



Digitaliseret af / Digitised by

DET KONGELIGE BIBLIOTEK  
THE ROYAL LIBRARY

København / Copenhagen

**Titel:** En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg

**Ophav:**

**Ressourcetype:**

**Ressourcetype:**

**Oprindelsesdato:** 1977

**Emne:**Partiprogram, partiprogrammer, program

**Opstilling:** DA-småtryk. Politik 4

**Relateret:**

**Relateret:**

**Copyright:** Billedet er muligvis beskyttet af loven om ophavsret

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 3

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 4

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 5

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 6

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 7

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 8

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 9

[En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg](#) 10

**Debatoplæg**

**EN SOCIALDEMOKRATISK SUNDHEDSPOLITIK**

Udarbejdet af  
Socialdemokratiets udvalg vedrørende  
social-, sundheds- og familiepolitik



## En socialdemokratisk sundhedspolitik : Debatoplæg

### Forord

Socialdemokratiets udvalg vedrørende social-, sundheds- og familiepolitik nedsatte den 16. december 1975 en arbejdsgruppe med den opgave at udarbejde et forslag til en fremtidig sundhedspolitik.

Arbejdsgruppen bestod af: Per Buch Andreasen, Anna Ankersen, Mogens Camre, Inge Gyde-Petersen, Jonna Lund Hansen, Karl Hjortnæs, Erik Holst, Marianne Løffler, Carl Erik Mabeck, Søren Rasmussen, Erik B. Smith og Bengt Zachau-Christiansen.

Arbejdsgruppen afsluttede sit arbejde den 1. august 1976 med at afgive den efterfølgende rapport til udvalget, som på et møde den 23. august 1976 har givet sin tilslutning hertil, med følgende tilføjelse:

Et flertal i udvalget kan ikke tiltræde de forslag i afsnittet om styring af sundhedsvæsenet, der vedrører en sammenlægning af amternes socialudvalg og sygehusudvalg samt forslag om etablering af et sundhedsdepartement og oprettelse af et stående folketingsudvalg vedrørende sundhedsvæsenet.

Udvalgets flertal finder det nødvendigt at bevare såvel socialudvalget som sygehusudvalget, idet de

to udvalg begge har så omfattende arbejdsopgaver, at en eventuel sammenlægning kan medføre en forflygtigelse af det politiske ansvar, ligesom en eventuel sammenlægning ikke nødvendigvis medfører en tilstrækkelig koordination. Hele udvalget finder dog anledning til at præcisere, at en bedre koordination mellem de to udvalg til løsning af arbejdsopgaverne er tvingende nødvendig.

Det samme flertal i udvalget foreslår på centralt plan, at der oprettes et departement for social- og sundhedsvæsenet for bedre at sikre en lovmæssig koordination i social- og sundhedssektoren. Endvidere foreslås, at det stående socialudvalg i Folketinget skal have udvidet sin kompetence til også at omfatte sundhedssektoren. Folketingets socialudvalg foreslås ændret til: Folketingets social- og sundhedsudvalg.

Arbejdsgruppens rapport med udvalgets indstilling er forelagt Socialdemokratiets hovedbestyrelse, som har besluttet at offentliggøre rapporten som debatoplæg som led i de politiske drøftelser forud for Socialdemokratiets kongres i september 1977 om et nyt princip-, arbejds- og kommunalpolitisk program.

Per Buch Andreasen

Mogens Bille

Bjørn Christensen

Eva Gredal

Egon Jensen

Erik B. Smith

Bernhardt Tastesen

Jacob Vedel-Petersen

  
DET KONGELIGE BIBLIOTEK  
KØBENHAVN

1229/3134

Social- og sundhedspolitikens mål må være at fjerne sygdomsskabende faktorer i arbejds-, bolig-, trafik-, familie- og fritidsmiljøet og fremme sundheden i alle befolkningsgrupper. Social- og sundhedstjenesten må samordnes og decentraliseres og den folkelige medvirken må udvides. Den sundhedsmæssige service i nærmiljøet må udbygges. Alle sociale og sundhedsmæssige ydelser må finansieres solidarisk.

