

Primær legetjeneste eller helsetjeneste



Karl Evang

I diskusjonen både i vårt og andre land om den "første frontlinje", d. v. s. det område eller de forhold hvor pasienten får den første kontakt med helseapparatet, er det *legen* som har stått i forgrunnen. Man har de på den ene side diskutert målsettingen for utdannelse av denne "første frontlinje-lege", eller som han også ofte kalles "primær-lege"; videre hvordan man skulle gjøre hans arbeidsvilkår, inntekter, kontakt- og trivselsmuligheter så tiltrekkende at rekrutteringen til denne del av legeyrket igjen tog seg opp. Mange tiltak i den rike del av verden, som vi tilhører, er preget av denne problemstilling. Man vil søke å gjøre primærlegen mere egnet nettopp til hans oppgave, gi ham en slags ny form for encyklopedistisk utdannelse på bredt grunnlag, heve hans status ved å gjøre ham til "spesialist i almenmedisin" o. s. v. Det er de medisinske fakulteter, ofte støttet av sine respektive lands legeföreninger, som med priverdig iver og entusiasme har gått inn for denne oppgave. Stort sett må man også si at de to professorater i almenmedisin som er opprettet i Norge bærer preg av dette, skjønt det kanskje ikke er riktig å si at filosofien omkring disse tiltak ennå er avklart. Jeg håper iallfall det er berettiget å si at dette ennå befinner seg på

Nedanstående artikel är författad av helse-direktören i Norge, Karl Evang. Han framhåller här att vi i många avseenden radikalt behöver ompröva samhällets service på hälso- och sjukvårdens område. Man kan inte hänge sig åt romantiska föreställningar om en familjeläkare som den egentliga bäraren av hela denna hälsoservice. Vi har en specialisering som medför att vi inte längre kan tala om "läkare" i någon enhetlig bemärkelse. Specialiseringen har också medfört att en rad andra yrkesgrupper blivit lika mycket specialister. Detta har långtgående konsekvenser både för organisationen av hälsocentra, för avlöningsförhållanden och för utbildningen. Viktigast är härvid kanske att man koordinerar den medicinska servicen i trängre bemärkelse med en socialmedicinsk och social service. Vi kan inte heller nöja oss med en rent passiv service, där kontakten bygger på de enskilda individernas egna initiativ.

Artikeln bygger på ett inlägg vid den andra nordiska kongressen i socialmedicin i Lillehammer, juni 1970.

det eksperimentelle stadium. Et interessant trekk i denne utvikling er at man —omenn ikke systematisk — så dog har prøvd å identifisere funksjoner hvor det ble antatt at den tidligere "primær-lege" etter sin utdannelse ikke kunne yte adekvat service og gjennom etterutdannelse (eller om man vil videreutdannelse) har søkt å gi ham slik innsikt.

I vårt land kan her blant flere eksempler nevnes bestrebelsene for å gjøre primærlegen mere skikket til å yte service til befolkningen når det gjelder de helsemessige aspekter ved reproduksjonsprosessen og på det mentalhygieniske felt.

Romantiske forestillinger

I betydelig utstrekning har imidlertid disse bestræbelser etter mitt skjønn lidd av urealistiske, nærmest romantiske forestillinger om gjenopplivelse av den gamle "familielege", og det har i vårt

land som i andre land også helt konvensjonelt vært tenkt innenfor rammen av et lønns- og oppgjørssystem vesentlig preget av legens gjerning som et "fritt yrke". Man er i adskillig utstrekning falt tilbake til en emosjonelt betonet og tradisjonsbundet beskrivelse av primærlegen som den "egentlige bærer" av legevirksomheten, som helse-tjenestens nøkkelperson, viktigst såvel fra helse-messig som fra økonomisk synsvinkel. Ikke minst har man søkt å vinne politikernes tilslutning ved å undertreke dette siste moment: at primærlegen kan spare samfunnet for kostbar sykehusinnleggelse. Et stort nummer er gjort av undersøkelser som viser hvor stor prosent av de pasienter en slik primærlege ser i det hele ikke kommer til behandling i andre ledd av helseapparatet.

