nu fuldstændig dækket med spædbørnssundhedspleje: Københavns, Holbæk, Bornholms og Aarhus amter samt Aabenraa amtsrådskreds, medens følgende amter er delvis dækket: Frederiksborg, Sorø, Præstø og Maribo amter.

Antallet af beskæftigede sundhedsplejersker var pr. nævnte dato ialt 323, hvoraf 6 var ansat som ledende sundhedsplejersker.

Grunden til sundhedsplejens forholdsvis ringe udbredelse på landet er formentlig, at befolkningen ikke på samme måde som med hensyn til hjemmesygeplejen har følt et umiddelbart behov for denne.

Endvidere vil sundhedsplejen ikke straks fremvise så umiddelbare resultater som hjemmesygeplejen, idet dens betydning først kan opgøres ved en statistisk beregning af spædbørnsdødeligheden samt ved en nærmere undersøgelse af

sundhedstilstanden hos børn, der har været under tilsyn af sundhedsplejerske, sammenholdt med sundhedstilstanden hos børn, som ikke har været underkastet sådant tilsyn.

Også fra kommunernes side har der vist sig nogen tilbageholdenhed med hensyn til iværksættelse af en sundhedsplejerskeordning på grund af de med en sådan ordnings gennemførelse forbundne ikke uvæsentlige udgifter. Det kan i denne forbindelse anføres, at kommunerne efter den gældende refusionsordning selv må bære halvdelen af de med sundhedsplejen forbundne udgifter, medens staten afholder den anden halvdel.

Da sundhedsplejersken som anført foran som norm vil kunne overkomme at tilse ca. 200 børn, hvilket svarer til et distrikt med op mod 10.000 indbyggere, vil det være forståeligt, at ikke mindst kørselsudgifterne vil være en stor post på regnskabet vedrørende sundhedsplejen. Under hensyn til at sundhedspleje således forudsætter temmelig store distrikter, vil ordningen praktisk taget kun kunne gennemføres på landet, såfremt der etableres et samarbejde mellem flere sognekommuner eller eventuelt således, at sundhedsplejen, som det er tilfældet flere steder, tilvejebringes ved amtskommunens foranstaltning.

Det er udvalgets opfattelse, at man ved at skabe mulighed for at lade hjemmesygepleje og sundhedspleje udføre af samme person vil gøre et større antal kommuner interesserede i at etablere sundhedspleje, idet udgifterne næppe vil blive væsentlig forhøjet i forhold til udgifterne ved den bestående hjemmesygeplejeordning. Som et væsentlig argument til støtte for iværksættelse af en kombination kan endvidere anføres, at en sådan ordning utvivlsomt vil medføre betydelige arbejdsmæssige fordele. Man kan i denne forbindelse henvise til, at det i de af sundhedsstyrelsen udarbejdede retningslinier for sundhedsplejerskens arbejde blandt andet udtales:

»Sundhedsplejersken kan ikke vente, at hjemmene umiddelbart forstår betydningen af hendes arbejde. Det er og skal være ganske frivilligt, om hjemmene vil modtage hendes hjælp, og hun må derfor selv sikre sin adgang ved taktfuld optræden og uden nogen sinde at forsøge på at påtvinge hjemmene sine besøg. Hun må søge de fornødne oplysninger og gøre sine iagttagelser på en sådan måde, at familien ikke føler sig generet derved.

Sundhedsplejerskens adgang til hjemmene kan og bør forberedes allerede under graviditeten af læger og jordemødre, og kan og bør under barselhvilen lettes af jordemødre og eventuelle barselplejersker.«

Det fremgår heraf, at etableringen af den rette forståelse mellem sundhedsplejersker og hjem er forudsætningen for opnåelsen af det fulde udbytte af sundhedsplejerskeordningen. Etableringen af denne kontakt vil ikke berede vanskeligheder, når sundhedsplejen udøves af en person, som tidligere har besøgt hjemmet i egenskab af sygeplejerske og i denne egenskab vundet befolkningens tillid. Den omstændighed, at sundhedsplejersken i forvejen kender det pågældende hjem, vil endvidere betyde en lettelse i det daglige arbejde, idet hun herigennem på forhånd har erhvervet kendskab til de enkelte hjems behov for vejledning ved det spæde barns pleje og ernæring. Dette vil utvivlsomt medføre, at sundhedsplejerskernes besøg i hjemmet i visse tilfælde vil kunne afkortes noget i forhold til den tid, der nu medgår.

De grunde, der ovenfor er anført til støtte for gennemførelse af en kombination af hjemmesygepleje og sundhedspleje tager i første række sigte på en kombination af spædbørnssundhedspleje og hjemmesygepleje, men taler i samme

omfang for at udvide kombinationen til også at omfatte skolesundhedsplejen. Man kan i denne forbindelse navnlig henvise til, at det for den rette udøvelse af skolesundhedsplejerskearbejdet er af overmåde stor betydning, at den pågældende sygeplejerske har et meget nøje kendskab til børnenes hjem og familieforhold.

Såfremt de foran opstillede beregninger lægges til grund, skulle en kombineret hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske kunne overkomme et distrikt på mellem 1500 og 2000 indbyggere, medens den optimale distriktsstørrelse under en ordning, hvorefter hjemmesygeplejen drives selvstændigt, efter udvalgets opfattelse vil ligge på 2500 til 3000 indbyggere. Tilvejebringelse af distrikter af sidstnævnte størrelse vil i de fleste tilfælde forudsætte samarbejde mellem 2 eller flere sognekommuner. Selvom der i de seneste år har vist sig voksende forståelse for et sådant samarbejde, har der dog visse steder vist sig vanskeligheder med hensyn til tilvejebringelse af et sådant fællesskab. Såfremt distrikterne kan nedsættes fra 2500—3000 indbyggere til 1500—2000 indbyggere, vil der være skabt mulighed for, at et større antal kommuner vil kunne etablere en økonomisk forsvarlig hjemmesygepleje- og sundhedsplejeordning, uden at det vil være nødvendigt at optage et samarbejde med andre kommuner, og man kan derfor regne med, at tanken om at gennemføre en kombination også af denne grund vil vinde tilslutning.

Af det ovenfor anførte vil fremgå, at der efter udvalgets opfattelse på en række områder vil være forbundet væsentlige fordele med en kombination, og man kunne derfor rejse det spørgsmål, om det ikke ville være naturligt i princippet at basere den fremtidige ordning af hjemmesygeplejens forhold på en sådan kombination. Imidlertid vil det efter udvalgets opfattelse ikke på indeværende tidspunkt være muligt at udtale sig endeligt om dette spørgsmål. Man kan i denne forbindelse først og fremmest henvise til, at der ganske savnes praktisk erfaringsmateriale med hensyn til en sådan ordnings nærmere tilrettelæggelse, ligesom det er usikkert, om den kombinerede ordning bør foretrækkes i alle tilfælde, eller om den kun bør gennemføres i distrikter med mere spredt bebyggelse, hvor fordelene ved en kombination vil være særlig iøjnefaldende. Af denne grund har udvalget fundet det ønskeligt, at der, forinden der tages endelig stilling til de spørgsmål, en sådan kombination rejser, gennem praktiske forsøg tilvejebringes et nærmere materiale til belysning af forholdene. Man kan i denne forbindelse henvise til, at der forud for sundhedsplejens gennemførelse ved lov nr. 85 af 31. marts 1937 blev foretaget en række forsøg i praksis.

Som en anden praktisk vankelighed ved gennemførelse af en kombineret ordning kan nævnes, at ordningens gennemførelse forudsætter, at personalet har gennemgået den særlige uddannelse, som i henhold til sundhedsstyrelsens cirkulære af 30. november 1943 kræves for at opnå ansættelse som sundhedsplejerske. Ifølge dette cirkulære kræves det, at den pågældende skal være autoriseret sygeplejerske med supplerende uddannelse i barselpleje og i epidemiske sygdomme samt have et halvt års uddannelse på pædiatrisk specialafdeling og have gennemgået det særlige kursus for sundhedsplejersker ved Aarhus universitet. Da ingen af de i virksomhed værende hjemmesygeplejersker opfylder alle disse uddannelseskrav, vil det alene af den grund ikke være muligt straks at gå over til en kombination, men en sådan må iværksættes successivt, efterhånden som det fornødne sygeplejerskemateriale er tilvejebragt dels ved nytilgang dels ved gen-

nemførelse af en fortsættelsesuddannelse af de nuværende hjemmesygeplejersker.

Disse praktiske vanskeligheder vil efter udvalgets opfattelse medføre, at der må påregnes at ville hengå en længere årrække, forinden der vil være tilvejebragt det praktiske grundlag for mere i almindelighed at overgå til en kombineret ordning. Udvalget har derfor ment at burde udforme sit forslag til lov om hjememsygeplejens forhold i overensstemmelse med den nuværende tilstand, hvorefter hjemmesygepleje og sundhedspleje holdes adskilt. Man har dog fundet det ønskeligt, at der allerede nu skabes mulighed for, at de kommuner, som måtte ønske det, og hvor de praktiske betingelser måtte være til stede, straks kan etablere en kombineret ordning, således at der herigennem kan indhøstes de nødvendige praktiske erfaringer med hensyn til en kombination af hjemmesygepleje og sundhedspleje. Der vil derfor efter gennemgangen af udvalgets principielle forslag blive fremsat nogle supplerende bemærkninger vedrørende den kombinerede ordning, hvorunder navnlig fordelingen og refusionen af de med en sådan ordnings gennemførelse forbundne udgifter vil blive nærmere omtalt.

I. Den ledende hjemmesygeplejerske.

I forbindelse med overvejelserne vedrørende hjemmesygeplejens fremtidige tilrettelæggelse er der fra forskellig side peget på de fordele med hensyn til en rationalisering og effektivisering af hjemmesygeplejen, som ansættelsen af en ledende hjemmesygeplejerske vil medføre. Det er i denne forbindelse gjort gældende, at man indenfor andre erhverv og tjenestegrene allerede i mange år har anset ansættelse af tilsynsførende og overordnet personale som en hensigtsmæssig personalepolitik.

Denne opfattelse understøttes i vore dage stærkt af personalepsykologer og rationaliseringseksperter, der stærkt understreger den rette arbejdsledelses og det rette tilsyns store betydning for en økonomisk og effektiv arbejdsindsats. Man har endvidere peget på, at hjemmesygeplejerskerne de fleste steder må tilrettelægge og udføre det daglige arbejde uden en faglig overordnet, der kan hjælpe med de forskellige problemer, som måtte opstå ved arbejdets udførelse, og som kan føre et vist tilsyn med arbejdet og stimulere sygeplejerskerne til den størst mulige arbejdsindsats. Dette synes så meget mere uheldigt, som sygeplejen i hjemmet stiller meget store krav til sine udøvere, idet disse ikke som sygeplejerskerne på sygehusene har let adgang til at konferere med lægerne; navnlig på landet er det ofte vanskeligt at komme i forbindelse med den praktiserende læge. Også med hensyn til tilrettelæggelsen af hjemmesygeplejerskernes afløsning på ferie og fridage samt under sygdom vil ansættelsen af en ledende hjemmesygeplejerske kunne have betydning, idet der herigennem vil kunne tilvejebringes en fast afløsningsplan indenfor et større område. I perioder, hvor der forekommer særlig megen sygdom blandt befolkningen, således at de faste sygeplejersker har vanskeligt ved at overkomme arbejdet, vil det også være af værdi, at der findes et centralt organ, der kan formidle antagelsen af den nødvendige ekstrahjælp indenfor et større område. Ansættelsen af en ledende hjemmesygeplejerske vil endvidere kunne sikre, at hjemmesygeplejerskerne fortsat holdes à jour med udviklingen indenfor sygeplejen.

Endelig er der henvist til, at den ledende hjemmesygeplejerske i det hele vil

kunne formidle et nærmere samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen til gavn for begge parter. Den ledende hjemmesygeplejerske vil ligeledes kunne fremme et nærmere samarbejde mellem hjemmesygeplejen og sygehusene, hvilket særlig vil være af betydning i forbindelse med den hurtigere udskrivning af patienterne.

I København og på Frederiksberg samt i en del købstadkommuner, hvor der beskæftiges et større antal sygeplejersker ved hjemmesygeplejen, er der i dag ansat en ledende hjemmesygeplejerske.

De ledende sygeplejerskers arbejde består i varetagelse af den daglige administration af hjemmesygeplejen. Sygeplejerskerne står i daglig kontakt med den ledende sygeplejerske for at gøre indberetning om arbejdet samt modtage besked angående nye patienter.

Den ledende sygeplejerske fordeler arbejdet under hensyn til arbejdsmængden i de enkelte distrikter og sørger for antagelse af det nødvendige ekstrapersonale i travle perioder samt for afløsning i ferie og under sygdom.

Endvidere udfører den ledende sygeplejerske et almindeligt tilsyn med hjemmesygeplejerskernes arbejde og ledsager herved lejlighedsvis sygeplejerskerne under besøgene i hjemmene.

De indvundne erfaringer vedrørende de nævnte ordninger synes at bekræfte, at der er betydelige fordele forbundne med en sådan ordning. Man kan yderligere henvise til, at det indenfor et beslægtet område, nemlig sundhedsplejen, har vist sig hensigtsmæssigt at oprette lederstillinger af den omhandlede art.

Det er udvalgets principielle opfattelse, at der også for hjemmesygeplejen i landkommunerne ville være forbundet betydelige fordele med ansættelsen af en ledende hjemmesygeplejerske, for eksempel indenfor hvert amt. Til belysning af, hvilke opgaver der vil kunne tænkes henlagt til en ledende hjemmesygeplejerske indenfor et større område, har sundhedsstyrelsens repræsentant i udvalget efter dettes anmodning udarbejdet nedenstående oversigt:

»Den ledende sygeplejerske skal bistå amtslægen med tilsynet af hjemmesygeplejen i amtet og med opmærksomhed følge udviklingen indenfor amtets hjemmesygeplejedistrikter og fremsætte forslag, som forholdene måtte foranledige, vedrørende distriktsinddelingen, arbejdsplanerne m. m.

Den ledende sygeplejerske har den daglige ledelse af hjemmesygeplejerskernes arbejde og skal tilse de enkelte distrikter og herunder medvirke til, at arbejdet tilrettelægges rationelt og hensigtsmæssigt. Hun skal påse, at hjemmesygeplejerskerne i deres daglige arbejde følger den gældende instruks, og skal bistå, i særdeleshed de nyansatte og vikarerne, med råd og vejledning. Hun fører tilsyn med de enkeltes udstyr og med føringen af dagbøger, månedsberetninger m. m. Hun udarbejder den årlige ferieplan for hjemmesygeplejerskerne og tilrettelægger afløsningen under ferie og sygdom samt på de ugentlige fridage. Forefindes centraldepot af forbrugsartikler, skal hun forestå dette, udlevere artiklerne mod rekvisition og føre fortegnelse herover. Hun skal modtage og gennemse personalets kørselsregninger, hvorefter hun indsender dem til bestyrelsen med sine eventuelle bemærkninger. Med regelmæssige mellemrum arrangerer hun møder med personalet om faglige spørgsmål og virker i det hele for, at personalets faglige viden bevares og fornyes gennem foredrag, diskussioner, studiekredse o. lign. Hun skal tilrettelægge og føre tilsyn med uddannelsen af sygeplejeelever. Hun skal 1 gang om måneden afgive rapport til amtslægen og skal bistå denne ved udarbejdelsen af årsberetningen om hjemmesygeplejerskernes arbejde.«

Udvalget har endvidere nærmere overvejet de praktiske muligheder for ansættelse af ledende hjemmesygeplejersker i landdistrikterne. Efter udvalgets opfattelse har dette spørgsmål en nøje sammenhæng med spørgsmålet om hjemmesygeplejens fremtidige organisation. Som tidligere nævnt har udvalget ment at burde gå ind for, at hjemmesygeplejens nuværende organisation opretholdes i fremtiden, således at man fortsat bygger på det lokale selvstyre. Under denne forudsætning vil det imidlertid efter udvalgets opfattelse næppe i almindelighed være praktisk muligt at gennemføre en ordning med en ledende hjemmesygeplejerske, idet ansættelsen af en sådan naturligt forudsætter en mere centraliseret ledelse af hjemmesygeplejen for eksempel i overensstemmelse med den foran beskrevne amtsordning. Man kan i denne forbindelse henvise til, at der i de tilfælde, hvor der indenfor spædbørnssundhedsplejen er ansat en ledende sundhedsplejerske, netop er gennemført en amtsvis ordning af sundhedsplejen.

Udvalget har derfor på nuværende tidspunkt ikke ment i det foreliggende lovforslag at burde optage bestemmelser, der tager sigte på at gennemføre ansættelsen af ledende hjemmesygeplejersker, men der vil efter forslaget intet være til hinder for, at kommunerne indenfor et større område, såfremt de måtte ønske det, træffer aftale om i fællesskab at ansætte en ledende hjemmesygeplejerske, således at de med ordningens gennemførelse forbundne udgifter fordeles på de enkelte kommuner, for eksempel i forhold til indbyggerantallet eller i forhold til antallet af beskæftigede sygeplejersker. Af det ovenfor anførte vil det fremgå, at udvalget må anse det for meget ønskeligt, at der i videst muligt omfang gennemføres en sådan ordning. Man kan i denne forbindelse henvise til, at der indenfor hvert amt findes en sammenslutning af virksomheder, de såkaldte amtsforeninger, der efter udvalgets opfattelse vil være velegnet til at formidle gennemførelsen af den omhandlede ordning.

2. DEL

UDVALGETS FORSLAG VEDRØRENDE DEN FREMTIDIGE ORDNING AF HJEMMESYGEPLEJENS FORHOLD

Indledning.

Som foran omtalt har udvalget ikke ment at burde fremsætte forslag om en fundamental omlægning af hjemmesygeplejens organisation og administration, idet man har fundet, at den fremtidige ordning bør baseres på de hævdvundne principper. Udvalget har herefter anset det som sin opgave med bibeholdelse af den nuværende organisations rammer at søge gennemført en effektivisering og rationalisering af hjemmesygeplejen. Under disse omstændigheder må de foranstaltninger, der kan bringes i anvendelse til opnåelse af de ønskede mål, blive af mere indirekte karakter til sikring af, at udviklingen — med bibeholdelse af det lokale selvstyre — ledes i den ønskede retning.

Det økonomiske grundlag for hjemmesygeplejen vil som hidtil i hovedsagen blive baseret på tilskud fra kommuner, sygekasser og hjemmesygeplejeforeninger. Under hensyn til de betydelige merudgifter til hjemmesygeplejen, som navnlig i de seneste år er pålagt kommunerne, har udvalget imidlertid ment, at det for opnåelse af de stillede mål vil være nødvendigt, at staten i et vist omfang yder tilskud til hjemmesygeplejen.

Under hensyn til de ringe pensionsforhold, der er sikret hovedparten af hjemmesygeplejerskerne, har udvalget ment, at der i forbindelse med en reorganisation af hjemmesygeplejen bør søges gennemført en forbedring af sygeplejerskernes pensionsforhold, og der er derfor fremsat forslag om, at der fremtidig sikres hjemmesygeplejerskerne pension efter tilsvarende retningslinier som for statens tjenestemænd.

Som nævnt findes der i dag bortset fra enkelte bestemmelser i forsorgsloven ingen almindelige lovregler om hjemmesygeplejens forhold. Udvalget har imidlertid fundet det ønskeligt, at bestemmelserne vedrørende hjemmesygeplejen i fremtiden samles i en særlig lov bl. a. for derigennem at præcisere, at hjemmesygeplejen har et videre formål end det rent forsorgsmæssige.

I overensstemmelse hermed har udvalget udarbejdet nedenstående udkast til forslag til lov om hjemmesygepleje, og der vil i det følgende blive gjort nærmere rede for de enkelte bestemmelser i lovforslaget.

Udkast til forslag til lov om hjemmesygepleje.

§ 1.

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

Flere kommuner kan slutte overenskomst om en fælles hjemmesygeplejeordning.

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

§ 2.

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

For at ordningen kan godkendes, vil det være et vilkår, at der til den egentlige sygepleje kun anvendes sygeplejersker, der er autoriseret i henhold til lov nr. 140 af 26. april 1933. Fra dette krav vil der dog i ganske særlige tilfælde kunne meddeles dispensation af sundhedsstyrelsen.

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

Embedslægen udøver på de godkendende myndigheders vegne tilsyn med hjemmesygeplejen.

§ 3.

Socialministeren fastsætter efter forhandling med indenrigsministeren nærmere bestemmelser vedrørende sygekassernes betaling for hjemmesygepleje til kassernes nydende medlemmer.

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

§ 4.

Af kommunens udgifter til hjemmesygepleje er $^4/_{10}$ genstand for mellemkommunal refusion efter reglerne i lov om offentlig forsorg, medens $^3/_{10}$ refunderes af den fælleskommunale udligningsfond i overensstemmelse med de i lov nr. 100 af 14. april 1937 om en fælleskommunal udligningsfond fastsatte regler.

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

Indenrigsministeren kan efter forhandling med rigsdagens finansudvalg forhøje eller nedsætte det omhandlede beløb af 2 kr. 50 øre pr. indbygger under hensyn til prisudviklingen.

§ 5.

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

§ 6.

I tilfælde, hvor det for at opnå en effektiv hjemmesygeplejeordning vil være nødvendigt, at der stilles motorkøretøj til rådighed for hjemmesygeplejersken, vil der af statskassen kunne ydes et tilskud til dækning af udgifterne i forbindelse med sygeplejerskens befordring.

Tilskudet, der ydes efter nærmere af indenrigsministeren efter forhandling med rigsdagens finansudvalg fastsatte regler, kan ikke overstige 3.000 kr. årlig pr. beskæftiget sygeplejerske.

§ 7.

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

§ 8.

Efter nærmere af indenrigsministeren efter forhandling med rigsdagens finansudvalg fastsatte regler vil der af statskassen kunne ydes tilskud til dækning af udgifterne til reguleringstillæg til hjemmesygeplejerskernes pensioner efter de for statens pensionister gældende bestemmelser.

§ 9.

Indenrigsministeren fastsætter de nærmere regler vedrørende lovens gennemførelse.

§ 10.

Denne lov, der ikke gælder for Færøerne, træder i kraft den .
Samtidig ophæves § 33 og § 274, stk. 2—4, i lov om offentlig forsorg.

Udkast til tilføjelse til folkeforsikringslovens § 18, stk. 1:

5) fri hjemmesygepleje gennem sygekassens deltagelse i den kommunale hjemmesygepleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, jfr. lov om hjemmesygepleje, såfremt kassens nydende medlemmer ikke ved kommunens foranstaltning eller på anden måde er sikret vederlagsfri hjemmesygepleje.

Bestemmelsen i § 22, stk. 1, nr. 10 udgår, og refusionsbestemmelsen i § 13 omredigeres.

Bemærkninger til forslagets enkelte bestemmelser.

Lovforslagets § 1.

A. Organisation.

Den i forsorgslovens § 33 indeholdte bestemmelse om kommunernes nuværende forpligtelse med hensyn til tilvejebringelse af en hjemmesygeplejeordning synes efter bestemmelsens ordlyd at medføre pligt for kommunerne til at sikre opretholdelsen af en egentlig hjemmesygeplejeordning. Som foran omtalt er bestemmelsen imidlertid i praksis fortolket således, at kommunernes forpligtelse er begrænset til kun at omfatte trangspatienter, og der er derfor et betydeligt antal kommuner, som endnu ikke har etableret en egentlig hjemmesygeplejeordning, men det må på den anden side erkendes, at der i det langt overvejende antal kommuner er sikret den største del af indbyggerne hjemmesygepleje.

Som foran nævnt har udvalget ment i første række at burde søge gennemført en egentlig hjemmesygeplejeordning i de kommuner, som endnu ikke har etableret en sådan. Endvidere bør man sikre, at hjemmesygeplejen overalt tilrettelægges således, at den omfatter alle kommunens indbyggere, uanset disses indtægtsforhold. Først når disse betingelser er til stede, kan man sige, at hjemmesygeplejens muligheder for nedbringelse af sygehusindlæggelserne er fuldt udnyttede.

