

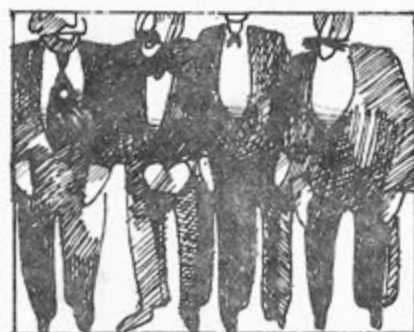
# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 7

SEPTEMBER 1974

ÅRGANG 3



## Av innholdet:

|                |                                                  |         |
|----------------|--------------------------------------------------|---------|
| H. Siem:       | Inntrykk fra Bangladesh .....                    | side 3  |
| WHO-utredning: | Psychiatry and primary medical care .....        | side 6  |
| Dag Brekke:    | Corpus alienum cornea .....                      | side 10 |
| Per Wium:      | Kommuneforbundets syn på primærhelsetjenesten .. | side 12 |

# UTPOSTEN

**Redaktører:**

Tore Rud  
Harald Siem  
Per Wium

**Adresse:**

6420 Aukra  
Tlf. Aukra (072) 74 130  
Postgiro 347823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretær:  
Ansgar O. Aasen

**Tegninger og Lay-out:**

Kåre Bjørn Huse

**Abonnement:**

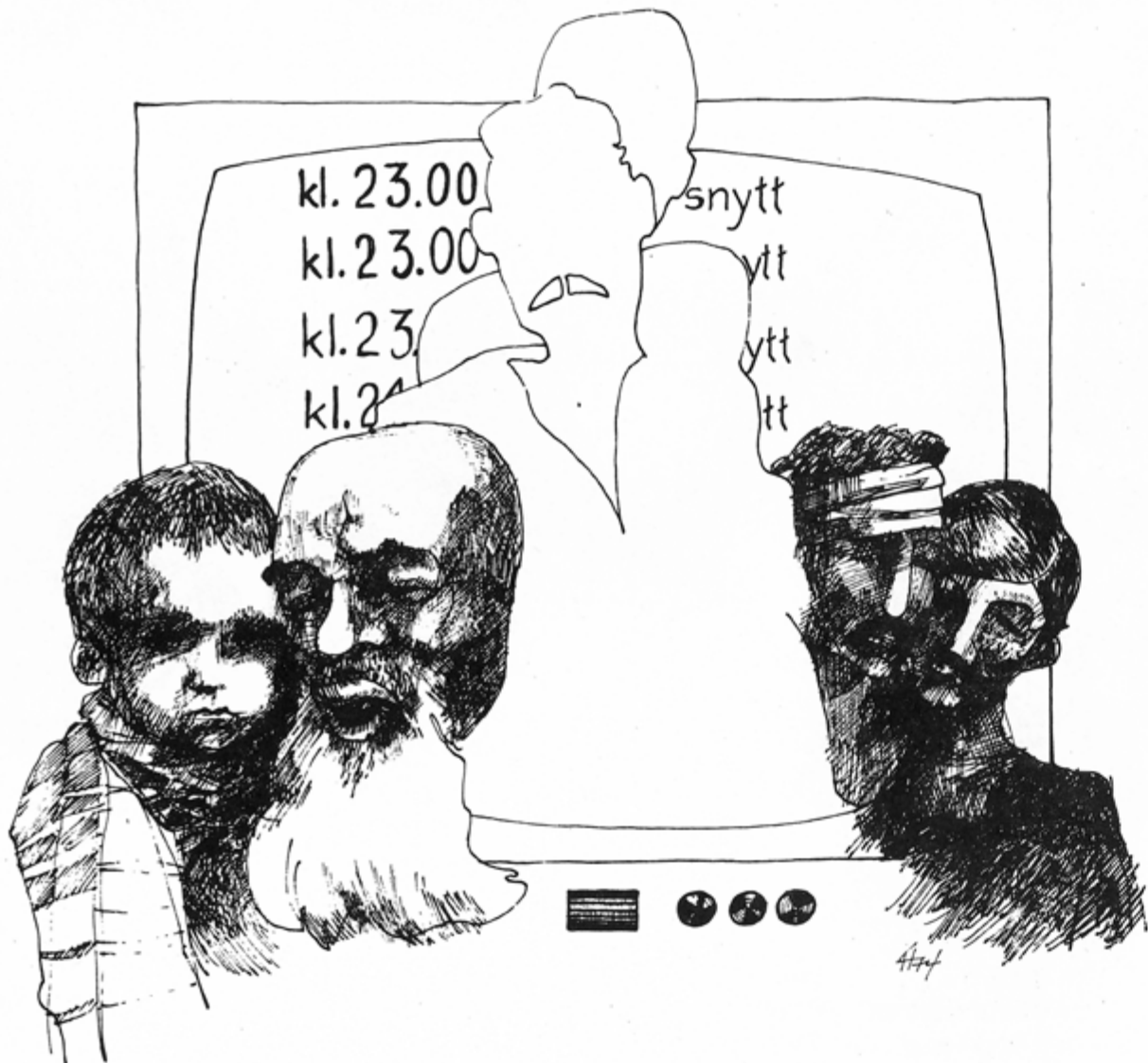
Kr. 50,- pr. år.

Studenter kr. 25,- pr. år.

**Trykk:**

ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,  
7300 Orkanger.

## Redaksjonelt



**HARALD SIEM:**

# Inntrykk fra Bangladesh

ET LITE LAND MED ET AV VERDENS STØRSTE FOLKETALL, SNART 80 MILL. INNBYGGERE. RESSURSFATTIG OG PENGELENS. IDAG RAMMET AV DEN TREDJE NASJONALE KATASTROFE SIDEN 1970.

Overnevnte begynner å bli godt kjent fra dagspressen. Det er urimelig å vente at disse problemene skal tale til den jevne nordmann. Når enkeltmennesker finner tiden moden, lar de seg imidlertid engasjere i praktisk humanistisk arbeid.

Norges Røde Kors har siden våren 1973 drevet helsestasjonsarbeid for mor og barn i Jaydebpur, et landsbystrøk på ca. 150 000 innbyggere. I praksis det eneste helsetilbud til denne befolkningen og et ubestemt antall omkringboende. Senteret har ansatt en stab innfødte, både leger, sykepleiere og laboratorieassistent som har fått supplert sin tidligere opplæring. Man hadde håpet at senteret skulle kunne bli selvstendig og en sort modell-senter innen utgangen av 1974.

Men det har langt i fra lyktes. Selve senterets indre funksjon har nok visse muligheter for å overleve, men de ytre vanskeligheter vil fort velte det hvis Norges Røde Kors trekker sin hjelp ut av senteret. En hjelp som koster nesten en million kroner årlig.

Den største vanskelighet kommer av mangel på utdannede og kvalifiserte folk i administrasjonen (drept i to motsatte etniske utrenskningsaksjoner). På grunn av knapphet på fagfolk og ressurser må et slikt senter konkurrere med alle andre helsetiltak, og vil snart tape på grunn av sin perifere beliggenhet, manglende prestisje og befolkningens høye toleranse av lidelser.

Faglig sett vil enhver norsk lege ha selvbekreftelser i forbindelse med sitt arbeid. Det ideelle blir fort fortrengt av det mulige, og man lærer seg i ordets rette forstand til å smøre seg tynt utover. På to måter: I tillegg til de mellom 100 og 150 pasienter som blir sett av lege hver dag, går like mange usett til smøring med skabbmidler. Med sulfa for infisert skabb, bensylbensoat for de andre. Nå er det imidlertid ikke lenger mulig å oppdrive skabbmiddel i hele Bangladesh.

Skabb illustrerer utviklingslandets helseproblem. Det er langt frem til at vår differensierte medisin blir oppnåelig for befolkningen. Underernæring, vitaminmangel og smittsomme sykdommer kan man imidlertid begrense i dag, hvis de blir høyt nok prioritert. Det synes imidlertid ofte som om dette har for liten prestisje, ofte klarer elitemedisin for de få å fortrenge folkehelsen.

Det man synes å erfare i Jaydebpur, er at selv denne primitive medisin som drives her, sikkert utilgjengelig overfladisk i hjemmekollegeres øyne, er for differensiert. Men den er nødvendig for et teams innpass i en befolkning. Det store fremstøtet må imidlertid bli innen hygiene og helseopplæring. For selv om man bor trangt og har lite å spise, ville nok hygieniske grunnregler bli respektert hvis man så hva de kunne føre til. Behandling av skabb gir midlertidig avlastning. Det sy-

nes som om nesten hele befolkningen er gjennomsyket. De færreste har råd til å kjøpe sepestykker, og knapt noen kan kjøpe skabbmidler (hvis de var på markedet).