Ville man sette — utvilsomt noe urettferdig — dette på spissen, kunne man si at vi står overfor en individualistisk og romantisk preget bevegelse for å bevare primærlegen som bærer av et fritt yrke, basert til syvende og sist på noe av et "one man show".

Konvensjonelt

Det annet som stort sett har preget diskusjone er at man også har operert med pasient-lege-forholdet i vanlig konvensjonell forstand. Det er den service som det er mulig å yte det menneske som selv føler seg syk eller av annen grunn ønsker kontakt med lege som har stått i forgrunnen. Man har altså stort sett holdt seg innenfor rammen av det systemet vi kjenner i vår del av verden, nemlig at det ikke er helseapparatet som nærmer seg en befolkning, som selv anser seg for værende i helsemessig forsvarlig tilstand, men avventer initiativ fra et individ, sjeldnere en gruppe, f. eks. familie før aksjon kan tas. Det har selvsagt lenge vært erkjent at dette er en grunnsvakheter ved helsevesenet slik som vi kjenner det i vår del av verden, idet man på dette vis overlater til en ikke sakkyndig å avgjøre når han trenger kontakt med helsevesenet. Ikke bare er den enkelte samfunnsborger ut fra sine forutsetninger i alminnelighet *kunnskapsmessig* sett ute av stand til med sikkerhet å avgjøre når slik kontakt bør tas. I tillegg kommer alle de *emosjonelle* faktorer

Det har selvsagt lenge vært erkjent at dette er en grunnsvakheter ved helsevesenet slik som vi kjenner det i vår del av verden, idet man på dette vis overlater til en ikke sakkyndig å avgjøre når han trenger kontakt med helsevesenet.

som hindrer et kontakten oppstår på det rette tidspunkt. Disse emosjonelle hemninger er vel alt i alt mere avgjørende enn mangelen på innsikt. Til dette kommer økonomiske, praktiske og andre ulemper (husmorens fravær fra barn, arbeiderens fra arbeidsplassen) som også legger en demper på initiativet til å ta den fornødne kontakt. Visstnok finnes det adskillige modifikasjoner med mere eller mindre vellykkete forsøk på å ta initiativet fra helsevesenets side, f. eks. ved tilbud om screeningundersøkelse for tidligdiagnose, rutinemessig immunisering av småbarn og andre mot visse sykdommer, tilbud om undersøkelse av alle svangre kvinner, rekruttundersøkelser, skolebarnsundersøkelser o. l., men disse ordninger har stort sett vært holdt adskilt fra primærlegen, iallfall for så vidt som primærlegen ikke samtidig er offentlig lege og har direkte plikter når det gjelder det forebyggende, administrative og på annen måte aktivt konstruktive helsearbeid.

Befolkningens instilling

En solid, ja tilsynelatende ubrytelig støtte for å holde seg innenfor denne konvensjonelle tankegang, møter man stort sett hos befolkningen selv, iallfall i Norge. Enten det dreier seg om at det mangler en kombinert praktiserende og offentlig lege i et utkantstrøk i Nord-Norge eller det dreier seg om at innbyggerne i en mindre eller større by eller i en tettbebyggelse ikke kan få en lege på sykebesøk i sitt hjem når de ønsker det, eller konsultasjonstid på legens kontor uten for lang ventetid, er det det samme krav som kommer: *La oss få en lege!* Det er nesten rørende i hvilken grad f. eks. en befolkning på landsbygden i Norge eller i et kyststrøk synes å føle at hele deres sikkerhet og trivsel er nøye knyttet til tilstedeværelsen av en lege. At en slik befolkning også meget gjerne vil ha et lokalt sykehus så nær seg som mulig,

Det er nesten rørende i hvilken grad f. eks. en befolkning på landsbygden i Norge eller i et kyststrøk synes å føle at hele deres sikkerhet og trivsel er nøye knyttet til tilstedværelsen av en lege.