I overensstemmelse hermed er der i forslaget til lov om hjemmesygeplejens forhold optaget en bestemmelse om, at det påhviler enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for, at der findes og opretholdes en forsvarlig hjemmesygeplejeordning, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje efter lægeordination. Som det vil ses, adskiller den foreslåede bestemmelse sig kun fra den nuværende bestemmelse i forsorgslovens § 33 derved, at det foreslås, at hjemmesygeplejeordningen fremtidig skal omfatte alle kommunens indbyggere. Den nævnte bestemmelse i lov om offentlig forsorg har som anført ikke været tilstrækkelig til at sikre gennemførelsen af en egentlig hjemmesygepleje i alle kommuner, og udvalget har derfor ved at optage bestemmelsen i en særlig lov om hjemmesygepleje ønsket at fjerne den tvivl, der hidtil har bestået med hensyn til omfanget af kommunens forpligtelse.

Da der ved etableringen af nye hjemmesygeplejeordninger i mange tilfælde vil være visse praktiske vanskeligheder at overvinde, vil udvalget finde det ønskeligt, at der ved lovens gennemførelse fastsættes en frist på 5 år for de kommuner, der endnu ikke har en hjemmesygeplejeordning, til at få bragt forholdet i orden.

Som det nærmere vil blive belyst nedenfor, vil en rationel tilrettelæggelse af hjemmesygeplejen være nøje forbundet med spørgsmålet om tilvejebringelse af en hensigtsmæssig distriktsinddeling, hvilket atter forudsætter, at der i mange tilfælde optages et samarbejde mellem flere kommuner. Udvalget har derfor i lovforslagets § 1 foreslået optaget en bestemmelse om, at flere kommuner kan slutte overenskomst om en fælles hjemmesygeplejeordning.

I overensstemmelse med det til grund for udvalgets forslag liggende hovedsynspunkt har udvalget foreslået den i den nugældende lovgivning hjemlede adgang til at henlægge administrationen af hjemmesygeplejen til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser, menighedsplejer eller lignende opretholdt. Ved således at stille kommunerne frit i valget af administrationsform vil der være skabt mu-

lighed for, at det private initiativ, der har spillet en så stor rolle for hjemmesygeplejens udvikling, fortsat kan få lejlighed til at præge denne.

Man har således ikke fra udvalgets side foreslået ændringer i dette forhold, men man ønsker dog i denne forbindelse at fremhæve den betydning og fordel, der ligger i, at der skabes den snævrest mulige kontakt mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen. Sidstnævnte institution har kun virket i en forholdsvis kort årrække, men har allerede fundet en varig plads i rækken af de samfundsmæssige foranstaltninger til hjælp under sygdom, og institutionen har betydet en væsentlig aflastning af hjemmesygeplejen. Ganske vist har det ikke hørt med til hjemmesygeplejerskens egentlige opgaver at varetage husmoderens pligter under hendes sygdom, men i praksis har sygeplejersken vanskeligt kunnet undslå sig for at yde nogen bistand også på dette område, når der ikke har været andre til at tage sig af denne opgave. Nu er forholdet imidlertid væsentligt ændret, idet der ved loven om husmoderafløsning er skabt mulighed for at sikre hjemmene den nødvendige huslige bistand under husmoderens sygdom. Herefter kan hjemmesygeplejersken i de kommuner, som har indført husmoderafløsning, helt hellige sig det for hende centrale arbejde nemlig den egentlige pleje af syge. Men husmoderafløsningens muligheder for at aflaste hjemmesygeplejerskerne vil ikke være udtømt hermed, idet det under forudsætning af, at der består det nødvendige samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen, vil være muligt, at husmoderafløseren efter hjemmesygeplejerskens anvisning og på dennes ansvar vil kunne overtage visse lettere opgaver indenfor den egentlige sygepleje, hjælp til toilettet, sengeredning samt i det hele bistå og hjælpe sygeplejersken i omsorgen for patienten. Den form for sygehjælp, som husmoderafløseren vil kunne overtage, ligger ganske vist ikke væsentligt ud over, hvad en dygtig husmoder kan udføre, men selv denne hjælp vil være af værdi for hjemmesygeplejersken, navnlig i perioder med megen sygdom, hvor det ellers kan knibe for hende at overkomme arbejdet.

Da loven om husmoderafløsning ligesom nærværende lovforslag indeholder bestemmelse om, at den daglige administration kan overlades til en privat eller offentlig institution, er der således grundlag for etablering af det ønskede samarbejde mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen. Fra forskellig side er der peget på ,at det daglige samarbejde mellem de to institutioner vil kunne udbygges yderligere ved ansættelse af en ledende hjemmesygeplejerske. Flere kommuner har allerede etableret et sådant samarbejde, og man kan som eksempel herpå anføre Frederiksberg kommune, hvor Frederiksberg menighedssygepleje administrerer såvel hjemmesygeplejen som husmoderafløsningen. Den daglige ledelse varetages af en forstanderinde. Ordningen omfattede ved udgangen af året 1950 22 sygeplejersker, incl. ledere og tilsynsførende, 3 elever samt ialt 60 husmoderafløsere beregnet på en befolkning på ialt 120.000 indbyggere. De indhøstede erfaringer under denne driftsform har været tilfredsstillende for såvel hjemmesygeplejen som husmoderafløsningen, og udvalget må finde det ønskeligt, at der, selvom administrationen af de 2 områder ikke nødvendigvis behøver at være fuldstændig sammenfaldende, dog i alle tilfælde etableres et nærmere samarbejde og koordination mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen.

Lovforslagets § 2.

B. Godkendelse og tilsyn.

Først ved socialreformen i 1933 blev der indført regler om, at de enkelte hjemmesygeplejeordninger skulle godkendes, idet der i lov om offentlig forsorg § 33 blev optaget en bestemmelse om, at hjemmesygeplejeordninger for landkommunernes vedkommende skal godkendes af amtsrådet og for de andre kommuners vedkommende af socialministeriet. Der er ikke i denne bestemmelse givet nærmere regler for, hvilke momenter, der vil være at tage hensyn til ved godkendelsen, bortset fra at det i lovens § 274, stk. 3, bestemmes, at der ved ydelse af kommunal sygepleje kun må benyttes uddannede, d. v. s. autoriserede sygeplejersker. I mangel af sådanne bestemmelser har de godkendende myndigheder i første række haft opmærksomheden henvendt på størrelsen af de udgifter, som ordningen vil påføre vedkommende kommune, medens man kun i mindre omfang har påset, om ordningen i det hele kan anses for at være rationelt tilrettelagt. Denne opfattelse af godkendelsens indhold er forståelig, når henses til bestemmelsens placering og nøje forbindelse med den ved samme lov gennemførte bestemmelse om refusion af kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen.

Udvalget finder, at der også i fremtiden bør finde en godkendelse sted af de enkelte hjemmesygeplejeordninger, og man har i denne forbindelse nærmere overvejet, under hvilken form denne godkendelse bør ske. For at sikre, at de enkelte hjemmesygeplejeordninger i videst muligt omfang tilrettelægges under hensyntagen til de særlige lokale forhold, har udvalget været inde på den tanke at foreslå oprettet særlige amtsudvalg, bestående af repræsentanter for amtsrådet, købstæderne og sognekommunerne i amtet, amtslægen samt repræsentanter for sygekasser og hjemmesygeplejeforeninger i amtet. Dette udvalg skulle godkende de enkelte ordninger og i det hele virke for, at der ved etablering af samarbejde mellem de enkelte virksomheder blev tilvejebragt den mest hensigtsmæssige inddeling af amtet i hjemmesygeplejedistrikter.

Selvom der utvivlsomt ville være forbundet visse fordele med oprettelsen af et sådant udvalg, der har særligt kendskab til de lokale forhold, har man dog ikke ment det forsvarligt at henlægge selve godkendelsen af de enkelte ordninger til udvalget, som væsentlig vil komme til at bestå af repræsentanter for de myndigheder og organisationer, der er direkte økonomisk interesseret i ordningen. Hvis man således ikke mener at burde henlægge selve godkendelsen af de enkelte ordninger til amtsudvalget, er det imidlertid et spørgsmål, om de grunde, der iøvrigt taler til fordel for oprettelsen af et sådant udvalg, har en sådan vægt, at disse alene kan begrunde nedsættelse af udvalget, hvis virksomhed vil være forbundet med ikke uvæsentlige udgifter.

Man kan i denne forbindelse henvise til, at der i hvert amt i forvejen findes en sammenslutning af hjemmesygeplejevirksomheder i amtet, de såkaldte amtsforeninger under Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder, hvori der findes repræsentanter både for kommuner, hjemmesygeplejeforeninger og sygekasser. Det er udvalgets opfattelse, at disse amtsforeninger meget vel vil kunne varetage de rent propagandamæssige opgaver, som vil opstå navnlig i den første tid efter lovens ikrafttræden, og at disse foreninger netop i kraft af deres mangeårige virke indenfor amtet lettere vil kunne skabe forståelse hos de enkelte kommuner for en mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af hjemmesyge-

plejen. Af disse grunde har udvalget ikke ment at burde fremsætte forslag om oprettelse af et særligt amtsudvalg, og med hensyn til spørgsmålet om godkendelse af de enkelte hjemmesygeplejeordninger foreslår udvalget, at denne for fremtiden for sognekommunernes vedkommende henlægges til amtsrådet og for købstædernes vedkommende til indenrigsministeren. Dette svarer for sognekommunernes vedkommende til den nuværende ordning, medens godkendelsen af ordningerne for byernes vedkommende er foreslået overflyttet fra socialministeren til indenrigsministeren, under hvis forretningsområde hjemmesygeplejen som led i sundhedsvæsenet naturligt hører.

Som anført har de godkendende myndigheder hidtil først og fremmest haft opmærksomheden henledt på de økonomiske spørgsmål i forbindelsen med hjemmesygeplejen, og som følge heraf findes der i dag et antal godkendte hjemmesygeplejeordninger, som ikke opfylder de krav, der bør stilles til en rationel hjemmesygeplejeordning. Udvalget må imidlertid anse det for ønskeligt, at det i fremtiden i videst muligt omfang sikres, at hjemmesygeplejen tilrettelægges på rationel måde. Udvalget har derfor foreslået, at det i loven fastslås, at de godkendende myndigheder i forbindelse med godkendelsen vil have at påse, om hjemmesygeplejeordningen er tilrettelagt på rationel måde under hensyn til distrikternes størrelse og befolkningstætheden, og hvis dette ikke er tilfældet ved nærmere forhandling med de interesserede parter søge ordningen tilrettelagt i overensstemmelse hermed. Godkendelsen vil som følge heraf i fremtiden forudsætte et mere indgående kendskab til de forskellige forhold, der er bestemmende for hjemmesygeplejens tilrettelæggelse i de enkelte tilfælde, og udvalget vil derfor finde det naturligt, at amtsrådene i videst muligt omfang tager amtslægen med på råd ved behandlingen af spørgsmål vedrørende hjemmesygeplejen, ligesom man vil finde det ønskeligt, at amtsrådene holder sig i kontakt med de foran omtalte amtsforeninger for at drage nytte af den sagkundskab, som disse foreninger repræsenterer.

Da udvalget har anset det for ønskeligt, at de godkendende myndigheder fortsat holder sig orienteret om, at de enkelte ordninger opfylder de krav, som man til enhver tid må stille til en effektiv hjemmesygeplejeordning, har man i lovforslaget foreslået, at de godkendende myndigheder fører et almindeligt tilsyn med hjemmesygeplejen, og at dette tilsyn udøves gennem embedslægen.

Som foran nævnt er det i forsorgslovens § 274 bestemt, at den kommunale hjemmesygepleje kun må anvende uddannede, d. v. s. autoriserede sygeplejersker. Det samme gælder med hensyn til de statsanerkendte sygekassers ydelse af hjemmesygepleje. Udvalget har fundet det ønskeligt, at det som almindeligt princip fastslås, at kun autoriserede sygeplejersker må beskæftiges med det egentlige sygeplejelige arbejde, men man har dog, under hensyn til at der i dag beskæftiges et mindre antal ikke autoriserede sygeplejersker ved hjemmesygeplejen, fundet det nødvendigt at optage en bestemmelse om, at sundhedsstyrelsen i ganske særlig tilfælde kan dispensere fra kravet om autorisation, ligesom det heller ikke kan udelukkes, at der i særlige tilfælde (mindre øer) kan være anledning til at fravige kravet om, at sygeplejersken skal være autoriseret.

I henhold til forsorgslovens § 274, stk. 3, kan kravet om, at sygeplejersken skal være uddannet, frafaldes ved normalt forløbende fødsler, men det er dog efter de for udvalget foreliggende oplysninger det sædvanlige, at barselplejen i alle tilfælde varetages af hjemmesygeplejersker. Udvalget er principielt enig i, at

barselplejen bør udføres af de almindelige hjemmesygeplejersker, eller hvor det viser sig mest rationelt af særlige barselplejersker, der har autorisation som sygeplejersker. Men af hensyn til de kommuner, som endnu lader barselpleje ved normalt forløbende fødsler udføre af personer, der ikke er autoriserede sygeplejersker, har man dog ikke ment at burde stille krav om, at der også i disse tilfælde kun må anvendes autoriserede sygeplejersker, og man har derfor alene foreslået, at der til den egentlige sygepleje kun må anvendes autoriserede sygeplejersker.

Da en nyordning af hjemmesygeplejens forhold efter de af udvalget foreslåede retningslinier vil medføre, at de centrale sundhedsmyndigheder i langt videre omfang end tidligere vil få forelagt spørgsmål vedrørende hjemmesygeplejens tilrettelæggelse, har udvalget fundet det ønskeligt, at der til bistand for myndighederne til sundhedsstyrelsens sygeplejerskeafdeling knyttes en sygeplejerske med særlig indsigt i hjemmesygeplejens forhold. Den pågældende vil endvidere kunne yde kommunerne vejledning med hensyn til tilrettelæggelsen af de enkelte hjemmesygeplejeordninger.

Lovforslagets § 3.

C. Betaling.

Bortset fra bestemmelsen i forsorgslovens § 274, hvorefter trangspatienter har krav på vederlagsfri hjemmesygepleje, findes der ikke almindelige bestemmelser, der regulerer den betaling, som i de enkelte tilfælde skal erlægges for modtagelse af hjemmesygepleje.

For sygekassernes vedkommende har direktoratet dog i kraft af dets almindelige tilsyn med sygekasserne ført kontrol med størrelsen af sygekassernes bidrag til hjemmesygeplejen. Derimod har der ikke været ført en tilsvarende kontrol med de kontingenter, der erlægges af medlemmer i hjemmesygeplejeforeninger, ligesom der heller ikke er foretaget godkendelse af den takstmæssige betaling, der opkræves i de tilfælde, hvor hjemmesygeplejen undtagelsesvis står åben også for personer, der ikke er medlemmer af hjemmesygeplejeforening eller sygekasse.

I overensstemmelse med udvalgets hovedsynspunkt, at der bør være let adgang til hjemmesygepleje, har man fra udvalgets side fundet det ønskeligt, at hele betalingsspørgsmålet bringes ind under faste rammer, og man har derfor foreslået, at de godkendende myndigheder i hvert enkelt tilfælde skal godkende størrelsen af den betaling, som skal erlægges for ydelse af hjemmesygepleje. I de tilfælde, hvor der er gennemført rent kommunal hjemmesygepleje, vil der, således som det praktiseres nu, ikke opstå noget betalingsspørgsmål, idet der her ydes gratis hjemmesygepleje til alle kommunens indbyggere uanset disses indtægtsforhold. I de tilfælde, hvor hjemmesygeplejen tilvejebringes ved et samarbejde mellem kommune, sygekasse og hjemmesygeplejeforening, opstår der imidlertid spørgsmål om størrelsen af kontingenterne til hjemmesygeplejeforeningen og sygekassen samt om størrelsen af den betaling, der skal erlægges af personer, som ikke gennem medlemsskab af de pågældende foreninger har sikret sig ret til hjemmesygepleje.

For sygekassernes vedkommende vil der gennem sygekassedirektoratets virksomhed blive ført nærmere kontrol med størrelsen af de beløb, som sygekasserne

— indenfor de af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren fastsatte bestemmelser — yder til hjemmesygepleje.

For hjemmesygeplejeforeningernes vedkommende er kontingenterne som foran nævnt højst forskelligartede. Udvalget har derfor opfordret centralforeningen til at fremkomme med et forslag til normaltakst, og centralforeningen har herefter foreslået, at disse takster fastsættes til 16 kr. pr. husstand (ægtefæller med hjemmeværende børn under 15 år) og for enkeltpersoner til 8 kr. om året. Udvalget har for sit vedkommende fundet de foreslåede normalkontingenter rimelige.

Da adgangen til at få hjemmesygepleje pincipielt bør stå åben for alle, og da man ikke har ment at burde gøre denne ret betinget af medlemsskab af en af de nævnte foreninger, vil det i alle tilfælde, hvor kommunen ikke yder vederlagsfri hjemmesygepleje, være nødvendigt, at der fastsættes en særlig takst for ydelse af hjemmesygepleje til personer, som ikke opfylder betingelserne for at stå som nydende medlem af en sygekasse, og som på den anden side ikke har ønsket at tilslutte sig en hjemmesygeplejeforening. Med hensyn til størrelsen af den betaling, der bør erlægges i sådanne tilfælde, bemærkes, at centralforeningen har udtalt, at taksten ikke bør ligge væsentlig under den takst, som af Dansk Sygeplejeråd er fastsat for privatsygepleje, og centralforeningen har foreslået, at taksten fastsættes til 4 kr. pr. ydelse.

Udvalget kan for sit vedkommende tiltræde dette forslag, men man vil dog finde det rimeligt, at der finder en nedsættelse sted i betalingen ved kortvarige besøg og i særdeleshed i tilfælde, hvor det er nødvendigt, at sygeplejersken aflægger en række besøg i hjemmet, f. eks. for at give en serie injektioner. I disse tilfælde vil betalingen efter udvalgets opfattelse passende kunne ansættes til 2 kr. pr. besøg.

Den gældende bestemmelse i forsorgslovens § 274, stk. 1, hvorefter det påhviler kommunen at yde vederlagsfri hjemmesygepleje til trangspatienter, vil ikke blive berørt af udvalgets forslag.

D. Økonomi.

a. Almindelige bemærkninger.

Der er i tidligere afsnit gjort rede for, hvorledes hjemmesygeplejen, der oprindelig blev financieret gennem private bidrag, efterhånden i stadig stigende grad har måttet basere virksomheden på tilskud fra kommunerne. Denne udvikling er en følge af den betydelige stigning i udgifterne til hjemmesygeplejen, der har bevirket, at de private foreninger ikke har været i stand til at sikre det økonomiske grundlag for hjemmesygeplejens opretholdelse. Som påvist har kommunerne i erkendelse af hjemmesygeplejens store værdi efterhånden påtaget sig at yde meget store økonomiske bidrag til hjemmesygeplejen. Selvom der i tidens løb ved forskellige refusionsbestemmelser er blevet ydet kommunerne dækning for en del af udgifterne, er disse dog efterhånden blevet så følelige, at mange kommuner har fundet det vanskeligt fortsat at yde bidrag af denne størrelse, og der er som nævnt fra forskellig side rettet henvendelse til staten om ydelse af tilskud til hjemmesygeplejen i større eller mindre omfang. Det er endvidere nævnt, at det i første række var disse henvenvedelser, som har begrundet ned-

sættelsen af nærværende udvalg. Som en naturlig følge heraf blev det i kommissoriet pålagt udvalget at overveje, hvorledes hjemmesygeplejens økonomiske grundlag i fremtiden bør tilrettelægges, samt hvilken støtte der fra det offentliges side bør ydes hjemmesygeplejen.

Udvalget har i overensstemmelse hermed gjort disse spørgsmål til genstand for principielle overvejelser i en række møder. Ud fra det hovedsynspunkt, der ligger til grund for udvalgets betragtninger vedrørende hjemmesygeplejens fremtidige forhold, hvorefter hjemmesygeplejens nuværende organisation ønskes opretholdt, er udvalget af den opfattelse, at det økonomiske grundlag for hjemmesygeplejen fortsat bør tilvejebringes ved bidrag fra de faktorer — kommuner, sygekasser og foreninger — som hidtil har ydet tilskud til hjemmesygeplejen. Man ønsker dog i denne forbindelse at præcisere, at kommunerne som en konsekvens af den foreslåede bestemmelse om deres forpligtelse med hensyn til tilvejebringelse og opretholdelse af en hjemmesygeplejordning i kommunerne også må have det reelle økonomiske ansvar for ordningen, således at det må påhvile kommunerne at afholde den del af udgifterne, som ikke dækkes ved bidrag fra hjemmesygeplejeforeninger og sygekasser. En forudsætning for at pålægge kommunerne et sådant økonomisk ansvar må imidlertid være, at der skabes mulighed for at tilrettelægge hjemmesygeplejen således, at de udgifter, der vil blive pålagt kommunen, i alle tilfælde holdes indenfor rimelige grænser.

Udvalget har i denne forbindelse foretaget en nærmere undersøgelse af de forskellige faktorer, der er bestemmende for udgifternes størrelse i de enkelte tilfælde, idet man på grundlag af en sådan undersøgelse har søgt at tilvejebringe klarhed over de muligheder, der måtte være for at søge økonomien forbedret.

Det har herved vist sig, at hjemmesygeplejens økonomiske vanskeligheder til en vis grad er en følge af den uhensigtsmæssige distriktsinddeling. Som følge af hjemmesygeplejens lokale begrænsning er der i dag stor forskel på størrelsen af de enkelte hjemmesygeplejedistrikter. I mange tilfælde er distrikterne for små til, at hjemmesygeplejerskens arbejdskraft udnyttes fuldt ud, og man må derfor sige, at hjemmesygeplejen i disse tilfælde er uøkonomisk tilrettelagt. Udvalget har derfor ment at burde udforme sit forslag således, at det i videst muligt omfang sikrer en rationel distriktsinddeling. Medvirkende til de økonomiske vanskeligheder er endvidere, at hjemmesygeplejen i dag i mange tilfælde ikke omfatter alle beboere indenfor distriktet, således at den personkreds, udgifterne fordeles på, er relativt lille. Man kan i denne forbindelse navnlig henvise til, at et stort antal sygekasser i landkommunerne ikke yder hjemmesygepleje til medlemmerne.

Efter udvalgets forslag vil hjemmesygeplejen i fremtiden komme til at omfatte alle personer, og der vil således være skabt mulighed for at fordele udgifterne på en større personkreds.

Udvalgets forslag tager som nævnt sigte på at søge gennemført en rationel distriktsinddeling, og det bliver derfor i første række opgaven at søge fastlagt, hvor stort et distrikt en hjemmesygeplejerske normalt vil kunne overkomme. Ved overvejelsen af dette spørgsmål må man sondre mellem hjemmesygepleje i by og på land, idet transportproblemet spiller en langt større rolle på landet. Ud fra det hovedsynspunkt, at hjemmesygeplejen bør søges tilrettelagt således, at hjemmesygeplejerskens arbejdskraft i videst muligt omfang anvendes til egentlige sygeplejelige formål, er udvalget af den opfattelse, at en rationel løs-

ning af hjemmesygeplejens økonomiske forhold vil forudsætte, at hjemmesygeplejerskerne i rene landdistrikter som hovedregel udstyres med motorkøretøj.

For at få tilvejebragt nærmere klarhed over spørgsmålet om, hvor stort et distrikt en hjemmesygeplejerske på landet vil kunne overkomme, når hun er udstyret med bil, har en del af udvalgets medlemmer ved rejser i Ringkøbing, Ribe og Holbæk amter foretaget en nærmere undersøgelse af forholdene i hjemmesygeplejevirksomheder i mere eller mindre tæt befolkede områder, hvor sygeplejerskerne i dag er udstyret med motorkøretøj. På grundlag af disse undersøgelser og det iøvrigt tilvejebragte materiale er det udvalgets opfattelse, at det som hovedregel vil være muligt for en hjemmesygeplejerske på landet at overkomme et distrikt på 2500—3000 indbyggere, når der stilles motorkøretøj til hendes rådighed.

