

Samfunnsmedisin i utvikling

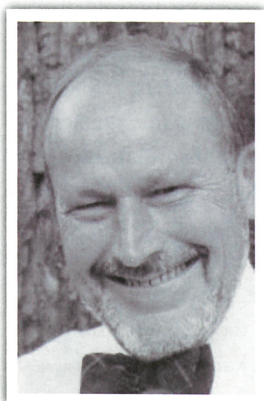
ARTIKKEL 2

AV EINAR BRAATEN

I forrige Utposten kom en av to artikler om moderne samfunnsmedisin med mål om å gi litt innsikt, i et fagfelt som slett ikke er entydig og velavgrenset. Faget er omfattende, vekslende og i kraftig utvikling. Jeg fortalte om samfunnsmedisinere som følger utviklingen i samfunnet fra mange forskjellige ståsteder. Også i denne artikkelen vil jeg gi korte glimt inn i enkelte samfunnsmedisineres syn på eget arbeid. Intervjuene er gjort av meg som også står for beskrivelsene av arbeidsfeltene.

Universitetene – instituttene

Medisinsk grunnutdanning trenger sårt til en kraftig oppgradering på de fleste av våre universiteter. Etter å ha vært på Nasjonalt Senter for Distriktsmedisins konferanse i mars og hørt hvordan det gjøres i Canada blant annet ved Northern Ontario School of Medicine og McMaster University er det helt klart for meg at skal vi klare å rekruttere og beholde flinke medisinere ute i distrikts Norge, må utdanningen til dels skje ute i distriktene. Studentene må bruke *mindre* tid i sykehusene og *mer* tid ute i lokalmiljøene. Da kan vi få nye leger som ønsker å bli fastleger eller kommuneoverleger i framtida. Det blir en stor oppgave for Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og universitetene, men ikke minst for kommuneoverlegene og fastlegene som skal ta imot studentene.



Universitetsmiljøene er grunnleggende viktige for legers interesse for samfunnsmedisin. Her finnes noen av de mest markante og erfarne samfunnsmedisinere i Norge. En av dem som tydelig høres ute i samfunnet er **Per Fugelli**: professor i sosialmedisin, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.



Einar Braaten

Allmennlege og leder av Aidsteamet på Kongsberg fra 1986–1988.

Bedriftslege 1988–1990 i Kongsberg kommune.

Helsesjef 1990–1999 med et avbrekk på ett år hvor jeg var helse- og sosialdirektør, hele tida i Kongsberg.

Jobbet også som prosjektmedarbeider på Folkehelse i 20% stilling for å lage en inter-

nettbasert rådgivningstjeneste til kommuneleger.

1999–2001 prosjektleder for «Rådgivningsprosjektet» i Helsetilsynet.

Fra 2001 Kommunelege i Øvre Eiker.

Fra 2008 Kommunelege i Øvre og Nedre Eiker.

Hvordan startet din samfunnsmedisinske karriere?

Min første samfunnsmedisinske stilling var som distriktslege og helserådsordfører på Værøy og Røst 1970–1973. Jeg har vært professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo fra 1992.

Hvorfor jobber du som samfunnsmedisinere?

Av tre grunner:

1. Hvis målet er å skape mest mulig helse i løpet av legelivet, er samfunnet den rette operasjonsstuen.
2. Samspillet mellom samfunn og folkehelse er vakkert og spennende.
3. I samfunnsmedisinen er du med på å demokratisere medisinen. Det er et edelt formål.

Hva har du engasjert deg mest i som samfunnsmedisinere?

Å få folk og politikere til å forstå den samfunnsmedisinske likning: $h = b \times k \times p^2$, helse er et produkt av biologi, kultur og politikk opphøyd i 2. potens.

Innen ditt arbeidsfelt. Hva gir deg mest glede i jobben?

Å bidra til en mer rettferdig fordeling av levekår, verdighet og frihet – og dermed helse.

Har du et godt råd til alle samfunnsmedisinere?

Alle samfunnsmedisinere kommer til Himmelen.

