

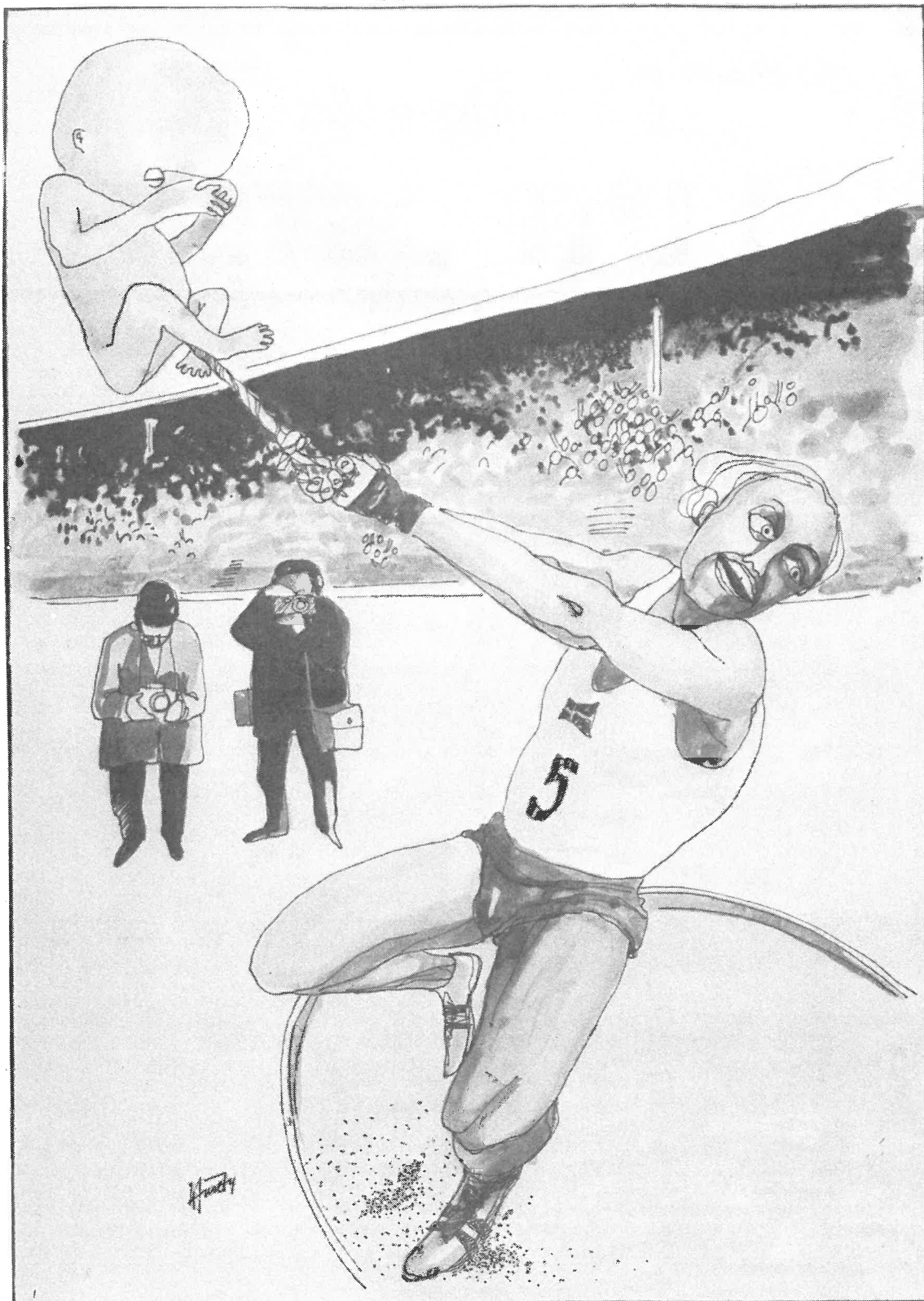
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 8

OKTOBER/NOVEMBER 1974

ÅRGANG 3



UTPOSTEN

Redaktører:

Tore Rud
Harald Sierr.
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 34 7823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretærer:

Ansgar O. Aasen
Rami Aronzen
Nils Tørris

Ettertrykk forbudt

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.

INNBLIKK I UTPOSTEN

En veletablert avis ville vel ikke komme med en selvran-sakende artikkel før ved de store jubileer. Utposten er ingen stor avis, den er heller ingen konvensjonell avis, og på grunn av at den har kommet til mange nye abonnenter i det siste, kan det være nyttig å repetere selve grunnlaget og se litt inn i selve strukturen til avisen.

Opptakten var to stressede distriktsleger som måtte ha utløp for sine innestengte aggresjoner, og i første nr. var det kontaktbehovet som var nøkkelordet. Det var først og fremst kontakt med andre distriktsleger. Men etter hvert som tiden har gått har det vist seg at kontakten med legestanden har vært for snever, og det har også gjenspeilt seg i undertittelen på bladet som har forandret seg fra alminnelig blad for primærleger til alminnelig blad for distrikts-helsetjenesten.

Selve avistittelen har jo gitt mange morsomme episoder i disse snart tre årene vi har holdt på. Den blir som regel forvekslet med religiøst tidsskrift og intet er jo morsommere enn det.

Den trange start med motstand spesielt i Legeforeningen og de såkalte 'etablerte' leger, var ikke særlig vanskelig å komme over. Fra et lønlig håp om 500 abonnenter har avisen i dag mye over det dobbelte og et opplag på 1500.

Jeg innrømmer villig at dette har oversteget selv våre mest optimistiske forhåpninger. Dette har ført til at bladet jevnt over har hatt en god økonomi opp til i dag. Økonomien er også hjulpet av rimelig fremstilling, noe som av og til må gå ut over kvaliteten. går over budsjetten til distriktslegen i Aukra og Midsund.

Har så Utposten klart å utrette noe på disse snart 3 årene?

Som redaktør mener jeg ja og dette begrunner jeg med at bladet stadig blir nevnt, også i offentlige utredninger. Jeg vet at de sentrale helsemyndigheter er opptatt av hva vi skriver om, da det er et spesielt talerør for distrikts-helsetjenesten, som jo har kommet i fokus på mer en måte. i de senere år.

Hva er det så som har gjort Utposten såpass populær som den har blitt?

Jeg tror årsaken mest ligger i at avisen virkelig har hatt noe å kjempe for og at den også i fremtiden vil ha det. Den situasjonen man setter unge leger i ved å plassere dem i distriktshelsetjeneste uten skikkelig utdanning, er i seg selv konflikt-skapende, og det er utallige oppgaver å ta fatt på for å legge forholdene bedre til rette. Dette sammen med en kullsviertro på at en desentralisert helsetjeneste med et godt samarbeide mellom de forskjellige deler av helsetjenesten, er en forutsetning

for at man skal komme videre i helsearbeidet her i Norge. Dette har dessverre tildels gitt seg utslag i nokså kategoriske og karikerte artikler om Den norske Lægeforening og norsk sykehusvesen, men det synes av og til nødvendig å sette problemene i et noe grellt lys for at man skal få folk til å bli oppmerksomme på dem og gjøre noe med dem.

Dette har selvfølgelig fått bladet til å virke mindre seriøst, og dette var da også meningen. Vi mente det ville være et godt supplement til det, etter vår mening, altfor "seriøse" Tidsskrift for Den norske Lægeforening.

Redaksjonen, som vesentlig består av distr.l. Siem og undertegnede, mener at distrikts-helsetjenesten har noe å si både institusjonsmedisinen og de sentrale helsemyndigheter. Og dette må for all del komme frem, uansett om formen ikke er polert og finsiktet slik som i de fleste andre medisinske tidsskrifter. Vi har selv tatt opp problemer som vi har sett i vår praksis, men hovedsaklig har vi lagt vekt på å få inn artikler utenifra, og dette har også strømmet til over all forventning det siste år.

Det har selvfølgelig hele tiden vært hevdet at redaktørene i Utposten er venstres-radikale, og det er vel ingen som riktig tror at redaktør-

Forts. s. 15.