Såfremt man skal nå op på distrikter af den omhandlede størrelse, vil det i de fleste tilfælde være nødvendigt, at der etableres et samarbejde mellem flere kommuner om en fælles hjemmesygeplejeordning. Det kan i denne forbindelse oplyses, at af landets 1304 sognekommuner har 440 under 1000 indbyggere, heraf 88 under 500 og 38 under 300. Kun 178 har over 2500 indbyggere og heraf kun 65 over 3500. Godt halvdelen, 685, ligger i gruppen fra 1000—2500 indbyggere, heraf lidt over halvdelen under 1500 indbyggere.

Der rejser sig imidlertid i denne forbindelse det principielle spørgsmål, om det med bibeholdelse af den nuværende organisation vil være muligt at få etableret det nødvendige samarbejde ad frivillighedens vej. Man kan herved først og fremmest henvise til, at iværksættelsen af et sådant samarbejde rent umiddelbart vil indebære en væsentlig økonomisk fordel, og et betydeligt antal kommuner har da også som anført i de seneste år ved ledighed i sygeplejerskestillingen etableret samarbejde med nabokommuner om oprettelse af fælles hjemmesygeplejeordning.

Selv om der således vil være en umiddelbart økonomisk fordel forbundet med at gennemføre en sammenlægning, må det vel imidlertid erkendes, at der også i fremtiden kan forekomme tilfælde, hvor der vil gøre sig en vis modstand gældende mod at etablere en ordning, hvorefter kommunen ikke længere har sin egen hjemmesygeplejerske, og udvalget har derfor overvejet at søge gennemført foranstaltninger, der yderligere kan bidrage til at fremme sammenlægningerne. Udvalget har imidlertid, under hensyn til at hjemmesygeplejen også i fremtiden bør hvile på det lokale selvstyre, ikke ment at burde foreslå gennemført direkte foranstaltninger til at fremtvinge sammenlægninger. Derimod har man fundet det ønskeligt, at de godkendende myndigheder i forbindelse med godkendelsen i alle tilfælde har opmærksomheden henledt på, om distrikterne har en passende størrelse, og hvis dette ikke findes at være tilfældet, ved forhandling med de interesserede kommunalbestyrelser søger at få etableret en passende distriktsinddeling. Endvidere har man søgt de i det følgende afsnit omtalte refusions- og tilskudsbestemmelser udformet således, at kommunerne også herigennem får et yderligere incitament til at foretage sammenlægning.

I byerne giver transportspørgsmålet ikke anledning til nærmere overvejelse, idet afstandene her ikke er større end at disse som alt overvejende hovedregel vil kunne overkommes på cykel. Udvalget har derfor ment uden videre at kunne bygge på de erfaringer, som foreligger med hensyn til den nuværende ordning, hvorefter det vil være muligt for en hjemmesygeplejerske at overkomme et distrikt på mellem 4.000—5.000 indbyggere.

Lovforslagets § 4.

b. Almindelige refusionsbestemmelser vedr. kommunernes udgifter til hjemmesygepleje.

For tiden er kommunerne i henhold til de gældende bestemmelser berettiget til at anmelde udgifterne til hjemmesygepleje indenfor et beløb af indtil 1,35 kr. kr. pr. indbygger til mellemkommunal refusion. Ved fastsættelsen af det omhandlede beløb i 1948 er man, som tidligere nævnt, gået ud fra, at dette beløb svarede til den gennemsnitlige udgift til hjemmesygepleje til trangspatienter i sognekommunerne. Som påvist er der siden fastsættelsen af det anmeldelsesberettigede beløb sket en betydelig stigning i kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen, og det vil derfor, såfremt man opretholder det nugældende refusionssystem, være nødvendigt at foretage en forhøjelse af det anmeldelsesberettigede beløb i overensstemmelse med prisudviklingen.

Udvalget har i en række møder overvejet, hvorledes de fremtidige refusionsbestemmelser med hensyn til kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen bør udformes. Man har i denne forbindelse haft opmærksomheden henvendt på mulighederne for at opnå en forenkling af det nuværende, ret indviklede og besværlige refusionssystem. Der har således været rejst spørgsmål om at lade den egentlige mellemkommunale refusion af kommunernes udgifter til hjemmesygeplejen bortfalde og i stedet lade udligningsfonden refundere en større del heraf. Heroverfor er det imidlertid blevet fremhævet, at det, under hensyn til at der for tiden foregår principielle overvejelser vedrørende revision af de gældende skatteudskrivningsregler, ikke vil være betimeligt på indeværende tidspunkt at foretage en ændring i byrdefordelingen. Det er i denne forbindelse endvidere anført, at også den egentlige mellemkommunale refusion i et vist omfang bidrager til at udligne forskellen mellem udgifterne til hjemmesygepleje i byerne og på landet. Udvalget er herefter gået ind for, at det nuværende refusionssystem principielt opretholdes uændret, d. v. s. at der fortsat ydes refusion fra den fælleskommunale udligningsfond med $^3/_{10}$ af det anmeldelsesberettigede beløb, medens $^4/_{10}$ refunderes som egentlig mellemkommunal refusion.

Medens det anmeldelsesberettigede beløb hidtil har været fastsat på grundlag af kommunernes gennemsnitlige udgift til hjemmesygepleje til trangspatienter, er udvalget af den opfattelse, at der i fremtiden ved beregningen af det anmeldelsesberettigede beløb bør tages hensyn til kommunernes samlede udgifter til hjemmesygepleje og ikke blot til udgifterne, for så vidt angår trangspatienter, idet udvalgets forslag som anført forudsætter, at kommunerne har det fulde økonomiske ansvar for hjemmesygeplejens opretholdelse, således at kommunerne må afholde det restunderskud, som ikke kan dækkes ved sygekassernes og foreningernes bidrag.

Det er endvidere udvalgets opfattelse, at størrelsen af det anmeldelsesberettigede beløb bør fastsættes på grundlag af kommunernes gennemsnitlige udgifter til hjemmesygepleje i distrikter af den optimale størrelse, således at refusionsbestemmelserne kommer til at indeholde et incitament for kommunerne til i videst muligt omfang at gennemføre en rationel distriktsinddeling svarende til den ved udvalgets undersøgelse fastslåede optimale distriktsstørrelse.

For at finde frem til størrelsen af kommunernes udgifter i distrikter af den omhandlede størrelse har udvalget opstillet nedenstående normalbudgetter vedrørende virksomheder på landet og i byerne.

Udgifternes størrelse fremgår af tabel 1 og 2.

Tabel 1. Landkommuner.

	Begyndelsesløn	Slutløn
Grundløn	2.220,00	2.220,00
Alderstillæg	0,00	630,00
Alm. pensionsgivende tillæg	960,00	960,00
Reguleringstillæg	2.720,00	2.720,00
Midlertidigt tillæg	1.152,00	1.152,00
Særligt tillæg	160,00	160,00
Arbejdsledertillæg	90,00	480,00
Lønningsudgifter ialt	7.302,00	8.322,00
Uniformsgodtgørelse	307,20	307,20
Befordringsgodtgørelse	4.000,00	4.000,00
Pensionsbidrag	413,40	495,30
Administrationsudgifter	280,00	280,00
Afløsning under ferie og sygdom	980,00	980,00
Fridagsafløsning	1.300,00	1.300,00
Samlet udgift	14.582,60	15.684,50

Tabel 2. Købstæder.

	Begyndelsesløn	Slutløn
Grundløn	2.700,00	2.700,00
Alderstillæg	0,00	600,00
Alm. pensionsgivende tillæg	960,00	1.080,00
Reguleringstillæg	2.720,00	2.720,00
Midlertidigt tillæg	1.152,00	1.152,00
Særligt tillæg	160,00	190,00
Arbejdsledertillæg	600,00	600,00
Lønningsudgifter ialt	8.292,00	9.042,00
Uniformsgodtgørelse	307,20	307,20
Befordringsgodtgørelse	230,40	230,40
Pensionsbidrag	475,80	569,40
Administrationsudgifter	280,00	280,00
Afløsning under ferie og sygdom	980,00	980,00
Fridagsafløsning	1.300,00	1.300,00
Samlet udgift	11.865,40	12.709,00

Med hensyn til de enkelte udgiftsposter kan følgende bemærkes:

Lønningerne svarer til de i overenskomsten mellem centralforeningen og Dansk Sygeplejeråd fastsatte lønninger for ikke-forsørgere over 30 år med de fra 1. april 1952 gældende tillæg. Pensionspræmien er i overensstemmelse med udvalgets nedenfor anførte forslag vedrørende hjemmesygeplejerskernes pensionsforhold fastsat til 13 % af den pensionsgivende løn. Udgifterne til administration omfatter forskellige udgifter til forsikringer, kontingenter og kontorhold.

Udgifter til aflønning under ferie og sygdom er beregnet på grundlag af den gældende timebetaling for privatsygeplejersker, idet der er regnet med 4 ugers ferie, 1 uges sygdom samt 48 fridage årlig. Med hensyn til befordringsudgifterne bemærkes, at man har forudsat, at hjemmesygeplejerskerne i landdistrikterne er udstyret med bil, og at der årligt tilbagelægges ca. 10.000 km (30 km om dagen), hvilket efter de af finansministeriet for tiden fastsatte takster for benyttelse af eget befordringsmiddel vil svare til en årlig udgift på ca. 4.000 kr.

Af tabellerne fremgår det, at de samlede udgifter til hjemmesygepleje i et landdistrikt vil beløbe sig til 14—15.000 kr. og i et bydistrikt til 12—13.000 kr. Såfremt distrikterne har den ønskede størrelse, d. v. s. for landdistrikterne mellem 2.500—3.000 indbyggere og for bydistrikterne mellem 4—5.000 indbyggere, vil den gennemsnitlige udgift pr. indbygger herefter udgøre henholdsvis 5—6 kr. og 2,50—3,25 kr.

Med hensyn til størrelsen af de indtægter, der kan forventes at ville indgå for ydelse af hjemmesygepleje, bemærkes, at der i de tilfælde, hvor kommunen bestemmer sig for at yde vederlagsfri hjemmesygepleje til alle indbyggere, ikke vil fremkomme noget beløb på indtægtssiden, og kommunen, der i dette tilfælde må afholde samtlige udgifter vedrørende hjemmesygeplejen, vil få en udgift svarende til de ovenfor anførte bruttoudgifter. Selvom der som påvist i de seneste år har været nogen stigning i antallet af hjemmesygeplejeordninger af den omhandlede type, må man dog fortsat regne med, at hjemmesygeplejen også i fremtiden i det langt overvejende antal tilfælde vil blive tilvejebragt ved et samarbejde mellem kommune, sygekasse og hjemmesygeplejeforening. Udvalget har derfor ment, at bestemmelserne vedrørende refusionen af kommunens udgifter bør baseres på grundlag af en hjemmesygeplejeordning, der er tilrettelagt i overensstemmelse hermed.

Indtægterne vil i disse tilfælde bestå dels af bidrag fra hjemmesygeplejeforening og sygekasse og dels af den betaling, som erlægges for ydelse af hjemmesygepleje til personer, som ikke er medlem af de pågældende foreninger. Med hensyn til sygekassernes bidrag til hjemmesygeplejen bemærkes, at et betydeligt antal kasser i dag ikke yder hjemmesygepleje til medlemmerne, og dette forhold har, som det nærmere er påvist foran, været en medvirkende årsag til de økonomiske vanskeligheder for hjemmesygeplejen. Udvalget har derfor taget spørgsmålet om sygekassernes deltagelse i hjemmesygeplejen i fremtiden op til principiel overvejelse. Udvalget er på grundlag af disse overvejelser nået til det resultat, at det under hensyn til hjemmesygeplejens placering og betydning indenfor sundhedsvæsenet må anses for en lige så naturlig opgave for sygekasserne at yde hjemmesygepleje som at yde hjælp til behandling på sygehus og hjælp til lægebehandling. Udvalget har derfor ment at burde foreslå, at ydelse af hjemmesygepleje gøres til en obligatorisk ydelse for sygekasserne i alle tilfælde, hvor kommunerne ikke har ønsket at overtage hjemmesygeplejen som en ren kommunal foranstaltning. Udvalget har med henblik på dette spørgsmål optaget forhandling med Direktoratet for Sygekassevæsenet og De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark. Såvel sygekassedirektoratet som sygekasserne har under forhandlingerne givet deres tilslutning til, at hjemmesygeplejen søges gjort til en obligatorisk ydelse for sygekasserne, og udvalget har i overensstemmelse hermed udarbejdet et hertil sigtende forslag til tilføjelse til folkeforsikringslovens § 18, der er aftrykt foran side 58.

Under forhandlingerne blev endvidere spørgsmålet om størrelsen af sygekassernes bidrag til hjemmesygeplejen taget op til drøftelse, idet sygekassernes repræsentanter som betingelse for deres tilslutning til forslaget om at gøre hjemmesygepleje til en obligatorisk ydelse for sygekasserne måtte kræve, at der blev fastsat nærmere grænser for størrelsen af de beløb, sygekasserne under en sådan ordning ville være forpligtet til at yde til hjemmesygeplejen. Under hensyn til de økonomiske vanskeligheder for sygekasserne mente de tilstedeværende repræsentanter for disse ikke at kunne give tilsagn om ydelse af større bidrag fra sygekasserne, end hvad der svarer til 40 % af de samlede udgifter til hjemmesygeplejen efter fradrag af tilskudet fra hjemmesygeplejeforeningen og eventuelt statstilskud, dog i alle tilfælde ikke over 2 kr. pr. medlem. Størrelsen af de nuværende tilskud fra sygekasserne fremgår af de foran side 21—23 meddelte oversigter, hvoraf fremgår at sygekassernes bidrag i året 1951 har andraget gennemsnitligt 1,99 kr. pr. medlem. De nærmere bestemmelser angående sygekassernes betaling foreslås fastsat af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren, jfr. lovudkastets § 3, stk. 1.

Ud fra disse forudsætninger vil det herefter være muligt at beregne størrelsen af de tilskud, der kan forventes fra sygekasserne til en hjemmesygeplejeordning, der omfatter henholdsvis 2.500—3.000 indbyggere på landet og 4—5.000 indbyggere i byerne, idet antallet af nydende sygekassemedlemmer i distrikter af den omhandlede størrelse gennemsnitlig vil andrage henholdsvis 1.500—1.800 medlemmer og 2.400—3.000 medlemmer.

Med hensyn til størrelsen af det beløb, der kan forventes som tilskud fra hjemmesygeplejeforeningerne og fra indtægter vedrørende ydelse af hjemmesygepleje til bemidlede, som ikke er medlemmer af en hjemmesygeplejeforening, bemærkes, at man på grundlag af det tidligere omtalte forslag til kontingent- og takstbetaling groft kan anslå de herfra hidrørende indtægter til 1.000—1.200 kr. for landdistrikternes vedkommende og 1.600—2.000 kr. for bydistrikternes vedkommende.

Der vil herefter kunne opstilles følgende oversigt over indtægternes størrelse i landdistrikter omfattende henholdsvis 2.500 og 3.000 indbyggere og i bydistrikter med 4.000 og 5.000 indbyggere.

1) Landdistrikter 2.500 Indbyggere.

Sygekasse: 1.500 medlemmer à 2 kr.	=	3.000 kr.
Hjemmesygeplejeforening	=	1.000 kr.
Ialt		4.000 kr.

2) Landdistrikter 3.000 indbyggere.

Sygekasse: 1.800 medlemmer à 2 kr.	=	3.600 kr.
Hjemmesygeplejeforening	=	1.200 kr.
Ialt		4.800 kr.

3) Købstæder 4.000 indbyggere.

Sygekasse: 2.400 medlemmer à 2 kr.	=	4.800 kr.
Hjemmesygeplejeforening	=	1.600 kr.
Ialt		6.400 kr.

4) Købstæder 5.000 indbyggere.

Sygekasse: 3.000 medlemmer à 2 kr.	=	6.000 kr.
Hjemmesygeplejeforening	=	2.000 kr.
Ialt		8.000 kr.

Det bemærkes dog herved, at bestemmelsen om at sygekassernes betaling for hjemmesygepleje ikke må overstige 40 % af udgifterne efter fradrag af bidraget fra hjemmesygeplejeforeningerne, i de anførte eksempler vedrørende købstæderne begrænser sygekassernes betaling til følgende beløb:

ad 3) 4.100 kr., når sygeplejersken aflønnes på 1. løntrin og
4.400 kr., når sygeplejersken er på slutløn.
ad 4) 4.000 kr. (sygeplejersken på 1. løntrin) og
4.300 kr. (sygeplejersken på slutløn).

På grundlag af de anførte tal vedrørende udgifter og indtægter i hjemmesygeplejevirksomheder på landet og i byerne kan man beregne størrelsen af det udækkede restunderskud, som det vil påhvile kommunen at afholde, jfr. nedenstående oversigt.

1) Landdistrikt 2.500 indbyggere.
Rest til kommunen at dække:
a) Sygeplejersken aflønnes på 1. løntrin: 10.582,60 kr.
pr. indbygger: 4,23 kr.
b) Sygeplejersken aflønnes på højeste løntrin: 11.684,50 kr,
pr. indbygger: 4,67 kr.

2) Landdistrikt 3.000 indbyggere.
Rest til kommunen at dække:
a) Sygeplejersken aflønnes på 1. løntrin: 9.782,60 kr.
pr. indbygger: 3,26 kr.
b) Sygeplejersken aflønnes på højeste løntrin: 10.884,50 kr.
pr. indbygger: 3,63 kr.

3) Købstæder 4.000 indbyggere.
Rest til kommunen at dække:
a) Sygeplejersken aflønnes på 1. løntrin: 6.165,00 kr.
pr. indbygger: 1,54 kr.
b) Sygeplejersken aflønnes på højeste løntrin: 6.709,00 kr.
pr. indbygger: 1,68 kr.

4) Købstæder 5.000 indbyggere.
Rest til kommunen at dække:
a) Sygeplejersken aflønnes på 1. løntrin: 5.865,00 kr.
pr. indbygger: 1,17 kr.
b) Sygeplejersken aflønnes på højeste løntrin: 6.409,00 kr.
pr. indbygger: 1,28 kr.

Det vil af denne oversigt fremgå, at kommunernes udgifter for landdistrikternes vedkommende vil komme til at ligge mellem 4,67 kr. og 3,26 kr. pr. indbygger og for bydistrikternes vedkommende mellem 1,68 kr. og 1,17 kr. pr. indbygger.

Efter de opstillede beregninger skulle det, såfremt udgifterne i sognekommunerne lægges til grund, være nødvendigt at forhøje det anmeldelsesberettigede beløb til ca. 4 kr. pr. indbygger. For købstædernes vedkommende ligger udgifterne, som det vil fremgå af oversigten, væsentlig lavere end det omhandlede beløb, og der opstår derfor naturligt spørgsmål om, hvorvidt det vil være rimeligt at fastsætte det anmeldelsesberettigede beløb til samme beløb for by og land. Ganske vist er kommunerne ikke berettigede til at anmelde større beløb end de faktisk afholdte udgifter, men det vil ikke kunne udelukkes, at man ved at ansætte de anmeldelsesberettigede beløb til 4 kr. pr. indbygger vil kunne komme ud for, at kommunerne vil føle sig fristet til at afholde udgifter, som ikke kan anses for strengt nødvendige for at opretholde en rationel hjemmesygeplejeordning.

Forskellen i den gennemsnitlige udgift til hjemmesygepleje i by og på land skyldes foruden forskellen med hensyn til distrikternes indbyggerantal hovedsagelig, at hjemmesygeplejersken på landet forudsættes udstyret med bil i modsætning til sygeplejerskerne i byerne. Meget kunne derfor tale for, at man ved beregningen af det anmeldelsesberettigede beløb bortser fra udgifterne til bil, idet man på denne måde vil opnå en tilnærmelse mellem udgifterne i by og på land. Til støtte for således at holde biludgifterne udenfor refusionsordningen taler endvidere, at kommunerne, såfremt den almindelige refusionsordning var gældende for disse udgifter, reelt kun ville opnå dækning for en mindre del af udgifterne til bilhold, idet der kun ydes refusion med $^{7}/_{10}$ af det anmeldelsesberettigede beløb, hvortil yderligere kommer, at den egentlige mellemkommunale refusion kun betyder en begrænset udligning af udgifterne kommunerne imellem. Man måtte derfor befrygte, at kommunerne i mange tilfælde ud fra økonomiske hensyn ville vige tilbage for at anskaffe bil til hjemmesygeplejersken, og da den rationalisering af hjemmesygeplejen, som udvalget har tilsigtet, ikke vil kunne gennemføres, med mindre hjemmesygeplejerskerne i de rene landdistrikter udstyres med bil, har udvalget derfor ment at burde fremsætte forslag om en særlig refusionsordning for så vidt angår disse udgifter. Dette forslag vil blive omtalt nærmere nedenfor.

Såfremt man i overensstemmelse hermed bortser fra udgifterne til bilhold, vil kommunernes udgifter til hjemmesygepleje i landdistrikterne udgøre følgende beløb:

1) 2.500 indbyggere.
   a) Sygeplejersken aflønnes på 1. løntrin: 6.582,60 kr.
      pr. indbygger: 2,63 kr.
   b) Sygeplejersken aflønnes på højeste løntrin: 7.684,50 kr.
      pr. indbygger: 3,07 kr.
2) 3.000 indbyggere.
   a) Sygeplejersken aflønnes på 1. løntrin: 5.782,60 kr.
      pr. indbygger: 1,93 kr.
   b) Sygeplejersken aflønnes på højeste løntrin: 6.884,50 kr.
      pr. indbygger: 2,29 kr.

Den gennemsnitlige udgift udgør således ca. 2,50 kr. pr. indbygger. Selvom man holder biludgifterne udenfor beregningen, vil kommunernes udgifter i landdistrikterne fortsat ligge væsentligt højere end de foran angivne udgiftstal for

byerne. Det må imidlertid erindres, at beregningerne vedrørende udgifterne i købstæderne forudsætter distrikter med 4—5.000 indbyggere. For de mindre købstæders vedkommende vil det imidlertid ikke være muligt at etablere distrikter af denne størrelse, og udgifterne i købstæderne vil derfor i mange tilfælde komme til at ligge væsentligt højere end de anførte beløb. Under hensyn til at det således kun i et mindre antal tilfælde vil være muligt at tilrettelægge hjemmesygeplejen således, at kommunens udgift bliver væsentligt lavere end 2,50 kr. pr. indbygger, har udvalget ikke ment at burde stille forslag om forskellige refusionstakster for by og land. Det omhandlede beløb på 2,50 kr. pr. indbygger svarer som nævnt til gennemsnitsudgiften i landdistrikter af den optimale størrelse. Imidlertid må det erkendes, at de enkelte sognekommuners udgifter i nogen grad vil afvige fra dette beløb som følge af forskelligheder i befolkningstætheden. Udvalget har i denne forbindelse overvejet, om der måtte være anledning til at gennemføre en særlig refusionsordning for tyndt befolkede områder, således at man for disse kommuners vedkommende tillod et større beløb end 2,50 kr. pr. indbygger anmeldt til refusion. Til brug for disse overvejelser har man foretaget sammenligning mellem forholdene i et tyndt befolket område (Ringkøbing amt) og i et tæt befolket område (Holbæk amt). De foretagne undersøgelser bestyrker den opfattelse, at der, selv om hjemmesygeplejen tilrettelægges efter rationelle principper, trods alt vil være visse forskelle i udgifterne pr. indbygger i de to områder. Disse forskelle vil dog efter udvalgets opfattelse ikke være af en sådan størrelse, at de kan begrunde, at man i almindelighed gennemfører en særlig tilskudsordning for tyndt befolkede områder, men det vil efter udvalgets opfattelse være tilstrækkeligt, at der skabes mulighed for ydelse af et særligt tilskud i de undtagelsestilfælde, hvor ganske særlige forhold måtte gøre sig gældende. Man henviser herom til det i et senere afsnit anførte.