selvom dette er et "mini-sykehus", som hverken ut fra faglige eller tekniske synspunkter kan yte advekat service, står i samme stil. Dette er formodentlig ikke til å undre seg over. Til tross for et ganske omfattende opplysningsarbeid som har vært drevet nå iallfall i 10—15 år i vårt land, synes det ikke å være trengt igjennom i den alminnelige befolkning at det har foregått dyptgående endringer, såvel teknisk som vitenskapelig og på annen måte, som i virkeligheten berettiger til nyteknisk eller iallfall til ny problemstilling. Disse endringer er banale, men jeg vil minne om dem. For det første har det skjedd en vesentlig endring i typen av etterspørsel fra befolkningens side. Grensen mellom behov i betydningen "need" og behov i betydningen "demand" etter helse-tjeneste har forskjøvet seg radikalt, såvel kvalitativt som kvantitativt. For 40 år siden var det overskudd av leger i Norge, med et antall leger i forhold til folketallet som var ca. 1/3 av hva det er idag. Vi har nå nådd et forholdstall på 1 norsk lege pr. 650 mennesker og det er framdeles en utpreget mangelsituasjon til stede.

Leger — annet helsepersonell

Denne enorme økning i etterspørselen etter helse-tjeneste reiser imidlertid ikke bare spørsmålet om hvor stort antall leger man trenger for å tilfredsstille befolkningen. Det reiser også det spørsmål hvorvidt endringen i *arten av etterspørsel* gjør det mer rasjonelt at endel av denne etterspørselen møtes med helsepersonell som ikke er leger. Når det gjelder helsetjenesten forøvrig, d. v. s. særlig si i de forskjellige institusjoner og i ambulatorisk organisert spesialservice utenfor sykehus, har man forlenget trukket konsekvensen, og her arbeider som kjent et stadig mere komplisert system med mange typer av spesialutdannet helsepersonell. Her er det faktisk ikke engang lenger tale om leger i tradisjonell forstand, men om leger med en spe-

sialutdannelse og en virksomhet som har fjernet dem meget langt fra det de opprinnelig behersket dengang de tok sin embetseksamen. En patolog som har sittet 20 år ved sitt mikroskop ville i de fleste tilfelle gjøre en ynkelig figur i privat praksis; en vitenskapelig arbeidende lege som har tilbrakt sitt liv i laboratoriet ville yte dårlig service ved en komplisert fødsel og en helseadministrator ville føle seg ille ved om han plutselig skulle operere en blindtarmspasient. Dog kalles de alle "leger", oppfatter seg selv som en stand og betraktes av almenheten under en felles synsvinkel.

La oss gjøre det tankeeksperiment at spesialiseringen innenfor den annen grunntype av helsepersonell, sykepleiere, hadde skjedd på lignende måte, altså også under en fellesbetegnelse. Det er all grunn til å tro at mange av de samarbeids- og prestisjeproblemer som idag er oppstått da kunne vært unngått. Nå har vi som kjent fått et meget stort antall grupper hver med sin betegnelse for bestemte oppdrag innen helsetjenesten: Psykologer, spesialpedagoger, sosionomer, arbeidsterapeuter, fysioterapeuter, hjelpepleiere, miljøterapeuter, vernepleiere av forskjellig type innenfor det mentale helsevern, reseptarer, tannpleiersker o. s. v. Selvom kanskje ikke alle disse med hell kunne rommes innenfor fellesbetegnelsen "sykepleiere" i vårt tankeeksperiment ville utvilsomt mange av dem — etter parallellen fra legeverden — ha kunne finne sin plass der.

Nå står vi med alle disse forskjellige grupper av helsepersonell, hver med sine standsinteresser, tildels sjalu voktende på hverandre på grunn av "overlapping" av funksjoner, vekslende lønnsnivå, konkurranse innenfor hierarkiet ved sykehus og andre helseinstitusjoner.

Men tilbake til vår problemstilling, legetjeneste eller helsetjeneste:

Nå står vi med alle disse forskjellige grupper av helsepersonell, hver med sine standsinteresser, tildels sjalu voktende på hverandre på grunn av "overlapping" av funksjoner, vekslende lønnsnivå, konkurranse innenfor hierarkiet ved sykehus og andre helseinstitusjoner.