Turnustjenesten

— Studentenes syn

Vi viser til innlegg nr. 2-74, hvor en anonym innsender uttaler seg om turnuskandidater i distrikt. Han viser en temmelig negativ holdning til de unge kandidater som ofte har kortere arbeidstid og høyere inntekt enn distriktslegen. Det blir videre påpekt at distriktslegen har ingen innflytelse på hvem som kommer i distrikt, og at turnusordningen alt i alt er en belastning på distriktslegene. Derfor foreslår innsenderen at distriktslegene heller burde knytte til seg faste kompanjonger og dermed si fra seg ansvaret for turnuskandidater.

Vi som er fremtidige kandidater ble virkelig overrasket og skuffet over denne holdningen. Som kjent inngår turnustjeneste i distrikt i den obligatoriske tjenesten før man får legelicens. Etter vår mening er dette en uhyre viktig og medisinsk faglig, givende del av den totale legeutdannelse. Vi tror også at mange distriktsleger ser sitt ansvar i å lære opp de unge leger og stimulere interessen for distriktslege/almenpraktikerfaget.

Studentkullene har i de siste årene tiltatt i størrelse, og større og større kull kommer. Det skaper adskillige problemer for fordelingen av

kandidater på et tilstrekkelig antall stillinger i sykehus og distriktturnus. Fra sentraladministrasjonen innen vårt helsevern har derfor "dansk ordning" vært lansert som en løsning. Dette innebærer at all fordeling av turnusplasser opphører, og at hver enkelt kandidat selv må sørge for å skaffe seg den nødvendige praksis som i neste omgang vil bli godkjent av myndighetene. Dette vil i praksis innebære at både sykehuseiere og distriktsleger vil ansette kandidater for lengre tidsrom (da slipper man jo den stadige utskift-

ingen og opplæringen av folk), - og antall disponible plasser vil synke betraktelig. Altså en ordning som ikke skaper en eneste ny stilling, men som forenkler administrasjonen. Dette er en ordning som studentene energisk kjemper imot. Dette vil nemlig i realiteten både forlenge våre studier, og vil dessuten føre til en kamp om stillinger hvor de med spisse albuer og gode venner vil nå fram.

Etter vår mening er vi best tjent med å beholde nåværende turnusordning i prinsippet, så får man heller diskutere

Forts. s. 15.



SOMMERJOBB HOS DISTRIKTSLEGE FOR STUDENTER TIDLIG I DET MEDISINSKE STUDIUM

Det er ikke så rent sjelden at medisinske studenter ønsker å arbeide hos almenpraktikere i sommerferien før de har midlertidig lisens d.v.s. før 8. termin. Noen av disse kontakter oss på forhånd for å få hjelp til å finne et egnet sted, men de fleste har i år skrevet direkte til fylkeslegen/distriktslegen og tilbudt sin tjeneste. Det har som rimelig kan være hersket en viss usikkerhet både fra studentenes side (hvor meget vil de egentlig lære, hvor megen nytte kan de gjøre for seg o.s.v.), dels fra distriktslegens side (hvorledes bør han bruke

studentene så tidlig i studiet, hva bør de få i lønn? etc.) og dels har begge parter vært usikre på hva Institutt for Almenmedisin mente om slik tjeneste. Før sommeren 1974 hadde jeg kontakt med 5 studenter, og skriftlig kontakt med 3 distriktsleger i Finnmark og 2 i Gudbrandsdalen. Etter sommeren hadde jeg et møte med studentene hvor vi diskuterte hva den enkelte hadde gjort og hvilket utbytte de hadde fått ut av det. Studentene skrev også en rapport om sine opplevelser.

Det er klart at økonomisk

sett vil studentene hatt større utbytte av sykehustjeneste (det er kanskje ikke noen tilfeldighet at det var 5 kvinnelige studenter), men de var alle positivt innstilt og angret ikke. De mente at ordningen burde fortsette og helst utvides, slik at flere studenter kunne få sjansen.

Da det kan være av en viss interesse for "Utposten"s lesere gjengis, etter tillatelse, rapport fra en student og hennes distriktslege.

Oslo, 8. okt. 1974

Chr.F. Borchgrevink.

Rapport om sommerjobb hos distriktslege

Jeg har arbeidet i 4 uker i sommer hos distriktslege. Kontakten med ham ble knyttet ved at jeg skrev et brev til fylkeslegen og fortalte om mitt ønske om å arbeide hos en distriktslege.

Distriktslegen stilte sin campingvogn med fortelt til disposisjon som min bolig i disse 4 ukene, og jeg betalte kr. 300,- i leie av campingplass.

Helsehuset hadde tre kontorer, distriktslegens, turnuskandidatens og helsesøsters, samt røntgenrom, laboratorierom og forværelse. Det var ansatt en laboratoriesøster og en kontordame.

I mine 3 første uker var laboratoriesøster på ferie og

jeg gjorde hennes daglige arbeid, som sårskift og injeksjoner, samt blodprøver og urinprøver som ble bestemt av legene.

Ved siden av dette arbeidet, hadde jeg egne konsultasjoner som øreskylning, behandling av enkle frakturer, suturering av skader, incisjon i abscesser og lokale betennelser, dislokasjon av fingre, fjernelse av vorter og negler, tendinitter og cystitter.

Ettersom jeg har skrevet regningskort på det jeg har gjort som ikke ble forordnet av legene, har jeg fått oversikten over fordelingen av arbeidet. Den ser slik ut rundt regnet:

50 kontroller, sårskift, injeksjoner, etc. a kr. 7,-
50 konsultasjoner a kr 17,-

+ tillegg
20 kontroller av cystitter med urin micro.

Summen av regningskortene ble kr. 3.000,-. Fra denne summen ble det trukket 14,5% i arbeidsgiveravgift. Det resterende beløp var min lønn for disse 4 ukene.

Den siste uken da laboratoriesøster var tilbake fra ferie, brukte jeg det meste av tiden til å sitte inne hos distriktslegen eller turnuskandidaten for å se og lære hvordan de behandlet pasientene.

Om ettermiddagen og kvelden var jeg i løpet av hele perioden med på sykebesøk.

I løpet av disse 4 ukene ble det også arrangert 2 barnekon-

troller, et helserådsmøte og et bygningsrådsmøte som jeg fikk være tilstede ved. Dessuten var det 3 andre mer kommunalt pregede saker som kontroll av standarden på et gjestgiveri og en skolestue, og kontroll av drikkevann.

Vurdering:

Oppholdet hos distriktslegen har gitt meg mer innblikk i hvordan den primære helse-

tjeneste drives, og hva som er en distriktsleges oppgave, både som lege og som kommuneansatt.

Jeg har videre fått god trening i bedømmelse av laboratorieprøver, og fått god øvelse i venepunksjon. Min innsikt i bedømmelse av skader er øket, og jeg har fått øvelse i å behandle småskader som falt innenfor distriktslegens arbeidsfelt.

Den siste uken da jeg satt inne hos en av legene, fikk jeg bedre forståelse av hvilke lidelser den vanlige befolkning har og hvordan disse behandles. Gjennom dette lærte jeg mye om medikamentbruk.

Det må tilføyes at det var interessant å komme rundt på sykebesøk og se hvordan livet artet seg i distriktet.

Stud.med.

RAPPORT FRA DISTRIKTLEGEN

Jeg hadde gleden av å ha en student som "observatør" på distriktslegekontoret i 4 uker sommeren 1974.

Professor Borchgrevink har bedt meg kort beskrive hvorledes jeg som distriktslege og arbeidsgiver ser på denne ordningen.

Vi har god plass og god arbeidshjelp på kontoret: 2 legekontorer, laboratorium, skadestue og en stor kontor- gang + venteværelse, 2 leger (distriktslege og turnuskand.) 2 medhjelpere (1 sykepleier som hadde ferie de 3 første

ukene av studentens tid og 1 kontordame).