Udvalget har herefter ment at burde foreslå, at det anmeldelsesberettigede beløb i alle tilfælde fastsættes til 2,50 kr. pr. indbygger. Da der må forudses i fremtiden at ville indtræde svingninger i udgifterne til hjemmesygeplejen i overensstemmelse med den almindelige prisudvikling, har udvalget endvidere foreslået, at der i det foreliggende lovforslag optages en bestemmelse om, at indenrigsministeren efter forhandling med rigsdagens finansudvalg kan regulere størrelsen af det anmeldelsesberettigede beløb.

Lovforslagets § 5.

Med hensyn til refusionsordningens nærmere gennemførelse bemærkes, at udvalget, under hensyn til at de hidtil gældende refusionsbestemmelser i princippet er foreslået opretholdt, har fundet det mest praktisk, at kommunernes udgifter vedrørende hjemmesygepleje som hidtil opføres til refusion i forbindelse med de sociale regnskaber, selv om kommunernes økonomiske forpligtelser med hensyn til hjemmesygepleje i fremtiden ikke er begrænset til trangspatienter.

Lovforslagets § 6.

c. Statstilskud.

1. Biltilskud.

Som foran anført har udvalget ved udformningen af sit forslag vedrørende den fremtidige ordning af hjemmesygeplejen i første række haft for øje at sikre gennemførelsen af en ordning, hvorefter hele landet inddeles i hjemmesyge-

plejedistrikter af en sådan størrelse, at hjemmesygeplejerskens arbejdskraft udnyttes bedst muligt. Efter de foretagne undersøgelser mener udvalget at kunne fastslå, at en hjemmesygeplejerske på landet vil kunne overkomme et distrikt med 2.500—3.000 indbyggere. Dette vil dog i det langt overvejende antal tilfælde forudsætte, at hjemmesygeplejersken udstyres med motorkøretøj.

Udvalget har i denne forbindelse ladet foretage en undersøgelse af, i hvilket omfang hjemmesygeplejevirksomhederne i dag har ladet anskaffe bil til sygeplejerskerne. Undersøgelsen viser, at der i de seneste år er anskaffet et ikke ubetydeligt antal biler til hjemmesygeplejerskerne. Efter de senest foreliggende oplysninger findes der således i dag ca. 330 automobiler. Som det nærmere vil blive påvist i et senere afsnit, vil der under en ordning, hvorefter man i videst muligt omfang har gennemført en rationel distriktsinddeling, efter en af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder foretagen undersøgelse blive anvendelse for ca. 700 biler, således at det vil være nødvendigt mere end at fordoble den vognpark, som i dag er til hjemmesygeplejerskernes disposition.

Da spørgsmålet om hjemmesygeplejens rationalisering efter udvalgets opfattelse står i nøje forbindelse med spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes motorisering, har udvalget for at lette gennemførelsen af den omhandlede rationalisering ment det nødvendigt at foreslå etableret en særlig tilskudsordning vedrørende udgifterne til hjemmesygeplejerskernes befordring med motorkøretøj, således at kommunerne herigennem får et yderligere incitament til at foretage de nødvendige sammenlægninger. Af denne grund er befordringsudgifterne, som omtalt i det foregående afsnit, foreslået holdt udenfor den almindelige refusionsordning.

Udvalget har derfor, uanset at hjemmesygeplejen hidtil har været betragtet som et rent kommunalt anliggende og financieret af kommunale midler, ment at burde stille forslag om, at der for at lette gennemførelsen af den ønskede rationalisering af hjemmesygeplejen af staten ydes et særligt tilskud til det heromhandlede formål. Til yderligere støtte for udvalgets forslag om at staten i fremtiden skal yde tilskud til hjemmesygeplejen, kan anføres, at staten på beslægtede områder (sundhedsplejersker, jordemødre) gennem statstilskud bidrager til nedbringelse af kommunernes udgifter.

Med hensyn til størrelsen af udgifterne til sygeplejerskernes befordring bemærkes, at disse udgifter på grundlag af den af finansministeriet fastsatte kørselsgodtgørelse som foran nævnt kan anslås til ca. 4.000 kr. årlig i de tilfælde, hvor der stilles automobil til rådighed for sygeplejersken, og til ca. 1.800 kr. årlig, når hjemmesygeplejersken betjener sig af motorcykel. I de nævnte beløb er inkluderet udgifter til forrentning og afskrivning.

I overensstemmelse med det anførte har udvalget i lovforslagets § 6 stillet forslag om, at der i tilfælde, hvor det for at opnå en effektiv hjemmesygeplejeordning vil være nødvendigt, at der stilles motorkøretøjer til rådighed for hjemmesygeplejersken, vil kunne ydes kommunerne et tilskud til dækning af udgifterne i forbindelse med sygeplejerskernes befordring. Det omhandlede beløb foreslås ydet med indtil 3.000 kr. årlig pr. beskæftiget sygeplejerske efter nærmere af indenrigsministeren efter forhandling med rigsdagens finansudvalg fastsatte regler.

Med hensyn til de nærmere retningslinier for ydelse af et sådant statstilskud bemærkes, at det som altovervejende hovedregel kun vil kunne ydes til landkommuner, men det kan dog ikke udelukkes, at der i ganske særlige tilfælde vil

kunne ydes tilskud også til købstæderne. Dette vil navnlig kunne tænkes i tilfælde, hvor købstaden har etableret samarbejde med et tilstødende landdistrikt. For landkommunernes vedkommende bør tilskudet i overensstemmelse med de synspunkter, der ligger til grund for den foreslåede ordning, normalt kun ydes i de tilfælde, hvor distrikterne har et indbyggerantal på mindst 2.500 indbyggere. Endvidere bør det være et vilkår, at distriktet har en sådan geografisk udstrækning, og at et så stort antal af indbyggerne har bopæl udenfor den egentlige bymæssige bebyggelse, at det må anses for påkrævet, at sygeplejersken udstyres med automobil. Det opstillede almindelige krav med hensyn til indbyggerantallets størrelse kan dog kun være vejledende, idet man må regne med, at der i praksis vil forekomme en del tilfælde, hvor det ikke vil være muligt at afpasse sammenlægningerne således, at distrikterne får netop den optimale størrelse, ligesom det i tyndt befolkede områder kun vil være muligt for hjemmesygeplejersken at overkomme et distrikt med et noget mindre antal indbyggere. Det må derfor påregnes, at der i praksis bliver tale om befordringstilskud til en del virksomheder med et indbyggerantal på mellem 2.000—2.500 indbyggere.

Tilskudet er som nævnt foreslået ydet med et beløb på indtil 3.000 kr. årlig pr. beskæftiget sygeplejerske, således at der også i visse tilfælde vil kunne blive tale om et mindre tilskud. Det fulde tilskud på 3.000 kr. er under forudsætning af, at de foran omhandlede almindelige betingelser er opfyldt, tænkt ydet i tilfælde, hvor der er anskaffet automobil til hjemmesygeplejersken. Imidlertid har det i praksis vist sig, at hjemmesygeplejerskerne i visse tilfælde har kunnet klare sig med motorcykler, og selv om der indenfor udvalget er enighed om, at det af hensyn til sygeplejerskernes helbred bør tilstræbes, at disse så vidt muligt udstyres med bil, har man dog ment, at der også bør ydes statstilskud til befordring i de tilfælde, hvor kommunerne alene har ønsket at udstyre hjemmesygeplejerskerne med motorcykel. Det er udvalgets opfattelse, at statstilskudet under hensyn til størrelsen af de årlige driftsudgifter i sådanne tilfælde passende vil kunne fastsættes til 1.350 kr. årlig.

I det foregående er det forudsat, at der er anskaffet et motorkøretøj specielt til brug for hjemmesygeplejersken. I tilfælde hvor det ikke vil være påkrævet, at der til stadighed er motorkøretøj til hjemmesygeplejerskens disposition, vil der dog kunne forekomme situationer, hvor det vil være nødvendigt og hensigtsmæssigt, at hjemmesygeplejersken lejlighedsvis befordres med bil, f. eks. i tilfælde hvor hovedparten af indbyggerne bor i en sammenhængende bymæssig bebyggelse, og hvor der kun lejlighedsvis bliver tale om at aflægge sygebesøg i det omliggende landdistrikt. I sådanne tilfælde vil man finde det rimeligt, at udgifterne til sygeplejerskens befordring med lejet motorkøretøj i et vist omfang refunderes kommunen.

Lovforslagets § 7.

2. Ekstraordinært driftstilskud.

De af udvalget foreslåede refusions- og tilskudsbestemmelser er søgt udformet således, at der herigennem skabes et incitament for kommunerne til at gennemføre en rationel distriktsinddeling i overensstemmelse med de af udvalget fastsatte normer.

Imidlertid må det erkendes, at det i en række tilfælde ikke vil være muligt

eller hensigtsmæssigt at tilvejebringe hjemmesygeplejedistrikter af den omhandlede optimale størrelse. Dette gælder således i første række de mange småøer, men også på fastlandet vil tilsvarende forhold kunne gøre sig gældende navnlig i tyndt befolkede eller isolerede områder (halvøer), idet distrikterne i sådanne tilfælde vil få en altfor stor udstrækning, hvis man fastholder kravet om et indbyggerantal på 2.500. I sådanne tilfælde vil kommunernes gennemsnitlige udgift pr. indbygger til hjemmesygepleje derfor overstige det beløb, som kommunerne i henhold til udvalgets forslag vil kunne anmelde til refusion. Der vil således blive tale om en ret følelig økonomisk belastning for disse kommuner, og da vanskelighederne ikke kan lægges kommunerne til last, har udvalget taget spørgsmålet om at afhjælpe de økonomiske vanskeligheder for disse kommuner op til nærmere overvejelse. Man har herefter ment at burde stille forslag om, at der i sådanne tilfælde skabes mulighed for ydelse af et særligt statstilskud til nedbringelse af kommunernes udgifter. Man kan i denne forbindelse henvise til, at staten allerede i et vist omfang yder tilskud til hjemmesygeplejen i vanskeligt stillede kommuner.

Udvalget har i overensstemmelse hermed foreslået, at der i lovforslaget optages en bestemmelse om, at der til sognekommuner, hvor udgiften til hjemmesygepleje af særlige grunde, såsom kommunernes isolerede beliggenhed eller store geografiske udstrækning i forbindelse med spredt bebyggelse eller lignende forhold, væsentlig overstiger kommunernes refusionsberettigede udgifter, efter nærmere af indenrigsministeren efter forhandling med rigsdagens finansudvalg fastsatte bestemmelser vil kunne ydes et særligt statstilskud.

Tilskudet bør efter udvalgets opfattelse kun ydes i tilfælde, hvor der må anses at være et egentligt behov for ansættelse af en fastboende hjemmesygeplejerske. Dette vil næppe være tilfældet på de helt små øer, hvis der her findes en fastboende læge, idet man må regne med, at lægen i disse tilfælde vil kunne overkomme sygdomsbehandlingen uden bistand af en hjemmesygeplejerske.

Ved udformningen af de nærmere regler for ydelse af det omhandlede tilskud bør der endvidere tages hensyn til den forskel, der gør sig gældende mellem de små øer og de områder på fastlandet, som kan tænkes omfattet af tilskudsordningen. For sidstnævnte områders vedkommende vil forholdet være det, at hjemmesygeplejersken, uanset at distriktet ikke har det optimale indbyggerantal, sædvanligvis vil være fuldt beskæftiget, idet hun på grund af distriktets udformning kun vil kunne overkomme et mindre antal indbyggere. For øernes vedkommende vil forholdet derimod som oftest være det, at der på grund af det ringe indbyggerantal i forbindelse med områdets ringe udstrækning ikke vil være fuld beskæftigelse for en hjemmesygeplejerske. I sådanne tilfælde synes det naturligt tillige at søge hjemmesygeplejerskens arbejdskraft udnyttet til andre formål, f. eks. således at hjemmesygeplejersken tillige virker som sundhedsplejerske, skolesundhedsplejerske og eventuelt tillige som jordemoder, forudsat at hun har den hertil nødvendige uddannelse. Man kan i denne forbindelse henvise til, at en sådan ordning allerede er etableret et enkelt sted, og udvalget må anse det for meget ønskeligt, at en lignende ordning i videst muligt omfang søges gennemført på de mindre øer, således at man ved behandlingen af andragender om statstilskud har opmærksomheden henvendt på, om mulighederne for at nedbringe udgifterne ved gennemførelsen af en sådan kombination er søgt udnyttet. Muligvis vil man også i sådanne tilfælde kunne klare sig med ansættelse af en deltidsbeskæftiget sygeplejerske. En sådan ordning vil for eksempel kunne etableres,

hvor der på øen findes en gift sygeplejerske, som måtte ønske nogle timers beskæftigelse daglig ved sygeplejen.

Efter de af udvalget foretagne undersøgelser skulle der herefter kun blive tale om særligt statstilskud til hjemmesygeplejen på mindre øer i forholdsvis få tilfælde, således at der i forhold til den nuværende ordning kun vil blive tale om en mindre forhøjelse af det antal øer, som oppebærer særligt statstilskud. Derimod må det påregnes, at det vil være nødvendigt at yde statstilskud til et væsentligt større antal kommuner på fastlandet, som på grund af de geografiske forhold har særlig store udgifter pr. indbygger til hjemmesygepleje. Det er ikke muligt i dag nøjagtigt at fastslå, hvor mange kommuner af denne art, der vil blive tale om at yde tilskud til, idet der formentlig vil hengå nogen tid, inden hjemmesygeplejen vil være tilrettelagt efter de nye retningslinier, og først til dette tidspunkt vil man have fuld klarhed over, i hvilket omfang der vil være behov for statstilskud. På grundlag af de af udvalget foretagne undersøgelser mener man dog at kunne skønne, at der næppe vil blive tale om at yde statstilskud til mere end 30—40 virksomheder.

Med hensyn til størrelsen af det foreslåede ekstraordinære statstilskud bemærkes, at tilskudet efter udvalgets opfattelse bør fastsættes under hensyn til indbyggerantallet i det enkelte distrikt, og man vil på grundlag af de foretagne undersøgelser og beregninger mene, at maksimum for statstilskudet bør fastsættes til 2.000 kr. årlig. Udvalget er herved gået ud fra, at der bortset fra de mindre øer normalt ikke vil blive tale om distrikter med lavere indbyggerantal end 1.300—1.500, og det maksimale tilskud bør kunne ydes i tilfælde, hvor indbyggerantallet ligger omkring denne grænse, medens der for distrikter med et større indbyggerantal bør ske en forholdsmæssig nedsættelse af tilskudet. Det bemærkes i denne forbindelse, at udvalget er af den opfattelse, at der i almindelighed ikke vil være tilstrækkelig anledning til at yde særligt statstilskud i tilfælde, hvor indbyggerantallet ligger over 2.000.

d. Refusion i tilfælde, hvor hjemmesygeplejen kombineres med sundhedsplejen.

De i det foregående beskrevne refusionsregler og tilskudsbestemmelser har til forudsætning, at der er tale om en hjemmesygeplejeordning, hvor sygeplejersken alene beskæftiges med sygepleje. Imidlertid har udvalget som tidligere nævnt anset det for ønskeligt, at der allerede nu skabes mulighed for, at de kommuner, som måtte ønske det, og hvor de praktiske forudsætninger måtte være til stede, kan etablere en ordning, hvorefter en specialuddannet sygeplejerske varetager såvel hjemmesygepleje som sundhedspleje. Der opstår i denne forbindelse spørgsmål om, efter hvilke bestemmelser udgifterne ved en sådan kombineret ordning bør refunderes, idet udgifterne til skolesundhedspleje og spædbørnssundhedspleje refunderes efter andre bestemmelser end udgifterne til hjemmesygepleje. Kommunernes udgifter til skolesundhedsplejersker refunderes i henhold til bestemmelserne i skolelægelovens § 11, stk. 2, principielt med halvdelen af statskassen. Statstilskudet til skolesundhedsplejen kan dog ikke beregnes i forhold til højere beløb, end hvad der svarer til 2 kr. pr. elev + det til enhver tid gældende honorartillæg. Der kan således for tiden højst ydes refusion i forhold til et beløb på 3,50 kr. årligt pr. barn, hvilket beløb svarer til den i sygeplejerådets lønregulativ fastsatte aflønning af deltidsbeskæftigede skolesundhedsplejersker.

Udgifterne til spædbørnssundhedsplejersker refunderes i henhold til lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår med halvdelen af statskassen.

Under hensyn til at der således gælder vidt forskellige refusionsregler mellem på den ene side udgifterne til hjemmesygepleje og på den anden side udgifterne til spædbørnssundhedspleje og skolesundhedspleje, kunne man rejse det spørgsmål, om det ikke ville være nødvendigt at søge etableret en særlig refusionsordning vedrørende udgifterne ved en kombineret ordning. Imidlertid er udvalget af den opfattelse, at det næppe på indeværende tidspunkt vil være nødvendigt at gennemføre en særlig refusionsordning, idet det vil være muligt at foretage en opdeling af de samlede udgifter på de forskellige funktioner, således at der ydes refusion efter de foran beskrevne almindelige regler.

Såfremt kombinationen omfatter alle 3 områder, vil der ikke være nogen vanskelighed ved at opgøre den del af de samlede udgifter, som vedrører skolesundhedsplejen, idet man efter det foran anførte må være berettiget til at ansætte denne del til et beløb svarende til 3,50 kr. pr. elev. Med hensyn til den øvrige del af udgifterne, der vedrører hjemmesygeplejen og spædbørnssundhedsplejen, vil det derimod være nødvendigt at foretage en fordeling af udgifterne på de 2 områder i forhold til den tid, der er medgået til hver enkelt af dem. De således udfundne beløb må derefter refunderes i henhold til de almindelige bestemmelser for henholdsvis hjemmesygepleje og sundhedspleje.

Mod den således beskrevne refusionsordning kan der rettes den indvending, at ordningen vil være ret besværlig at arbejde med i praksis. Det må erkendes, at der ville være betydelige administrative fordele forbundet med et fælles refusionssystem for alle de med ordningen forbundne udgifter, men som tidligere nævnt må det påregnes, at der vil hengå en årrække, inden de praktiske forudsætninger for mere i almindelighed at gennemføre en kombineret ordning vil være til stede, og udvalget er herefter af den opfattelse, at det foran beskrevne system vil være anvendeligt som en overgangsordning. Såfremt udviklingen går i retning af, at kommunerne i videre omfang gennemfører en kombineret ordning, vil det være naturligt, at spørgsmålet om gennemførelse af en fælles refusionsordning tages op til fornyet overvejelse.

E. Pensionsforholdene.

a. *Indledning.*

Som anført foran må den pensionsordning, der i dag gælder for størsteparten af de ved hjemmesygeplejen beskæftigede sygeplejersker, anses for meget utilfredsstillende sammenlignet med pensionsordningen for de sygehusansatte sygeplejersker, der som regel oppebærer pension efter regler, der svarer til de for statens tjenestemænd gældende bestemmelser.

I udvalgets kommissorium er det ikke udtrykkeligt pålagt udvalget at tage spørgsmålet om hjemmesygeplejerskernes pensionering op til overvejelse, men i forbindelse med den nærmere undersøgelse af hjemmesygeplejens forhold er det imidlertid blevet udvalget klart, at en forbedring af hjemmesygeplejerskernes pensionsforhold må anses for et nødvendigt led i en eventuel nyordning af hjemmesygeplejens forhold. En opretholdelse af den nuværende pensionsordning måtte efter udvalgets opfattelse befrygtes at ville medføre, at det ikke på længere sigt vil være muligt at sikre hjemmesygeplejen den nødvendige tilgang af kvalificerede sygeplejersker, sålænge disse vil kunne opnå væsentlig bedre pensionsvilkår ved ansættelse på sygehusene. Udvalget må endvidere finde det rimeligt, at der under hensyn til hjemmesygeplejens betydning indenfor sundhedsvæsenet sikres hjemmesygeplejerskerne en pensionsordning på linie med den, der gælder for andre offentlig ansatte sygeplejersker. Man kan i denne forbindelse henvise til, at der principielt stilles samme krav med hensyn til uddannelsen for hjemmesygeplejersker som for de sygehusansatte sygeplejersker. Som følge heraf er der nu gennemført en delvis ligestilling i lønmæssig henseende for de 2 grupper, således at forskellen med hensyn til den økonomiske stilling herefter i det væsentlige refererer sig til pensionerne.

Udvalget har fra Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark og Dansk Sygeplejeråd modtaget den som bilag nr. 3 aftrykte redegørelse vedrørende hjemmesygeplejerskernes nuværende pensionsforhold sammenholdt med pensionsforholdene for de sygehusansatte sygeplejersker. I redegørelsen foreslår de 2 organisationer, at der i forbindelse med den påtænkte nyordning af hjemmesygeplejen tilvejebringes lovhjemmel for, at hjemmesygeplejerskerne sikres samme alders- og svagelighedspension som sygeplejersker på statens hospitaler.

Spørgmålet om hjemmesygeplejerskernes fremtidige pensionsforhold har i udvalget været genstand for overvejelse i en række møder, og udvalget har som resultat af disse overvejelser principielt ment at kunne tiltræde de af de nævnte organisationer fremsatte synspunkter. Udvalget har i overensstemmelse hermed udarbejdet et forslag til en nyordning af hjemmesygeplejerskernes pensionsforhold gående ud på, at hjemmesygeplejerskerne i fremtiden kommer til at oppebære samme pension som de sygehusansatte sygeplejersker. Udvalget har dog — som det nærmere vil fremgå af det nedenfor anførte — ikke ment at burde

fremsætte forslag om at gennemføre en sådan ordning fuldt ud for de sygeplejersker, som er i funktion i dag, idet en sådan ordning vil nødvendiggøre en meget betydelig kapitalinvestering.

Dansk Sygeplejeråd og centralforeningens repræsentanter i udvalget har, som det fremgår af den som bilag nr. 4 aftrykte redegørelse, meget beklaget, at der ikke sikres de nu ansatte sygeplejersker og pensionister fuld pension på linie med de sygeplejersker, som ansættes efter nyordningen.

b. *Udvalgets forslag.*

Som tidligere omtalt er hovedparten af hjemmesygeplejerskerne i dag pensioneret gennem pensionskassen for hjemmesygeplejersker under centralforeningen. Der er ligeledes tidligere redegjort for pensionskassens vedtægter og for størrelsen af de pensioner, der i dag ydes. Som nævnt er pensionerne betydeligt ringere end de pensioner, der ydes de sygehusansatte sygeplejersker. Man kan i denne forbindelse yderligere henvise til forannævnte af centralforeningen og sygeplejerådet udarbejdede redegørelse, der er aftrykt som bilag nr. 3.

For en vis gruppe hjemmesygeplejersker er der dog gennemført en pensionsordning efter samme retningslinier som for sygehusansatte sygeplejersker. Dette gælder således hjemmesygeplejerskerne i København og på Frederiksberg. For Københavns vedkommende er hjemmesygeplejerskerne ansat som egentlige kommunale tjenestemænd, medens hjemmesygeplejerskerne på Frederiksberg, der er ansat af menighedsplejen, er tilsikret pension i overensstemmelse med de for kommunens tjenestemænd gældende bestemmelser.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvorledes en forbedring af pensionsforholdene for de øvrige hjemmesygeplejersker vil kunne tilvejebringes, er det udvalgets opfattelse, at det ikke i almindelighed vil være muligt at opnå en forbedring af pensionsforholdene ved at etablere en ordning som den, der er gældende i København og på Frederiksberg, idet de praktiske forudsætninger for gennemførelsen af en sådan ordning i hvert fald næppe vil være til stede for sognekommunernes vedkommende. Udvalget er derfor af den opfattelse, at man ved en forbedring af hjemmesygeplejerskernes pensionsforhold bør bygge på det bestående grundlag, således at man bevarer den nuværende ordning, hvorefter hjemmesygeplejerskerne som hovedregel pensioneres gennem en særlig pensionskasse, der yder en på forsikringsmæssig basis beregnet pension. En sådan ordning vil imidlertid ikke muliggøre ydelse af reguleringstillæg, idet det ikke er muligt på forsikringsmæssig basis at beregne størrelsen af de beløb, som det vil være nødvendigt at henlægge til dette formål. Det vil derfor være nødvendigt at optage spørgsmålet om ydelse af reguleringstillæg til pensionerne til særlig overvejelse.