NORSAMs styre har vært på besøk til alle instituttene som arbeider med samfunnsmedisin. Vi er ikke tilfreds med hvor mye samfunnsmedisin studentene blir undervist i. Det gjøres på forskjellig måte, til forskjellige tider i studiet og med svært vekslende praktisk tilnærming. Likevel har vi sett en positiv utvikling på flere av instituttene. NORSAM ønsker at instituttene blir kompetansesentra for samfunnsmedisin og at de kan bidra i langt større grad også i spesialitetsutdanningen av samfunnsmedisinere.

Helseforetakene

Vi har fått et helt nytt område for samfunnsmedisin de siste åra. Flere samfunnsmedisinere arbeider nå i de regionale helseforetakene. Det er logisk siden dette er leger med stort samfunnsengasjement. De har sett muligheten og nødvendigheten av at helseforetakene utvikles som en del av samfunnet og ikke helt uavhengig av primærhelsetjenesten og alle de andre samfunnsaktørene helseforetakene forholder seg til.

Det er flere funksjoner som fylles av samfunnsmedisinere i helseforetakene. Det er spesialister som i kortere eller lengre perioder arbeider med grupperettede oppgaver. Det kan være prosjekter eller arbeidsoppgaver hvor det planlegges tjenester eller gjennomføres grupperettede tiltak. Det kan være planlegging av screeningundersøkelser og gjennomføring av forskningsprosjekter.

Lederoppgaver er også samfunnsmedisinske oppgaver. Det innholder nesten alltid arbeidsoppgaver hvor man bruker sin spesialistbakgrunn til å lede avdelinger, utvikle tjenestetilbud, gjennomføre omorganiseringer og bidra til tjenestens samarbeid med resten av helsetjenesten.

En viktig oppgave er at samfunnsmedisinsk kompetanse brukes i ledelsens stab. Vi har flere dyktige kommunale samfunnsmedisinere som nå jobber i de regionale helseforetakene hvor de gir råd og deltar i utviklingen av foretakene. NORSAM ser hvor viktig den samfunnsmedisinske kompetansen er innad i helseforetakene. Vi er bekymret for at så mange leger innehar viktige stillinger i utviklingen av disse tjenestene uten å ha denne kompetansen.

Sentral statlig helseforvaltning

Den sentrale helseforvaltningen er et stort område, hvor det arbeider mange leger med store samfunnsmedisinske oppgaver som ikke er samfunnsmedisinere. Tradisjonelt tar leger jobb med bakgrunn i den spesialiteten de har fra før, f.eks. en sykehusspesialitet. NORSAM mener at skal dette arbeidet bli bra nok må disse også skaffe seg spesialiteten i samfunnsmedisin. Vi mener det er helt avgjørende at man kan dokumentere at man kjenner det norske samfunnet på

kryss og tvers når man skal arbeide med utvikling av helse-tjenester på nasjonalt nivå. Helsedirektoratet og Folkehelsa har gått foran og etablert utdanningsstillinger i samfunnsmedisin. Dette er en positiv utvikling og vi håper andre store aktører i helseNorge følger etter.

På Folkehelsa har vi spesialister innen smittevern, ett av de viktigste fagområdene for samfunnsmedisinere for tida. Nær kontakt mellom disse og kommunale samfunnsmedisinere har vi opplevd i aksjoner flere ganger. Helsedirektoratet er også en av de spennende samfunnsmedisinske arbeidsplasser for tida. Arbeidspresset er stort og det er store oppgaver som utføres og som venter på å bli utført. Helsedirektør Bjørn Inge Larsen er en av de første arbeidsgiverne som har tatt fatt i spesialitetsutdanningen i samfunnsmedisin, opprettet utdanningsstillinger og satt utdanningen i system i forvaltningen. Dette er et viktig første skritt mot at arbeidsgiverne i både den sentrale og regionale forvaltningen stiller som krav at legene de ansetter, enten skal ha, eller utdanne seg til, spesialistkompetansen i samfunnsmedisin.

Utvikling av landets helsetjenester, tiltak overfor spesielle grupper, utarbeidelse av veiledere for tjenesteyterne, utarbeidelse av statistiske og epidemiologiske verktøy, informasjonsverktøy som Helsebiblioteket eller kvalitets- og kunnskapsverktøy som i Kunnskapssenteret er viktige og spennende også for leger med samfunnsengasjement.