Det danske sundhedsvæsen er internationalt set karakteriseret ved en høj faglig og institutionsmæssig standard og usædvanlig ensartethed i behandlingstilbud geografisk og socialt.

De samlede offentlige udgifter til sundhedstjenesten, herunder plejehjemssektoren var i 1975-76 knap 15 mia. kr. Hertil kommer, at befolkningen ved siden af skatterne yder yderligere ca. 2 mia. kr. Sygehusvæsenet brugte halvdelen af det samlede beløb til sundhedsvæsenet, medens plejehjemssektoren og den primære sundhedstjeneste hver brugte en fjerdedel. Til forebyggelse anvendtes ca. 400 mill. kr.

I marts 1975 var antallet af heltidsbeskæftigede på sygehusene 81.000 medens antallet af beskæftigede i den primære sundhedstjeneste kan anslås til ca. 25.000. Som eksempel på arbejdsomfanget kan nævnes, at de praktiserende læger havde 20 mill. patientkontakter og  $\frac{3}{4}$  mill. indlæggelser fandt sted på sygehus.

I 1964 androg udgifterne til sundhedstjenesten 2,9% af den samlede værdi af den danske produktion, i 1973 5,6%.

Den stærke vækst i mængden af ydelser og i forbrug af økonomiske ressourcer er imidlertid ikke sket som led i en sammenhængende sundhedspolitik. Udviklingen af sundhedsvæsenet har været præget af en utilstrækkelig styring og koordination og en svigtende interesse for at styrke den forebyggende social-medicinske indsats.

Det nuværende sundhedssystem ofrer som regel først ressourcer, når alvorlig eller varig skade på helbredet er indtrådt. Kostbare undersøgelses- og behandlingsformer indføres uden at der er foretaget en samlet vurdering af deres nytte i forhold til de ressourcer, der beslaglægges.

Fortsatte sundhedsmæssige fremskridt vil kræve en offensiv sundhedspolitik, der må omfatte virkemidler, der går langt uden for det traditionelle sundhedsvæsen.

### Den primære sundhedstjeneste

Den primære sundheds- og socialtjeneste bør i fremtiden opbygges således, at mulighederne for

en koordineret indsats med henblik på løsning af såvel medicinske og sociale som social-medicinske problemer samt forebyggelse af problemernes opståen sker mest hensigtsmæssigt. Der bør derfor tilstræbes en integrering af social- og sundhedstjenesten med henblik på en rationel udnyttelse af faglig ekspertise på det mindst ressourcekrævende niveau. Endvidere bør borgernes lette adgang til hjælp sikres ved at placere hjælpemulighederne i nærmiljøet. Borgeren skal have adgang til frit at vælge læge eller socialarbejder for at fremme et personligt og varigt forhold til læge eller socialarbejder.

Den primære læge- og socialtjeneste organiseres i socialmedicinske enheder med et befolkningsunderlag på omkring 10.000 indbyggere. Dvs. at hver kommune opdeles i geografiske enheder med 8-15.000 indbyggere pr. enhed. Personalet i den socialmedicinske enhed består af en sundhedsgruppe og en hjemmeplejegruppe.

Hvor geografiske eller organisatoriske forhold taler for det, arbejder personalet i den socialmedicinske enhed i mindre centre inden for enheden, idet der bør lægges afgørende vægt på, at såvel den primære sundhedstjeneste som den primære socialtjeneste får nær tilknytning til nærmiljøet, og at de enkelte centre bliver så små, at institutionspræg undgås.

### Den socialmedicinske enhed:

**Sundhedsgruppen:** består af en alment praktiserende læge pr. 1250 indbyggere, kliniksyrgeplejersker og hjemmesyrgeplejersker, sundhedsplejersker, fysioterapeuter. Endvidere knyttes til gruppen psykolog, jordemoder, samt speciallæger, som er stillet til rådighed fra amtssundhedsvæsenet.