I overensstemmelse hermed vil der først blive redegjort for udvalgets forslag med hensyn til en nyordning af pensionskassens forhold, således at der skabes mulighed for ydelse af grundpensioner i overensstemmelse med tjenestemandslovens bestemmelser, hvorefter der vil blive gjort nærmere rede for spørgsmålet om ydelse af reguleringstillæg til pensionerne.

1. *Grundpension.*

Pensionsbidraget til pensionskassen for hjemmesygeplejersker udgør for tiden ialt 12 % af den pensionsgivende løn, hvoraf sygeplejersken betaler 5 % og

virksomheden 7 %. Højeste pension, der opnås ved en pensionsalder på mindst 30 år, andrager 18/40 af pensionsindtægten, opgjort på den i pensionsvedtægtens § 4 anførte måde, jfr. foran side 31.

Til sammenligning kan det anføres, at sygehusansatte sygeplejersker, der ligeledes betaler et pensionsbidrag på 5 % af den pensionsgivende løn, i almindelighed oppebærer pension efter de for statens tjenestemænd gældende pensionsbestemmelser, hvorefter højeste grundpension udgør 42/60 af den pensionsgivende løn. Såfremt hjemmesygeplejerskernes pensioner skal forhøjes i overensstemmelse hermed, vil det være nødvendigt at foretage en væsentlig forhøjelse af det samlede pensionsbidrag. Ifølge en af centralforeningens aktuar i 1947 foretagen beregning vil der for nyindtrædende medlemmers vedkommende kunne ydes samme grundpension som indenfor staten, såfremt det samlede pensionsbidrag forhøjes fra de nuværende 12 % til 19 % af den pensionsgivende løn.

Med hensyn til tilvejebringelsen af det således forhøjede pensionsbidrag bemærkes, at udvalget vil finde det mest rimeligt, at sygeplejerskernes bidrag i overensstemmelse med den ordning, der er gennemført for andre statsunderstøttede pensionskasser, forhøjes fra 5 % til 6 % af den pensionsgivende løn. Den resterende præmie bør efter udvalgets opfattelse afholdes af virksomhederne (kommunerne), således at de hermed forbundne udgifter tillades anmeldt til refusion efter de almindelige bestemmelser. Udvalget har i overensstemmelse hermed ved opstillingen af det driftsbudget, der ligger til grund for beregningen af det anmeldelsesberettigede beløb, som tidligere nævnt regnet med, at virksomhedernes udgifter til pensionsbidrag udgør 13 % af den pensionsgivende løn.

For de allerede ansatte sygeplejerskers vedkommende vil en forhøjelse af pensionsbidraget til 19 % i almindelighed ikke være tilstrækkeligt til at sikre disse samme grundpension som efter statens regler, men der må herudover foretages en betydelig forøgelse af pensionskassens præmiereserve. Ifølge en af centralforeningens aktuar foretagen beregning, der bygger på forholdene ved udgangen af året 1947, kan dette beløb opgøres til ca. 6,7 mill. kr.

Udvalget må i overensstemmelse med de foran beskrevne almindelige synspunkter vedrørende fastsættelsen af hjemmesygeplejerskernes pensionsmæssige stilling principielt finde det ønskeligt, at der sikres også disse sygeplejersker samme grundpension som efter statens regler. Spørgsmålet er imidlertid, om de nødvendige midler til gennemførelsen af en sådan ordning vil kunne tilvejebringes.

Efter udvalgets opfattelse vil det ikke være muligt at pålægge kommunerne at tilvejebringe det omhandlede beløb. Udvalget har herefter overvejet mulighederne for at søge beløbet tilvejebragt ved tilskud fra den fælleskommunale udligningsfond eller statskassen. Udvalget har i denne forbindelse haft opmærksomheden henvendt på den nyordning, som i 1948 blev gennemført for pensionskassen for børnesagens arbejdere. For at sikre de allerede ansatte grundpension efter statens regler ville det for denne pensionskasses vedkommende være nødvendigt at foretage en henlæggelse på ca. 4 mill. kr., hvilket beløb blev tilvejebragt ved tilskud fra den fælleskommunale udligningsfond og staten med halvdelen til hver. Resultatet af udvalgets overvejelser er imidlertid blevet, at man under de nuværende økonomiske forhold ikke har ment at burde stille forslag om at gennemføre en tilsvarende ordning for så vidt angår pensionskassen for hjemmesygeplejersker. Man har i denne forbindelse haft for øje, at der i det foreliggende tilfælde er tale om et beløb, der ligger væsentlig over det tilskud, der krævedes for at dække underskudet i børnesagens pensionskasse. Endvidere er der for ud-

valget opstået tvivl om, hvorvidt det vil være berettiget fuldt ud at drage en parallel fra den omhandlede ordning vedrørende børnesagens pensionskasse, idet denne vedrører et område, der også tidligere har været betragtet som et statsligt anliggende og som sådant gennem længere tid har oppebåret statstilskud. Hjemmesygeplejen har derimod hidtil hovedsagelig været betragtet som et kommunalt anliggende, hvortil staten kun har ydet uvæsentlige tilskud til løsning af særlige opgaver. Den omstændighed, at der efter udvalgets forslag i fremtiden vil blive tale om et egentlig statstilskud til hjemmesygeplejen, vil næppe i sig selv kunne begrunde, at der paralleliseres fra den ordning, der er truffet med hensyn til børnesagens pensionskasse eller de på linie hermed gennemførte nyordninger af forskellige andre statsunderstøttede pensionskassers forhold.

Under henyn til det således anførte har udvalget ikke ment at burde fremsætte forslag om, at der sikres de nu ansatte sygeplejersker samme grundpension som nyindtrædende medlemmer. Udvalget har i denne forbindelse også haft for øje, at et sådant forslag eventuelt vil kunne vanskeliggøre gennemførelsen af de af udvalget iøvrigt foreslåede tilskudsordninger, der skal sikre en rationalisering af hjemmesygeplejen i fremtiden.

For de allerede ansatte hjemmesygeplejerskers vedkommende vil der efter udvalgets forslag herefter ikke kunne blive tale om en større forhøjelse af grundpensionen end den, der vil kunne opnås ved at forhøje det samlede pensionsbidrag fra 12 % til 19 % i sygeplejerskernes resterende funktionsperiode.

Som en konsekvens af udvalgets forslag, hvorefter grundpensionerne kun forhøjes i forhold til den forøgede præmiebetaling, vil der ikke kunne blive tale om at foretage en forhøjelse af grundpensionerne for de allerede pensionerede hjemmesygeplejerskers vedkommende.

Udvalgets forslag med hensyn til sikring af hjemmesygeplejerskernes grundpension forudsætter som nævnt, at man fortsat i princippet bygger på den bestående pensionskasse for hjemmesygeplejersker. Man må dog påregne, at der også i fremtiden vil være et antal sygeplejersker, der på anden måde er sikret grundpension i overensstemmelse med tjenestemandslovens regler. Dette vil således være tilfældet i de kommuner, hvor hjemmesygeplejerskerne er ansat som egentlige kommunale tjenestemænd. Udvalget har som følge heraf ikke ment at burde fremsætte forslag om, at hjemmesygeplejerskernes pension i alle tilfælde sikres ved medlemsskab af den særlige pensionskasse for hjemmesygeplejersker. Af hensyn til de fordele af økonomisk og administrativ art, som vil være forbundet med, at de hjemmesygeplejersker, der ikke er kommunale tjenestemænd, i almindelighed pensioneres i en fælles pensionskasse, har udvalget imidlertid ment at burde foreslå, at pensionskassens vedtægter ændres således, at kassen kommer til at stå åben for alle hjemmesygeplejersker, uanset om den virksomhed, vedkommende er ansat ved, er medlem af centralforeningen eller ej. Endvidere vil det være en forudsætning for gennemførelsen af udvalgets forslag, at kassens vedtægter ændres således, at dens regler bliver bragt i overensstemmelse med de i tjenestemandsloven indeholdte pensionsbestemmelser. Dette vil i første række nødvendiggøre en ændring af reglerne om pensionsbrøkens størrelse samt af reglerne angående pensionsindtægtens beregning. Men også andre af de i vedtægten indeholdte bestemmelser må underkastes en revision, ligesom der må foretages en nærmere aktuarmæssig undersøgelse af kassens forhold. Udvalget har dog ikke ment at burde foretage en nærmere detailleret gennemgang af

de enkelte spørgsmål, som måtte opstå i forbindelse med en revision af pensionskassens forhold efter de angivne retningslinier, idet man har fundet, at dette mere tekniske spørgsmål falder udenfor den opgave, som er pålagt udvalget i henhold til kommissoriet.

Lovforslagets § 8.

2. *Reguleringstillæg.*

Som tidligere nævnt er det kun de sygeplejersker, der er ansat som egentlige kommunale tjenestemænd, der er sikret reguleringstillæg til pensionerne efter de for statens tjenestemænd gældende bestemmelser. For de hjemmesygeplejersker, der pensioneres gennem pensionskassen for hjemmesygeplejersker, er der derimod ikke gennemført nogen egentlig reguleringstillægsordning, men der ydes for tiden på frivillig basis et særligt dyrtidstillæg på 350 kr. årligt.

I overensstemmelse med udvalgets principielle udgangspunkt, at hjemmesygeplejerskerne i pensionsmæssig henseende bør ligestilles med de sygehusansatte sygeplejersker, bør der efter udvalgets opfattelse søges gennemført en ordning, der sikrer hjemmesygeplejerskerne reguleringstillæg til pensionerne efter de for statens tjenestemænd gældende bestemmelser. Da det ikke vil være muligt at løse spørgsmålet om ydelse af reguleringstillæg ved en forsikringsmæssig ordning på samme måde som med hensyn til grundpensionerne, vil det være nødvendigt at afholde de beløb, der udkræves til udbetaling af reguleringstillæg over driften i de enkelte år. Spørgsmålet er imidlertid, hvorledes de nødvendige meget betydelige beløb vil kunne tilvejebringes.

En ordning, hvorefter den enkelte virksomhed (kommune) selv afholder udgiften til reguleringstillæg til de sygeplejersker, som har været ansat ved virksomheden, vil efter udvalgets opfattelse ikke være gennemførlig. En sådan ordning vil medføre betydelige forskelligheder i de enkelte kommuners udgifter og vil kunne indebære, at der bliver pålagt den enkelte kommune en økonomisk forpligtelse af meget betydelig omfang. Endvidere vil det næppe være muligt at tilpasse det almindelige refusionssystem efter en sådan ordning, idet dette system netop forudsætter, at kommunernes udgifter er af nogenlunde samme størrelse.

Udvalget har derimod været inde på tanken om at søge etableret en ordning, hvorefter der foretages en samlet opgørelse af det beløb, som vil være nødvendigt til udbetaling af reguleringstillæg i det enkelte år, hvilket beløb derefter reparteres på de enkelte kommuner for eksempel i forhold til antallet af beskæftigede sygeplejersker. Det beløb, den enkelte kommune herefter vil komme til at afholde, kunne derefter tænkes medtaget ved opgørelsen af de anmeldelsesberettigede udgifter.

Da den foreslåede refusionsordning kun giver kommunerne dækning for en del af udgifterne, vil der imidlertid blive tale om en ikke ubetydelig merudgift for kommunerne, og udvalget har herefter under hensyn til den betydelige stigning, der i de seneste år har fundet sted i kommunernes udgifter til hjemmesygepleje, ikke ment, at det vil være muligt at gennemføre en sådan ordning.

Efter udvalgets opfattelse vil det herefter alene være muligt at sikre hjemmesygeplejerskerne reguleringstillæg til pensionerne, såfremt staten overtager de hermed forbundne udgifter. Udvalget har derfor i overensstemmelse hermed i lovforslagets § 8 foreslået optaget en bestemmelse om, at der efter nærmere af indenrigsministeren efter forhandling med rigsdagens finansudvalg fastsatte reg-

ler af statskassen vil kunne ydes tilskud til dækning af udgifterne til reguleringstillæg til hjemmesygeplejerskernes pensioner efter de for statens pensionister gældende bestemmelser.

Efter udvalgets opfattelse bør der ydes reguleringstillæg ikke alene til de medlemmer af pensionskassen, der pensioneres efter nyordningens ikrafttræden, men også til de tidligere pensionerede.

De i det foregående gjorte bemærkninger tager sigte på de hjemmesygeplejersker, der er pensioneret gennem centralforeningens pensionskasse for hjemmesygeplejersker. Imidlertid må det erindres, at der som nævnt allerede i dag visse steder er sikret hjemmesygeplejerskerne pensionsret efter statens regler, således at der ydes reguleringstillæg til pensionerne. Disse sygeplejerskers pensionsforhold er således ordnet på tilfredsstillende måde, men da de kommuner, hvor en sådan ordning er gennemført, ikke bør stilles ringere end landets øvrige kommuner, har udvalget fundet det rimeligt, at udgifterne til afholdelse af reguleringstillæg i disse tilfælde refunderes kommunerne af statskassen.

Med hensyn til spørgsmålet om den praktiske gennemførelse af udvalgets forslag vedrørende ydelse af reguleringstillæg bemærkes, at man vil finde det mest rationelt, at udbetalingen af reguleringstillægene til de enkelte sygeplejersker foregår gennem pensionskassen for hjemmesygeplejersker samtidig med udbetalingen af grundpensionerne, idet en sådan ordning vil spare staten for et betydeligt administrationsbesvær.

Den af udvalget foreslåede nyordning af pensionsforholdene må have til forudsætning, at der sikres staten indseende med pensionskassens administration, ligesom en af staten beskikket revisor bør deltage i revisionen af kassens regnskab.

c. *Virkningerne af udvalgets pensionsforslag.*

Gennemførelsen af udvalgets forslag vedrørende pensionsforholdene vil betyde, at hjemmesygeplejersker, der ansættes efter nyordningen, vil opnå samme pensionsmæssige stilling som de sygehusansatte sygeplejersker, idet de vil være sikret såvel grundpension som reguleringstillæg efter de for statens tjenestemænd gældende regler. For de sygeplejersker, som er i funktion i dag, vil forslaget, selvom det ikke medfører en fuldstændig ligestilling med de sygehusansatte sygeplejersker, dog betyde en væsentlig forbedring af pensionsforholdene, idet grundpensionen vil blive forhøjet i forhold til den stedfundne forhøjelse af pensionsbidraget i den resterende del af funktionsperioden. Endvidere vil der til disse sygeplejersker blive ydet reguleringstillæg på grundlag af den faktiske udbetalte grundpension. Med hensyn til reguleringstillægets størrelse bemærkes, at der efter de gældende regler for reguleringstillæggenes beregning vil tilkomme alle pensionister, hvis grundpension ligger over 1500 kr. årlig, samme reguleringstillæg som det, der vil blive udbetalt til de fremtidig ansatte.

For de aktuelle pensionisters vedkommende vil der som nævnt ikke blive tale om nogen forhøjelse af grundpensionen, men alene om ydelse af reguleringstillæg beregnet på grundlag af den grundpension, de pågældende oppebærer ved nyordningens ikrafttræden.

Til belysning af den forbedring af pensionsforholdene, udvalgets forslag vil medføre, kan det oplyses, at højeste pension for de fremtidig ansatte sygeplejer-

sker vil udgøre følgende beløb med de pr. 1. april 1952 gældende reguleringstillægssatser:

	1. lønklasse	2. lønklasse
Grundpension	3.066 kr.	2.667 kr.
Reguleringstillæg m. v.	3.686 kr.	3.619 kr.
	6.752 kr.	6.286 kr.

For de sygeplejersker, der er i funktion i dag, vil pensionens størrelse som nævnt afhænge af, hvor mange år de pågældende har tilbage at virke i, og det er derfor ikke muligt nøjagtigt at angive pensionens samlede størrelse. Til illustration af den forbedring af pensionsforholdene, der vil blive tale om for de heromhandlede sygeplejersker samt for de allerede pensionerede sygeplejersker, kan der opstilles følgende eksempler, der viser, hvorledes den økonomiske stilling som helhed vil blive for sygeplejersker, hvis grundpension udgør henholdsvis 1.500 kr., 1.200 kr., 800 kr. og 600 kr. årlig, idet man tillige har taget den aldersrente, som de pågældende vil kunne oppebære som tillæg til pensionen i betragtning.

Eksempel 1. Grundpension 1.500 kr.

nuværende ordning		foreslåede ordning	
Grundpension	1.500 kr.	Grundpension	1.500 kr.
Aldersrentetillæg (i landkommunerne)	1.690 kr.	Reguleringstillæg m. v.	3.619 kr.
	3.190 kr.		5.119 kr.

Eksempel 2. Grundpension 1.200 kr.

nuværende ordning		foreslåede ordning	
Grundpension	1.200 kr.	Grundpension	1.200 kr.
Aldersrentetillæg	1.720 kr.	Reguleringstillæg m. v.	2.895 kr.
	2.920 kr.		4.095 kr.

Eksempel 3. Grundpension 800 kr.

nuværende ordning		foreslåede ordning	
Grundpension	800 kr.	Grundpension	800 kr.
Dyrtidstillæg	350 kr.	Reguleringstillæg	1.935 kr.
	1.150 kr.		2.735 kr.
Aldersrentetillæg	1.720 kr.	Aldersrentetillæg	983 kr.
	2.870 kr.		3.718 kr.

Eksempel 4. Grundpension 600 kr.

nuværende ordning		foreslåede ordning	
Grundpension	600 kr.	Grundpension	600 kr.
Dyrtidstillæg	350 kr.	Reguleringstillæg	1.448 kr.
	950 kr.		2.048 kr.
Aldersrentetillæg	1.720 kr.	Aldersrentetillæg	1.306 kr.
	2.670 kr.		3.354 kr.

Af de anførte eksempler fremgår, at der i alle tilfælde vil blive tale om en ikke uvæsentlig forbedring af hjemmesygeplejerskernes stilling i pensionsmæssig henseende efter udvalgets forslag.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvilke udgifter den foreslåede ordning vil medføre for statskassen, bemærkes, at statens udgifter til reguleringstillæg til de pensioner, som udbetales i dag, vil beløbe sig til ialt ca. 400.000 kr. årlig, idet pensionskassen i det sidst afsluttede regnskabsår har udbetalt pensioner til et samlet beløb af 166.000 kr. og reguleringstillægene m. v. udgør pr. 1. april 1952 for så vidt angår pensioner under 1.500 kr. 241,27 % af grundbeløbet. Det må imidlertid i denne forbindelse tages i betragtning, at ydelsen af reguleringstillæg til hjemmesygeplejerskernes pensioner vil have til følge, at der opstår en besparelse i det offentliges udgifter til aldersrente til de pågældende. Denne besparelse kan ikke opgøres nøjagtig, men går man ud fra den nuværende gennemsnitspension på ca. 600 kr. årlig, vil besparelsen formentlig kunne anslås til gennemsnitlig ca. 400 kr. årlig pr. sygeplejerske, svarende til den nedgang der vil opstå i aldersrentetillæget, jfr. nærmere eksempel 4 foran. Den samlede besparelse for det offentlige (stat, udligningsfond og kommuner) vil herefter kunne anslås til ca. 115.000 kr. årlig, idet antallet af pensionister for tiden udgør ca. 290.

Udgifterne til reguleringstillæg vil imidlertid stige, efterhånden som grundpensionerne forhøjes. Med de pr. 1. april 1952 gældende reguleringstillægssatser vil højeste reguleringstillæg som anført side 85 udgøre ca. 3.600 kr. årlig pr. sygeplejerske. Går man endvidere ud fra, at antallet af pensionister i fremtiden holder sig nogenlunde uforandret, vil statens maksimale udgifter til reguleringstillæg således kunne anslås til ca. 1 mill. kr .årlig (290 $\times$ 3.600 kr.). Besparelsen i det offentliges udgifter til alders- og invaliderente vil, når pensionerne har nået deres maksimale størrelse, stige til et beløb, der groft kan anslås til ca. $^1/_2$ mill. kr. årlig, hvilket beløb fremkommer ved at multiplicere antallet af pensionister (290) med det aldersrentetillæg (1.720 kr.), som i dag ydes til gennemsnitspensionen, jfr. eksempel 4 foran. Af den samlede besparelse på $^1/_2$ mill. kr. vil ca. 300.000 kr. skyldes ydelsen af reguleringstillæg til pensionerne.

F. Samlet oversigt over virkningerne af udvalgets forslag.

1. Almindelige bemærkninger.

Under overvejelserne vedrørende hjemmesygeplejens fremtidige tilrettelæggelse har udvalget set det som sin opgave at søge gennemført en ordning, der sikrer, at hjemmesygeplejen kommer til at omfatte hele landets befolkning, og at der gennemføres en rationalisering og effektivisering af hjemmesygeplejen, således at sygeplejerskernes arbejdskraft udnyttes bedst muligt.

Ved afgørelsen af, hvorledes en rationalisering af hjemmesygeplejen bør søges gennemført, må der i første række tilvejebringes klarhed over, om man fortsat vil bygge på den bestående ordning, hvorefter hjemmesygeplejerskerne kun beskæftiges med den egentlige sygepleje, eller om man i større eller mindre omfang ønsker at gå over til et system, hvorefter sygeplejerskerne tillige udfører forebyggende arbejde. Efter udvalgets opfattelse taler meget for, at der

i mange tilfælde vil kunne opnås visse fordele ved at gå over til en kombineret ordning. Imidlertid savnes der praktiske erfaringer med hensyn til, hvorledes en sådan ordning vil virke. Det vil derfor ikke på indeværende tidspunkt være muligt at udtale sig om, i hvilket omfang den kombinerede ordning vil være at foretrække. Udvalget har derfor fundet det ønskeligt, at der først gennem forsøg i praksis tilvejebringes nærmere klarhed over dette spørgsmål. Selvom erfaringerne fra disse forsøg måtte tale for at gennemføre en kombineret ordning, vil der dog hengå et betydeligt tidsrum, inden de praktiske forudsætninger for mere i almindelighed at overgå til en sådan ordning vil være til stede. Udvalget har derfor ment at burde udarbejde sit forslag til rationalisering af hjemmesygeplejen ud fra den forudsætning, at denne også i fremtiden i almindelighed drives selvstændigt.

Det af udvalget udarbejdede forslag består af en række foranstaltninger, der tager sigte på at animere kommunerne til at gennemføre et samarbejde, således at man opnår den bedst mulige udnyttelse af hjemmesygeplejerskernes arbejdskraft. Det kan imidlertid ikke påregnes, at disse foranstaltninger, der er af mere indirekte karakter, straks vil sikre, at hjemmesygeplejen overalt tilrettelægges efter disse retningslinier. Mange steder vil praktiske vanskeligheder stille sig hindrende i vejen for straks at gennemføre en sammenlægning af distrikterne, idet man må påregne, at en sammenlægning først vil blive foretaget ved ledighed i stillingen. Endvidere kan det ikke udelukkes, at der visse steder vil hengå nogen tid, før tanken om at foretage en sammenlægning vinder almindelig tilslutning. Selv om man således ikke kan regne med, at hjemmesygeplejen straks vil blive tilrettelagt efter rationelle principper overalt, er det dog udvalgets opfattelse, at man indenfor en overskuelig fremtid gennem en gradvis udvikling vil nå frem til den ønskede ordning.

Det vil som følge af det anførte ikke være muligt allerede i dag at give et nøjagtigt billede af, hvorledes den endelige udformning af hjemmesygeplejen vil blive. Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder har dog på grundlag af undersøgelser foretaget af de enkelte amtsforeninger udarbejdet en oversigt over, hvorledes landet kan tænkes opdelt i hjemmesygeplejedistrikter, således at man kommer den optimale distriktsstørrelse så nær som muligt. Ifølge denne undersøgelse skulle der blive tale om et samlet antal virksomheder på 743. Til sammenligning kan det anføres, at der pr. 1. juli 1952 udenfor København og Frederiksberg fandtes ialt 976 virksomheder, medens antallet af kommuner uden egentlig hjemmesygeplejeordning udgjorde 238. Det fremtidige behov for sygeplejersker udenfor København og Frederiksberg anslås i oversigten til ca. 1093 eksklusive fridags- og ferieafløsere. Til sammenligning kan det anføres, at der for tiden er beskæftiget ca. 1.150 sygeplejersker udenfor København og Frederiksberg.