Studenten dekket mye av sykepleierens daglige rutine som prøvetaging, urinkontroller, røntgenfotografering og fremkalling av bilder, skifting av sår osv. Dessuten tok hun enkelte behandlinger etter anvisning, som suturering og primærvurdering av akutt hjelp og på slutten av tiden også f.eks. blodtrykkskontroller. Det ble en meget merkbar kapasitetsøkning ved kontoret i en ellers travel ferietid med nedsatt arbeidsstokk og stor pågang av pas-

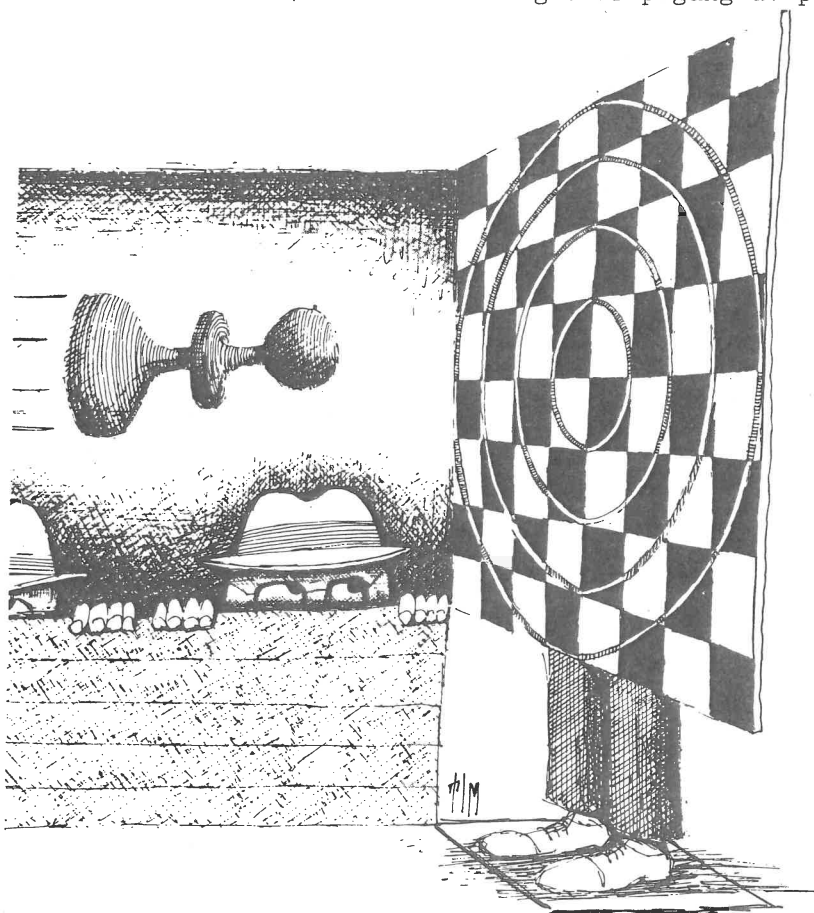
ienter - særlig turister. Arbeidsforholdene for studenten synes meg meget avhengig av kontorforholdene og den daglige rutine ved kontoret. Studenten bør med andre ord fylle en ledig plass for at en lege skal få godt utbytte av ham.

For pasienter studenten hadde kontrollert selv, eller behandlet etter korte konferanser med lege, leverte hun regningskort for ca. kr.3500,-. Av dette ble trukket 14,32% arbeidsgiveravgift, resten ble utbetalt. Jeg regner da at hun utførte så meget prøvetaking, rydding, røntgenundersøkelse osv. for legene at dette var god nok leie for hennes bruk av kontor og utstyr.

Studenten hadde fri adgang til å bli med på alt distriktslegen foretok seg: Helse- rådsmøter, barnekontroller, hygieneinspeksjon, sykebesøk og konsultasjoner på kontoret, det siste i den utstrekning pasientene tillot det (nesten 100%, men de pasientene som jeg mente ikke ville tørre si nei, ble ikke spurt og studenten var ikke til stede).

Mitt utbytte av denne ordningen var en god ferievikar for sykesøster på kontoret og dermed en vesentlig avlastning i mitt arbeid. Videre hadde jeg anledning til å diskutere aktuelle primærmedisinske problemer til sykebesøk og kasus fra sykebesøk. Problemene var få og små og jeg har vansker med å finne konkrete eksempler på dem. Jeg kommer til å gå inn for å fortsette med denne ordningen.

Distriktslege.



En utfordring til norske almenpraktikere fra universitetet i Tromsø

Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø etterlyser en almenpraktiker til en viktig og spennende arbeidsoppgave innen undervisning og videre- og etterutdannelse i almenmedisin.

Undervisningen av medisinerstudenter i Tromsø begynte høsten 1973, og det vil være kjent for mange at Studieplanen i Tromsø er utformet med betydeligere vekt på almenmedisinske aspekter enn ved noen annen norsk medisinsk skole. Almenmedisin er et stort fag i Tromsø, det er satt av noenlunde samme tid til dette fag som til f.eks. psykiatri. Det er ved Institutt for samfunnsmedisin opprettet lærerstillinger i almen- og sosialmedisin i et omfang som skulle gjøre det mulig å gjennomføre Studieplanens intensjoner.

Medisinerstudentene i Tromsø får kontakt med almenpraksis fra første semester av, i form av løpende seminarer og klinikker med problemstillinger fra primær-helsetjenesten. Gjennom undervisningen i medisinsk sosiologi får de et teoretisk grunnlag for å forstå legerollen i samfunnet, og de observerer almenpraktikere i deres arbeid.

I 3. og 4. studieår gis studenten basalklinisk undervisning, og det er meningen at almenmedisinske aspekter skal taes med gjennom hele denne perioden. I 4. studieår er dessuten 5 uker avsatt i sin helhet til sosial- og almenmedisin. Her forutsettes studentene å få en basal

innføring i den viten og de ferdigheter som kreves av en almenpraktiker. Ved undervisning og praktisk uketjeneste hos praktiserende leger i Tromsø, skal gjennomgås trygdellovgivningen og det sosiale hjelpeapparat, samarbeid med andre faggrupper i den primære helse- og sosialtjeneste, og sist men mest, det daglige arbeid med den enkelte pasient.

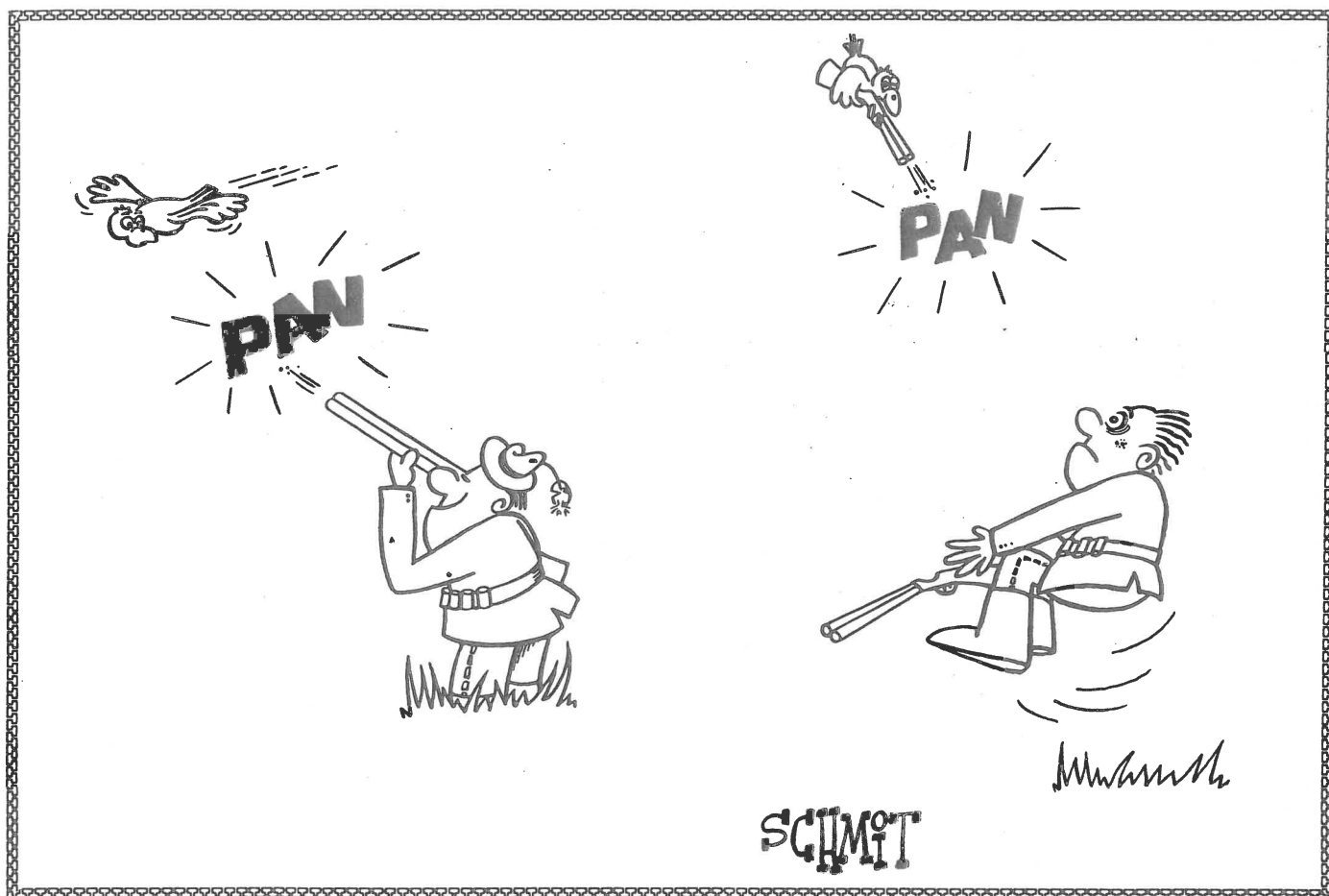
Selve hovedtyngden av den almenmedisinske undervisning kommer imidlertid etter vel 4 års studium, det vil for det første studentkull si høsten 1977. Da skal studentene ut av Tromsø og gjøre tjeneste på lokalsykehus og hos distriktsleger, 8 uker på medisinsk avdeling, 8 uker på kirurgisk avdeling og til slutt 8 uker hos distriktslege. Vi hadde nylig et seminar med de kontaktmenn Universitetet har på landsdelens lokalsykehus og blant distriktslegene for å drøfte faglig innhold, organisasjonsform, økonomiske og andre ressursproblemer forbundet med denne utplasseringen av studentene. Dette seminaret gav oss ved Universitetet en sterk opplevelse av at det er riktig å trekke disse kolleger inn i studentundervisningen, derved får vi tilført undervisningen meget verdifulle ressurser. Vi kom et langt skritt videre på seminaret i retning av å gi denne undervisningen det konkrete innhold studentene trenger, samtidig som den er praktisk gjennomførbart.