Medicindistribution og tandpleje bør integreres i de socialmedicinske enheders funktion.

**Hjemmeplejegruppen:** består af hjemmehjælpere, sygehjælpere og ergoterapeuter. Hjemmeplejegruppen arbejder i nær kontakt med sundhedsgruppen, specielt med hjemmesyrgeplejersker og sundhedsplejersker.

**Socialgruppen:** omfatter socialarbejdere (socialrådgivere eller andre med tilsvarende uddannelse), psykologer.

Det er de socialmedicinske enheders opgave at varetage den primære kontakt med borgeren, der frit kan henvende sig i centret med et hvilket som helst sundhedsmæssigt eller socialt problem. Såvel sundhedsgruppen som socialgruppen bør 1) varetage behandling af/hjælpe enkeltpersoner og familier med helbredsmæssige eller sociale pro-

blemer, 2) have til opgave at varetage det forebyggende og opsøgende arbejde i lokalområdet og 3) at påpege generelle forhold i lokalsamfundet af betydning for beboernes trivsel, sundhed og sociale funktioner.

Personalet i den socialmedicinske enhed bør have vidtgående kompetence med hensyn til at træffe selvstændige afgørelser. De generelle retningslinjer for disse afgørelser fastlægges af de ansvarlige politiske organer i kommune og amt i samarbejde med repræsentanter for personalet i de socialmedicinske enheder.

Kommunens centrale forvaltning skal fortrinsvis beskæftige sig med administrative opgaver i forbindelse med driften af det primære social- og sundhedsvæsen samt udbetaling af pensioner, dagpenge og andre lovbestemte ydelser.

Ansættelsesvilkår for personalet i den primære sundheds- og socialtjeneste skal først og fremmest tilgodese kravet om et hensigtsmæssigt samarbejde inden for den socialmedicinske enhed. Endvidere skal ansættelsesvilkår indrettes med henblik på, at samfundet skal have mulighed for at styre funktionerne inden for det primære social- og sundhedsvæsen og samarbejde funktionerne med overordnede mål for sundheds- og socialvæsenet.

Anlægs- og driftsudgifter vedrørende den primære sundhedstjeneste afholdes direkte af det offentlige. I øjeblikket afholdes udgifterne til lægepraksis al ligevel af det offentlige som en del af lægernes honorarer.

De praktiserende lægers og tandlægers løn bør fremover kun honorere deres egen arbejdsindsats. Det frie læge- og tandlægevalg bevares. De nuværende praktiserende lægers aflønning kan som en overgangsordning eventuelt ske efter antallet af tilmeldte patienter, men herudover bør akkordaf-lønning afskaffes. Nyetablerede læger ansættes med fast løn.

Målet må være at sikre befolkningen samme mulighed for et ensartet serviceniveau i den primære lægetjeneste.

### Tandpleje

De aktuelle problemer for tandplejen i Danmark er:

**at** der endnu ikke er taget de fornødne ernærings- og miljøpolitiske initiativer til at iværksætte effektive tandsygdomsforebyggende foranstaltninger på områder som sukkerforbrug og drikkevandsfluoridering,

**at** ikke alle småbørn og børn i den undervisningspligtige alder har lige adgang til vederlagsfri kommunal tandpleje,

**at** 25–35% af de unge ikke tilslutter sig den offentlige sygesikrings regelmæssige tandplejeordning,

**at** 50–60% af den voksne befolkning i aldersgruppen 30–65 år søger tandlæge mindre end én gang om året,

**at** regelmæssige tandplejevaner i høj grad afhænger af social status, – og

**at** den eksisterende offentlige voksentandpleje i det store og hele kun består i en nødtørført tandbehandling.

De indvundne erfaringer med småbørns- og børnetandpleje i offentligt regi taler ubetinget for, at alle kommuner varetager tandplejen for de 0–16-årige på kommunale klinikker.