Det er en formidabel utfordring for et slikt senter å forsøke å sanere en kjerne i bebyggelsen, og arbeide for at denne kjerne kan forstørre seg. Ved siden av den generelle hevning av levestandarden er det den eneste åpenbare vei for å oppnå synbar helsegevinst for en befolkning.

Men vi tenker ikke bare på "befolkningen". - Det er det man kan gjøre for enkeltmennesker som gir en oppmuntring til å fortsette det daglige arbeid. Kløen forsvinner, rotne tenner fjernes, litt B-vitaminer som gjør underverker, litt øyensalve, eller som på vårt beste, to tabletter diuretica og tyve tetracyklin strødd på en gutt med nefritt og ødemer. En 4-5 års gutt som kommer til kontroll etter en uke, ledsaget av sin litt eldre bror, ingen vet hvor mange miles. Og så langt vi kan kontrollere, synes han frisk. Vi tillater oss å glede oss over resultatet, selv om det ikke blir synbart på noen statistikk, men kanskje tvert imot irriterer kyniske befolkningseksperter som er takknemlige for hvert liv som går tapt i denne del av verden, så ikke vår egen levestandard blir truet.

Befolkningsproblemet blir aktualisert for den som arbeider i Bangladesh. De

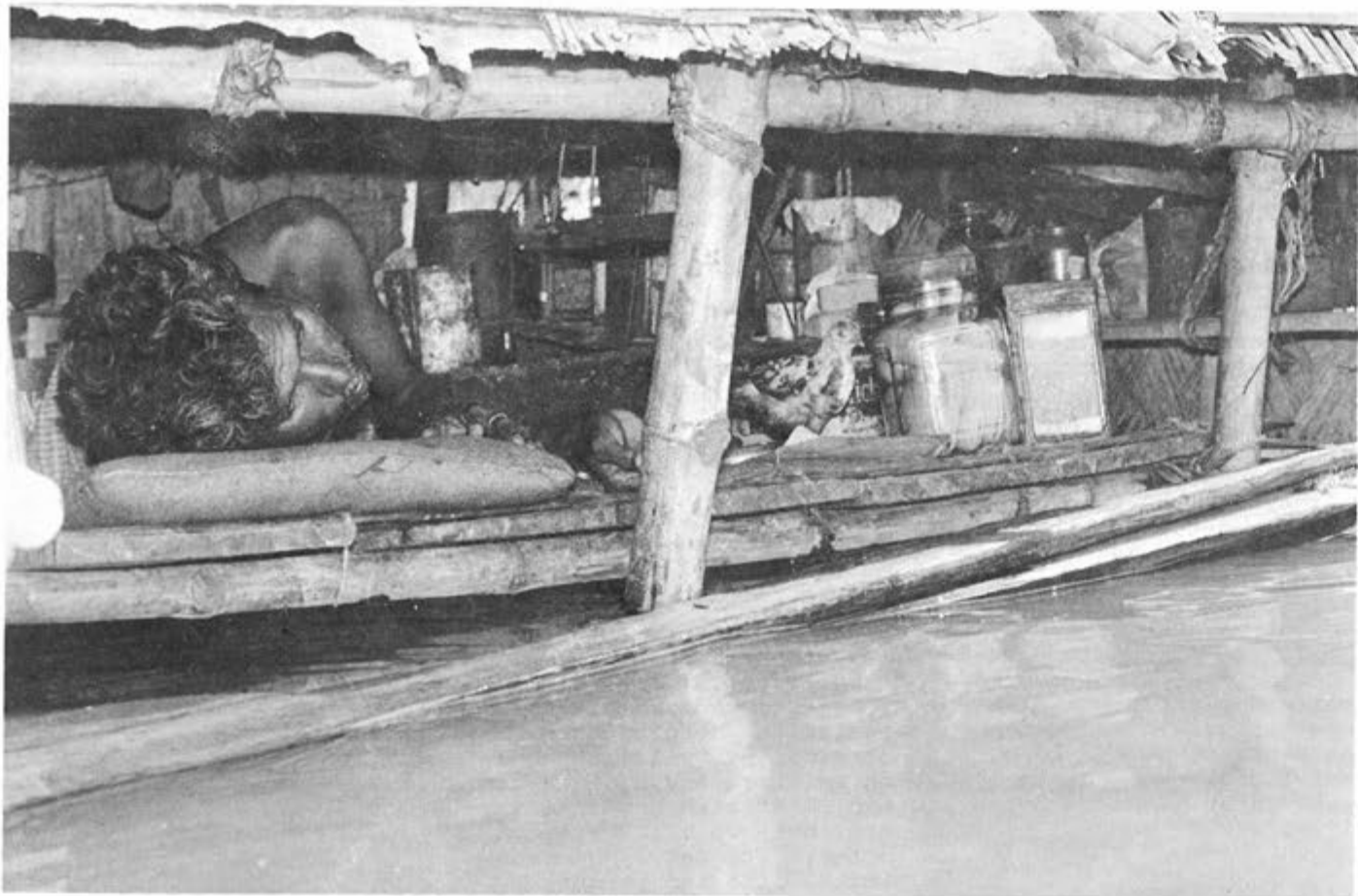
fleste europeere her er pessimister, og ser ingen løsning for fremtiden. Mange blir lett oppgitt og forbereder seg mentalt til å gå med på aborter, eutanasi eller andre forandringer i vår moralkodeks for å få bukt med skremselet.

Det bengalske folk synes imidlertid lykkelig uvitende om hvor ille de har det. De er takknemlige for den hjelpen som når frem, og mener at landet utvikler seg som

det skal. Spesialistene bekymrer seg for at industri-land aksellererer fra uland, men de uopplyste i Bangladesh er tilfreds med at kolera-vaksinasjonsprogrammene denne gang nesten kom i tide, at det gjøres mat-slipp fra fly til mange hardt rammede flomområder, og, ikke minst, at man i andre land ikke har glemt dem, eller gitt dem opp.

I skrivende øyeblikk er det ennå usikkert om senteret i

Jaydebpur blir budsjettert for 1975. Bangladesh Røde Kors har fått mange andre store oppgaver å tenke på, og en tidligere krigsfange er sluppet fri og gjør krav på lokalitetene hvor hjelpearbeidet finner sted. Det er med andre ord muligheter for at den norske innsatsen, et lite glimt av internasjonal samvittighet, snart forsvinner sporløst.



Dacca den 29.8.74.

For det første har jeg sluppet meget heldig fra både diaré og kultursjokk, og er nå kommet godt inn i mitt daglige arbeide, og endog tatt opp litt biaktiviteter. Forholdene her nede er så ubeskrivelige at det er ikke forsøket verd å beskrive det, og jeg regner med at det har vært en del i dagspressen i det siste. I alle fall kryr det av journalister nede på Hotell Interkont.

Det gikk nok noe sent opp for uteverdenen at det virkelig var så ille som det er, da Bangladesh lanserte de første apeller. Men det kom av at man har begynt å miste tilliten til dettes styres evne til å forvalte gaver og hjelp. Det er nå stadig avsetninger innen departementene, og idag er det rykter ute om at kanskje Giza Gamal Mustafa, som er Chairman for BDRCS (Røde

Kors) og regjeringsmedlem, skurk, svindler og korrupt, er "syk" og overveier å gi fra seg Røde Kors beinet. Dette kanskje etterat en RC distriktsjef og Awami League formann ble snikmyrdet i går. Landet mangler administrasjon, og midler. Men så negativt som de fleste mennesker utenfra her nede vil ha det til er det ikke. Det er in å svartmale situasjonen, og

det mener jeg ikke tjener noen hensikt. Det fører til at man lett ser ned på bengalerne, som i virkeligheten er et imponerende folk. 80-90% analfabeter, likevel har de klart å holde et slags demokrati gående i to år. Folket er både pålitelige og samarbeidsvillige, selv om det er store skarer som lever på under eksistensminimum, og vel nasker når de ser snitt til det. Om regjeringen innenriks ikke har så meget å skryte av foreløpig, så skyldes dette delvis deres sterke utenrikspolitikk, som Sjeik M-R selv står bak. USA har tilbudt en enorm hjelp, men på nærmest kolonialiseringsbetingelser, og har blitt avvist. Landet er anerkjent av alle betydningsfulle stater, sist nå China, og er på vei inn i FN.