Og her kommer jeg til poenget: Vi trenger en mann eller

kvinne, helst en erfaren almenpraktiker eller offentlig lege, som kan arbeide videre med denne undervisningen ved lokalsykehus og i distriktet. Dette arbeidet er tillagt en stilling som utlyses i disse dager, en mellomstilling (universitetslektorat) i almenmedisin som er gitt til Universitetet i Tromsø av Den norske Lægeforening's fond for legers videre- og etterutdannelse. Foruten å arbeide med den videre planlegging av studentundervisningen, skal den tilsatte i stillingen også engasjere seg i videre- og etterutdannelsen av almenpraktiserende leger i Nord-Norge, ved å være sekretær for de lokale legeforeningers kurskomitéer.

Den som får denne stillingen, får en innflytelsesrik posisjon og en interessant jobb. Han/hun får rike muligheter for gjensidig stimulerende kontakt og meningsutveksling med kolleger og studenter. Utstrakt reisevirksomhet i hele Nord-Norge hører med til arbeidet. Stillingen er knyttet til gruppen i almenmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø, og er likestilt med andre vitenskapelige stillinger med hensyn til forskningsmuligheter og forskningsveiledning.

Stillingen er utlyst i Norsk lysningsblad nr. 63, og i Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 9-1974. Betenkning for stillingen og nærmere opplysninger forøvrig fåes ved henvendelse til Institutt for samfunnsmedisin 9010 Åsgård sykehus, tlf. (083) 8 48 55.



DAG BREKKE:

DESTRUKSJON AV UKURANT MEDISIN

Ikke alle syns toalettskålen er stedet der en kvitter seg med utdaterte legemidler. Og å kaste ukurante medisiner i søplén finner vel de fleste av oss uholdbart.

På forespørsel opplyses det i Apotekkontoret, Helsedirektoratet at Norges Apotekerforening i juni 1973 sendte skriv til landets apotek med oppfordring til å ta imot gammel medisin for destruksjon. (Inform A 2/1973).

Det heter i skriveet: "Dette er et servicetiltak som ligger godt til rette for apotekene, og vi anbefa-

ler derfor at alle apotek tar del i denne service. Preparatene kan deles etter faglig skjønn, destrueres på apoteket, ved oppløsning, brenning, knusing av ampuller osv. Større mengder arsenikk, bly- og kvikksølvforbindelser og andre ikke nedbrytbare stoffer som en av forurensningshensyn ikke vil kaste, kan sendes til Norsk Medisinaldepot for destruksjon. Stoffene må i tilfelle pakkes forsvarlig, og stoffer som kan virke som eksplosiver må pakkes for seg og merkes tydelig. Pakken sendes NMD's driftsavdeling i Oslo som har sagt seg villig til å ta imot

for kassasjon som en service overfor apotekene."

Det er ikke noe i veien for at legene kan sende direkte til NMD. Stoffer som ikke kan ødelegges, blir foreløpig lagret ved Norsk Medisinaldepot.

Når det gjelder eventuell retur av tomflasker for desinfeksjonsmidler etc.- som vanligvis er norske standardflasker på 0,5 eller 1 liter - anbefales det tatt opp med den enkelte leverandør.

Så vet vi det!

HARALD SIEM:

GLINT FRA HELSEARBEIDET I JAYDEBPUR

Grunnelementet i forvaltningen i Bangladesh er et Tana, på størrelse med norske kommuner, og med folketall som norske fylker. Landshelseplanen bygger på helsesentre med små sykestuer i alle Tanas, men det er lenge til planene blir realisert.

Det første skrittet er tatt, ved at sentrene formelt er opprettet, og leger ansatt. Legene har imidlertid hverken medisiner eller utstyr til å kunne gjøre nytte i samsvar med sin fem års utdanning.

Det norske helsesenteret i Jaydebpur dekker således mer enn sitt Tana, noen har kommet over 40 miles for å få hjelp.

Det man gruer mest for er derfor arbeidsdagens første akt; siling av køen.

I forrige uke møtte det opp over 1500 mennesker tre dager på rad, mens gjennomsnittet ligger på det halve. Køen står utenfor gjerdet, og ved hjelp av det meste av staben på senteret blir alle stilt opp i enkeltrekker og holdt helt urørlige så snikning ikke kan finne sted. Hvis noen klarer å snike i køen oppstår slagsmål og som lett utvikler seg til kaos, hvor også staben blir alvorlig truet.

De to bengalske legene, administrator og tolken står for utvelgelsen av pasienter. Først slippes kontrollpasientene inn, ca. 10-40 mennesker. Derefter går vi langs køen og spør hva som feiler hver enkelt. De som synes åpenbart syke får sin ticket, laget av oppklippet pappembalasje. Når de dårligste er plukket ut begynner vi forfra igjen og deler ut adgangstegn så langt de rekker til dem som

kom først. Maksimalt deles det ut 200 slike tegn. I tillegg tas det inn opp til 100 skabbpasienter som ikke registreres eller går via lege, men får sin kroppsvask, skorpeplukking, sulfasalve og benzylbenzoatbehandling av dertil ansatte og opplærte.

Endelig kommer 20-40 barn til milkfeeding og bading mens deres mødre pådyttes litt helseopplysning. - Maksimalt kommer altså 350-400 mennesker til behandling, som regel ledsaget av et eller flere familiemedlemmer. De friske familiemedlemmer blir tilbudt vaksinasjon mens de er der, og fra 50 til 150 blir således vaksinert mot koppper og cholera. Vaksinasjonen blir premiært med 20 multivitamin-tabletter.

Alle pasientene har sitt kartotekkort, og får første gang et utstanset metallmerke for å finne igjen nummeret ved senere besøk.

Og de søker senteret for alt mulig. Fra bagateller som selv i Norge sjelden kommer over terskelen og til de alvorligste livstruende tilstander. I forrige uke kom en kvinne og ville ha medisin mot spytting, helt siden fødselen mente hun at hun hadde spyttet for meget. Lørdag morgen lå det en bevisstløs mor på trappene med cholera.