Interessen for at fortsætte med regelmæssige tandundersøgelser efter afgang fra den offentlige børnetandpleje kan utvivlsomt forbedres gennem en udvidet opsøgende virksomhed, der bør kombineres med årgangsvis tilslutning til den eksisterende børnetandpleje i kommunalt regi. En sådan foranstaltning bør dog først bringes til udførelse, når der er oprettet tandpleje på kommunale klinikker for de 0–16 årige, og når tandplejeelementet i de socialmedicinske enheders sundhedsgrupper fungerer tilfredsstillende i forhold til institutioner og risikogrupper.

I takt med den årgangsvise udvidelse af tandplejen på de offentlige børnetandplejeklinikker vil der efterhånden opstå et behov for oprettelse af egentlige voksentandplejeklinikker, der vil fungere som selvstændige enheder, men i snævert samarbejde med de socialmedicinske enheder.

Sidelevende med bestræbelserne for at forbedre tandplejeindsatsen i forhold til småbørn, børn og unge er det påkrævet at forbedre tandforholdene hos de voksne personer, som allerede er omfattet af offentlig vederlagsfri tandpleje. Den forstærkede indsats på dette område bør ske gennem en kombination af institutionstændpleje og opsøgende virksomhed fra sundhedsgruppen i den socialmedicinske enhed, hvis udadrettede aktiviteter endvidere skal tjene til at motivere den halvdel af aldersgruppen 30–65 år, som ikke har erhvervet sig regelmæssige tandplejevaner.

Der sigtes således på en gradvis udbygning af den offentlige tandplejesektor med hovedvægten lagt på forebyggelse og udstrakt grad af opsøgende virksomhed.

I den periode, som vil forløbe indtil den offentlige sektor har overtaget al udøvende tandplejevirk-somhed i Danmark, anbefales en styring af prisudviklingen i privat praksis (tandlæger og tandteknike-re), dels som hidtil gennem sygesikrings-overens-

komsterne og dels gennem fastsættelse af maksimalpriser for det ikke-overenskomstomfattede område. Som en nyskabelse bør i overgangsperioden gennemføres kvalitetskontrol i såvel den offentlige som den private sektor.

De kommende års indsats bør først og fremmest sigte på at etablere sundhedsfremmende og forebyggende foranstaltninger. På tandsygdommenes område vil det være nærliggende i første række at rette opmærksomheden mod sukkerforbruget og mulighederne for drikkevandsfluoridering. Ernærings- og miljøpolitiske indgreb på disse områder vil efter alt at dømme have større effekt end måske alle øvrige foranstaltninger tilsammen.

### Forsøgsordninger

De foreslåede ændringer i den primære sundhedstjeneste, herunder tandplejen, er så omfattende, at forsøgsordninger i forskellige geografiske områder må iværksættes med henblik på at vurdere virkningerne, herunder omkostningerne.

### Sygehusvæsenet

Sygehusvæsenet må i højere grad end hidtil samordnes med det øvrige sundhedsvæsen. Dette gælder både med hensyn til den samlede sundhedsplanlægning, som der er behov for, og med hensyn til det lægelige og plejemæssige samarbejde omkring den enkelte patient.

De meget specialiserede lægelige opgaver hører hjemme på sygehusene, men der bør alligevel lægges stor vægt på behandling af almindelige lidelser, som ikke kan behandles tilfredsstillende uden for hospitalsvæsenet.

Den ambulante service må fortsat udvides, og et nært samarbejde med de praktiserende læger må tilstræbes. En velfungerende laboratorieservice for den primære sundhedstjeneste må gennemføres overalt, således at unødvendige ventetider undgås. De tiltagende ambulante funktioner i sygehusvæsenet bør medføre en mere forbrugervenlig holdning med åbningstider uden for normal arbejdstid. Dette vil også sikre en bedre udnyttelse af investeringerne i det kostbare apparatur på hospitalerne.