Det er som sagt mange negative europeere her. Rastløse, alkoholiserende ambasadefolk, FN eksperter og andre. Men det er kanskje like mange utlendinger som man har utbytte av å treffe. Onsdag var jeg hele dagen på den svenske Rødde Barnen klinikken i Mirpur, som ble åpnet for 6 uker siden, men ikke får lege før i midten av september. Lokalteter og utstyr gjør meg misunnelig, og viser at vi nok har satset beskjedent i Jaydeppur for å kunne etablere noe blivende. Da de ikke har lege har de selvfølgelig også vesentlig færre pasienter enn oss. Og de stakkars søstrene er nødt til å ta stilling til medisinske problemer som ligger langt over deres kompetanse.

Da jeg var der, hadde vi bl. a. en gutt med gulsott, og et barn med dobbeltsidig akutt øyebetennelse etter vitaminmangel, som vel etterlater blindhet, muligens med gangsyn.

Det er ikke vanskelig å rettferdiggjøre sin eksistens her. På vårt senter har vi gjerne 150 nye hver dag, pluss 20 kontroller, 20 barn til milk-feeding, 150 til skabbbehandling, og de 100-150 som ikke slipper inn blir vaccinert mot kopper og cholera, samt får 25 vitamintabletter. Og blant pasientene er det alt fra tanntrekking, bronkitt og øyebetennelse til diverse innvollsorm, svangerskap, malaria, kreft, tuberkulose, skader, o.s.v. Og vi har i praksis intet hospital å støtte oss på. De fleste er lut fattige, mange kan ikke engang dekke kroppen med fillene de har, så selv om de kan få nesten gratis behandling ved universitetsklinikkene, så har de hverken råd til reisen eller ventingen. Og så får de overfladisk behandling og ofte virkningsløs medisin. Så de sier at de har ingen andre håp enn oss.

Nå er problemene at utstyr og mange sorter medisin ikke lenger er å oppdrive i Bangladesh. Vi avventer avgjørelse i Norge om vi skal fortsette senteret i noe lengre tid, og vil da gå på det utenlandske marked for å skaffe medisiner, og muligens klær, såpe og andre ting. Så vidt jeg skjønner er man igang med en Bangladesh-kampanje hjemme nå, og det

er mulig vi kommer til å effektivisere det meste av det som er samlet inn, særlig p.g.a. at vi er et av de få tiltak som har en kontakt med regjeringen og BDRCS som gjør oss helt selvstendige, også når det gjelder import og distribusjon av varer.

I dag kom det ikke mer enn 150 pasienter til senteret på grunn av det kraftigste regnskyll jeg har opplevd. Sikkert 50-60 mm på noen timer. Ingen trafikk i Dacca, veiene ble spylt som elver. Så ble det renere i gatene, men til gjengjeld ble mange kloakker overbelastet. Det finnes ikke et eneste nymalt hus i dette landet. Alt er grått og ustelt (bortsett fra svenskeklinikken). Og en masse av våre pasienter er kroppsskitne. Likevel er det forbausende lite stank, og alle som har råd til skikkelige klær har rene klær. Den eneste virkelige stank jeg har kjent var da vannet begynte å synke, og døde dyr lå ved veien og råtnet. Men nå er det borte, spist av gribber og hunder. Lukten i gamle Dacca er heller ikke delikat, men jeg hadde ventet meg værre

Før jeg avslutter for å få brevet avsted, må jeg igjen skryte av kokken vår Rafael her i Banani. Han er renslig, pålitelig og oppfinnsom, og fremfor alt en flink kokk, som med de sparsomme råvarer som finnes gjentagne ganger tryller frem herremåltider.

Harald Siem

Paßt zu lässigen Jeans genauso gut wie zum feinen Seidenkleid. Spiegelblatt. 835er Silber. Eine von vielen jungen, schicken Uhren aus der Kollektion Dugena-Jeunesse.

Dugena — ein Stück Persönlichkeit



# Psychiatry and primary medical care

## Rapport fra en arbeidsgruppe sammensatt av WHO

PÅ LYSEBU BLE DET I 1973 DISKUTERT PROBLEMENE ANGÅENDE PSYKIATRI I ALMENPRAKSIS. KONKLUSJONENE ER SÅVIDT I TRÅD MED DET UTPOSTEN TIDLIGERE HAR HEVDET, AT VI TILLATER OSS Å REFERERE FRA INNHOLDET. DELTAGERNE KOM FRA MANGE EUROPEISKE LAND: ENGLAND, SVERIGE, SVEITS, RUSSLAND, BELGIA, ØSTERRIKE, NEDERLAND, ITALIA, Tsjekkoslovakia, Tyskland, ROMANIA OG NORGE.

Det blir slått fast i begynnelsen at almenpraktikeren tildels har vært oversett i planleggingen og utviklingen av den psykiatriske service i distriktene.

Primærlege-begrepet blir dvelt ved, og oppfatningene i de forskjellige land er avvikende. De kom frem til

er upassende, da det ofte vil leder og setter vedkommende lege i kontrast til en "spesialist". Man mener derfor at primærmedisin eller primærlege ville være mer passende. De forskjellige legesystemene i de europeiske land blir gjennomgått, og det er tildels store forskjeller. Allikevel



at det bør være den lege som behandler eller ordner behandling for alle slags sykdommer, at han også tar seg av pasienten i hans eget hjem og i samfunnet, og at han ofte står for medisinsk service til hele familien.

Arbeidsgruppen uttaler videre at prefikset "generell" eller almen som av og til brukes,

har man funnet ut at i alle europeiske land har de leger hvis arbeide for det meste foregår i frontlinjene av den medisinske service, og at disse har visse fellestrekk. Disse primærleger går inn for:

1. å beholde en kontinuerlig og omfattende medisinsk service,
2. å henvise til spesialist

og/eller sykehus,

3. å koordinere helsetjenesten for sin pasient,
4. å lede pasienten innenfor det nettverk av sosialhjelp og offentlig helse-service, og han går videre inn for
5. å beholde den best mulige helse- og sosialservice etter landets økonomiske evne.

Når det gjelder psykiatrisk diagnostikk var det enighet om at almenpraktikeren i dag er dårlig utrustet faglig for å stille psykiatriske diagnoser, men dette er jo igjen til en viss grad avhengig av øyne som ser.

Hvilke fordeler har så primærlegen når det gjelder utvelgelse av pasienter med psykiatrisk lidelse?

1. Primærlegen får også de med psykiske lidelser som presenterer seg med somatiske plager.
2. Primærlegen kan ha lettere for å se somatiske sykdommer hos en pasient med psykiske plager. Han får også pasienter lidende av alkoholisme og narkomani.
3. Det nedverdiggende i å gå til psykiater blir ikke noe problem for pasienter som oppsøker primærlegen. Primærlegen kan også behandle psykisk lidelse uten at pasienten får merkelappen "psykose" eller "nevrose".
4. Primærlegen kan forhindre at pasienter med hypo-

kondre tendenser oppsøker mange leger og får foretatt serier av unødige og omfattende undersøkelser og behandlinger.

5. Primærlegen som familielege kan forstå og behandle psykiatrisk lidelse som følge av familiekonflikter på en mye enklere og hurtigere måte enn en spesialist som er ukjent med disse problemer.
6. Mange psykiske lidelser trenger langtidsbehandling og stadig oppfølging etter



Kven var ute med augo sine no att?

utskrivning fra sykehus. Dette har primærlegen som kjenner hele forholdet bedre forutsetning for å løse enn en poliklinikklege langt unna pasientens hjem.

Visse begrensninger for primærlegens psykiatrivirk-somhet blir også nevnt. Det er unødvendig for en skolelege å henvise til almen-medisiner hvis eleven trenger spesialbehandling, det bør da henvises direkte til spesialist.

Det er videre uheldig med et så rigid system at pasientene ikke har noe valg når det gjelder legehjelp. Der-som personlige grunner til-sier at pasienten ikke vil oppsøke den lokale primærlege, må det være muligheter for søkning til andre leger. Videre legges det vekt på at dersom den primære helsetje-neste fjerner seg fra nær-kontakten med hjemmene, og over i en mer teknisk/mekan-isk behandling av områdets innbyggere, vil grunnlaget for denne psykiatriske service som antyd det falle bort.