Diaré, dysenteri, innvollsorm og ernæringsforstyrrelser henger ofte sammen, og utgjør ca 1000 tilfeller i måneden. Av innvollsorm er oxyurer, askaris og ankylostoma de viktigste. Ofte forteller pasientene at de har sett markene selv, eller de klager over appetitt og fordøyelses-

forstyrrelser og oppsvulming av abdomen, ofte etter måltid. En blind piperazinkur uten laboratoriebekreftelse er rettferdiggjort dersom man ikke samtidig har en anaemi. Avføringsprøver av alle med mark ville innskrenke vår kapasitet betydelig, så vi velger kvantitet fremfor kvalitet. (Les nøyaktig.) Hvis vi samtidig finner anaemi, ønsker vi å bekrefte mistanken om ankylostoma ved avføringsprøver, særlig fordi midler mot ankylostoma er vanskelige å få tak i.

Antall nye skabbtilfeller utgjør nesten 2000 pr år. Gastritt, øyebetennelser, ørebetennelser, ringorm, tannverk, bronkitt og urinveisinfeksjoner utgjør sammen med skadene den daglige plankekjøringen.

Og ikke å forglemme den store gruppe på 500 til 1000 pasienter med uklare symptomer som vi vanskelig kan rubisere etter vårt tradisjonelle mønster. Pasientene klager over svakhet, uklarhet i hodet og brenning over hele kroppen av varierende intensitet og varighet. Ofte diffuse smerter, sjelden eksakte symptomer. Som regel er det slitne mødre som kommer med slike plager. Selv om de behandles med B-vitaminer tror jeg neppe at den ofte slående effekt har noen rasjonell forklaring. Dette er mennesker som sliter fra morgen til kveld, og har en annen forventning til medisin enn vi har hjemme. Mens vi er vant til å bruke medisin for å rette opp en sykelig tilstand, har man her ikke noe øvre tak på hvor frisk man kan bli. Jo mere "god" medisin man tar, jo friskere

blir man. Dette går også igjen i legenes prosedyrer, nesten alltid foreskrives polypragmatisk 3-4 medikamenter som kan tenkes å gjøre godt. - De utslitte husmødre er med andre ord svært så åpne for placebobehandling. De oppsøker senteret for å få seg litt god medisin, og det er våre spørsmål om hva som feiler dem som fremkaller de nevnte diffuse symptomene. Det er interessant å tenke på at vi med vår hjemlige sykdomskartlegging sikkert måtte rubrisere disse pasientene som konversjonsnevrosener eller lignende, og således tallmessig gjøre nevrosene til et større problem i Bangladesh enn f.eks. innvollsorm.

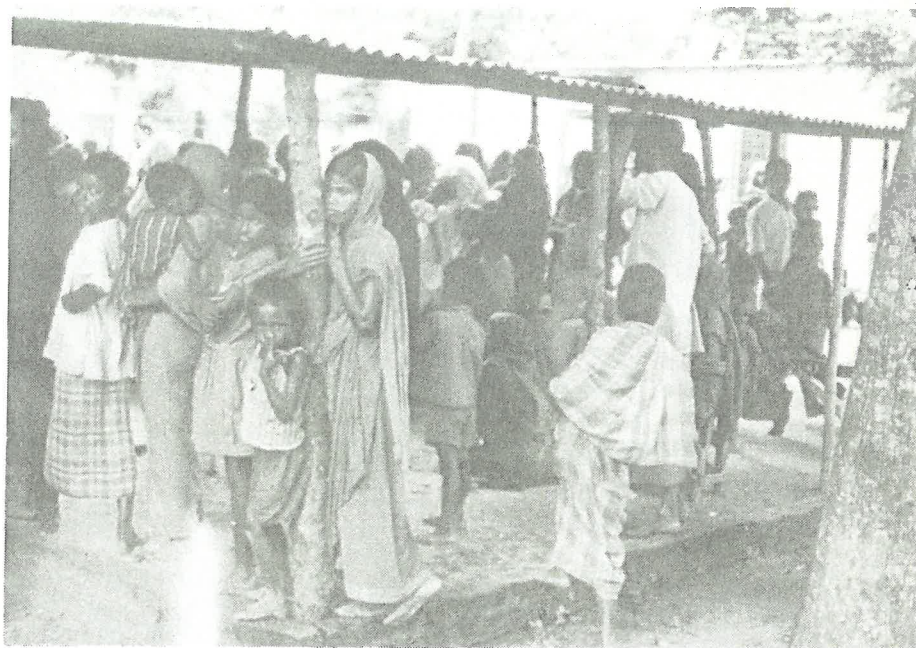
Tuberkulose støter en på med et par nye tilfeller i uken. Det er sagt offisielt at man har en 10% sykkelighet i befolkningen av tuberkulose, men det er uklart hva dette tallet betyr. Sannsynligvis positive tuberkulinprøver. -

Halvpraten av alle pasientene klager over nattfeber, men ved pirquetkontroller er de nesten alltid negative. Det er vel normal svetting i varme, fuktige netter som slår igjennom og kalles feber.

Den siste del av våre månedlige 4500 konsultasjoner utgjør et spennende spekter av medisinske utfordringer. Hepatitt, levercirrhose, malaria, hundegalskap, stivkrampe, revmatisk feber, hjerte-feil og vaginalcancer for å nevne noe fra siste uke. Selv om de ofte er interessante vil jeg spare leseren for kaustikker her. Det får bli en trussel til omgangskretsen når jeg kommer hjem: "...Jeg husker et tilfelle fra den tiden ..."

Familieplanlegging er kommet i gang, og synes å akselerere i Bangladesh, selv om oppslutningen ikke er enorm i dag. Vi har vel en 50 - 100 kvinner gående på P-piller etter hvert, og får vervet ca 5 nye brukere i uken. Pillene deles ut gratis av oss, men prisen på markedet er ikke avskrekkende, knapt 50 øre for en syklus. Spiralen er mindre populær, antakelig på grunn av moslimkvinnens obligatoriske kyskheter. Men vi legger da inn en nå og da.

Besøk fra legemiddelfirma mangler, utrolig nok, heller



ikke. Forleden dag dukket salgsrepresentant og lege opp på vegne av Hoechst. Legen hadde vært på to ukers firmakurs i Tyskland, og var følgelig udisputabel ekspert på hva som var god medisin. Fremstøttet gjalt et kombinasjonspreparat mot spastiske smerter, et antacidum av enkleste aluminium/magnesium hydroxyd/carbonat til pris av 15 kr. (over to gjennomsnittlige dagslønner) for 100 tabletter, og endelig Omnamycin intramuskulært. Procainpenicillin 300.000. Penicillin G 100.000, Streptomycin 0,5 g. og OMNADIN. Selv om dobbelt så dyrt som konkurentens kombinasjonspreparat

pen-strep garanterte man raskere og bedre helbredelse. Først og fremst takket være OMNADIN, det immunoterapeutiske agens av fett, proteiner og lipoider (!) fra non-pathogenic bacteria. Øker legemets egen forsvarskraft ved å bygge opp resistens mot infeksjon, stimulering av gammaglobuliner. "The use of Omnadin for this condition appears to raise the gamma globulin fraction and possibly in doing so enhances the antigen-antibody response" (Hammonfs, Klam & McBride: J St Louis Med Soc 110:313 1958.

Kjente toner, om enn faglig

svakere enn hjemme. Men kanskje i samme forhold til legene. "Medisinsk etterutdanning". Og hvem i Bangladesh kan sjekke opp hva Hammonds et al. mente med sin vage uttalelse i 1958? I landet her finns ikke en gang lærebøker å få kjøpt, langt mindre noen bibliotek med J St Louis Med Soc. Men antikattarrvaksine blir solgt, ca 3 kroner pr skudd i overnevnte blanding. "Wir sind ja alle da um den Spenden aufzufangen" sa mannen fra Siemens. - Hvis ikke vi kommer inn på markedet kommer østeuropeerne med dårligere produkter og fanger opp forbruket.

Helsesenteret vårt er LEON prinsippet i tynnest mulig skikt. Vi har daglig pasienter som vi ønsker å gjøre mer for, og må bekjempe ønsket i oss om å bli selektive for å tilfredstille våre faglige ambisjoner. Bangladesh kan ikke få en bedre folkehelse enn det den gjennomsnittlige levestandard tillater, og alle løft som går utover det, er igrunnen bortkastet energi eller i beste fall eksklusivitet. Driften mot eksklusivitet, pyramider og transplantasjonskirurgi er imidlertid like følbar her som hjemme. Norges Røde Kors tar sikte på å overlate senteret til Bangladesh etter en innkjøringsperiode. I tillegg til å gi befolkningen en tilfredstillende primær helse-tjeneste i denne perioden, håper man på å utvikle et eksempel på hvordan et senter kan drives og utdanne en stab som kan fortsette senteret.