Teamarbeid

Ingen ville idag drømme om å drive et somatisk sykehus, et sinnsykehus, en psykiatrisk klinikk, et åndssvakehjem, en poliklinikk for barne- og ungdomspsykiatri, et familievernkontor o. s. v. bare med leger. I disse ledd i helsetjenesten har samarbeidet tvunget seg frem, "teamarbeid" er blitt et slagord, til tross for at det faktisk er på meget få av disse områder det i virkeligheten er lyktes å gjennomarbeide teamproblematikken og fremfor alt *utdannelsen av personellet*, slik at der er trimmet for teamarbeid. Allikevel er iallfall fra administrasjonens og de bevilgende myndigheters side og stilltende også fra publikums, det selvfølgelig faktum erkjent at det er færre og færre ting en lege bør og kan gjøre alene. Men altså, når det gjelder den primære helsetjeneste, benevnes den ofte typisk nok slik som også i programmet for denne konferanse: *Den primære legetjeneste*.

Det annet forhold vi må ta i betraktning er klienteletts eller om man vil pasientenes endrete holdning til helsevesenets. Dels henger dette sammen med det økte kunnskapsnivå, dels med hva man kunne kalle "the expectation explosion", dels med at mange av de økonomiske barrierer for å søke helsetjenesten er fjernet.

Og denne forventnings- — ja man kunne kalle kravsmentalitet hos befolkningen er ikke ugrunnet. Vi står her overfor et tredje punkt hvor dyptgående endringer har funnet sted. Selve det tilbud vi kan gi våre medmennesker er blitt vesentlig utvidet både i bredden og i dybden. Dette gjelder såvel på det forebyggende plan som når det gjelder å stille en tidlig korrekt og differensiert diagnose, når det gjelder å gjennomføre en spesifikk strektvirkende og risikofri behandling og når det gjelder attføring og resosialisering av individer som har gjennomgått sykdom. Vi ser på en ganske annen måte enn før blitt klar over at "helbredelse" i den forstand at en klient eller pasient etter gjennomgått behandling er blitt nøyaktig slik han var før, er en illusjon. En funksjonsendring har funnet sted, undertiden til det bedre, oftest til det værre. Vi er blitt klar over den fundamentale betydning av trivselen, ikke bare for den mentale, men også

Vi er blitt klar over den fundamentale betydning av trivselen, ikke bare for den mentale, men også for den somatiske helsen, og det er også en gryende forståelse for at et menneske kan være sosialt syk, uten at det derfor nødvendigvis vil være mulig å henge på vedkommende en merkelapp med tradisjonelt bestemt sykdomsdiagnose.

for den somatiske helsen, og det er også en gryende forståelse for at et menneske kan være sosialt syk, uten at det derfor nødvendigvis vil være mulig å henge på vedkommende en merkelapp med tradisjonelt bestemt sykdomsdiagnose.

Differensiert helsepersonell

Det trenges vel i denne forsamling ingen inngående argumentasjon for å oppnå om ikke enighet, så dog nokså alminnelig tilslutning til det syn at den første frontlinjes helsetjeneste ikke kan løses innenfor den konvensjonelle tankegang, med legen som et "one man show". De modeller til såkalte "helsesentre" som vi senere under denne konferanse nærmere skal gjennomgå og diskutere i detalj og som allerede på eksperimentell basis er igang visse steder i vårt land, er interessante og løfterike, men reiser straks en rekke problemer. Det gjelder etter mitt skjønn ikke bare den konvensjonelt utdannede lege, at han av mange grunner er sterkt handicaped i en slik situasjon, det gjelder også de han skal samarbeide med. Ingen av dem er utdannet for den kollektive oppgave. Derfor bør spørsmålsstillingen etter min mening fortrinnsvis være denne: Skal man løse den primære helsetjeneste ved å utdanne et meget stort antall leger av en helt ny type, leger som foruten å arbeide med konvensjonell, kurativ medisin også er psykologer, sosionomer, fysioterapeuter og arbeidsterapeuter — for å nevne det viktigste, eller skal man helt fra begynnelsen av ta sikte på alt etter forholdene å utforme det utvalg av differensiert helsepersonell som skal finnes i første frontlinje. Etter mitt skjønn er det bare den siste linje som gir noen realistisk mulighet for å nå frem.