Når det gjelder primærlegens

muligheter for preventive tiltak på området, under-strekes legens nære kontakt med sosialarbeidere og helse-søstre. Dette som en forut-setning for å oppdage psy-kisk lidelse på et tidlig tidspunkt og få igang en tidlig behandling.

3 hovedregler for bruk av psykofarmaka i primær medisin blir satt opp:

1. Innskrenk bruken av psyko-farmaka til noen få stoffer som man kjenner godt.
2. Hold regning med hva man forskriver til pasienter som stadig går på disse midler.
3. Ikke skriv ut psyko-farmaka for lengre tid av gangen.

Når det gjelder psykoterapi og psykiatrisk rådgivning i primærlegetjenesten, kom man frem til at den spesielle psykoterapien er relativt uinteressant, det viktigste er at primærlegen blir istand til å forstå og tolerere pasientens oppførsel, selv om den er meget avvikende, og at de skal vise sympati, gi råd og forsikringer i alle tilfeller. Dette må man også mere understreke ved videre og etterutdannelse av leger.

Det blir i rapporten under-streket at et vellykket resultat i behandlingen er

lister i psykiatri hvor pas-ientene blir tatt inn. Det blir forsøkt trukket opp retningslinjer for ansvars-området. I dag er ofte den tunge psykiatri behandlet i institusjoner mens primær-legen må streve med ofte like vanskelige psykiatriske pas-ienter med mindre "alvorlige" sykdom. Det mest naturlige ville være et nærmere samar-beide uten at primærlegen følger spesialistens inntreng-en som et forsøk på å belemre ham med mere arbeide. F.eks. kunne primærlegen ta et større ansvar for psyko-tiske pasienter mens spesia-listen kunne ta over og hjelpe til i større utstrek-ning med vanskelige psykiat-riske pasienter som primær-legen sliter med til daglig. Primærlegen har den beste oversikt over psykiske lidelser i nedslagsfeltet, og det understrekes at ingen helsearbeider har så store fordeler som ham i å kunne få den oversikten. Legmenn som foretar intervju-undersøkelser vil bl.a. aldri få den tilliten som en primær-lege kan ha hos sine pasient-er. Primærlegen kan videre følge pasientene over et lengre tidsrom og kan innkorp-ore sine studier i den vanlige rutine ved konsulta-sjoner.

Psykiatrisk sykkelighet i almenpraksis er det vanskelig å bli enig om, siden klassi-fikasjonene og standardiser-ingene av undersøkelsene er meget vanskelige. Det er



Det er uheldig med et så rigid system at pasienten ikke har noe valg.

helt avhengig av et godt samarbeid mellom primærlege og psykiater. En av de bedre mulighetene ved samarbeidet er om spesialisten sammen med primærlegen kan oppsøke pasienten i hans hjemlige miljø og der diskutere problemene. En annen måte er samarbeid i poliklinikker mellom primærleger og spesia-

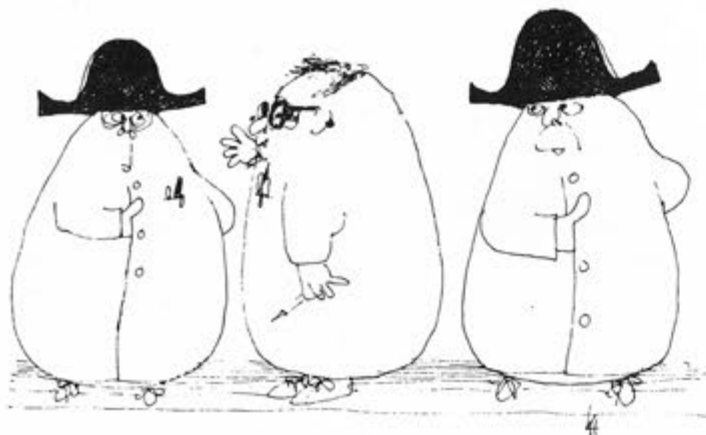
heller ikke mulig å applisere undersøkelser foretatt i psykiatriske sykehus på distriktene.

Det understrekes at man må legge vesentlig vekt på epidemiologiske studier i primærlegetjenesten i tiden fremover da disse undersøk-elser vil være vel så nyt-

tige som de man kan foreta i instituttene. For å kunne oppnå noe med undersøkelsene, må man imidlertid først og fremst få et enkelt og praktisk klassifikasjonssystem, for det andre må man ha et standardssystem til klinisk undersøkelse og for det tredje må primærlegene trenes gruppevis for å kunne være med i undersøkelsene. Det hele må ha hjelp fra de respektive universiteter med deres spesialister.

fall svært få av landets innbyggere får i dag optimal service på det medisinske området, men alt som begrenser den personlige kontakt mellom lege og pasient, må bli tatt meget alvorlig og begrenses spesielt når det gjelder nervøse lidelser. Forsøk opp til i dag kan tyde på at fire eller fem leger

med sykesøstre, sosialarbeidere, helsesøstre og sekretærer, er et effektivt team som godt kan stå for personlig medisinsk service og familieterapi. Det blir videre understreket viktigheten av i fremtiden å bedre samarbeidet med helsesøstre, hjemmesykepleiere og jordmødre for å kunne komme til å behandle mentale lidelser på et tidligere tidspunkt.



Pst... kjære kollega. Dette er et meget vanskelig tilfelle. - Han tror hun er Dem!

Når det gjelder utdanning i psykiatrisk behandling, blir det understreket at primærlegen må utdannes til å ta seg av de oppgaver han blir konfrontert med. Han må ikke utdannes til det som hender på spesialavdelinger og hos spesialister. Og dette er vel et sannhetens ord som mange etterutdannelsesprogram kunne ta ad notam.

Gruppen ser lyst på primærlegens fremtid, dette fordi man for ti år siden nærmest hadde gravlagt denne gruppen leger. Man har imidlertid siden den tid sett en klar utvikling i retning av satsing på familielegen. Gruppen ser for seg opprettelse av primærlegeteam som kan trekke inn spesialister fra psykiatrien til sitt arbeide. Og omvendt at psykiaterne kan be om støtte og råd i behandlingen av psykiske lidelser. Ingen, eller i hvert

Som en konklusjon kom man frem til at primærlegen vil være den ledende innenfor distriktshelsetjenesten i de fleste land, og han vil også spille den avgjørende rolle i behandlingen av mentale sykdommer. Han vil trenge mer psykiatrisk undervisning enn hittil.

Det avgjørende spørsmål er ikke hvordan primærlegen kan passe inn i omsorgen for nervøse lidelser, men heller hvordan psykiateren kan samarbeide mest effektivt med den primære helsetjeneste. Gruppen uttaler at primærhelsetjenesten er hjørnesteinen til psykiatrien i distriktet.

Psykiateren og psykiatriske team må ta en mye mer aktiv del i førstelinjetjenesten, for gjennom primærlegen å få en bedre kontakt med pasientene. Derved vil diagnosen og den terapeutiske prosess komme igang på et mye tidligere stadium.

## Akutt lungeødem

# Impugan

(furosemid)

til intravenøs injeksjon —  
2 og 4 ml brekkampuller

For utførlig informasjon: Se Felleskatalogen

## DUMEX

# «Meld fra på forhånd når du blir syk»

*Sakset fra Aftenposten*

Hvis vi blir så syke at vi trenger legehjelp, må vi faktisk melde fra én uke i forveien, heter det galgenhumoristisk blant folk i Vang i Valdres. Minst én uke tar det nemlig å få time hos lege, og da må man til distriktslegen i nabokommunen, Østre Slidre. For mange betyr det en reise på minst fem mil hver vei.

På tross av en rekke henstillinger har nemlig Vang ennå

ikke fått egen distriktslege, men nå har befolkningen mistet tålmodigheten: Mandag reiser ordfører Jørgen Garstad til Oslo for å diskutere situasjonen med Helse-direktoratet, forteller Samhold/Velgeren.

Vang kommune, som har 1800 innbyggere, begynte å søke om distriktslege i slutten av 1971, men ennå har kommunen ikke fått noen reaksjon fra myndighetenes side.

## Dyrt helsesenterseminar

En elegant brosjyre havner i postkassen, den er gul og unngjør at Norske Sivilingeniørers Forening innbyr helse-, sosial- og trygdepersonell samt politikere og planleggere til seminar på Fagernes Hotell 9.-11. september 1974.

Deltageravgift kr. 1.150,- ekskl. hotellopphold.

Pensjonspris ca. kr. 125,- pr. dgn.