Det viser seg imidlertid at det blir vanskelig å avslutte den norske innsatsen. Ikke fordi bengalerne selv mangler faglig kvalifikasjoner, men fordi status, prestisjefag, yrkesroller og lignende hindringer fort vil redusere senteret når vi trekker oss ut. Man kan ikke forvente at vår stab skal beholde en annen yrkesmoral eller holdning til helsearbeidet enn den som er vanlig i landet forøvrig.

Vi må med andre ord ikke bare faglig stryke oss tynt utover, men også senke våre ambisjoner vedrørende den administrative struktur til like over det bestående dersom vi tar sikte på å trekke oss ut av helsesenteret i Jaydebpur.

Builds up resistance

"The use of Omnadin for this condition appears to raise the gamma globulin fraction and possibly in doing so enhances the antigen-antibody response"²

REFERENCES

1. Patel LR, Panandikar SG. Curr Med Pract 10:417, 1966
2. Hammonds FH, Klam N, McBride D. J St Louis Med Soc 110:313, 1958

YOU SHOULD KNOW



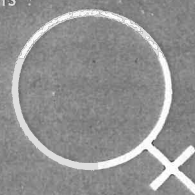
MORE ABOUT YOU

Do you know what a Birth Control Pill is?

This is a simple pill which makes it possible not only to prevent that unwanted birth but enjoy complete married bliss as well.

Naturally you would like to know how this pill works - its advantages over other birth control measures.

Fill up the coupon right away for a complete information booklet and free sample pack of birth control pills in full confidence.



Address to:
Population Services International Dept 01 80-X
G.P.O. Box 2211, Darca,
Please send me a booklet and
a free packet of birth control pills.
Name
Address

Stortingsmelding 51, 1973/74

OM BARNEFAMILIENS LEVEKÅR

Uttalelse fra OLL til

Den norske Lægeforenings sentralstyre

OLL's styre har i møte den 5.6.-74 drøftet brev fra sentralstyret i Den Norske Lægeforening, datert 13.5.74, vedr. stortingsmelding 51. Kap.3. 11.3. Prinsipper for endring av lov om svangerskapsavbrudd punkt 7.

Vedr. punkt 7 - 1. ledd:

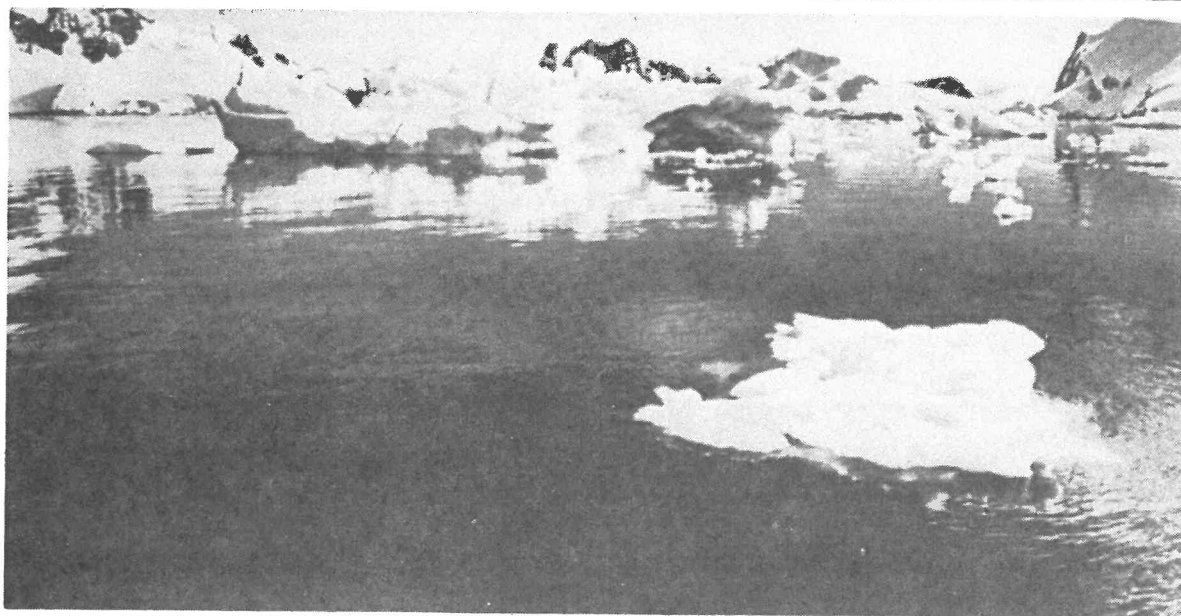
OLL's styre ønsker på det sterkeste å presisere den alvorlige og uholdbare situasjon som vil oppstå hvis legen blir pålagt - med hjemmel i lov å handle mot sin samvittighet. Det er av aller største betydning at dette grunnleggende prinsipp for vår legegjerning ikke blir krenket! Dersom det nå blir åpnet adgang til å tvinge en lege til å handle mot sin samvittighet i abortspørsmål, vil dette også åpne mulighetene for å dra inn andre områder av vår legegjerning. (F.eks. aktiv evtanasi).

Vi vil også presisere den konfliktsituasjon som vi vil komme i overfor det avlagte legeløftet (etikk/landets lover)

Tillitsforholdet mellom pasient og lege kan bli vesentlig svekket om legen tvinges til å handle mot sin samvittighet. Pasienten forventer av legen at enhver handling utføres på grunnlag av medisinsk viten, og en humanistisk/etisk vurdering. Dersom legen handler mot sin samvittighet, kan tillitsforholdet mellom pasient og lege bli sterkt skadelidende, selv om pasienten får utført den "tjeneste" som i øyeblikket er mest presserende. Enhver lege må ha som grunnprinsipp å kunne handle ut fra en medisinsk vurdering og sin samvittighet grunnet i den tradisjonelle legeetikk.

Vedr. punkt 7 - annet ledd: Det er ytterst uheldig at en passus av denne karakter skal tas med. Ved ansettelse kan dette føre til diskriminering av de leger som av samvittighetsgrunner ikke kan medvirke ved selvbestemt abort. (Eksempelvis kan nevnes den finske gynekolog som nylig ble oppsagt fra sin stilling) Likhet for alle leger er her et meget viktig kollegialt prinsipp. Skulle det oppstå konfliktsituasjon for et sykehus fordi legene ikke kunne delta i inngrepet, må dette eksempelvis kunne løses ved at vedkommende kvinne fikk dekket sine reiseutgifter til det sykehus hvor hun event. ville få inngrepet utført.

OLL's styre vil innstendig be sentralstyret gjøre sitt ytterste for at legene ikke - med hjemmel i lov - blir pålagt å handle mot sin samvittighet!





Fra Telemark til Bangladesh

UTPOSTEN INTERVJUER HELSESØSTER
GRO GJESTRUM

U: Du har vært helsesøster hjemme i Målselv og Hjørtedalen i tre år, og har vært narkosesøster i Nigeria i tre måneder i 1972. Og nå har du reist til den andre siden av kloden til et av verdens fattigste, og i alle fall elendigste land. Synes du ikke inntrykkene og oppgavene her nede blir for meget for deg?

GG: Jo, mange ganger. Enkeltmenneskenes lidelser går ofte sterkt inn på meg, og behovet for hjelp for landet som helhet er enormt. Men når en møter enkeltmenneskene, ser en allikevel at det nytter å hjelpe.

U: Nå arbeider du det meste av dagen i Jaydebpur, en knapp times reise fra Dacca. Hva er dine daglige gjøremål på helsesenteret?

GG: Min hovedoppgave er helseopplysning til mødre med feil- og underernærte barn. Vi har litt tørrmelk som deles ut, og

ellers blir det anskuellesundervisning i vask og stell, hygiene. Jeg drar på ukentlige skole- og hjemmebesøk med helseopplysning og vaksinasjoner. - Og ellers blir det en hånd med i både medisintutdeling, skabbbehandling, korydding og personalopplæring.