En god og menneskelig patientpleje må præge arbejdet på sygehusene. Patienterne bør informeres med omhu om undersøgelser og behandlinger. Ved undersøgelse og behandling af sygdomme skal der ikke énsidigt lægges vægt på tekniske muligheder,

men der skal tages hensyn til patientens egne ønsker og samlede sociale og psykologiske situation. Der skal være mulighed for, at også patienter, som p.g.a. familieforhold og deres sociale situation i øvrigt ikke kan behandles i hjemmet, på hospital eller på anden måde kan få den nødvendige pleje og omsorg under deres sygdom.

Det skal fortsat sikres, at enhver efter henvisning fra praktiserende læge har adgang til behandling hos speciallæge og på sygehus i det omfang dette er nødvendigt. Det må tilstræbes, hvor patientens tilstand muliggør dette, at indlæggelse på sygehus planlægges nøje for at sikre en rationel anvendelse af sygehusene.

En række af de medicinske specialer, hvor en del af undersøgelserne og behandlingen ofte må foregå på sygehus, bør fortrinsvis varetages af speciallæger med fast tilknytning til sygehusene. For at opnå en let adgang til speciallægebehandling og sikre god kontakt med den primære lægetjeneste, skal disse speciallæger efter behov have fast konsultation i tilknytning til én eller flere socialmedicinske enheder uden for hospitalet.

De generelle retningslinjer for behandling på sygehusafdelinger bør tilrettelægges af politikerne i samarbejde med repræsentanter for det primære sundhedsvæsen, sygehusvæsenet og forbrugergrupperne. De amtslige sundhedsudvalg skal påse, at sygehusene fungerer i overensstemmelse med de fastlagte generelle retningslinjer.

### Demokratisering af sundhedsvæsenet

Alle personalegrupper bør sikres aktiv deltagelse i og medindflydelse på sundhedsvæsenet.

I samarbejde med fagbevægelsen bør medarbejderne i sundhedsvæsenet og deres repræsentanter deltage i ledelsen og hermed i beslutningerne på sygehusene og i den primære sundhedstjeneste. Dette vil bl.a. indebære oprettelsen af et tværfagligt personaleråd som øverste rådgivende organ på det enkelte sygehus. Alle personalegruppers indflydelse på sygehusets ledelse er en forudsætning for en økonomisk anvendelse af ressourcerne på hospitalerne. Et snævert samarbejde alle personalegrupper imellem er endvidere en betingelse for et godt behandlings- og plejeresultat.

Også patienterne bør have mulighed for at deltage i planlægning og vurdering af sundhedstjenesten på alle niveauer. Repræsentanter for patienterne bør i denne forbindelse udgå fra forbrugergrupper i det lokalsamfund, der betjenes af de pågældende sygehuse og socialmedicinske enheder.

### Den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats

Det er samfundets opgave at skabe leveforhold og udviklingsmuligheder for det enkelte menneske, som på bedst mulig måde sikrer bevarelsen af sundhed og trivsel og forebygger opståelse af sygdom.

Selv om der ikke må ske en forringelse af mulighederne for behandling af syge mennesker, skal der i fremtiden sættes mere på forebyggelse af sygdom og på, at sygdom og dårlig trivsel opspores og behandles så tidligt som muligt.

Der mangler i øjeblikket en forståelse for værdien af forebyggende sundhedsarbejde på linje med den både i befolkningen og blandt fagfolk udbredte forståelse for værdien af behandlings- og plejeindsatsen i sundhedsvæsenet. Kun herved kan de klare sociale skævheder i sundhedstilstanden i den danske befolkning påvirkes.

Den forebyggende indsats må nødvendigvis række langt uden for sundhedsvæsenet:

Befolkningens helbred kan forbedres gennem arbejdsmarkedspolitikken, boligpolitikken, socialpolitikken, indkomspolitikken, trafikpolitikken og levnedsmiddelpolitikken.