Buss en vei Oslo/Fagernes kr. 40,-.

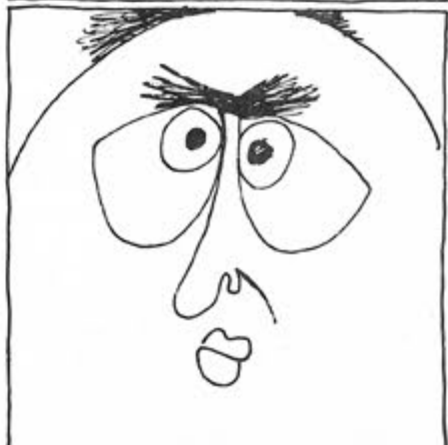
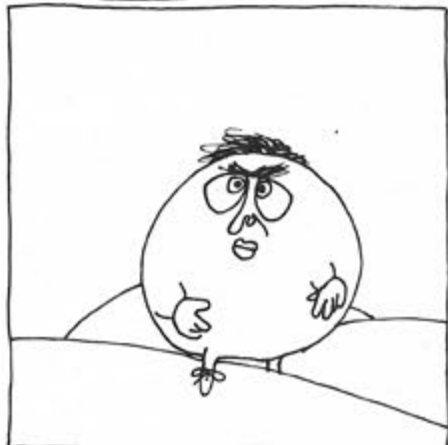
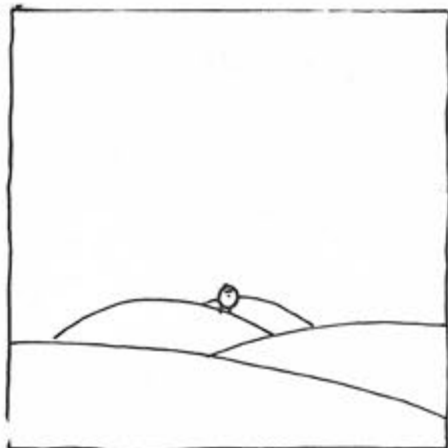
Ved avbestilling etter påmeldingsfristens utløp betales et gebyr på kr. 200, ved uteblivelse fra kurset betales full deltageravgift på kr. 1.150,-.

Hvordan kan dette gå an på Offentlige Legers Landsforening med distr.lege Siem som kursleder, innbyr til samme form for seminar over samme

tid til kr. 150,- i kursavgift?

Det er opplagt at et nært samarbeide mellom helse-tjenesten og ingeniørorganisasjonene ikke er ufruktbart, men hvis det skal gå ut over helsetjenestens lommebok på denne måten, mener jeg at samarbeidet bør brytes, i hvertfall på dette plan. Jeg kan ikke skjønne at det kan være mulig å arrangere et slikt seminar uten et betydelig overskudd, og dette går selvfølgelig inn i ingeniørenes velsmurte organisasjon. Dersom sivilingeniørene er til de grader parat til å lokke penger ut av helsetjenestens lommebok, vil jeg anbefale videre initiativ fra deres side å bli boikottet av våre arbeidere.

Per Wium



DET ER SØNDYSENDE Å BLI NEDTRAKKET TIL STADIGHET

KA

Dag Brekke:

## Den lange kalkylen

En lang steril engangskanyle (f.eks. Mediplast 0,80) (x 80 mm) kan brukes til så mangt.

1. Til fjernelse av fastsittende fremmedlegeme på cornea. (Erstatter hulmeisel/corneaskrape/tannlegebor mv. Jfr. særomtale).
2. Intracardialkanyle.

3. Suprapubisk blærepunksjon.
4. Spinalpunksjon i nødsfall. (Sml. "Tidsskriftet" 1974,94, 648).
5. Paracentese. Det kan innvendes at en ikke får den store paracenteseåpningen som ØNH-legene ønsker. Men uten risiko kan åpningen gjøres større enn bare svarende til en punksjon ved et lite side-

moment på nålen i stikkøyeblikket. Den skjærer godt. Til forskjell fra de vanlige paracentesenålene er den lange kanylen alltid for hånden - også i sykebesøk - den er alltid steril og alltid skarp. De vanlige paracentesenålene får meget lett en "grad" på spissen som øker smertene ved selve stikket og lett kan hefte seg opp og rive trommehinnen. Gjennom Heineotoskopet er kanylen lett å bruke, spesielt om en har otoskophodet med den vesle instrumenteringslupen.

En del kolleger har stusset over en bruk som her anført, personlig syns jeg dette er et enkelt og praktisk instrument som flere med fordel kunne benytte.

## Corpus alienum cornea

De fleste fremmedlegemer på øyet som en almenpraktiker får til behandling er fastsittende. Ofte sliperusk som har brent seg fast. Alle av oss har vel forsøkt Horners hulmeisel og en corneaskrape til å fjerne det, og blitt fortvilet over branntomten som en ikke får ut. Den skal alltid fjernes.

Nordisk Lärobok i Oftalmiatrik (Scand. University Books, Stockholm 1972) anbefaler (s. 287):

1. Salvebandasje til neste dag da skorpen vil bli lettere å fjerne.
2. Batteridrevet håndbor, som krever samtidig bruk av spaltelampe. Dvs. spesialisthenvisning.

For de fleste av oss står vel spesialisthenvisning nær en utopi og bør reserveres de vanskelige og dyptsittende fremmedlegemer. Salvebandasje og dagen-derpå bruk av hulmeisel vil i mange tilfeller føre frem. Noen har god nytte av et tannlegebor.

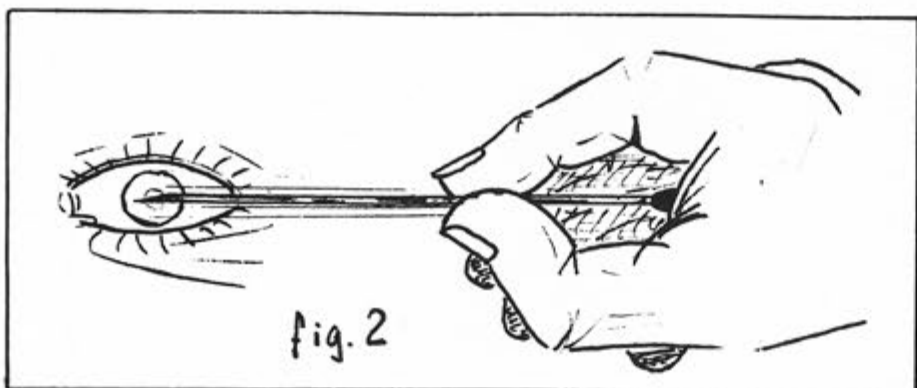
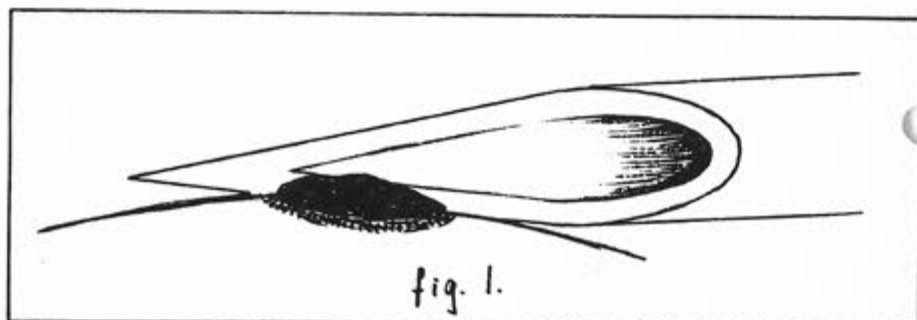
Selv lærte jeg i turnustiden å bruke engangskanyle. Den har de fordeler at den alltid er for hånden, alltid steril og alltid skarp (hva corneaskrape, hulmeisel, tannlegebor ol. som regel ikke er når det trengs mest). Wassermannkanylen kan brukes, men selv liker jeg best en lang kanyle uten skjold (f.eks. Mediplast 0,8 x 80 mm).

Efter inndrypping av lokal-anestesi og ev. fluorescin. brukes den skarpe kanten på kanylespissen som vist på fig. 1. Kanylen holdes som en blyant eller som en pensel, fig. 2. Kanylen føres sidelengs mot brannskorpen. Med denne fremgangsmåten fjernes såvel fremmedlegeme som brannskorpe som regel uten vesentlige vansker. Fare for perforasjon av cornea med kanylespissen er der ikke ved den anførte bruksmåte.