U: Synes du at du som norsk helsesøster har en bakgrunn som gjør deg kvalifisert for oppgavene?

GG: Arbeidet her blir selvfølgelig en ny utfordring, men det har på den annen side meget til felles med mitt arbeid hjemme.

U: Synes du senteret gaper over for meget med sine 150 000 sognebarn?

GG: Tilgangen på pasienter er enorm, og mange må avvises hver dag. Men i stedet for å innskrenke distriktet, burde man utvide kapasiteten for å kunne øke tilbudet til

"våre" pasienter i Jaydebpur.

U: Hva gjør sterkest inntrykk på deg i Bangladesh?

GG: Det er mor/barn motivet som har prentet seg inn. I alle sine valører av samhörighet og lykke, eller sykdom og elendighet. Barføtt og ofte dårlig kledd, yngste barnet på hoftekammen, og ofte et par omkring moren.

U: Hva er lyspunktene som holder motet oppe?

GG: Når jeg opplever at en syk og skrøpelig liten venn blir flyvedyktig.

U: Hvordan ser du på fremtiden for dette landet?

GG: Den er nok usikker og vanskelig i første omgang. Men jeg tror det finnes muligheter for en lysere framtid.

U: Skal du ut igjen?

GG: Ja, - det håper jeg.

På hjemmebesøk med søster Gro

Det ble en hel liten ekspedisjon denne gangen, fordi jeg skulle være med, og fordi vi ønsket å intensivere vaksinasjonene nå når flommen trakk seg tilbake. Søster Gro og søster Anoba, tolk og sjåfør og undertegnede.

Først 15 minutters reise i en tilårskommen folkevognjeep som ikke en gang ga hornet skikkelig lyd da det ble brukt for å rydde vei over torvet. De ynkelige stønn forsvant helt i rop

og skrik og stedets eneste tekniske innretning, høy-taleren, som annonserer "medisinen for alt. Fra brokk til fallesyke..." Vi kommer oss gjennom landsbyen og ut på landet. De siste 500 meter må vi gå til fots. På små voller mellom rismarkene. Det er både glatt og smalt, og rett som det er spretter en liten frosk elegant ut i vannet. Det er tydelig at vi er ventet når vi kommer frem. Gårdsplassen er nyklint med

søle som er i ferd med å tørke. To stoler er satt frem midt i låven som imidlertid viser seg for liten for formålet. Han far sjøl hilser blidt, og vimser rundt hyttehjørnene for å oppmuntre mer beskjedne fremmøtte til å våge seg helt frem. Husfruen er tydelig stolt over å være vertskap for et hjemmebesøk, og så hun smiler og hjelper til. Tennene noe brune, leppene ildrøde av betel. Irrgrønn sari og skinnende bronsehud gjør henne riktig fargerik.



Bildet nederst til høyre:
Kolerafamilie venter på hjelp. Moren lengst unna, terminalt stadium.
Fire tilsynelatende friske barn, og et kolerasykt barn nærmest kamera.
Dette barn døde 2 dager etter at bildet ble tatt.

Det nøler noe før man får samlet naboer, skyldfolk og venner, så man kan begynne med vaksinerings. Kopper og cholera er aktuelle. Alle blir premiært med noen vitamintabletter, og det blir satt pris på. Når dette er over, er det fortsatt vanskelig å samle tilhørere til litt hygieneprat og helseopplysning. Det viser seg at tolken og jeg er grunnen, fordi det er u-sømmelig for kvinnene å tre frem for fremmede menn. Så vi setter oss like rundt låven og diskuterer tolkens budhistiske bakgrunn, mens søster Gro og søster Anoba

kjører showet. Og nå er forsamlingen interessert og ivrig. Anoba begynner å kunne opplegget, så Gros tilstedeværelse er i grunnen bare påkrevet for å gi opplegget prestisje. Det blir snakket om latriner og smittefare, vaksinasjoner og ernæring, skabb og kroppsvask. Det er ca. 30 tilhørere, og de er langt ifra blanke. Utsagn blir kommentert og spørsmål stillet, noen våger seg også frem på med litt uenighet. Hele besøket tar 1½ time. Når vi er ferdige, blir det delt ut noen porsjoner tørrmelk for barn som kan komme

vel med i disse sultedager. Skjønt de hadde det ikke så verst på disse gårdene, det meste av risen var tydelig berget, og ingen av barna var uhyggelig magre som man ofte kan se dem andre steder. Gro og Anoba blir takket for besøket, og husbonden følger oss tilbake til bilen og håndhilser der. Bak oss på gårdsplassen synes forsamlingen igjen å ha øket, og gamle og unge står sammen og snakker. Kanskje for det meste om hvilket inntrykk de fremmede gjestene hadde gjort, men vel også om hva de hadde lært.

Harald Siem

HELSESTASJONEN OG HELSE- TILTAK FOR BARN M.V. BUD- SJETT OG REGNSKAP

I begynnelsen av september 1974 utkom Sosialdepartementets rundskriv av 31.7.74 om budsjettering og regnskapsføring ved helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v., et forvirrende rundskriv på 14 sider.

P.g.a. at de fleste kommuner vil ha de forskjellige budsjett inne i løpet av august/september, kom denne orienteringen vel sent, og for min egen del hadde jeg sendt budsjettet en måned tidligere, dog med adskillig enklere oppsett enn hva rundskrivet tilsier. Jeg har konferert med fylkeshelsesøster i Møre og Romsdal, måtte forhøre meg om mitt arbeid måtte gjøres opp igjen. Nei. Et budsjett bør skrives mest mulig enkelt, og for kanskje å være til hjelp for noen av minne kolleger, vil jeg gjengi min fremgangsmåte.

1. Få en oversikt over antall barn under 5 år i kommunen, enten ved hjelp av fødselsprotokoll, folkeregister eller trygdekantor. Folketrygden dekker opp til kr. 60,- for barn under 5 år pr. år. Det resterende beløp må dekkes av kommunen.

2. Budsjettoppsett.

Her følger jeg "Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v. med forskrifter, retningslinjer og fortolkningsrundskriv m.v." side 15.

a) Lønninger.

En regner ut gjennomsnittlig timeantall pr. år for de forskjellige ansatte, og tar alltid med 10% lønnsstigning for de enkelte.

b) Arbeidsgiveravgift.

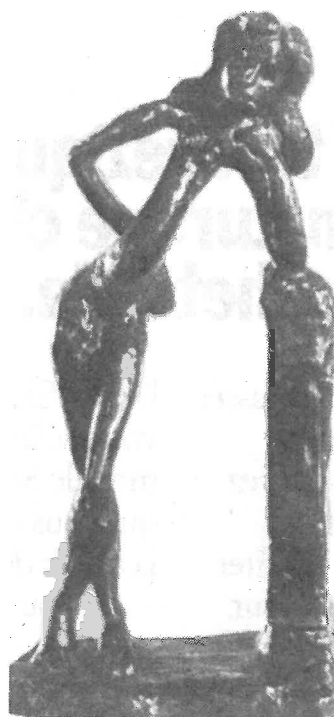
En regner her 16,7% av alle lønninger tilsammen.

c) Leie av lokaler.

Hvis helsestasjonen drives i skolelokaler e.l., blir summen grei. Blir derimot helsestasjonen drevet på distriktslegens kontor/venneværelse, må en undersøke hvor mye han må betale til kommunen i leie, og evt. hvor mye kommunen betaler. Den samlede sum blir de faktiske leieutgifter. Helsestasjonens andel blir da en del av summen, størrelsen alt etter hvor mange timer pr. uke helsestasjonen drives.

d) Oppvarming, vedlikehold og renhold.

Summen kommer en frem til på samme måte som ovenpå, nemlig en andel av de fak-



tiske oppvarmings-, vedlikeholds- og renholdsutgifter.

e) Forbruksvarer.

Her føres utgiftene på ut-

styr som f.eks. sprøyter, spisser, bomull, brosjyrer etc.

f) Nyanskaffelser.

Budsjettposten er ikke medregnet på side 15, men selvsagt må en ta den med hvis det er noe en trenger som f.eks. leker, barnemøbler, kartotek o.l.

g) Opplæringsprogram o.s.v.