De sundhedspolitiske forebyggelsessynspunkter bør i fremtiden få en central placering i lovgivningen på alle disse områder.

Den primære sundhedstjeneste bør fortsat spille en aktiv rolle i det forebyggende arbejde blandt gravide og børn.

Sundhedsvæsenets personale skal udvide samarbejdet med andre faggrupper med henblik på at forbedre forholdene af generel sundhedsmæssig betydning i lokalsamfundet. Der bør i fremtiden lægges større vægt på sundhedsoplysning og sundhedsopdragende foranstaltninger. Mulighederne for individuel vejledning i sundhedsspørgsmål skal udbygges. Sundhedslære skal indgå i skolens undervisning med det formål at fremme viden, holdninger og adfærd af betydning for opnåelse af størst mulig sundhed.

Mulighederne for opsøgende arbejde med henblik på tidlig påvisning af tegn på sygdom, fejltilpasning og dårlig trivsel skal udnyttes. Specielt bør der rettes tilbud til risikogrupper, der som følge af deres arbejde, boligforhold eller sociale stilling er særligt udsatte for helbredsforringende påvirkninger. Den opsøgende og forebyggende indsats blandt voksne og ikke mindst ældre vedrørende forebyggelse af bl.a. kræft, hjertesygdomme, ryglidelser, tandsygdomme samt misbrug af sundhedsfarlige nydelsesmidler bør udbygges. Der bør i den forbindelse lægges særlig vægt på, at forsøgsord-

ninger iværksættes og gennemføres i nødvendigt omfang med henblik på at afprøve og forbedre mulighederne for sundhedsfremmende og sygdomsopsporende aktiviteter.

### Bedriftsundhedstjeneste

Arbejdspladsmiljøet har en afgørende betydning for de voksnes helbredstilstand. Bedriftsundhedstjenesten bør være et af de væsentligste led i det sygdomsforebyggende arbejde. Arbejdspladsmiljøet må sikres og individuelle sundhedsmæssige og trivselmæssige hensyn tilgodeses fuldt ud ved og under ansættelser.

Der er behov for en bedriftsundhedstjeneste, som omfatter samtlige arbejdspladser. Bedriftsundhedstjenesten bør tilrettelægges efter arbejdspladsernes størrelse og geografiske forhold. En velfungerende bedriftsundhedstjeneste forudsætter, at den er underlagt virksomhedens sikkerhedsorganisation. Bedriftsundhedstjenesten må omfatte en arbejdsmiljøgruppe og en sundhedsgruppe og herved sikre den nødvendige tværfaglige sagskudskab.

Samfundet bør hurtigt sørge for en uddannelse af det nødvendige personale for at bedriftsundhedstjenesten kan få fagligt kvalificerede medarbejdere. Bedriftsundhedstjenesten bør udbygges gradvist, og forsøgsordninger bør snarest etableres i samarbejde med det statslige arbejdsmiljøinstitut og de amtskommunale arbejdsmedicinske klinikker.

### Lægemedelpolitik

Samfundets lægemiddelpolitiske målsætning må være at sikre patienterne effektivt, sikker og billig medicin, at undgå overforbrug og misbrug af medicin og at fremme udvikling af ny og bedre medicin. Samfundets kontrol med lægemidler skal til stadighed sørge for, at disse lever op til gældende videnskabelige kvalitetskrav. Sundhedsmyndighederne skal drage omsorg for, at lægemidler kun indregistreres, når de opfylder et medicinsk behov. Al nødvendig medicin bør være gratis. Dette kan kun gennemføres, såfremt lægerne, der ordinerer medicinen får en nøjagtig og saglig information om lægemidler og vælger præparat under hensyn til prisen.

Forudsætningen for at lægemidlerne kan anvendes sikkert og effektivt mod de sygdomstilstande, som de er beregnet til er, at læger og patienter er tilstrækkeligt informerede om deres rette anvendelse



og håndtering. Al information om lægemidler bør derfor formidles af sundhedsmyndighederne og lægemiddelkomiteer, hvor medicinske og farmaceutiske eksperter udarbejder anbefalinger for behandling med medicin under hensyn til prisen.