Det er interessant at endel av de fattige land i verden, såkalte "utviklingsland", forlengst har passert vår problemstilling og er gått inn for mere radikale løsninger.

Hvis dette er riktig, reiser det en rekke spørsmål, dels når det gjelder utdanning av dette personell, dels når det gjelder finansiering, dels når det gjelder organisering og administrasjon. At det også stiller oss overfor meget betydelige oppgaver når det gjelder opplysning til befolkningen, sier seg selv. Det er interessant at endel av de fattige land i verden, såkalte "utviklingsland" (som vel heller burde benevnes "land med for langsom utvikling" eller rett ut fattige land) forlengst har passert vår problemstilling og er gått inn for mere radikale løsninger. Tar man eksempelvis det indiske nasjonale program for bekjempelse av tuberkulosen ledet av instituttet i Bangalore, vil man finne at det der fra grunnen av utdannes team egnet for løsning av de oppgaver som melder seg. Man har meget rasjonelt analysert hvilke oppgaver medlemmene av et slikt team bør ha. Noen av disse oppgaver er meget enkle, og kan innøves i løpet av relativt kort tid, andre er mere kompliserte, men poenget er at disse *team utdannes sammen*. De trenes i samarbeid, det er for dem den naturlige form. De trenes til slutt på en modell. I vår del av verden er man ikke kommet lenger enn til filosofien omkring den såkalte "integreerte medisinske undervisning". Dette er ganske visst et fremskritt, men man har etter mitt skjønn stanset på halvveien, idet det fremdeles dreier seg om i alt vesentlig av legen, ikke av det udvalg av helsearbeidere han skal samarbeide med.

Avlønningsforholdene

Det er ingen grunn til å skjule at dette på det nærmeste henger sammen med avlønningsforholdene. Et virkelig teamarbeid av den type det her dreier seg om er vel uforenlig med betaling pr. enkeltytelse til den enkelte lege. Når det gjelder de norske familievernkontorer fikk vi i sin tid en endring i syketrygdloven, slik at man ganske visst bevarte prinsippet om betaling for enkeltytelse,

men lot denne betaling gå til teamets samlede enkeltytelse og så med en fordeling etter en bestemt nøkkel til teamets medlemmer. Her har vi en mellomform som har vært akseptabel for den norske legestand og som måtte kunne utvikles videre, men det er klart at gjennomføringen av dette system etterhvert vil medvirke til å bryte ned det prerogativ som legene ennå har, særlig inntektsmessig, men også statusmessig, og at man derfor må gjøre regning med betydelig motstand innenfor legestanden. Når det er lykket gjennomføre i langt høyere grad et teamarbeid i institusjonene, er jo dette faktisk skjedd med bibehold av legenes prerogativer, såvel inntektsmessig som statusmessig, men heller ikke dette er vel en holdbar posisjon i det lange løp.

Den største psykologiske vanskelighet ved et slikt system ligger sannsynligvis deri at de fleste som arbeider i helsetjenesten i liten grad er innstillet på å akseptere en avgrenset rolle. Det er i våre dager ikke bare legene, men også de øvrige medlemmer av teamet som har vanskelig for å tilpasse seg. Fordi det ikke er noen samordnet utdanning i egenskap av gruppe, men en utdanning for hver enkelt stand eller gruppe basert på den høyest mulige grad av perfektjonisme, vil samarbeidet f. eks. i den terapeutiske situasjon overfor en pasient ofte være preget av at samtlige medlemmer av teamet har ergjerrighet i retning av å komme nærmest mulig pasienten for å delta så å si direkte og personlig i den terapeutiske prosess.

Mens de kunnskaper og ferdigheter som legen må tilegne seg for å løse sine oppgaver tross alt er blitt relativt vel definert gjennom generasjoners erfaringer og avslipning, er dette ikke tilfelle for flere av de andre "stender" eller grupper, og deres problemer vil også av denne grunn ofte være større.