I forbindelse med den nye loven vil det sannsynligvis bli arrangert forskjellige kurs for personalet ved helsestasjonen.

h) Reiser til helsestasjonen.

Her regnes alt personells reiser til og fra helsestasjonen, dog bare hvis de reiser ens ærend til helsestasjonen. Hvis helsestasjonen er tilknyttet distriktslegens/helsesøsters kontorer, og disse likevel er tilstede ved kontoret, kan en ikke regne med at reiseutgifter blir dekket over dette budsjettet. Slike reiseutgifter føres som reiser til og fra arbeid, utgifter som kan trekkes fra på selvangivelsen.

Det samlede budsjett vil som regel overstige de 80,- kr. pr. barn. 60,- kr. blir som sagt, dekket av folketrygden, og da blir det opp til hver kommune å ta stilling til om hvor mye denne vil punge ut med. For at de store summer i det hele tatt skal bli stående, må en med budsjettet skrive kommentarer til postene. Disse bør være korte, men innholdsrike!

Det samlede budsjett med kommentarer sendes både til fylkeslege og til kommune.

Håper dette kan være til hjelp for enkelte. Lykke til!

Inger Halvorsen
helsesøster i Aukra

Forts. fra s. 3. Turnustjeneste ...

seg frem til akseptable økonomiske fordelingsnøkler. Men ikke bruk økonomiske krav som en trussel til å velte hele turnusordningen, - det synes vi er et slag under beltestedet.

Det har i de senere år vært en klar tendens til å utbygge primærhelsetjenesten. Stadig nye distriktslegestillinger blir opprettet, - og dermed også automatisk flere kandidatstillinger. Dette er en utvikling som bør fortsette og som vil tjene både samfunnet og yrkets utøvere. Vi håper derfor at de som er distriktsleger er enig at her har dere og kandidatene felles interesser å ivareta.

eller hva mener andre distr.-leger om dette?

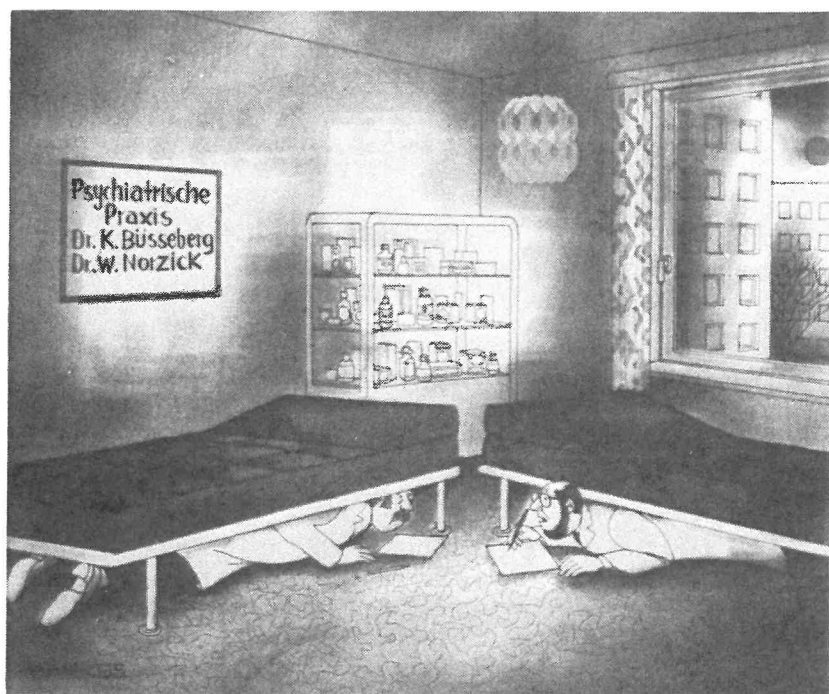
I samme artikkel (Utposten nr. 2 1974, s. 4) kan man lese:

"Styret i OLL ser problemene tårne seg opp i fremtiden, og vil gjerne ha saken best mulig luftet før medlemsmøtet ultimo mai 1974. Hele ordningen med turnustjeneste i distrikt står og faller med at distriktslegene frivillig påtar seg å holde turnuskandidat, og etter all den misnøye som distriktslegene nå har gitt uttrykk for med den nåværende ordning, synes det nødvendig å diskutere seg frem til et nytt opplegg for turnustjenesten i distrikt."

Til dette er det bare å bemerke at studentene og turnuskandidatene også har sett problemene tårne seg opp - men da først og fremst i forbindelse med sykehusturnus. Derfor har Studentenes Turnuskomité tatt initiativet til å

arrangere et turnusseminar, der de fleste problemer i forbindelse med turnus skal tas opp, til bred diskusjon. Seminaret vil sannsynligvis bli arrangert en gang på vårparten, og vi vil i mellomtiden søke å sette igang en turnusdebatt i Tidsskrift for Den norske Lægeforening, og gjerne også i Utposten. Vi vil derfor anmode ALLE som på en eller annen måte er interessert i turnusproblemer om å delta både i debatten og på seminaret. Alle de involverte parter - studentene, legene og ikke minst pasientene - vil nyte godt av at turnustjenesten er så velorganisert og har en så høy faglig standard som mulig.

For Studentenes turnuskomité
Rikshospitalet, Oslo
Lars Dolven - Janecke Thesen.



»Und seit wann haben Sie diese Zwangsvorstellungen von der Sozialisierung der Medizin, Herr Kollege?«

Forts. fra s. 2. Innblikk i ...

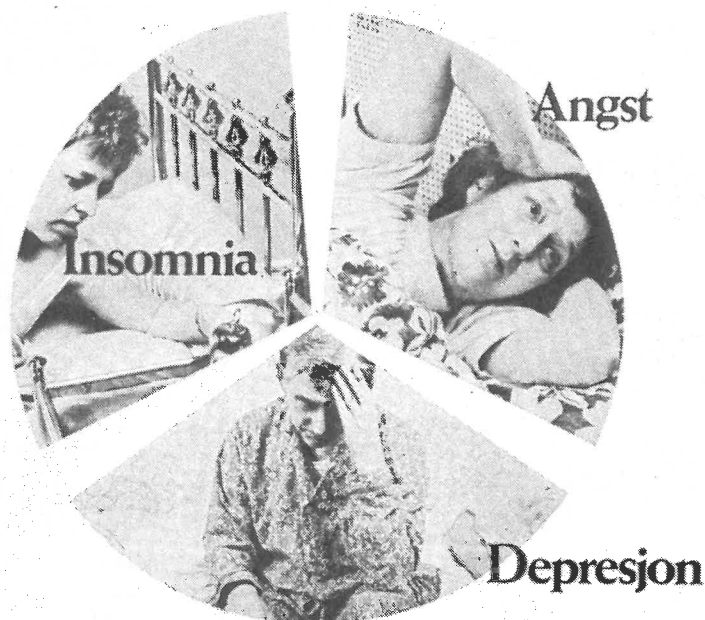
ene er relativt upolitiske. Dersom andre vil sette merkelapper på oss, nærmer vi oss mer henholdsvis Arbeiderpartiet og Høyre.

Når det gjelder fremtiden for avisen er den avhengig av at distriktslegene i Aukra og Midsund opprettholder sine stillinger. Den dagen en eller begge reiser, vil bladet gå inn om ikke andre frivillig vil ta over. Dagen er ikke fastsatt.

Per Wium.

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,¹ i motsetning til de fleste tricykliske antidepressiva, og doseres med 50–150 mg (2–4 tabletter à 25 mg) 2 timer før sengetid.

¹Dunleavy, 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 uttalt 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 deslighet kan forekomme. Tørrhet i munnen, lett tremor, vertigo, hypotensjon, tachycardia, akkomodasjonsforstyrrelser, gastrointestinale forstyr-

relser og hodepine er iaktatt. Ved høye doser er det 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.

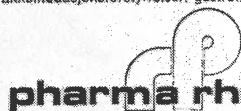
Forsiktighetsregler:

Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den hemningsløsende virkning inntre før den depresjonsløsende virkning, og dette kan føre til økt suicidalrisiko. 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. Anfalt av intermitterende takysyn, regnbuesyn og øysmerter krever hurtig øyelege kontroll og utelukkelse av anfallsglaukom før behandling fortsettes. Forsiktighet ved leverlidelser, epilepsi, hjerneskrader. 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