Den danske medicinindustri er en vigtig eksportindustri og er af stor betydning for den lægevidenskabelige forskning og udvikling i Danmark. Den udenlandske medicinindustri, der er domineret af multinationale firmaer, vinder frem på bekostning af de mindre nationale firmaer, der ikke har penge eller ressourcer til at udvikle ny medicin.

Den danske medicinindustri, som består af en snes forskellige firmaer står i fare for at blive udkonkurreret eller opkøbt af de udenlandske koncerner. Kun en samordning af den danske medicinindustri med hensyn til forskning, udvikling, produktion og salg af lægemidler vil fremover kunne sikre, at denne del af dansk erhvervsliv kan bevares og udvikles til gavn for den samfundseconomiske og lægevidenskabelige udvikling.

Samfundet bør støtte en sådan samordning, kanaliseret gennem et offentligt ejet produktionsselskab for lægemidler. På længere sigt må endemålet være, at samfundet overtager ansvaret for al produktion af medicin.

Apoteksproduktionen af lægemidler svarer mængdemæssigt til 40% af det danske medicinforbrug og beløbsmæssigt til 25%. Denne markedsandel bør bevares under offentlig kontrol og produktionen bør i vid udstrækning koncentreres og koordineres med sygehusapotekernes produktion. Det skal imidlertid påpeges, at hvor forholdene gør det mest rationelt kan der være indtil flere evt. specialiserede produktionsenheder i samme amt, ligesom der kan foregå et samarbejde amterne imellem, hvor det er det mest hensigtsmæssige.

En gros distribution af lægemidler bør samles i ét selskab, hvori amterne bør have en væsentlig indflydelse. En gros distributionen bør kædes sammen med en centraliseret indkøbsfunktion for lægemidler, hvilket både vil give driftsøkonomiske gevinster og muliggøre indkøb af lægemidler til en lavere pris, end tilfældet er i øjeblikket. Med hensyn til medicindistributionen til forbrugerne vil det være praktisk at placere distributionsenheder i nær tilknytning til de socialmedicinske centre. Medicindistributionsenhederne bør drives af amterne under tilsyn og styring fra de centrale sundhedsmyndigheder, der skal sikre et ensartet service- og prisniveau over hele landet.

Der må lægges afgørende vægt på, at medicindistributionsenhederne arbejder tæt sammen med læger, sygeplejersker, sundhedsplejersker og andet sundhedspersonale. Integrering af deres funktion i de

socialmedicinske enheder vil sikre en effektiv information om lægemidler til både patienter og sundhedspersonale. Det nuværende apoteksbevillingssystem bør afløses af offentlig ansættelse.

### Sundhedsuddannelserne

Foruden de kendte uddannelser inden for sundhedsvæsenet som f.eks. læge, sygeplejerske og jordemoder er i de senere årtier tilkommet en lang række nye uddannelser som svar på et voksende behov for specialisering.

Det har samtidig været karakteristisk, at de nye uddannelser er vokset op uden sammenhæng med eksisterende sundhedsuddannelser eller med uddannelsessystemet i øvrigt, således at de oftest udgør uddannelsesmæssige blindgyder med snævre erhvervs muligheder.

Uddannelsen af de fleste kategorier af sundhedspersonale er traditionelt rettet mod de behandlingsmæssige opgaver i højere grad end mod de forebyggende opgaver. Ligeledes tilgodeser uddannelsen oftest i første række institutionernes behov og kun i begrænset omfang behovet i den primære sundhedstjeneste.

Udviklingen har medført et stigende krav om et effektivt holdarbejde gennem de mange personalekategorier. De nuværende sundhedsuddannelser tilgodeser ikke behovet for et sådant tværfagligt samarbejde.