Salvebandasje og/eller Kloramfenikol dråper i 2-3 dager etterpå.

Personlig anser jeg dette som en bedre, raskere og mindre risikofylt fremgangsmåte enn bruk av hulmeisel, corneaskrape og tannlegebor. Og spesialisthenvisning blir ikke nødvendig!

Stryn, 12.8.74



**Brev fra en fylkeslege**

# Medisinsk registrering av fødsel

## *Måling av kroppslengde hjå nyfødde*

Ei distriktsjordmor i fylket melde frå til fylkeslegen at ho, etter ordre frå distriktslegen, ikkje foretok måling av kroppslengda hjå nyfødde. Grunnen til dette var den skade på hoftedeidd som kan påførast ved utretting av underekstremitetar.

Fylkeslegen la spørsmålet fram for Universitetet i Bergen, og har fått svar som vedlagde fotokopi viser. Dette til orientering.



**Svar fra spesialister**

# Medisinsk registrering av fødsel

Forespørselen av 10. mai d.å. om mulige skader på hoftedeidd ved utretting av underekstremiteter for måling av nyfødte barns kroppslengde, har vært forelagt for pediatrik og obstetrisk sakkyndige.

Sammenfattende kan sies at utretting av nyfødte barns underekstremiteter i visse tilfeller kan være uheldig når det allerede foreligger en hoftedeiddslidelse. Grunnlaget er for sinkelt for en konkret vurdering av

den risiko for skade som kan påføres ved utretting av underekstremitetene. Med den usikkerhet som eksisterer vil jeg anbefale at de jordmødre og leger som ikke mener det er tilrådelig å rette ut de nyfødtes underekstremiteter ved måling av kroppslengde, måler isse-sete lengde og angir dette mål på fødselsmeldingen. I disse tilfelle må det på skjema klart gå frem at det er isse - sete mål som en angitt.

Til underretning kan opplyses at det ved Akershus fylkes-sykehus for tiden pågår en undersøkelse for å klarlegge sammenhengen mellom full kroppslengde og isse - sete høyde hos nyfødte.

Vennlig hilsen

Tor Bjerkedal  
Bergen 20.5.1974



# Hvordan norske kommuners sentralforbund ser på primærtjenesten

Norske Kommuners Sentralforbund har i rapport nr. 5 tatt for seg oppgave- og utgiftsfordelingen i helse- og sosialsektoren. Rapporten skal være et foreløpig grunnlag for forbundets videre behandling av disse spørsmål. Hvem som har utarbeidet rapporten, får man ikke vite, men den er underskrevet av formannen i forbundet, Torleif Nilsen.

Jeg skal her ikke ta for meg hele utredningen, som er på noen og tredivde sider, men sette lyset på den kommunale oppgaveløsning og de tiltak som er foreslått endret. En av hovedkonklusjonene i arbeidet, er at distriktene ved kommunene og fylket, får stadig større oppgaver å løse innenfor helse- og sosialtjenesten, men får ikke det økonomiske grunnlaget som er nødvendig for å gjennomføre arbeidet. Forbundet mener videre at det ikke er riktig å iverksette en del planbestemmelser, bl.a. forsøksvirksomhet, før Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen har trukket opp de prinsipielle retningslinjene for fremtidig funksjonsfordeling mellom kommune, fylke og stat.

De oppgaver som skal løses i helse- og sosialsektoren inndeler kommuneforbundet i 4 hovedoppgaver:

1. Forebyggende virksomhet
2. Kurativ (behandlende) virksomhet.
3. Rehabiliterende virksomhet (attføring).
4. Omsorg.

Når det gjelder oppgavefordelingen, mener rapporten at de prinsipper som allerede er fastslått i f.eks. gjeldende sykehuslovgivningen og lov om sosial omsorg, bør føres konsekvent videre og omfatte hele helse- og sosialtjenesten. Det betyr at ansvaret for den primære planlegging og drift av helse- og sosialtjenestens servicefunksjoner i prinsippet bør tilligge de kommunale og fylkeskommunale organer, mens oppgavene med lovgivning, forskrifter og retningslinjer, overordnet planlegging, tilsyn og kontroll prinsipielt bør tilligge statens organer.

Videre nevnes som i de fleste teoretiske utredninger at: Hvor den enkelte kommune geografisk og/eller befolkningsmessig ikke er egnet til selvstendig organisering av en fullt utbygd primær helse- og sosialtjeneste, må det utvikles interkommunalt samarbeide og om nødvendig må det kunne påbys slikt samarbeide. Av egen erfaring ser jeg på dette mer som en teoretisk utredningsmodell. Jeg har vanskelig for å tro at enkelte kommuner ikke finner å være egnet til selvstendig organisering av en fullt utbygget primærhelsetjeneste. Det er også mange vanskelige forhold som oppstår ved samarbeid mellom kommuner på helse- og sosialsektoren.

HELSE- OG SOSIALDEMOKRATI.

Kommunenes ansvar for oppga-

vene innen primærhelse- og sosialtjeneste foreslår Kommuneforbundet fastlagt gjennom egnet lovgivning. Hva de enn mener med det.

De sier videre at for å komme ut av den oppsplittede situasjon som i dag preger helse- og sosialsektorens hjelpeapparat, må lovgivningen etablere et folkevalgt styringsorgan - et helse- og sosialstyre - som under kommunestyret har det samlede ansvar for de primærkommunale oppgaver i helse- og sosialsektoren. De tradisjonelle helserådsoppgaver må tilligge dette nye organ, som i visse faglige spørsmål bør ha beslutningsmyndighet med ankenemlighet direkte til Sosialdepartementet.

Helserådsoppgavene vil imidlertid - spesielt i de større kommuner - være så omfattende at et egnet fagutvalg (underutvalg) av helse- og sosialstyret får disse oppgaver. Og her er man vel også igjen ute med en "utredningsfloskel". Den oppsplittede situasjonen som råder i dag tror jeg neppe vil bli bedre ved lovgivning. Det som kan bedre den oppsplittede situasjon er dersom de arbeidende innen helse- og sosialsektoren begynner å samarbeide. Man kan lage så mange lover man vil. Hvis de det gjelder ikke vil samarbeide, nytter der lite med nye lover. Jeg mener det er opptil helse- og sosialarbeiderne i det lokale miljø å lage samarbeide uansett lover eller ikke.

Når det gjelder forutsetningene for å gjennomføre arbeid-

et, er det økonomien som står til hinder, spesielt innenfor den kommunale sosialsektor, og dette kan vel heller ikke lovene i og for seg løse dersom ikke bevilgningene følger etter.

Utvalget peker videre på at blant annet Sunnhetsloven bør oppheves eller omarbeides og dette har jo vært forsøkt flere ganger før, men forsøkene har måttet oppgis. Helserådene arbeider i dag etter Sunnhetsloven, og da lovmakerne var såpass fremsynte at de fleste formuleringer ble runde og almenlydige, går det fremdeles an i dag med sunt vett å bruke dette lovverket. De som har forsøkt å forandre Sunnhetsloven ved tidligere anledninger har vel funnet ut at de ikke klarte å lage noe som var vesentlig bedre, og derfor ga opp. Det jeg som helserådsleder i dag mangler, er satsing på helserådsarbeidet både fra kommunal og statlig kant. Ikke minst når det gjelder hjelp til å utføre oppgavene og også utdanning av personell.

Når det gjelder sammenslåingen av helserådet og sosialstyret misunner jeg ikke de folkevalgte som skal sitte i dette konglomerat da lovgivningen og regelverket både på helserådets side, men kanskje mer på sosialstyrets side, er så innviklet og omfattende at kun de færreste har anledning til å kunne sette seg inn i de respektive lovverk.

ofte neglisjerer denne utbygging, mens kommuner lenger ute i periferien må bygge den ene luksusboligen etter den andre for å få folk i stillingene. I dag har staten ved Helse-direktoratet en viss mulighet til å tvinge kommunene til bedre utbygging av de lokale helseforhold da de i enkelte tilfeller har blokkert distriktslegestillingen.

Når det gjelder lønnen har jeg ved flere anledninger gått inn for et fastlønnsprinsipp under forutsetning av en tilfredstillende legedekning som ikke forutsetter 40 timers overtid, slik det mange steder er i dag.

om skadelig forurensing fra kloakker og manglende eller dårlig utbygging av renovasjonsordningen.