Udvalgets forslag forudsætter, at der i videre omfang end i dag stilles motorkøretøj til rådighed for hjemmesygeplejerskerne, og centralforeningen har nærmere undersøgt, i hvilke tilfælde det kan anses for nødvendigt at udstyre hjemmesygeplejerskerne med bil i fremtiden. Denne undersøgelse viser, at der, når hjemmesygeplejen er rationelt tilrettelagt, skulle blive anvendelse for ca. 700 biler. Antallet af biler udgør i dag efter de for centralforeningen tilvejebragte oplysninger ca. 330, hvortil kommer ca. 25 motorcykler og cykler med påhængsmotor.

2. *De økonomiske virkninger af udvalgets forslag.*

Udvalgets forslag vil, som det nærmere er beskrevet foran, ikke straks medføre nogen væsentlig ændring i hjemmesygeplejens nuværende struktur, og der vil heller ikke i den allerførste tid blive tale om nogen væsentlig forhøjelse af de samlede udgifter til hjemmesygeplejen.

Bortset fra de forøgede udgifter til sygeplejerskernes motorisering vil der næppe heller på længere sigt blive tale om nogen væsentlig merudgift til hjemmesygeplejen som følge af udvalgets forslag. Forslaget vil ganske vist medføre, at der oprettes et antal nye virksomheder i de kommuner, som ikke har hjemmesygepleje i dag, men denne forøgelse vil formentlig blive opvejet ved sammenlægning af virksomheder. Man kan i denne forbindelse henvise til, at de af centralforeningen foretagne undersøgelser viser, at det vil være muligt at tilrettelægge hjemmesygeplejen efter fuldt rationelle principper, uden at dette skulle medføre nogen forøgelse i antallet af sygeplejersker. En vis stigning i udgifterne vil dog opstå som følge af forhøjelsen af pensionsbidraget, ligesom der formentlig må forventes at blive tale om noget større udgifter til ferie- og fridagsafløsning i fremtiden.

De samlede udgifter til hjemmesygeplejen i dag kan på grundlag af de foreliggende oplysninger anslås til ca. 13 mill. kr. Ved beregningen af dette beløb er følgende tal lagt til grund:

Kommunernes udgifter til hjemmesygepleje i regnskabsåret 1950/51	7,5 mill. kr.
Sygekassernes udgifter til hjemmesygepleje i året 1950	2,9 mill. kr.
Hjemmesygeplejeforeningernes udgifter til hjemmesygepleje i året 1950 ..... ca.	1,0 mill. kr.
	11,4 mill. kr.

Det anførte tal for kommunernes udgifter, der er beregnet på grundlag af de fra kommunerne modtagne refusionsskemaer, kan imidlertid ikke antages at angive udgifternes virkelige størrelse, idet en del kommuner har undladt at opføre de samlede udgifter til hjemmesygeplejen, men alene har angivet det beløb, der kan anmeldes til refusion. Det må derfor antages, at kommunernes udgifter i det nævnte regnskabsår har været en del større end anført, således at man formentlig kan anslå udgifterne til ca. 8 mill. kr. Siden finansåret 1950/51 har der imidlertid fundet en betydelig stigning sted i udgifterne til hjemmesygeplejerskernes lønninger som følge af stigningen i reguleringstillægget. Stigningen kan for samtlige sygeplejerskers vedkommende anslås til et beløb af godt 1 mill. kr., der er dækket ved forøgede tilskud fra sygekasserne og navnlig fra kommunerne. De samlede udgifter til hjemmesygeplejen i dag skulle herefter kunne anslås til ca. 13 mill. kr. årlig.

Som anført vil udvalgets forslag ikke medføre nogen væsentlig stigning i det nævnte beløb, selvom der efter forslaget vil blive ydet hjemmesygepleje til en langt større personkreds end i dag. Der vil dog blive tale om en udgiftsstigning som følge af, at en gennemførelse af udvalgets forslag vil nødvendiggøre, at der anskaffes flere motorkøretøjer til hjemmesygeplejerskerne. Ifølge den af centralforeningen foretagne undersøgelse kan det endelige behov for motorkøretøjer som nævnt anslås til ca. 700, medens antallet i dag udgør ca. 350. Når den af udvalget tilsigtede rationalisering er gennemført fuldt ud, vil der, såfremt den

årlige driftsudgift ansættes til 4.000 kr. pr. bil, blive tale om en merudgift til motorkøretøjer på ca. 1,5 mill. kr. årlig.

Med hensyn til fordelingen af udgifterne til hjemmesygeplejen på de enkelte faktorer, som i fremtiden vil komme til at bidrage til denne, kan først bemærkes, at der — som følge af at staten overtager en væsentlig del af udgiften til hjemmesygeplejerskernes befordring med motorkøretøj — vil blive tale om en nedsættelse af det beløb, som kommuner, sygekasser og hjemmesygeplejeforeninger under eet afholder. Foruden denne nedsættelse vil der navnlig som følge af à jourføringen af refusionsbestemmelserne og forslaget om sygekassernes deltagelse i hjemmesygeplejen ske en vis forskydning i den nuværende byrdefordeling.

For kommunernes vedkommende vil de i forslaget indeholdte refusionsbestemmelser betyde en økonomisk lettelse, idet kommunerne efter forslaget vil få lejlighed til at anmelde et beløb af 2,50 kr. pr. indbygger til refusion mod nu 1,35 kr. pr. indbygger. Denne forhøjelse vil navnlig betyde en forbedring af landkommunernes økonomiske stilling, idet disse kommuner i dag i mange tilfælde afholder beløb, der væsentlig overstiger det, der kan anmeldes til refusion.

Som følge af forhøjelsen af det anmeldelsesberettigede beløb vil der blive tale om en forhøjelse af udligningsfondens tilskud til hjemmesygeplejen, idet denne refunderer kommunerne $^3/_{10}$ af nævnte beløb. I regnskabsåret 1950/51 udgjorde udligningsfondens udgifter til hjemmesygepleje ca. 1,2 mill. kr. Efter den omtalte forhøjelse af det anmeldelsesberettigede beløb kan udligningsfondens tilskud til hjemmesygeplejen formentlig anslås til ca. 2,3 mill. kr.

For sygekassernes vedkommende må det antages, at de samlede udgifter til hjemmesygepleje vil udvise en stigning, som følge af at hjemmesygeplejen foreslås gjort til en obligatorisk ydelse. Det er dog ikke muligt nøjagtigt at anslå, hvor stor stigningen vil blive, idet denne bl. a. vil afhænge af, i hvor mange tilfælde kommunerne bestemmer sig for at yde vederlagsfri hjemmesygepleje til alle indbyggere på linie med de ordninger, der er gennemført i København og på Frederiksberg, samt af størrelsen af de bidrag, sygekasserne i de enkelte tilfælde vil komme til at afholde indenfor de rammer, der er fastsat ved sygekassernes tilsagn med hensyn til kassernes fremtidige bidrag til hjemmesygeplejen.

For hjemmesygeplejeforeningernes vedkommende vil udvalgets forslag næppe medføre nogen større forandring i det samlede tilskud til hjemmesygeplejens drift.

For staten vil forslaget medføre ikke uvæsentlige udgifter, idet dette som nævnt forudsætter, at statskassen overtager en væsentlig del af udgifterne til hjemmesygeplejerskernes befordring, samt at staten yder tilskud til hjemmesygeplejen i særlig vanskeligt stillede kommuner. Foruden disse driftstilskud er det endvidere foreslået, at staten overtager udgifterne i forbindelse med ydelsen af reguleringstillæg til hjemmesygeplejerskernes pensioner.

Statens tilskud til sygeplejerskernes befordring vil med det nuværende antal motorkøretøjer andrage ca. 1 mill. kr. årlig. Når rationaliseringen er fuldt gennemført, vil der blive tale om en udgift for staten på ca. 2 mill. kr. årligt.

Det er ikke muligt nøjagtigt at anslå, i hvor mange tilfælde der vil blive tale om et særligt statstilskud til hjemmesygeplejen i vanskeligt stillede kommuner, men de samlede udgifter vil efter udvalgets opfattelse næppe komme til at overstige 100.000 kr. årligt.

Udgifterne til reguleringstillæg til hjemmesygeplejerskernes pensioner vil med de pr. 1. april 1952 gældende reguleringstillægssatser maksimalt komme til at andrage ca. 1 mill. kr. årligt, men som tidligere nævnt vil der i de første år blive tale om en væsentlig mindre udgift, og udgifterne til det heromhandlede formål vil delvis modsvares af en besparelse i det offentliges udgifter til alders- og invaliderente.

Endelig kan det anføres, at der, som følge af at sygekasserne i fremtiden i videre omfang vil komme til at deltage i hjemmesygeplejen, må påregnes en vis merudgift for staten, idet denne refunderer sygekasserne 1/4 af udgifterne.

G. Mindretalsudtalelser.

Et mindretal (*kontorchef H. Salicath, finansministeriet*) bemærker følgende:

Det økonomiske grundlag for hjemmesygeplejen har hidtil overvejende været baseret på kommunerne, sygekasserne og hjemmesygeplejeforeningerne, medens statens deltagelse i udgifterne har indskrænket sig til dels en refusion fra den fælleskommunale udligningsfond af ca. 15 % af kommunernes udgifter, dels den godtgørelse på 1/4 af sygekassernes udgifter, der ydes i henhold til folkeforsikringslovens § 13, stk. 2, dels endelig de under finanslovkonto § 14 A.III.E. a og b bevilgede beløb til sygeplejens fremme i almindelighed og »Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark«, for tiden henholdsvis 5.700 kr. og 11.000 kr. årlig.

Den af udvalgets flertal nu foreslåede ordning af hjemmesygeplejens forhold vil, når ordningen er fuldt udbygget, medføre:

at tilskudet fra den fælleskommunale udligningsfond vil blive forøget med 1,1 mill. kr. årlig,

at statens tilskud til sygekasserne vil blive forøget, uden at der dog nu kan foretages nogen beregning af merudgiften,

at der — som følge af forslaget om statstilskud til hjemmesygeplejerskernes befordring — vil fremkomme en ny statsudgift på ca. 2 mill. kr. årlig,

at der skal ydes et statstilskud til distrikter med spredt bebyggelse på ca. 100.000 kr. årlig, samt

at der for statskassen vil opstå nye udgifter på ca. 1 mill. kr. årlig til udredelse af reguleringstillæg til pensioner. Fra dette beløb går ganske vist en besparelse i det offentliges udgifter til aldersrente m. v., som skønsmæssigt kan anslås til ca. 0,5 mill. kr., men heraf påhviler ifølge folkeforsikringslovens §§ 65 og 79 kun 4/7 statskassen, således at merudgiften på dette punkt bliver på ca. 3/4 mill. kr. årlig.

Da den af udvalgets flertal foreslåede nyordning således vil medføre, at statens udgifter til hjemmesygeplejen vil blive forøget meget betydeligt samtidig med, at statskassen vil blive belastet med udgifter, som efter de hidtidige principper for hjemmesygeplejens finansiering ikke findes naturligt at kunne betragtes som statsudgifter, må jeg tage forbehold om, hvorledes udgifterne ved den påtænkte nyordning af hjemmesygeplejen i det hele skal finansieres. Det samme gælder gennemførelsen af enkelthederne i flertallets forslag.

Iøvrigt skal til den af udvalgets flertal foreslåede pensionsordning bemærkes, at jeg også af hensyn til konsekvenserne ikke har kunnet gå ind for, at der af statsmidler ydes reguleringstillæg til *allerede pensionerede* hjemmesygeplejer-

sker, og at der, forsåvidt angår *nu ansatte* hjemmesygeplejersker, efter min opfattelse i alt fald bør foretages en sondring imellem hjemmesygeplejersker over og under 40 år, således at kun sygeplejersker *under* 40 år opnår fuldt reguleringstillæg til deres pension, medens der for sygeplejersker over 40 år bør foretages en forholdsmæssig nedsættelse af reguleringstillægget, svarende til forholdet mellem den faktisk til udbetaling kommende grundpension og grundpension efter nyordningen.

Et andet mindretal (*kontorchef frk. Alice Bruun, arbejds- og socialministeriet, og kontorchef T. Wedel-Heinen, indenrigsministeriet*), der iøvrigt har kunnet tiltræde de i betænkningen fremsatte forslag, har i tilslutning til det i foranstående mindretalsudtalelse anførte forbeholdt sig sin stilling til spørgsmålet om fordelingen af udgifterne ved forslagets gennemførelse mellem staten og kommunerne.

Bilag 1.

OVERENSKOMST

mellem

Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark

og

Dansk Sygeplejeraad

vedrørende

Arbejds-, Løn- og Pensionsforhold m. v. for statsautoriserede Sygeplejersker, der er Medlemmer af Dansk Sygeplejeraad og ansat ved Virksomheder, der er tilsluttet Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark.

§ 1.

Før fast Ansættelse finder Sted, maa Sygeplejersken præstere fornøden Helbredsattest bilagt med Lægerklæring, udfærdiget paa dertil bestemt særlig Formular.

§ 2.

Det paahviler Sygeplejersken at udføre sit Arbejde i Overensstemmelse med de i nærværende Overenskomst indeholdte Bestemmelser.

Sygeplejersken er underkastet Bestyrelsens og de behandlende Lægers Kontrol.

§ 3.

De behandlende Læger anviser Sygeplejerskens Hjælp. Kræves hendes Hjælp flere Steder samtidig, afgør Virksomhedens Formand efter Samraad med den eller de Læger, der behandler de paagældende syge, hvor hendes Hjælp mest tiltrænges.

Sygeplejerskens Arbejde bestaar fortrinsvis i Sygepleje ved kortere Besøg i Patientens Hjem.

Pleje i Sygdomstilfælde maa altid gaa forud for Barselpleje.

Sygeplejersken maa ikke have Patienter eller Fødende til Huse i sit Hjem.

§ 4.

Sygeplejersken maa ikke under nogen som helst Form drive privat Praksis eller anden Virksomhed.

Hun maa ikke modtage anden Betaling for udført Pleje end den, nærværende Overenskomst giver hende Ret til. Hun maa kun efter Formandens Anvisning paatage sig Pleje af andre end Virksomhedens Medlemmer, dog er det hende tilladt i paatrængende Tilfælde (Ulykkestilfælde, pludseligt opstaaet Sygdomstilfælde og lign.) at yde den første foreløbige Hjælp, men dette maa da snarest

efter Hjælpens Ydelse anmeldes til Formanden. Sygeplejersken maa i saadanne Tilfælde foranledige, at Lægehjælp tilkaldes.

Eventuel Betaling for Pleje, ydet til Ikke-Medlemmer, fastsættes af Bestyrelsen og tilfalder alene Sygeplejevirksomheden, der opkræver Betalingen.

§ 5.

Hvor det drejer sig om Sygdom i et Hjem, hvor der *ikke* haves huslig Hjælp, og hvor Hjælp til Husgerning *ikke* kan skaffes, bør Sygeplejersken, naar hendes tid iøvrigt tillader det, yde Hjælp til Pasning af Hjem og Børn.

§ 6.

Sygeplejersken maa ikke overfor Medlemmerne øve Kritik af Lægens Forskrifter; hun skal — bortset fra Tjenestepligten — bevare Tavshed om, hvad hun under Udøvelsen af Gerningen ser eller hører angaaende Patienternes Helbredstilstand og private Forhold i de Hjem, hvor hun yder Pleje.

§ 7.

Skulde Sygeplejersken være Genstand for upassende eller hensynsløs Behandling i et Hjem, hvor hun yder Pleje, maa hun snarest derom underrette Formanden, der da drager Omsorg for en nærmere Undersøgelse af Sagen.

§ 8.

Sygeplejersken er pligtig at holde Virksomhedens Depot af Sygeplejerekvisitter og Forbindsstoffer i fornøden Orden og ved Henvendelse til Virksomhedens Formand at søge udvirket, at Rekvisitterne bestandig er til Stede i nødvendig Mængde og i brugbar Stand. Endvidere skal hun føre Bog over Udlaan af Depotet.

§ 9.

Sygeplejersken skal — efter Bestyrelsens nærmere Anvisning — føre Dagbog*) over de udførte Plejer, indeholdende Oplysning om Patientens Medlems-Nr., Navn og Adresse, Sygdommens Diagnose, Tidspunktet for Behandlingen samt Behandlingens Art og Varighed. Saa snart en Pleje er ophørt, maa dette anmeldes til Formanden.

Dagbogen, der anskaffes af og tilhører Sygeplejevirksomheden, *skal mindst een Gang om Maaneden forelægges Formanden til Gennemsyn.* Dagbogen skal ved Sygeplejerskens Fratræden afleveres til Formanden.

Sygeplejersken skal være Formanden og Kassereren behjælpelig med at udarbejde den aarlige Beretning om Virksomheden.

§ 10.

a) I. Lønklasse: Grundløn Kr. 2700,— aarlig, stigende hvert 3. Aar med Kr. 300,— indtil Kr. 3300,— (2 Alderstillæg).
Hertil henføres Hjemmesygeplejersker i Gentofte og Frederiksberg Kommuner og Købstæder og bymæssige Bebyggelser, der ved nærmest forudgaaende af det statistiske Departement udsendte officielle Folketælling har over 3000 Indbyggere.

*) Det vil være formaaltjenligt at anskaffe 2 Eksemplarer af Dagbogen, saaledes at Sygeplejersken i de ulige Maaneder benytter den ene Bog og i de lige Maaneder den anden Bog. Den Bog, der i Øjeblikket ikke benyttes af Sygeplejersken, er da til Gennemsyn hos Formanden.

b) II. Lønklasse: Grundløn Kr. 2220,— aarlig, stigende hvert 3. Aar med Kr. 210,— indtil Kr. 2850,— (3 Alderstillæg).
Hertil henføres Hjemmesygeplejersker i det øvrige Land, jfr. dog § 26 Stk. 1.

§ 11.

Til de i § 10 nævnte Grundlønninger med Alderstillæg ydes Stedtillæg, Reguleringstillæg og almindeligt pensionsgivende Løntillæg efter de for Statens Tjenestemænd til enhver Tid gældende Regler samt det for Statens Sygeplejersker særligt fastsatte Løntillæg.

§ 12.

1) Ydes der Sygeplejersken fri Station, f. Eks. paa Alderdomshjem, sker der Fradrag i Lønnen i Overensstemmelse med de til enhver Tid gældende Regler for Sygeplejersker paa Statens Hospitaler, (jfr. for Tiden Finansministeriets Bekendtgørelse af 24. Marts 1944).
2) Ydes der Sygeplejersken Tjenestebolig, fradrages aarligt et i Overensstemmelse med Reglerne i Tjenestemandslovens § 36 fastsatte Beløb.

§ 13.

1) Sygeplejersken har Pligt til at anskaffe og i Tjenestetiden at bære den af Dansk Sygeplejeraad standardiserede Tjenestedragt, saafremt denne kan skaffes, eller i modsat Fald anden passende Beklædning.
2) Som Godtgørelse herfor modtager Sygeplejersken Kr. 256,— aarlig, hvilket Beløb pristalsreguleres, saaledes at det forhøjes eller nedsættes med 4 % for hver fulde 15 Points, Pristallet 290 (1914: 100) stiger eller falder.

§ 14.

1) Der ydes fri Cykle (med Reparationer). Cyklen fornyes almindeligvis hvert 2. Aar.
Benytter Sygeplejersken egen Cykel, ydes der hende en aarlig Godtgørelse herfor paa Kr. 192,—. Dette Beløb pristalsreguleres som anført under § 13.
2) Hvor Virksomheden anser det for nødvendigt for Sygeplejersken at anvende Bil, stilles en saadan til Raadighed for Sygeplejersken, eller der ydes (for Kørsel i Sygeplejens Tjeneste i egen Bil) kontant Erstatning herfor efter de for Statens Tjenestemænd gældende Regler.

§ 15.

Der stilles egen fri Telefon til Raadighed for Sygeplejersken i tjenstligt Øjemed.

§ 16.

Sygeplejerskens effektive Arbejdstid kan almindeligvis ikke beregnes længere end til 8 Timer daglig, herunder ogsaa eventuelt paakrævede Aften- og Natbesøg. Udfører hun undtagelsesvis Døgnpleje, har hun Krav paa mindst 8 Timers Hvile i Døgnet. Sygeplejersken er ikke pligtig til at vaage mere en 2 Nætter i Træk, og hun har efter saadanne Nattevagter Krav paa et Døgns Hviletid.

§ 17.

Der tilkommer Sygeplejersken gennemsnitlig en ugentlig Fridag, om fornødent med Afløsning.

§ 18.

1) Den aarlige Ferie fastsættes til 4 Uger, i hvilket Tidsrum det paahviler Virksomheden, om fornødent, at sørge for Afløsning.
2) Ved Tiltræden i Løbet af Ferieaaret ydes 2 Dages Ferie for hver Maaned, det hidtidige Tjenesteforhold har bestaaet, hvortil kommer det Antal Dage, de i en anden Stilling indtjente Feriemærker berettiger til.
3) Ved Tjenesteforholdets Ophør ydes en Feriegodtgørelse i Feriemærker paa 8 % af den i det løbende Ferieaar indtjente Bruttoløn.
4) Tidspunktet for Ferien bestemmes efter nærmere Aftale med Sygeplejevirksomhedens Bestyrelse, jfr. iøvrigt Lov om Ferie med Løn af 13de April 1938.

§ 19.

Under Sygdom, hvor Sygeplejersken er ude af Stand til at varetage sit Arbejde, oppebærer hun fuld Løn i 3 Maaneder og halv Løn i 6 Maaneder. Saafremt en Lægeattest, fremskaffet umiddelbart forinden Udløbet af de første 6 Maaneder, ikke giver Haab om Helbredelse, kan Kontrakten straks opsiges til Ophør med Udgangen af den Maaned, hvori hendes Ret til halv Lønning ophører.

§ 20.

1) Sygeplejersken er Medlem af Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker, hvortil Virksomheden og Sygeplejersken som Bidrag yder henholdsvis 7 % og 5 % af Grundløn, Alderstillæg og pensionsgivende Tillæg.
2) Med Pensionskassens Billigelse kan det dog tillades en Sygeplejerske, der i Forvejen er Medlem af en anden Pensionsforsikring, at bibeholde sit Medlemsskab i denne anden Pensionsforsikring, hvortil der i saa Fald svares samme Bidrag som anført ovenfor.

§ 21.

1) Det gensidige Opsigelsesvarsel efter funktionærlovens § 2.
2) Varslet skal foreligge skriftligt til den 1. i en Maaned.
3) Hvis Afskedigelsen er begrundet i Tjenesteforseelse eller i en strafbar Handling, der gør Sygeplejersken uværdig til den for Stillingen fornødne Agtelse og Tillid, kan Afskedigelsen dog ske uden Varsel. Spørgsmaal om Bevarelse af Sygeplejerskens Ret til fortsat Pensionsforsikring og om Tilbagebetaling af egne Indskud med Renter afgøres i disse Tilfælde af Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker.
4) For eventuel Suspension gælder de i Tjenestemandslovens § 11 fastsatte Regler.
5) Enhver, der afskediges uden Ansøgning, har Ret til efter Begæring at faa skriftlig Oplysning om Afskedigelsesgrunden.

§ 22.

1) Uoverensstemmelser vedrørende Fortolkningen af denne Overenskomst afgøres ved en Voldgift, der bestaar af 7 Medlemmer, 3 af Medlemmerne vælges af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark og 3 af Dansk Sygeplejeraad. Præsidenten for vedkommende Landsret anmodes om at udpege en Dommer, der fungerer som Voldgiftsrettens Formand.
2) Udgifterne bæres med Halvdelen af hver af de nævnte Organisationer.

§ 23.