Endelig har den hastige udvikling af vore muligheder i sygdomsbehandlingen og de nye sundhedsproblemer, som vi står overfor, medført et voksende behov for tilbagevendende uddannelsestilbud til alle personalegrupper inden for sundhedsvæsenet. Med henblik på at imødegå ovennævnte problemer må uddannelsespolitikken på sundhedsområdet indeholde følgende elementer:

Større vægt på sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende opdragelse og undervisning i førskolealderen og skolealderen til fremme af en hensigtsmæssig sundhedsadfærd og sygdomsadfærd i befolkningen.

Gennemførelse af tvungen samarituddannelse i skolen.

Indbygning af praktiske og teoretiske plejeuddannelsestilbud i den fortsatte skoleuddannelse (10.-12. skoleår), som gør det muligt at opnå erhvervskompetence som sygehjælper ved afslutningen af 12. skoleår.

Tilsvarende bør gælde for beskæftigelsehjælperuddannelsen og andre 1-årige uddannelser til sundhedssektoren.

Adgang for disse personalekategorier til fortsatte studier til sygeplejerske, terapiassistent, jordemoder m.v., samt efter en vis erhvervsaktivitet til de længere-varende uddannelser.

Gennemførelse af en geografisk og faglig samordning af flere sundhedsprofessionelle grunduddannelser overalt, hvor det er muligt, evt. i form af en sundhedsvidenskabelig basisuddannelse.

I alle uddannelser må lægges større vægt på praktisk erfaring og teoretisk viden vedrørende den primære sundhedstjeneste, ligesom der må lægges vægt på at sikre et førstehåndskendskab til befolkningens leve- og arbejdsvilkår.

Dette sidste kan opnås ved at gøre tidligere erhvervsaktivitet til én af betingelserne for adgang til at påbegynde en sundhedsuddannelse.

Der bør skabes en langsigtet planlægning, som tillader den bedste udnyttelse af de investeringer, der er foretaget i uddannelse af sundhedspersonale.

Administrativt bør sundhedsuddannelserne placeres i naturlig sammenhæng med det øvrige uddannelsessystem under undervisningsministeriet.

### Styring af sundhedsvæsenet

Den nære sammenhæng mellem sundhedsvæsenet og dele af socialvæsenet nødvendiggør en omlægning af den nuværende struktur.

**Kommunernes** sociale udvalg har ansvaret for etablering og drift af de socialmedicinske enheder.

I **amterne** bør social- og sundhedsudvalgets og sygehusudvalgets funktioner samles i et amtsligt sundhedsudvalg, der har ansvaret for styring og administration af sygehusvæsenet samt den regionale planlægning og styring af social- og sundhedsvæsenet.

På **det centrale plan** må der etableres et sundhedsdepartement, som bør have ansvaret for den overordnede planlægning og styring af forebyggende sundhedsarbejde, den primære sundhedstjeneste, sygehusvæsenet, lægemiddelområdet og plejehjemsområdet.

Levnedsmiddellovgivningen og den dertilhørende administration flyttes ind under det nævnte sundhedsdepartement.

Der bør oprettes et stående folketingsudvalg vedrørende sundhedsvæsenet.

Med henblik på at opnå den fornødne koordination med sygdomsforebyggelsen uden for den egentlige sundhedssektor, eksempelvis på arbejdspladserne, i trafikken og i den sociale sektor i øvrigt, bør der oprettes et antal stående komiteer mellem de berørte ministerier.

Den sundhedsvidenskabelige forskning er en forudsætning for fortsatte sundhedsmæssige fremskridt. Forsknings- og forsøgsvirksomhed bør udstrækkes til alle dele af sundhedsvæsenet og indgå i den trinvis virkeliggørelse af en offensiv sundhedspolitik.

For oplysninger om ophavsret og brugerrettigheder, se venligst [www.kb.dk](http://www.kb.dk)

For information on copyright and user rights, please consult [www.kb.dk](http://www.kb.dk)