Avslutningsvis kan det være grunn til å spørre om det har vært med helserådsordførere fra utkantkommunene i utvalget som har vurdert dette spørsmål. Jeg mener at man for å løse de oppgavene som dukker opp fremover må satse på et sterkt og velutbygget velutdannet helseråd som kan ta seg av også forurensnings- og miljøvernssaker. Og lov-hjemmelen ligger faktisk allerede i den nuværende Sunnhetslov. Tendensen til oppgaveløsning innenfor



#### DISTRIKTSLEGEN SOM KOMMUNAL ANSATT HELSERÅDMANN.

Til slutt i utredningen om primærkommunenes oppgaver, foreslås det at distriktslegen ansettes, lønnes og instrueres av kommunal myndighet.

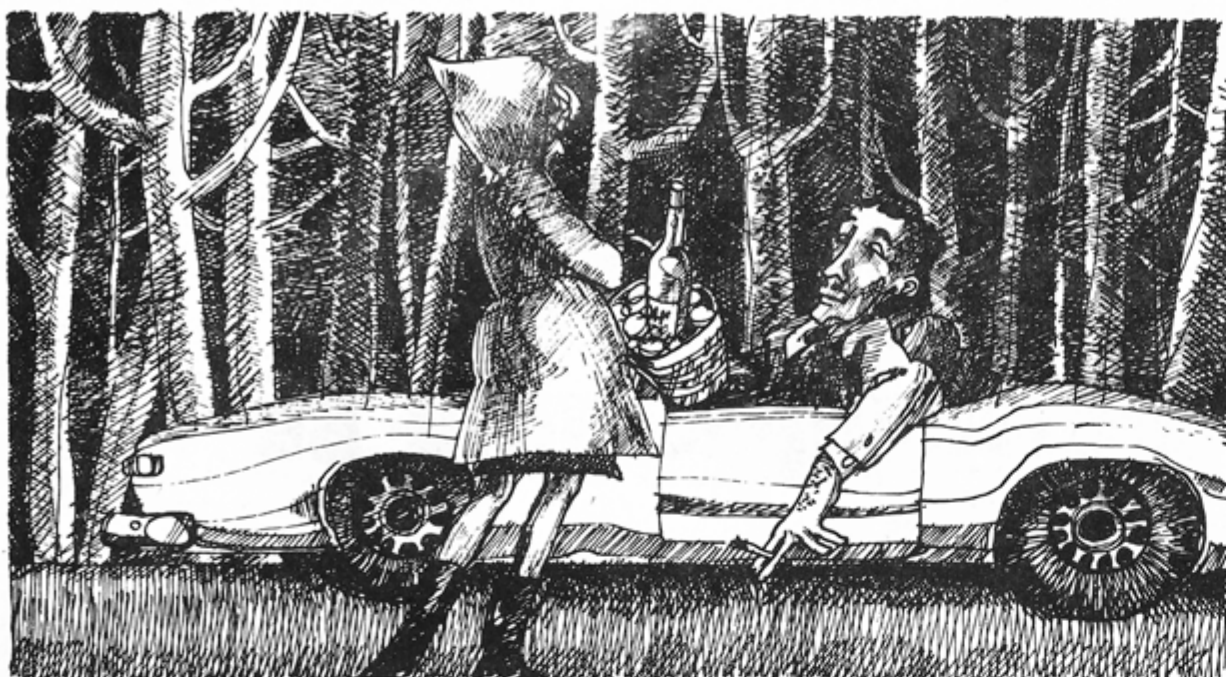
Jeg tror Kommuneforbundet her er inne på en litt farlig vei, uten at de kanskje har tenkt noe særlig gjennom problemene. For det første at kommunen skal ansette distriktslegene. Man kan her komme i den situasjon at relativt sentrale distrikt som er attraktive for distriktsleger, ikke vil bli utbygget med hensyn til kontor og bolig i den utstrekning som er nødvendig, for å gjennomføre et effektivt helsearbeid både kurativt og preventivt. Det har vist seg ved flere anledninger at relativt sentrale kommuner

Jeg tror nemlig dette vil bli en dyr løsning på lønnsproblemet og dyrere enn man egentlig har tenkt over. Videre skal distriktslegen instrueres av kommunal myndighet, og dette tror jeg er en meget farlig tanke. Det er et stadig tilbakevendende problem for helserådet å slå igjennom med sine argumenter overfor et kommunebudsjett. Dette er tynt til siste dråpe allerede før formannskapet har kommet til hovedkapitel 1,3, helsevern. De har da nemlig nettopp vært igjennom posten undervisning. I en slik situasjon er det nødvendig at kommunen ikke instruerer helserådets ordførere, enn så presser ham til å trekke tilbake vedtak

sentraladministrasjonen har i de senere år ligget i oppretting av stadig nye utvalg, stadig nye komitéer, men når det gjelder disse ting tror jeg man kan slutte med dette og heller prøve å styrke de organer som gjennom alle år har hatt mulighet til å kunne gjøre noe, og med en lovmessig bakgrunn.

Det er imidlertid et sørgelig faktum at de ressursene som har tilflytt helserådsarbeid har vært altfor små og utdanningstakten av personellet samt antall personell har også alltid måttet lide. Det er her vi må satse.

Per Wium  
distriktslege



# Rødhette og normaltariffen

Det var ein gong ein lege som køyrde så mykje legevakt at dei kalla han Jegeren.

Så var det ein sein kveld han fekk telefon frå ei eldre kvinne. Ho budde aleine i eit lite hus i skogen, eit stykke utanfor byen. Og ho fortalde at ho kjende seg så nervøs og redd no, for ho trudde det var ein ulv der, som ville ete henne.

Aha, tenkte Jegeren. Her må eg kunne utrette mykje med diazepam. Og takst 616 må til, for paranoide pasientar er det best å søkje innlagt. Og så sette han seg i bilen og køyrde langt og lengre enn langt.

Då han hadde køyrt nesten 5 kilometer, møtte han ei ung kvinne med raud hette, og spurte henne om vegen. Ho fortalde at ho var heimesjukepleiar, og skulle med vin og kaker i ei korg til den gamle kvinna, som var bestemor hennes. Og då kunne ho vise vegen fram. Då er takst 612 b sikra, tenkte Jegeren og var glad.

Då dei kom fram, gjekk den unge kvinna fyrst inn, for legen fekk mobiltelefon om eit barn med 38,4 i feber.

Men då han kom etter inn i huset, fann han ingen andre enn ein diger ulv, som låg der og sov med svær mage.

Det treng ikkje bli bomtur likevel, tenkte Jegeren. Eg får ta ein svangerskapskontroll med prevensjonsrettlegg, med takst 21 + 75% med full refusjon, og takst 616. Og det treng ikkje ta så lang tid, når eg ikkje blir avheft med pasientprat. Men så viste det seg at der var to fosterlydar over abdomen, begge to høgt oppe til venstre.

Då skjønna legen at dette var ikkje rett stelt, og så gjorde han laparotomi (takst 21 + 75%, samt 151 og takst for langvarig legearbeid). Oppklipping av preparatet viste ei ung kvinne med raud hette, og ei eldre kvinne med nevrasteniformt bilde, angst og idear som ikkje lengre var paranoide. Men ho fall godt til ro på 20 mg diazepam intramuskulært.

Og så køyrde legen vidare til det vesle barnet som hadde feber.

Då ulven vakna av narkosen neste morgon, fekk han brekningar, ventrikkelfruptur,

peritonitt og mors. Men då hadde ikkje Jegeren vakt lengre, så det var ulvens feil, som ikkje ringte til sin vanlege dyrlege om morgonen.

Den gamle bestemora vakna om natta og drakk opp heile vinflaska. Effekten blei potensielt av diazepam, så ho fall ut or senga og fekk fractura colli femoris, nagling, pseudarthrose og kom på sjukeheim etterpå. Og så fekk den unge kvinna med den rauden hette overta det vesle huset inne i skogen.

Og det var naturlegvis det som var meninga. For har du nokon gong høyrte om ein heimesjukepleiar som går med vin og kaker til pasientane seint om kvelden? Sjølv sagt har du ikkje det. Men slik går det dersom ein legevaktlege kjenner for lite til strukturen i helsetenesta utanom institusjon, då er det lett å ta feil.

Og dette er sjølv sagt eit eventyr. For har du høyrte om ein lårhalspasient som får plass på sjukeheim så snart han treng det?