1) Lønnings- og Pensionsreglerne i nærværende Overenskomst træder i Kraft fra 1. April 1947 at regne, forsaavidt angaar alle Virksomheder, der er tilsluttet Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, og som hidtil har lønnet efter Dansk Sygeplejeraads Lønregulativ af Juli 1944 for Hjemmesygeplejersker.
2) For alle andre Virksomheder, der er tilsluttet Centralforeningen, træder Lønnings- og Pensionsreglerne i Kraft fra 1. Januar 1948 at regne.

§ 24.

Nærværende Overenskomst maa ikke medføre nogen Forringelse af den enkelte Sygeplejerskes ved Overenskomstens Ikrafttræden gældende Løn- og Pensionsforhold.

§ 25.

1) I Virksomheder, hvor Sygeplejersken har andet Virke,
2) hvor Sygeplejersken, iflg. Lægeerklæring, er ude af Stand til fuld Arbejdsydelse,
3) hvor Sygeplejersken ikke ønsker fuld Beskæftigelse,

optages der Forhandling mellem Organisationerne om Overenskomstens Anvendelse.

§ 26.

Overgangsbestemmelser.

1) Hjemmesygeplejersker, der ved Overenskomstens Ikrafttræden er ansat i Virksomheder beliggende i Købstæder eller bymæssige Bebyggelser med mellem 2500 og 3000 Indbyggere, henføres uanset Bestemmelsen i § 10 Stk. a til 1ste Lønklasse.
2) I Overensstemmelse med de Regler, der er gældende for Sygeplejersker i Statens Tjeneste, fastsættes Sygeplejerskernes Anciennitet saaledes, at Sygeplejersker i I. Lønklasse, der efter de hidtil gældende Lønningsregler har haft 1 Alderstillæg, ved Omnormeringen begynder paa 1. Løntrin. Sygeplejersker, der har haft 2 Alderstillæg paa 2., og Sygeplejersker, der har haft 3 Alderstillæg, paa 3. Løntrin.
3) Sygeplejersker, der placeres i II. Lønklasse, bibeholder opnaaet Lønningsanciennitet.

§ 27.

Overenskomsten kan saavel af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark som af Dansk Sygeplejeraad opsiges med 3 Maaneders Varsel til Ophør den 1ste i et Kvartal.

16. August 1947.

For Dansk Sygeplejeraad:

Marie Odgaard.

For Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark:

P. M. Sander.

Bilag 2.

VEDTÆGTER FOR »PENSIONSKASSEN FOR HJEMMESYGEPLEJERSKER«

under

Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark.

§ 1. Pensionskassen, hvis Navn er »Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker«, har til Formaal at sikre Hjemmesygeplejersker, der er ansatte ved Virksomheder under Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, en aarlig Pension, naar de paa Grund af Alder eller Svagelighed maa ophøre med deres Gerning.

Pensionskassen ledes af et Pensionsudvalg, der vælges af Centralforeningens Hovedbestyrelse og Hjemmesygeplejerskerne (se nærmere § 12).

§ 2. Enhver Hjemmesygeplejevirksomhed, der er Medlem af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, skal være Medlem af Pensionskassen.

Enhver Sygeplejerske, der opnår fast Ansættelse ved en Hjemmesygeplejevirksomhed, der er Medlem af Centralforeningen, skal samtidig med sin Ansættelse optages i Pensionskassen, hvis hendes Helbred tillader det.

Til Bedømmelse heraf er Sygeplejersken forpligtet til ved sin Ansættelse at udfylde en Helbredserklæring, hvis Form bestemmes af Pensionsudvalget. Hvis Pensionskassens Læge anser det for nødvendigt, kan Helbredserklæringen forlanges suppleret med en Lægeattest, som det paahviler Sygeplejersken at fremskaffe.

Afgørelse af, om Sygeplejersken efter de saaledes foreliggende Oplysninger kan optages i Pensionskassen, træffes af Pensionsudvalget efter Indtilling af Kassens Læge.

Hjemmesygeplejevirksomheder og deres Sygeplejersker kan under ganske særlige, af Pensionsudvalget godkendte, Forhold fritages for at være Medlemmer af Pensionskassen.

§ 3. Sygeplejerskens Bidrag til Pensionskassen udgør 5 % af Aarslønnen; det tilbageholdes i Lønnen af Hjemmesygeplejevirksomheden og opkræves hos denne kvartalsvis den 1ste i Kvartalets sidste Maaned.

Virksomhedens Bidrag er 7 % af Aarslønnen; det opkræves samtidig med Kontingentet til Centralforeningen.

Ved en Sygeplejerskes Aarsløn forstaas foruden Pengelønnen tillige Værdien af fri Bolig, Kost, Brændsel og Lys, beregnet efter Satser, fastsat af Pensionsudvalget; Aarslønnen afrundes til hele Hundreder af Kroner.

Naar særlige Forhold gør sig gældende, og Pensionsudvalget godkender det, kan der betales af en større Aarsløn end den i Henhold til forrige Stykke udregnede.

§ 4. Pensionens Størrelse bestemmes efter Sygeplejerskens Pensionsalder og Pensionsindtægt.

Pensionsalderen er det Antal hele Aar, i hvilke Sygeplejersken efter sit fyldte 30. Aar ialt har været ansat ved Hjemmesygeplejevirksomheder, der under hendes Ansættelse var Medlemmer af Pensionskassen. Tjenestetid før det fyldte 30. Aar samt Tjenestetid efter det 30. Aar ved Hjemmesygeplejevirksomheder, der ikke den Gang var Medlemmer af Pensionskassen, kommer saaledes ikke i Betragtning ved Beregningen af Pensionsalderen.

Pensionsalderen kan dog ikke regnes fra senere end det fyldte 40. Aar, selv om Ansættelsen finder Sted i en højere Alder.

Pensionsindtægten pr. 100 Kr. Aarsløn beregnes paa følgende Maade:

Tabel I.

For nyindtrædende	
Fyldt alder ved indtrædelsen	Pensions-indtægt
højst 34 år	Kr. 100.—
35—39 -	- 92.—
40—44 -	- 71.—
45—47 -	- 48.—
48—50 -	- 34.—
51—53 -	- 24.—
54—56 -	- 14.—

Tabel II.

Ved en ændring i årslønnen på 100 kr.		
Fyldt alder ved ændringen	Pensionsindtægt, når den oprindelige pensionsalder er fra	
	højst 34 års alderen	mellem 35 og 40 års alderen
højst 34 år	Kr. 100.—	
35—39 -	- 80.—	Kr. 92.—
40—44 -	- 55.—	- 67.—
45—47 -	- 38.—	- 46.—
48—50 -	- 28.—	- 33.—
51—53 -	- 19.—	- 23.—
54—56 -	- 12.—	- 13.—
57 -	- 7.—	- 8.—
58 -	- 5.—	- 6.—
59 -	- 2.—	- 3.—

Stiger Pensionsindtægten indenfor 1 Aar med 300 Kr. eller mere, kræves Helbredsoplysninger som angivet i § 2, 3. Stk.

De før denne Vedtægts Ikrafttræden fastlagte Pensionsindtægter overføres uforandrede og reguleres fremtidig efter foranstaaende Tab. II.

§ 5. Retten til Pension indtræder — efter mindst 5 Aars Tjenestetid efter det fyldte 30. Aar — som

1) Alderspension: ved det fyldte 60. Aar (fra den første i Maaneden efter det fyldte 60. Aar) — eller
2) Svagelighedspension: naar Sygeplejersken inden Opnaaelse af Alderspension paa Grund af varigt svækket Helbred maa opgive sit Hverv som Hjemmesygeplejerske. Lægeattest paa Pensionskassens Blanket skal forelægges.

§ 6. Pensionens Størrelse beregnes efter følgende Skala:

ved Pensionsalder	udgør pensionen
under 5 år	intet
mellem 5 og 8 år	$^{9}/_{40}$ af pensionsindtægten
— 8 - 11 -	$^{10}/_{40}$ - —
— 11 - 14 -	$^{11}/_{40}$ - —
— 14 - 17 -	$^{12}/_{40}$ - —
— 17 - 19 -	$^{13}/_{40}$ - —
— 19 - 21 -	$^{14}/_{40}$ - —
— 21 - 24 -	$^{15}/_{40}$ - —
— 24 - 27 -	$^{16}/_{40}$ - —
— 27 - 30 -	$^{17}/_{40}$ - —
over 30 år	$^{18}/_{40}$ - —

Svagelighedspensionen kan nedsættes i følgende Tilfælde:

a) hvis Sygeplejersken opnaar Invaliderente fra Staten, nedsættes Pensionen med 40 %, dog højst med Invaliderentens Aarsbeløb.

b) hvis Sygeplejersken kan paatage sig andet lønnet Erhverv, nedsættes Pensionen efter Pensionsudvalgets nærmere Skøn.

Hvis Pensionsudvalget nærer Tvivl om Helbredssvækkelsens Varighed, kan Pensionen bevilges for et foreløbigt Tidsrum, efter Udløbet af hvilket Sagen gøres til Genstand for fornyet Afgørelse paa Grundlag af Lægeattest, som betales af Pensionskassen.

Svagelighedspensionen kan formindskes eller helt bortfalde, hvis Forudsætningerne for den undergaar Forandring. Lægeattest, der betales af Pensionskassen, kan til enhver Tid kræves.

Nedsættes en Pension i Henhold til Punkt b, eller nedsættes den eller bortfalder den i Henhold til forrige Stykke, tilkommer der Sygeplejersken en Godtgørelse beregnet i Analogi med Bestemmelserne i § 9 efter Regler godkendt af Forsikringsraadet.

Hvis Pensionskassens Læge indstiller det, kan Pensionsudvalget kræve, at en Sygeplejerske, der søger Svagelighedspension, indgiver Begæring om Invaliderente. Opnaar Sygeplejersken ikke Invaliderente, godtgør Pensionskassen hende Udgiften til den ved Begæringen om Invaliderente udstedte Lægeattest.

Udbetalingen af Pensioner sker for 3 Maaneder ad Gangen i Begyndelsen af Periodens sidste Maaned.

§ 7. Pensionskassens Indtægter bestaar iøvrigt af Renteafkastningen af den henlagte Kapital samt af Tilskud fra Staten.

§ 8. Pensionskassens Midler anbringes i Værdipapirer efter Reglerne for Anbringelse af umyndiges Midler. Værdipapirerne skal noteres som tilhørende Pensionskassen og være forsynet med fornøden prohibitiv Paategning i Overensstemmelse med Reglerne i Pensionskasselovens § 14, Stk. 2, saaledes som denne Bestemmelse er ændret i Lov Nr. 162 af 13. April 1938.

§ 9 Udtræder en Sygeplejerske af Pensionskassen uden Ret til Pension og skyldes Udtrædelsen.

A. enten, at hun selv har opsagt sin Stilling,
eller, at hun er blevet opsagt af Virksomheden inden 10 Aars Medlemstid i Pensionskassen, medmindre Opsigelsesaarsagen er en Invaliditet, der berettiger til Statens Invaliderente,

tilkommer der hende følgende Udtrædelsesgodtgørelse: for den før 1. Januar 1936 liggende Medlemstid de af hende selv i denne Tid betalte Bidrag uden Renter; for senere Medlemstid derimod de af hende selv i denne Tid betalte Bidrag forrentet med den ved Statusopgørelserne benyttede Rentesats. Rentetilskrivningen regnes kun for hele Kalenderaar af det paa hendes Konto den foregaaende 31. December staaende Beløb. For Medlemstid efter 1. Januar 1936 maa den saaledes beregnede Godtgørelse dog ikke blive mindre end de af Medlemmet selv betalte Bidrag med Tillæg af Renter og med Fradrag af $^5/_{12}$ af den Forsikringsrisiko, Pensionskassen har baaret.

Skyldes Udtrædelsen derimod

B. enten, at hun er blevet opsagt af Virksomheden efter 10 Aars Medlemstid,
eller, at hun fratræder inden 10 Aars Medlemstid paa Grund af en Inva-

liditet, der berettiger til Statens Invaliderente (jfr. Lov Nr. 182 af 20. Maj 1933 om Folkeforsikring, § 38, 1. Stk.),

udgør Godtgørelsen, forsaavidt angaar Medlemstid før 1. Januar 1936, det samme som ovenfor angivet, men for den senere Medlemstid sættes den til Summen af hendes egne Bidrag og af Virksomhedens faste Bidrag med Tillæg af Renter, men med Fradrag af den Risiko, Pensionskassen har baaret for hende. Den for Tiden efter 1. Januar 1936 beregnede Godtgørelse maa dog ikke sættes til lavere Beløb end tilsvarende under A. Den samlede Godtgørelse maa ikke overstige Forskellen mellem Kapitalværdien af Pensionskassens Forpligtelse til at yde Pension og Kapitalværdien af de fremtidige Bidrag, Sygeplejersken selv skulde have betalt, hvis hun var forblevet i Pensionskassen. Ved Beregningen anvendes det for sidste Statusopgørelse af Handelsministeren godkendte Grundlag.

Det Beløb, Sygeplejersken maatte have Krav paa, skal — medmindre Forsikringsraadet tillader anden Anvendelse — indbetales til en under Statstilsyn staaende Pensionskasse eller den forsikringsmæssige Pensionsordning, hvortil hun maatte overgaa, eller, hvis dette ikke bliver Tilfældet, anvendes som Indskud for en Pensionsforsikring eller Livrente i et anerkendt Livforsikringsselskab, hvilken Forsikring eller Livrente da ikke senere kan tilbagekøbes uden Forsikringsraadets Samtykke. Er Betingelserne for Indskud i et Livsforsikringsselskab til Stede, kan Beløbet dog paa Sygeplejerskens Begæring udbetales kontant, hvis det ikke overstiger Halvdelen af den faktiske Aarsløn i det sidste Aar før Udtrædelsen.

I Stedet for at faa den ovenfor beskrevne Godtgørelse har en Sygeplejerske, der udtræder efter det 30. Aar uden Ret til Pension eller til Statens Invaliderente og uden at gaa over til en Virksomhed, hvortil er knyttet en under Statstilsyn staaende Pensionskasse eller en forsikringsmæssig Pensionsordning, ogsaa Ret til at overgaa til at blive hvilende Medlem, hvis hun anmelder det inden 1 Aar efter Udtrædelsen. Der gives hende da en bidragsfri, nedsat Pensionsindtægt af en saadan Størrelse, at dens Kapitalværdi er den samme som den under A. resp. B. beskrevne Godtgørelse, afhængig af, om Fratrædelsesaarsagen falder ind under A. resp. B. En saadan hvilende Pensionsret kan ikke senere forandres.

Genansættes Sygeplejersken, opnaar hun for det derefter løbende Bidrag en den hvilende Pensionsret supplerende Pensionsindtægt, beregnet efter Tabel II under Hensyntagen til Alder og Tjenestealder ved Genansættelsen.

Har en Sygeplejerske uden at blive hvilende Medlem undladt at hæve den hende tilkommende Godtgørelse, har hun i 3 Aar efter Udtrædelsen Ret til ved Genansættelse at faa medregnet i sin Pensionsalder den Tid, i hvilken hun har betalt Bidrag efter sit fyldte 30. Aar.

§ 10. Afgaar en Sygeplejerske ved Døden, hvadenten det sker i Tiden som tjenstgørende, som pensionsnydende eller som hvilende Medlem, har hendes Dødsbo i intet Tilfælde Krav paa nogen Godtgørelse for de erlagte Bidrag.

Sygeplejersker eller Pensionister kan ikke overdrage, pantsætte eller paa anden Maade raade over Beløb, som de har Krav paa overfor Pensionskassen, ligesom saadanne Beløb ikke kan gøres til Genstand for Retsforfølgning fra deres Kreditorers Side.

§ 11. Betales det i § 3 angivne Bidrag ikke senest 3 Mdr. efter Forfaldstid, forøges det med de ekstra Opkrævningsomkostninger samt 5 % p. a. Rente.

Sker Betalingen ikke senest 8 Maaneder efter Forfaldstid, forholdes efter Bestemmelserne i § 9.

§ 12. Pensionskassen ledes af et Pensionsudvalg, bestaaende af 5 Medlemmer, hvoraf Centralforeningens Hovedbestyrelse vælger Formanden og 2 Medlemmer, 1 for Foreningerne og 1 for Sygekasserne, og Sygeplejerskerne ved Centralforeningens Landsmøde 2, efter Indstilling fra Dansk Sygeplejeraads Udvalg for Hjemmesygeplejersker. Valgene gælder for 4 Aar. Hvert andet Aar afgaar et eller, naar Formanden er paa Valg, to af de af Hovedbestyrelsen valgte Medlemmer og et af de af Sygeplejerskerne valgte Medlemmer. For hvert Medlem af Udvalget vælges en Stedfortræder. Pensionsudvalgets Medlemmer skal være myndige og uberygtede samt have dansk Indfødsret og Raadighed over deres Bo.

Udvalgets Afgørelser træffes ved simpel Stemmeflerhed. Udvalget har Ansvaret for, at Bestemmelserne i Vedtægten samt i Lov Nr. 183 af 11. Maj 1935 om Tilsyn med Pensionskasser overholdes. Til at forpligte Pensionskassen kræves Underskrift enten af Formanden eller Næstformanden i Forbindelse med Pensionskassens Sekretær. Til Transport, Kvittering eller Pantsætning af Pensionskassens Værdipapirer kræves Underskrift af Formanden, et andet Medlem af Pensionsudvalget og Sekretæren.

Pensionskassens Regnskabsaar er Kalenderaaret. Regnskabet forelægges Centralforeningens Hovedbestyrelse og bringes til Medlemmernes Kundskab ved Offentliggørelse i »Sygeplejen«.

Regnskabet revideres af to af Centralforeningens Hovedbestyrelse valgte regnskabskyndige Revisorer, der ikke maa være Medlemmer af Pensionsudvalget eller paa anden Maade deltage i Pensionskassens Ledelse eller være knyttet til noget Medlem af Ledelsen ved Ægteskab, Slægts- eller Svogerskab i ret op- eller nedstigende Linie eller som Søskende.

Udvalget oppebærer Rejseudgifter og Diæter efter de til enhver Tid for Centralforeningens Hovedbestyrelse gældende Regler.

Mener en Sygeplejerske ikke at kunne godkende en af Udvalget truffen Beslutning, kan Sygeplejersken kun indanke Sagen for en Voldgiftsdomstol. Denne bestaar af 3 Medlemmer: 1 valgt af Pensionsudvalget, 1 valgt af Sygeplejersken og 1 (Opmand) valgt af disse 2 Medlemmer i Forening. Hvis de nævnte 2 Medlemmer ikke i Løbet af en Uge er bleven enige om Valget af det 3die Medlem (Opmand), skal Udvalget omgaaende anmode Forsikringsraadet om at udpege dette. I paakommende Tilfælde er Opmandens Beslutning afgørende. Den af Voldgiftsdomstolen trufne Afgørelse kan i intet Tilfælde indbringes for Domstolene.

Begæring om Voldgiftsdomstolens Nedsættelse skal fremsættes af Sygeplejersken inden 4 Uger efter, at hun har modtaget Meddelelse om den Afgørelse, hun ønsker omstødt. Indenfor samme Tidsrum skal Sygeplejersken meddele, hvem hun har valgt til Voldgiftsmand. Inden 14 Dage herefter skal Pensionsudvalget udpege sin Voldgiftsmand.

§ 13. Pensionskassens Status opgøres mindst en Gang hvert tredie Aar, og ellers naar Forsikringsraadet eller Pensionsudvalget maatte kræve det, af en af Forsikringsraadet dertil godkendt Aktuar i Overensstemmelse med det af Handelsministeren godkendte Grundlag.

Viser Opgørelsen, at Aktiverne overstiger Passiverne, henlægges Overskudet til en Reservefond. Overstiger Passiverne derimod Aktiverne, forhøjes de i § 3 om-

handlede Bidragssatser (5 resp. 7 %) forholdsmæssigt, saaledes at Balance opnaas.

§ 14. Udtræder en Hjemmesygeplejevirksomhed af Centralforeningen, forholdes med Hensyn til dens Sygeplejerskers Krav i Overensstemmelse med Reglerne i § 9, B.

Pensionskassen skal opløses, hvis Forsikringsraadet kræver det, eller hvis det vedtages af Centralforeningens Repræsentantskab med kvalificeret Majoritet (2/3 af de afgivne Stemmer) efter enstemmig Indstilling af Pensionsudvalget.

Opløses Pensionskassen, foretages der paa Opløsningsdagen en Statusopgørelse, ved hvilken ingen tjenstgørende Sygeplejerskes Præmiereserve sættes til mindre end det Beløb, der vilde være tilfaldet hende i Henhold til § 9 A. Pensionister og de tjenstgørende Sygeplejersker har Ret til Andel i Kassens Formue i Forhold til den for hver enkelt saaledes beregnede Præmiereserve. Er den forhaandenværende Formue større eller mindre end den samlede Præmiereserve, forhøjes eller nedsættes Andelene forholdsmæssigt. Med de Beløb, der saaledes tilkommer Pensionister og Sygeplejersker, forholdes i Overensstemmelse med § 19, sidste Stk., i Lov Nr. 183 af 11. Maj 1935. Delingsplanen vil dog i alle Tilfælde være at forelægge Forsikringsraadet til Godkendelse.

§ 15. Ingen Forandring i denne Vedtægt er gyldig, før den efter Indstilling af Pensionsudvalget er vedtaget paa Centralforeningens Repræsentanskabsmøde og stadfæstet af Handelsministeren. Enhver Ændring i Vedtægten skal anmeldes til Forsikringsraadet senest en Maaned efter Vedtagelsen.

Foranstaaende Vedtægter for »Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker« godkendes herved i Medfør af § 9 jfr. § 28 i Lov om Tilsyn med Pensionskasser af 11. Maj 1935 som gældende indtil videre.

Ministeriet for Handel, Industri og Søfart, den 2. Juli 1942.

P. M. V.

H. Jespersen.

/P. Villadsen.

Denne Vedtægt er under 2. Juli 1942 godkendt af Handelsministeriet, og afløser fra samme Dato den fra 3. Maj 1934 hidtil gældende.

N. Jensen. *Er. Porsdal.* *P. M. Sander.*

Else Damgaard. *Elisabeth With.*

BILAG TIL VEDTÆGTER FOR »PENSIONSKASSEN FOR HJEMMESYGEPLEJERSKER«

På repræsentantskabsmødet den 28. juni 1946 er vedtaget følgende ændringer i vedtægterne:

§ 3: Som nyt 4. og 5. stk. indføres:

Der betales ikke bidrag af eller for sygeplejersker, der har opnået en pensionsalder af 30 år.

Gageændringer, der sker efter det fyldte 60. år, kommer ikke i betragtning ved fastsættelse af pensionsbidrag eller pensionsindtægt.

§ 4: næstsidste stk.:

Foran ordet »kræves« indføres ordet »kan«.

§ 12: andet stk.:

Ordene »sekretær« og »sekretæren« ændres til »forretningsfører« og »forretningsføreren«.

P. M. Sander *L. Christensen.* *Margr. Andersen.*
Helmer Petersen. *Er. Porsdal.*

På repræsentantskabsmødet den 9. juni 1948 er vedtaget følgende ændringer i vedtægterne:

§ 3: 1. og 2. stk.:

Ordet »årsløn« ændres til »den pensionsgivende løn (grundløn alderstillæg og pensionsgivende tillæg)«.

§ 3: 3. stk. udgår.

§ 3: 4. stk.:

Ordet »årsløn« ændres til »løn«.

§ 4: 4. stk.:

Ordet »årsløn« ændres til »pensionsløn«.

Ændring af tabel I og II som følge af sænkningen af grundlagsrenten (se anførte opstilling).

§ 9: 4. stk.:

Ordene »den faktiske årsløn« ændres til »pensionslønnen«.