Tar vi vårt utgangspunkt i det som i denne

Den største psykologiske vanskelighet ved et slikt system ligger sannsynligvis deri at de fleste som arbeider i helsetjenesten i liten grad er innstillet på å akseptere en avgrenset rolle.

sammenheng selvsagt er det viktigste, nemlig befolkningens behov, vil man også lett se at den tradisjonelle modell av en privatpraktiserende lege er særdeles ufullkommen. Hermed er ikke sagt at befolkningen selv på det nåværende tidspunkt er særlig avansert i oppfatningen av sine egne problemer. Man må derfor faktisk være forberedt på å skape en form for lokal helsetjeneste som til en viss grad må innarbeides.

Fragmenteringen i lokale serviceorganer

Det viktigste stikkordet er kanskje: koordinering av medisinsk service i snevrere forstand med sosialmedisinsk og det som tidligere er oppfattet som ren sosial tjeneste. Fragmenteringen i lokale serviceorganer er under kritikk og revisjon i de fleste nordiske land og med rette. De mere eller mindre vanntette skott, såvel mellom de i snevrere forstand medisinske som de sosiale institusjoner innbyrdes, for ikke å snakke om mangelen på samarbeid mellom gruppene av institusjoner er vel kjent og trenger ikke her nærmere å utdypes. Klienten risikerer ikke bare frustrasjon, men vil i adskillige tilfelle direkte kunne påføres skade. Den ustanselige løpen fra den ene typen av servicepersonell til den annen, uten at disse har innbyrdes kontakt, vil særlig for den mentalt og sosialt funksjonshemmede eller syke være nettopp den type av påkjenning som vedkommende ikke må utsettes for. Like viktig er det å løsrive tjenesten fra den individuelle innstilling, slik at også familien, arbeids- eller skolemiljøet helt fra begynnelsen av trekkes inn i undersøkelse, diagnose, behandling og attføring i den utstrekning det bedømmes å være ønskelig eller nødvendig. I visse tilfelle vil det være en fruktbar tanke likefrem å søke å organisere de nærmeste omgivelser i en type av primitivt "terapeutisk samfunn". På samme måte som vi idag søker å forebygge og bekjempe de nosokomiale infeksjoner, må vi i dette opplegg søke å bekjempe den passivitet, den regresjon til infantil innstilling som selv et velvillig, men amatørpreget sosialt apparat har så lett for å skape. Det er m. a. o. en sosialmedisinsk, sosialpsykologisk og sosialpsykiatrisk orientert lokal helsetjeneste vi er ute for å skape. Den må også

kunne være oppsøkende, slik at man tidlig kan nå f. eks. barn og ungdom som er på vei ut i sosial isolasjon, fremmedgjøring, passivitet, narkomani o. s. v. Mens den privatpraktiserende lege som arbeider mere eller mindre alene og for så vidt også de mindre grupper av almenpraktiserende leger som nå mange steder lager "gruppepraksis", i det vesentlige vil komme til å måtte konsentrere seg om den kurative medisin i engere forstand (bl. a. fordi det er dette det etter vår syketrygdordning betales for) og også helst vil se pasienten på kontoret for der lettest å kunne applisere de mekaniske og biokjemiske undersøkelsesmetoder, vil man i en ideelt utformet lokal helsetjeneste i høy grad måtte ta sikte nettopp på det motsatte, nemlig å besøke og studere pasienten i hans hjem. I svært mange, ja kanskje de fleste tilfelle av sykdom, vil det være viktigere å orientere seg om pasientens forhold til de nærmeste familiemedlemmer eller arbeidskamerater enn å foreta en hemoglobinbestemmelse.

Dette betyr på ingen måte at man behøver å resignere når det gjelder de viktigere medisinske spesialiteter også på det somatiske område. Selvsagt kan ikke en øyenlege, en øre-, nese-halslege o. s. v. være faste medlemmer av teamet på det lokale plan. Dertil er den befolkning som skal betjenes for liten. Ved en forutseende planlegging av de bygninger som brukes, vil man imidlertid her lett kunne skape rom for ambulerende spesialister. I det helt vil de lokale helsesentra det her er tale om måtte stå i en langt nærmere kontakt med nærmeste sykehus og annen speisalservice enn det som idag er tilfelle.