Torleiv  
Robberstad



## BOKANMELDELSE

# Prinsipper for sterilisation og desinfeksjon i sykehus- og almen-praksis

Knud Skadhauge. Munksgaard 1973, D. kr. 30,—

Jeg fant ikke det jeg ventet å finne. Jeg trodde hygienikerne hadde kommet så langt, at de nå begynte å lette litt på kravene til sterilisasjon og desinfeksjon i almenpraksis. Jeg tror ikke en eneste side i boken er viet almenpraksis spesielt, og etter lesingen tyder det på at forfatteren kun har erfaring fra hospitaler. Det jeg igrunden lette etter var hvor store lempninger man kan tillate seg å gjøre når det gjelder sterilisasjon og desinfeksjon i almenpraksis og på hvilket område dette er minst skadelig. Dessuten kunne det være nyttig med en praktisk oversikt over hva slags sterilisasjonsutstyr man skal kjøpe inn til en vanlig almenprak-

sis. Istedenfor dette er boken oppfylt av teoretiske sterilisasjons- og desinfeksjonsmetoder, og det blir lagt meget stor vekt på hva slags kontrollmålinger som skal legges til grunn. Dette mener jeg har så liten relevans for almenpraktikeren, og det kunne vært nyttig hvis forfatteren i forordet hadde gitt en anvisning på hvordan en almenpraktiker skal forholde seg overfor foreliggende bok.

Dette er altså ikke en bok for sterilisasjon og desinfeksjon i almenpraksis, men generelle grunnleggende prinsipper for ovennevnte emne er i enkelte kapitler meget bra behandlet, mens forfatteren i andre kapitler

har hyllet seg inn i en håpløs spesialistutredning med fordeler og ulemper ved forskjellige testmetoder. Det kommer et lyspunkt på slutten, nemlig kapittel 12 som omhandler "nogle almindeligt anvendte grupper af kemiske desinfektionsmidler". I det siste kapitlet dumper boken ned på det rent teoretiske plan igjen selv om det heter den praktiske anvendelse af kemisk desinfeksjon.

Jeg mener boken ikke har særlig relevans for almenpraksis og tror Terapispalten i Tidsskrift for Den norske lægeforening gir vel så god informasjon til primærlegene over ovennevnte emne.

Red.

## Bokanmeldelse

Jens Dedichen:

# «Lege på flere måter»

Det er deilig å åpne en bok som beskriver vitenskapelige arbeider utført av lege uten å bli møtt av hundrevis av kurver, tabeller og standardavvik.

Selv om Jens Dedichen's uteksperimenterte stoffer for en stor del har løpt ut i sanden, vidner hans penn såmenn ikke mye om resignasjon og oppgitthet. Han beskriver sin vitenskapelige løpebane, inneholdende store oppfinnelser, venting, utholdenhet og til slutt resignasjon, med en slik sprudlende selvkritikk og humor at selv en innbarket praktikus langt fra universitet, kunne få lyst til å prøve

vitenskap.

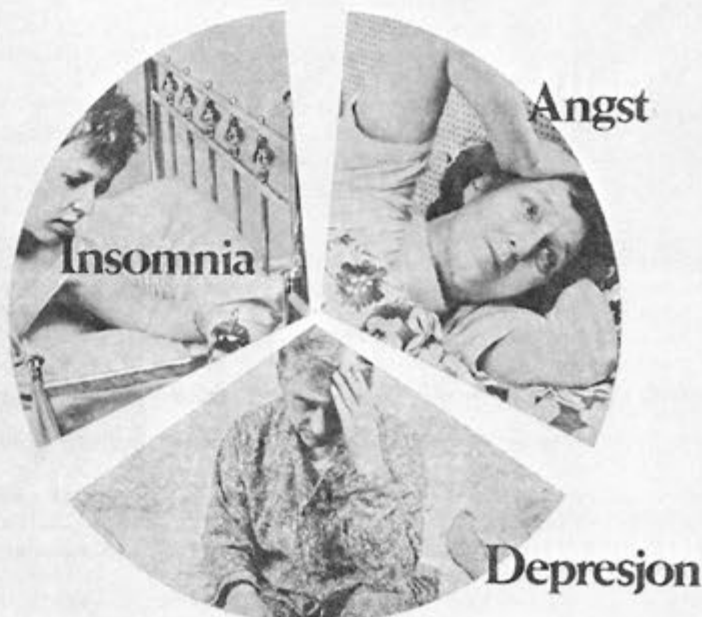
Jens Dedichen's vitenskap har sikkert vært vel så alvorlig som mange andres, men han kan behandle stoffet med en slik overlegenhet at det i dag virker befriende når han blant annet forteller om sin doktorgrad. Den intense leting etter L-faktoren som skulle løse mange problemer, resulterte etter mange års arbeider i en doktorgrad, og Dedichen innrømmer at han selv var autodidakt sammenlignet med professor Owens skole for doktorgrader. Rekkefølgen av hans tabeller tok seg ikke pent ut og brakte bedømmelseskomitéens medlemmer til

fortvilelse. Jeg har selv hatt anledningen til å oppleve professoren Jens Dedichen på poliklinikken Rikshospitalet, og hans sjarmerende personlighet gjorde inntrykk. Jeg kan derfor godt skjønne at bedømmelseskomitéen var fortvilet dersom hans doktorarbeide avspeilet mer av Jens Dedichen's personlighet enn høyst nødvendig. Et doktorarbeide skal jo som kjent ikke være sjarmerende. Selv om doktorgraden ikke var av ypperste klasse, er foreliggende bok absolutt verd å leses, og kanskje spesielt av de av oss som tar vårt fag altfor alvorlig.

Red.

# SØVNVANSKER

— et symptom, flere årsaker



Når søvnvansker er forårsaket av en underliggende depressiv tilstand, vil behandling av søvnproblemet med tradisjonelle hypnotika bare gi en god natts søvn. Årsaken til søvnvanskene vil derimot fortsatt være upåvirket, og pasienten forblir derfor avhengig av medikamentet for å få sove.

Disse pasienter trenger noe, mer enn bare et tradisjonelt sovemiddel, de har behov for et preparat som gir hurtig normalisering av søvn, demping av angst og en god antidepressiv effekt.

Mange hypnotika og de fleste tricykliske antidepressiva påvirker det normale søvnmonster. Dette kan igjen gi ubehagelige symptomer ved seponering, i form av søvnløshet, mareritt og agitasjon, og pasientene vil derfor nødig avslutte medikasjonen.

**SURMONTIL** påvirker ikke det naturlige søvnmonster,<sup>1</sup> i motsetning til de fleste tricykliske antidepressiva, og doseres med 50–150 mg (2–4 tabletter à 25 mg) 2 timer før sengetid.

<sup>1</sup>Dunleavy, D. L. F., et. al. Br. J. Psychiat. (1972), 120, 663–672.

## Surmontil® Doseres en gang daglig — 2 timer før sengetid

Trimipraminum

### Indikasjoner:

Alle former for depresjonslidelser især når den ledsages av insomnia, angst og agitasjon.

### Dosering:

50–100 mg 2 timer før sengetid. Største dose gis fortrinnsvis til pasienter med utfalt søvnforstyrrelser. Ved å gi døgndosen om kvelden, vil man hurtig oppnå en normal søvnrytme og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemidler. Behandlingen må fortsette i minst 4 uker.

### Bivirkninger:

Lett initial døslighet kan forekomme. Tørhet i munnen, lett tremor, vertigo, hypotensjon, tachycardia, akkomodasjonsforstyrrelser, gastrointestinale forstyr-

relser og hodepine er iaktatt. Ved høye doser er det i enkelte tilfelle sett ekstrapyramidale symptomer som dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Toksik-deliriose reaksjoner kan i sjeldne tilfelle forekomme. Bivirkningene forsvinner som regel ved reduksjon av dosis.

### Forsiktighetsregler:

Som ved all medikamentell behandling av depresjoner, kan den hemningslappende virkning inntre før den depresjonslappende virkning, og dette kan føre til økt suicidairisiko. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f. eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser

og sinus-tachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjertelidelser. Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfall av intermitterende latesyn, regnbuetsyn og øyesmerter krever hurtig øyelege kontroll og utelukkelse av anfallsgraukom før behandling fortsettes. Forsiktighet ved leverlidelser, epilepsi, hjerneskader. Teratogen virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskapet.

### Kontraindikasjoner:

Trangvinklet glaukom. Må ikke gis til pasienter som behandles med M.A.O. hemmere — og tidligst 2 uker etter at M.A.O.H.-behandling er avsluttet.



pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor Sandviksveien 12, 1322 Høvik