P. M. Sander. *Er. Porsdal.* *Helmer Petersen.*
Margr. Andersen. *Inga Andreassen.*

Tabel I — *Tabel II*

for nyindtrædende		Ved en ændring i den pensionsgivende løn på 100 kr.					
Fyldt alder ved indtrædelsen	Pensionsindtægt	Fyldt alder ved ændringen	Pensionsindtægt, når den oprindelige pensionsalder er fra				
			30 års alderen	31—33 års alderen	34—36 års alderen	37—39 års alderen	40 års alderen
År	Kr.	År	Kr.	Kr.	Kr.	Kr.	Kr.
højst 32	100	højst 32	100	100			
33	100	33	93	100			
34	100	34	87	94	100		
35	97	35	81	88	97		
36	92	36	76	82	90		
37	91	37	71	76	84	91	
38	86	38	66	71	77	86	
39	82	39	62	66	71	80	
40	79	40	57	61	66	73	79
41	73	41	53	56	61	67	73
42	66	42	49	52	56	61	66
43	60	43	45	48	52	56	60
44	55	44	41	44	47	51	55
45	50	45	38	40	43	47	50
46	45	46	35	37	40	43	45
47	41	47	31	33	36	39	41
48	37	48	28	30	32	35	37
49	33	49	25	27	29	31	33
50	30	50	23	24	26	28	30
51	26	51	20	21	23	25	26
52	23	52	17	18	20	21	23
53	20	53	15	16	17	18	20
54	17	54	13	13	14	15	17
		55	10	11	12	13	14
		56	8	9	9	10	11
		57	6	6	7	7	8
		58	4	4	4	5	5
		59	2	2	2	2	2

Foranstående ændringer i §§ 3, 4, 9 og 12 i de for »Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker« under 2. juli 1942 godkendte vedtægter godkendes herved i medfør af § 7 i lov om tilsyn med pensionskasser af 11. maj 1935 som gældende indtil videre.

Ministeriet for handel, industri og søfart, den 22. septbr. 1948.

P. M. V.

sign. *P. Villadsen.*

/G. Backhaus.

BILAG TIL VEDTÆGTER FOR »PENSIONSKASSEN FOR HJEMMESYGEPLEJERSKER«

På repræsentantskabsmødet den 17. juni 1952 er vedtaget følgende ændringer i vedtægterne:

Til § 8.

I 4—6 linie ændres »Pensionskasselovens § 14, stk. 2, således som denne bestemmelse er ændret i lov nr. 162 af 13. april 1938« til »§ 14, 2. stk. i lov om tilsyn med pensionskasser, jfr. lovbekendtgørelse nr. 343 af 19. juli 1950«.

Til § 9.

1. og 2. stk. ændres til:

»Udtræder en sygeplejerske af pensionskassen, inden den pågældende har været medlem af pensionskassen i 5 år, og uden at fratrædelsen skyldes en invaliditet, der berettiger til statens invaliderente (se § 38, 1. stk. i lov om folkeforsikring, jvf. lovbekendtgørelse nr. 324 af 27. juni 1950), tilkommer der hende følgende udtrædelsesgodtgørelse: De af hende selv betalte bidrag, forrentet med den ved sidste statusopgørelse benyttede rentesats. Rentetilskrivningen regnes kun for hele kalenderår af det på hendes konto den foregående 31. december stående beløb. Den således beregnede godtgørelse må dog ikke blive mindre end pensionskasselovens minimumsgodtgørelse, jvf. § 9, 2. stk., 1. punktum.

Skyldes udtrædelsen derimod, *enten* at hun fratræder efter mindst 5 års medlemstid, *eller* at hun fratræder inden 5 års medlemstid på grund af en invaliditet, der berettiger til statens invaliderente (se § 38, 1. stk. i lov om folkeforsikring, jvf. lovbekendtgørelse nr. 324 af 27. juni 1950), udgør godtgørelsen, forsåvidt angår medlemstid før 1. januar 1936, de af hende selv i denne tid betalte bidrag uden renter, men for den senere medlemstid sættes den til summen af hendes egne bidrag og af virksomhedens faste bidrag med tillæg af renter, men med fradrag af den risiko, pensionskassen har båret for hende. For medlemmer, der er indtrådt i pensionskassen inden 21. juni 1950, gælder dog, at der ikke tages hensyn til virksomhedens før 21. juni 1950 betalte bidrag, såfremt udtrædelsen skyldes, at sygeplejersken selv har opsagt sin stilling, eller såfremt udtrædelsen skyldes opsigelse fra virksomhedens side, inden den pågældende har været medlem af kassen i 10 år, og uden at fratrædelsen skyldes en invaliditet, der berettiger til statens invaliderente. — Den for tiden efter 1. januar 1936 beregnede godtgørelse må dog ikke sættes til lavere beløb end i henhold til nærværende paragrafs 1. stk. — Udtrædelsesgodtgørelsen må ingensinde overstige forskellen mellem kapitalværdien af pensionskassens forpligtelse til at yde pension og kapitalværdien af de fremtidige bidrag, sygeplejersken selv skulle have betalt, hvis hun var for-

blevet i pensionskassen. — Ved beregningen anvendes det for sidste statusopgørelse af handelsministeren godkendte grundlag.«

I 3. stk., 10. linie udgår ordene »halvdelen af«.

I 4. stk., 8. linie ændres ordene »A. resp. B« til »nærværende paragrafs 1., resp. 2. stk.«.

I 4. stk., 10. linie ændres ordene »A. resp. B« til »paragraffens 1. eller 2. stk.«.

Til § 12.

I 2. stk., 2. og 3. linie ændres ordene »Lov nr. 183 af 11. maj 1935 om tilsyn med pensionskasser« til »pensionskasseloven«.

Til § 14.

I 1. stk., 3. linie ændres »§ 9 B« til »§ 9, 2. stk., 1. punktum, jvf. 3., 4. og 5. punktum.«

I 3 stk., 4. linie ændres »§ 9 A« til »§ 9, 1. stk.«

I 3. stk., 10. linie ændres ordene »Lov nr. 183 af 11. maj 1935« til »Pensionskasseloven«.

Midlertidig bestemmelse.

»Pensionsudvalget bemyndiges til at foretage sådanne yderligere ændringer i vedtægterne, der måtte blive forlangt eller henstillet af forsikringsrådet eller handelsministeriet.«

Søborg, den 8. maj 1951.

J. Helmer Petersen. *Er. Porsdal.* *Inga Knudsen.*
Margrethe Andersen. *P. M. Sander.*

Foranstående ændringer i §§ 8, 9, 12 og 14 i de for Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker senest under 22. september 1948 godkendte vedtægter godkendes herved i medfør af § 7 i lov om tilsyn med pensionskasser, jfr. lovbekendtgørelsen nr. 343 af 19. juli 1950, som gældende indtil videre.

Ministeriet for handel, industri og søfart, den 20. december 1951.

P. M. V.
sign. *P. Villadsen.*

/G. Backhaus.

København, den 16. november 1951.

Til

Det ministerielle udvalg vedrørende hjemmesygeplejen.

I tiden 2.—8. september 1951 afholdt Dansk Sygeplejeråd et møde for hjemmesygeplejersker på Testrup højskole. I mødet deltog ca. 150 hjemmesygeplejersker fra hele landet.

Mange vigtige faglige problemer blev drøftet, men hovedinteressen samlede sig om en diskussion, der fandt sted tirsdag den 4. september. Diskussionens emne var:

»Hjemmesygeplejerskernes løn-, pensions- og arbejdsforhold. Hvad der kan gøres for at forbedre hjemmesygeplejerskernes kår og sikre dem en mere betryggende tilværelse.«

Som indledere af diskussionen var fremmødt 2 repræsentanter fra Dansk Sygeplejeråd og en repræsentant fra Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark.

Det viste sig meget hurtigt, at pensionsspørgsmålet var det altoverskyggende og mest brændende punkt i denne diskussion. Adskillige af de deltagende ældre hjemmesygeplejersker udtalte deres begrundede frygt for den kommende alderdom med den elendige pensionssikring, de havde at se hen til. Da de i sin tid gik ud til hjemmesygeplejen og dermed blev optaget i Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker, var det ud fra den sikre overbevisning, at de blev sikret i deres alderdom, og nu viste det sig, at dette ingenlunde var tilfældet.

Alle de deltagende hjemmesygeplejersker udtalte stærkt deres misbilligelse af, at deres pensionsforhold — trods det, at man krævede den samme uddannelse af dem som af de sygehusansatte sygeplejersker — ikke på langt nær kan sammenlignes med den pensionsordning, hvorunder sygeplejersker ved statens hospitaler henhører. Store krav stilles der til hjemmesygeplejersken. Ikke alene kræves der, at hun skal være i besiddelse af god faglig uddannelse på alle områder indenfor sygeplejen, men også at hun er i besiddelse af psykologiske evner, da hendes gerning omfatter sygepleje i hjem hos patienter af alle samfundslag. Desuden er hjemmesygeplejerskens arbejde betydeligt mere anstrengende end det arbejde, der kræves af sygeplejerskerne på sygehusene. Trods alle disse krav, der stilles til hjemmesygeplejerskerne, trods det, at de har et meget anstrengende og opslidende arbejde, henviser man dem til en pensionssikring, der til sin tid kun giver dem et lille supplement til aldersrenten.

Alle disse argumenter medførte, at samtlige i omtalte møde deltagende hjemmesygeplejersker meget indtrængende henstillede til deres organisation, Dansk Sygeplejeråd og til Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, hvorunder Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker henhører, at disse to organisationer i fællesskab retter en henvendelse til regering og rigsdag med anmodning om, at hjemmesygeplejerskerne pensionssikres på lige fod med deres syge-

husansatte kolleger, når loven, der giver adgang til hjemmesygepleje for hele landets befolkning, træder i kraft.

Som begrundelse for denne henvendelse skal Dansk Sygeplejeråd og Centralforeningen anføre følgende:

Som det er vel bekendt, er hjemmesygeplejen her i landet opbygget helt på det private initiativ. Dette har medført, at hjemmesygeplejerskerne i mange år har arbejdet for meget små lønninger. Da den præmie, der betaltes til hjemmesygeplejerskernes pensionssikring, blev beregnet af lønnen, blev nævnte præmie også meget lille, hvilket igen medførte en ringe pension.

I 1933 blev Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker rekonstrueret, da det ved en aktuarmæssig beregning viste sig, at kassens hidtidige konstruktion havde medført, at præmiereserven ikke dækkede de forsikringstekniske krav, der blev stillet af forsikringsrådet. Rekonstruktionen medførte en højere præmiebetaling, og samtidig forsøgte man også at forbedre lønningerne ud fra den betragtning, at løn og pension var nøje sammenknyttede. Men de gamle lønninger influerede stadig ved beregningen af pensionerne. I 1944 vedtog Dansk Sygeplejeråd et lønregulativ for hjemmesygeplejersker, som efterhånden gennemførtes for de fleste hjemmesygeplejerskers vedkommende, men selv denne lønforbedring kunne kun i ringe grad forbedre pensionsforholdet. Eksempelvis skal anføres, at en hjemmesygeplejerske, født den 1/3 1886, optaget i Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker pr. 1/1 1920 (33 år gammel) efter 30 års tjenestetid og medlemsskab i pensionskassen kun er berettiget til en årlig pension af kr. 803,32. Til sammenligning skal det oplyses, at hun, dersom hun var blevet pensioneret fra en hospitalsstilling, ville have været berettiget til kr. 5.811,— årlig i pension (bilag 1 a og 1 b).

Den 16/8 1947 blev der mellem Dansk Sygeplejeråd og Centralforeningen indgået en overenskomst, der omfatter alle de under Centralforeningen stående hjemmesygeplejevirksomheder og de ved disse virksomheder beskæftigede sygeplejersker, som er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Overenskomsten medførte en betydelig lønforbedring, idet hjemmesygeplejerskerne placeredes i 2 lønklasser, alt efter virksomhedernes størrelse og beliggenhed. En 1. lønklasse på linie med afdelingssygeplejersker på statens hospitaler og en 2. lønklasse på linie med assistenter på nævnte hospitaler. Imidlertid medførte overenskomsten samtidig en mindre forringelse af hjemmesygeplejerskernes pensionssikring, idet der efter den tidligere ordning skulle betales pensionspræmie af den fulde årsløn, medens der efter overenskomsten kun betales præmie af den pensionsgivende løn (grundløn, alderstillæg og almindeligt pensionsgivende løntillæg) i lighed med reglerne for statens tjenestemænd.

Lønændringerne har således ikke forbedret hjemmesygeplejerskernes pensionssikring i nævneværdig grad, og til sammenligning skal man anføre, at en hjemmesygeplejerske, der lønnes efter den ovenfor nævnte overenskomsts 1. lønklasse, ved indtræden i pensionskassen ved det fyldte 30. år, efter 30 års tjenestetid, efter den nugældende pensionsordning, vil være berettiget til en alderspension ved det fyldte 60. år på kr. 1.935,— årlig, medens en afdelingssygeplejerske på et af statens hospitaler vil være berettiget til kr. 6.210,— årlig, (bilag 2 a og 2 b). En hjemmesygeplejerske i 2 .lønklasse vil kunne opnå en pension på kr. 1.647,90 årlig, medens assistenten på statshospitalet vil opnå kr. 5.811,— om året (bilag 3 a og 3 b).

Drejer det sig om en svagelighedspension ydet henholdsvis en hjemmesygeplejerske, lønnet efter 2. lønklasse og en assistent på et statshospital, bliver forholdet følgende: En hjemmesygeplejerske, født 18/8 1914, optaget i pensionskassen 1/7 1943, pensionsalder fra 1/9 1944 (ved det fyldte 30. år), vil, dersom hun svagelighedspensioneres pr. 1/3 1951 ($6\,^{6}/_{12}$ års pensionsalder) være berettiget til kr. 804,15 i årlig pension, medens hun, hvis hun havde været ansat på et af statens hospitaler, ville kunne opnå en pension på kr. 3.343,68 årlig (bilag 4 a og 4 b).

Den store forskel i pensionerne skyldes for det første, at der til pensionen fra Pensionskassen for Hjemmesygeplejersker ikke ydes reguleringstillæg; for det andet, at grundpensionen for statens sygeplejersker beregnes med $^{42}/_{60}$ af den gennemsnitlige pensionsgivende løn for de sidste 3 ansættelsesår, medens pensionen fra pensionskassen udgør $^{18}/_{40}$ af den pensionsgivende løn (sygeplejerskens pensionsindtægt) ved hendes indtræden i pensionskassen. Pensionsindtægten forhøjes imidlertid hver gang, sygeplejersken får tillagt et alderstillæg, dog ikke med det fulde beløb, men kun med en procentdel heraf i henhold til pensionskassens vedtægter.

Hjemmesygeplejerskernes dårlige pensionsforhold føles som en alvorlig uretfærdighed mod en kategori af sygeplejersker, som ved deres arbejdes omfang og ansvar burde kunne se frem til en pension på linie med de hospitalsansatte sygeplejersker. Fortsatte dårlige pensionsforhold vil yderligere bevirke, at tilgangen af sygeplejersker til hjemmesygeplejen nedsættes.

Særlig grelt tegner de allerede pensionerede hjemmesygeplejerskers pensionsforhold sig. Det drejer sig i øjeblikket om 162 alderspensionerede og 131 svagelighedspensionerede med en gennemsnitspension af kr. 586,41 årlig; tal der taler sit tydelige sprog om disse pensioners mangelfuldhed.

Dansk Sygeplejeråd og Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark tillader sig at henlede det ministerielle udvalgs opmærksomhed på, at hjemmesygeplejen allerede nu er inddraget under lovgivningen, jfr. lov om offentlig forsorg §§ 33 og 274. De to organisationer vil vanskeligt kunne tilslutte sig en betænkning, som foreslår mere vidtgående lovgivning på dette område, uden at pensionsspørgsmålet samtidig løses på tilfredsstillende måde.

Vi skal derfor henstille til det ministerielle udvalg, at der i forslag til lov om hjemmesygeplejen også indeholdes et forslag om pension til hjemmesygeplejerskerne, der sikrer dem en alders- og svagelighedspension på linie med sygeplejersker på statens hospitaler.

For Dansk Sygeplejeråd

(sign.) *Maria Madsen*,
formand.

For Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark,
(sign.) *P. M. Sander*, formand.

Bilag 1 a.

født 1/3 1886. frk. N.N. pensionsalder 1/1 1920 (33 år)

fra 1/1 1920—1/1 1928	8 år à kr. 1636,36 = ...	kr.	13090,88
- 1/1 1928—1/1 1934	6 - - - 2000,00 = ...	-	12000,00
	14 år	kr.	25090,88
	Gennemsnitsløn	kr.	1792,21
	løn pr. 1/1 1934	-	2000,00
	forhøjelse	kr.	207,79
	Gennemsnitsløn	kr.	1792,21
Ændring f. 1/3 1886 1/1 1934 (47 år) stigning	$\frac{207{,}79 \times 38}{100}$ = ...	-	78,96
		kr.	1871,17
	Pensionsløn 1/1 1934	kr.	1871,17
Ændring f. 1/3 1886 1/1 1936 (49 år) nedgang	$\frac{400 \times 28}{100}$ = ... ÷	-	112,00
		kr.	1759,17
Ændring f. 1/3 1886 1/1 1942 (55 år) stigning	$\frac{200 \times 12}{100}$ = ...	-	24,00
		kr.	1783,17
Ændring f. 1/3 1886 1/1 1946 (59 år) stigning	$\frac{100 \times 2}{100}$ = ...	-	2,00
		kr.	1785,17

betalt til 1/1 1950
pensionsalder fra 1/1 1920
pensionsalder 30 år $= \frac{18}{40}$ pensionsbrøk.

Pension $\frac{1785{,}17 \times 18}{40}$ = kr. 803,32

Bilag 1 b.

Pension: assistenter i statens tjeneste.

pensionsgivende løn ..... kr. 2850,00 i grundløn
- 960,00 i pensionsgivende tillæg
ialt... kr. 3810,00

42/60 af kr. 3810,00 = ...	kr.	2667,00
reguleringstillæg	-	2640,00
midlertidigt løntillæg	-	504,00
årlig pension	kr.	5811,00
mdl. pension	kr.	484,25

Bilag 2 a.

Pensionsudregninger
i henhold til de nugældelde lønninger.

1. lønklasse:

sygeplejerske frk. N.N. født 1/10 1921 pensionsalder 1/10 1951 (30 år)

Pensionsindtægt				kr.	3700,00
Ændring	f. 1/10 1921 – 1/10 1954 = 33 år	stigning	kr. $\frac{400 \times 93}{100}$ = ...	-	372,00
				kr.	4072,00
Ændring	f. 1/10 1921 – 1/10 1957 = 36 år	stigning	kr. $\frac{300 \times 76}{100}$ = ...	-	228,00
				kr.	4300,00

betalt til 1/11 1981
pensionsalder fra.....1/10 1951
pensionsalder..... 30 1/12 år $= \frac{18}{40}$ pensionsbrøk

årlig pension $\frac{4300 \times 18}{40}$ = kr. 1935,00

Bilag 2 b.

Pension: afdelingssygeplejersker i statens tjeneste.

pensionsgivende løn:	kr.	3300,00 i grundløn
	-	1080,00 i pensionsgivende løntillæg
ialt...	kr.	4380,00

42/60 af kr. 4380,00 = ...	kr.	3066,00
reguleringstillæg	-	2640,00
midlertidigt løntillæg	-	504,00
årlig pension	kr.	6210,00
mdl. pension	kr.	517,50

Bilag 3 a.

2. lønklasse.

pensionsindtægt			kr. 3200,00
Ændring	f. 1/10 1921 – 1/10 1954 = 33 år stigning	$\frac{200 \times 93}{100}$ =	- 186,00
			kr. 3386,00
Ændring	f. 1/10 1921 – 1/10 1957 = 36 år stigning	$\frac{\text{kr. } 200 \times 76}{100}$ =	- 152,00
			kr. 3538,00
Ændring	f. 1/10 1921 – 1/10 1960 = 39 år stigning	$\frac{\text{kr. } 200 \times 62}{100}$ =	- 124,00
			kr. 3662,00

betalt til 1/11 1981
pensionsalder fra...1/10 1951

pensionsalder..... 30 1/12 år $= \frac{18}{40}$ pensionsbrøk

årlig pension $\frac{3662 \times 18}{40}$ = ... kr. 1647,90

Bilag 3 b.

Pension: assistenter i statens tjeneste.

Pensionsgivende løn:	kr. 2850,00	i grundløn
	- 960,00	i pensionsgivende tillæg
ialt...	kr. 3810,00	

42/60 af kr. 3810,00 = ...	kr. 2667,00
reguleringstillæg	- 2640,00
midlertidigt løntillæg	- 504,00
årlig pension	kr. 5811,00
mdl. pension	kr. 484,25

Bilag 4 a.

opt. 1/7 1943

f. 18/8 1914 frk. N.N. pensionsalder (1/9 1944)

Pensionsindtægt ..... kr. 3200,00

Ændring $\frac{\text{f. 18/8 1914}}{\text{1/7 1946}}$ stigning $\frac{200 \times 100}{100}$ = ... - 200,00

31 år kr. 3400,00

Ændring $\frac{\text{f. 18/8 1914}}{\text{1/7 1949}}$ stigning $\frac{200 \times 87}{100}$ = ... - 174,00

34 år kr. 3574,00

betalt til 1/3 1951

pensionsalder fra...1/9 1944

pensionsalder ..... $6^{6}/_{12}$ år $= \frac{9}{40}$ pensionsbrøk

årlig pension $\frac{3574{,}00 \times 9}{40}$ = kr. 804,15

Dersom der tillægges pensionister invaliderente, nedsættes pensionen med 40 %

Bilag 4 b.

Pension: assistenter i statens tjeneste.

f. 18/8 1914
ansat 1/7 1943
afskediget på grund af svagelighed 1/3 1951.

gennemsnitsløn fra pensionsrettens indtræden og til afskedigelsen

grundløn + 2 alderstillæg	kr. 2640,00
alm. pensionsg. løntillæg	- 960,00
pensionsindtægt	kr. 3600,00

Pension:

18/60 af kr. 3600,00 = ...	kr. 1080,00
reguleringstillæg	- 1980,00
midlertidigt løntillæg	- 362,88
årlig pension	kr. 3343,68
mdl. pension	kr. 278,64

Bilag 4.

København, den 26. juni 1952.

SKRIVELSE

fra

Formanden for Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark, Læge P. M. Sander og Dansk Sygeplejeråds Repræsentant i Arbejdsudvalget, Hjemmesygeplejerske Ellen Pentz Møller.

Vedr. forslag til hjemmesygeplejerskernes pensionsforhold.

Med hensyn til det af arbejdsudvalgets flertal vedtagne forslag til ændring af hjemmesygeplejerskernes pensionsforhold skal undertegnede repræsentanter for Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark og Dansk Sygeplejeråd tillade sig at fremsætte følgende udtalelse:

Det er med beklagelse, at vi erfarer, at udvalget i sit forslag til betænkning om den fremtidige ordning af hjemmesygeplejen i Danmark ikke har taget hensyn til vore organisationers henvendelse af 16. november 1951, hvori Centralforeningen og Dansk Sygeplejeråd indtrængende henstillede til udvalget, at alle hjemmesygeplejersker pensionssikredes på linie med sygeplejersker på statens hospitaler.

Vi skal i denne forbindelse henlede opmærksomheden på ,at der for hjemmesygeplejerskernes vedkommende kræves fuldtud den samme uddannelse, som det er tilfældet for de sygehusansatte sygeplejersker, ligesom deres arbejde må anses for lige så ansvarsfuldt, hvorfor vort krav i ovennævnte henvendelse om en ensartet pensionssikring må anses for rimeligt, særlig på baggrund af de i de senere år vedtagne pensionssikringer bl. a. for børneforsorgsarbejdere, distriktsjordemødre, privatskolelærerne og præsterne indenfor de frie kirkelige institutioner.

Vi kan derfor stadig kun henholde os til det af Centralforeningen af Hjemmesygeplejevirksomheder i Danmark og Dansk Sygeplejråd i henvendelse af 16. november 1951 fremsatte forslag, idet vi iøvrigt henstiller, at spørgsmålet tages op til direkte forhandling mellem finansministeriet og organisationerne.

(sign.) *P. M. Sander.* (sign.) *Ellen Pentz Møller.*

...ialministeriets
bibliotek