Helse- og sosialsenter

Oppgaven er derfor kort sammentrengt denne. Det må skapes på det lokale plan et helsesenter som møter såvel det enkelte individs som familiens

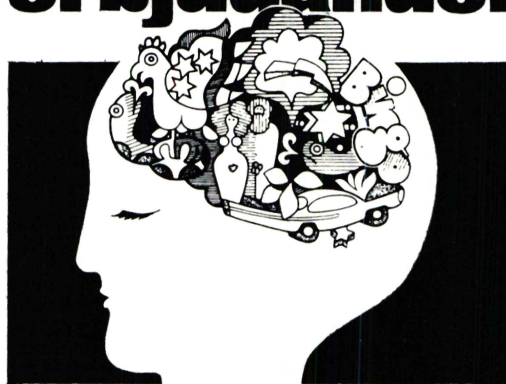
I svært mange, ja kanskje de fleste tilfelle av sykdom, vil det være viktigere å orientere seg om pasientens forhold til de nærmeste familiemedlemmer eller arbeidskamerater enn å foreta en hemoglobinbestemmelse.

og andre gruppers problemer innenfor alle tre dimensjoner av helse: den somatiske, den mentale og den sosiale. I dette helsesenter, eller om man vil helse- og sosialsenter, bør samles på det lokale plan såvidt mulig alle de former for helse- og sosialtjeneste som er etablert og med tillegg av tjeneste som ennå ikke er etablert. Et allsidig tverrfaglig team arbeider på senteret, dels individuelt, men også i vekslende former som kollektiv, tilpasset behovene for den enkelte klient eller gruppe. Oppsøkende virksomhet, helseopplysning, palnmessig tilrettelegging av forebyggende helse-tiltak, aktivisering av utføringmuligheter, vernet industri o. l. vil høre til senterets oppgaver. I grisgrendte strøk hvor det til sine tider av året kan finne sted større konsentrasjoner av mennesker på bestemte steder (f. eks. under sesongfiske på den norske kyst) må personale ansettes under den forutsetning at enkelt medlemmer av teamet eller deler av teamet til disse tider må forlegge sin virksomhet til vedkommende sted. Samarbeidet med nærliggende sykehus og andre institusjoner må tilrettelegges gjennom endring av instruksjoner også for de som er ansatt ved disse institusjoner. Prinsippet må være at det i mange tilfelle er mere hensiktsmessig å bringe den sakkyndige til pasienten enn pasienten til den sakkyndige.

Utdannelsessektoren

På utdannelsessektoren må i langt høyere grad enn nå mulighetene legges til rette for en samlet trening av teamet eller iallfall de viktigste deler av det. Da vår grunnutdanning i de forskjellige fag for tiden gir små eller ingen muligheter for dette, må man legge an på ved dertil egnet etterutdanning, oftest i form av kursvirksomhet å bedre denne situasjon. Nødvendig supervisjon må inngå som et integrert ledd i virksomheten. Dette vil ikke bare øke utdannelsesverdien, men også etterhvert gi teamets medlemmer den nødvendige innsikt i deres egen arbeidsform, det inntrykk og den virkning de har på klientelet. De nåværende finansieringsmåter for lokal legetjeneste passer ikke uten videre for de nye former for helsetjeneste, men en tilpasning skulle ikke være uoverkommelig.

ett dröm- erbjudande!



Ny Vår-hälsa-skrift

Sömn och drömmar

av DAVID H INGVAR

Det finns två sorters sömn — **parasömn** eller drömsömn och **ortosömn** "vanlig sömn". Som regel sover vi en fjärdedel av natten i parasömn. Det blir 500 drömtimmar per år — och fyra år av drömmar under ett liv på 70 år.

Sömn och drömmar är av stor betydelse för vårt välbefinnande, säger lundadocenten David H Ingvar i den senaste Vår hälsa-skriften. Han behandlar hjärnfysiologi, sömnmätning och vad som händer i hjärnan en vanlig natt. Andra intressanta rubriker: sömn, hormoner och sex, sömnrubbingar och sömnmedel.

Sänd kupongen till Skandia så kommer skriften på posten. Märk kuvertet "Vår hälsa".

ja tack



SKANDIA

Skicka mig gratis ... ex av Skandias skrift
Sömn och drömmar

namn _____

adress _____

postnr/postadress _____

Skandia, Fack, 103 60 Stockholm 3