Blant annet i Helsedirektoratet er det allerede flere kompetente leger innen fagområdet samfunnsmedisin. De nye spesialitetsreglene gir disse en langt lettere og mer rettferdig tilgang til spesialiteten enn før. Det er laget en tilleggsordning som skal sikre at leger med spesielt lang erfaring og høy kompetanse innen faget skal kunne få spesialiteten uten at alle obligatoriske krav er oppfylt.



Bjørn Inge Larsen er direktør i Helsedirektoratet:

Er du spesialist i samfunnsmedisin?

Jeg har dessverre mange års tjeneste igjen før jeg kan bli spesialist! Jeg søkte en gang, men jeg manglet tjeneste i kommunen og mangler vel også for så vidt veiledningsgruppe, sjøl om jeg har vært med å arrangere kurs i veiledning da jeg var i Finnmark. Nå finnes det jo en tilleggsordning, kanskje jeg kan bli spesialist nå?

Hvor lenge har du hatt din nå værende stilling?

Jeg startet med å jobbe som samfunnsmedisiner og har vært det i hele min yrkesaktive karriere, fra min første jobb i Helsedirektoratet under Torbjørn Mork. Der jobbet jeg med miljørettet helsevern og Samlet plan for helsefremmende arbeid. Jeg startet der i 1988, så jeg har 20 års-jubiläum i år. Jeg har vært assisterende fylkeslege i Buskerud, fylkeslege i Finnmark og Vestfold og var ett år i Helsetilsynet, før jeg begynte her.

Hva var det som fikk deg til å velge samfunnsmedisin?

På slutten av medisinstudiet var det slik at jeg følte at medisinstudiet brakte meg inn i et smalere og smalere fagfelt og perspektivet ble snevrere og snevrere. Jeg følte behov for å gjøre noe som gav meg et litt annet perspektiv og en annen deltagelse i samfunnslivet enn de tradisjonelle spesialistutdanningene. Jeg meldte meg faktisk på Bedriftsøkonomisk institutt og tok ett par års utdanning der. Det var en helt annen verden og det var morsomt å se samfunnet med andre øyne. Når jeg etterpå søkte jobb ville jeg gjerne bruke begge utdannelsene og begynte altså i Helsedirektoratet.

Hva har engasjert deg mest i din yrkesaktive karriere den siste tida?

Her hjemme har jeg engasjert meg mest i ubalansen mellom kurativ medisin og folkehelsearbeid. Der ser jeg mange utfordringer som kommer og som vil ramme helsa til folk dramatisk. Det er problemstillinger vi ikke bør løse i spesialisthelsetjenesten. En av de største er «epidemien» internasjonalt med for lite fysisk aktivitet og for lett tilgang til næringsrik mat. Det ser ut til at vi blir feitere. Rask vekst i fedmeoperasjoner er ikke måten å løse denne utviklingen på. Samfunnet må løse dette på annen måte. Jeg er også oppatt av at vi ikke har nok kunnskap og godt nok språk for behovet for prioriteringer i helsetjenesten i Norge. Det er fremdeles mange som snakker som om vi, i dette rike landet, ikke trenger si nei til ting som hjelper folk og som kan gjøre dem friskere. Vi må få et språk og felles forståelse for hvordan vi skal håndtere den prioriteringssituasjonen som helsevesenet er i.

Internasjonalt har jeg fått anledning til å delta i flere sammenhenger fordi jeg har denne jobben. Særlig i WHO. Der har jeg engasjert meg mest i mangelen på helsepersonell, særlig i den fattige del i verden. Vi har ingen felles

tenkning i de rike landene, om å ikke ta helsepersonell fra fattige land. Helsepersonell er som andre mennesker og lar seg rekruttere til bedre betaling og bedre arbeidsforhold i rikere land. Dette har dramatiske konsekvenser for den fattigste befolkningen i verden.

Et godt råd til andre samfunnsengasjerte leger?

Ofte ser ikke andre viktigheten av det arbeidet vi gjør som samfunnsmedisinere. Vi kan få negative signaler som kan virke demotiverende. Da er det viktig at vi selv ser verdien av det arbeidet vi gjør. Resultatene må være det som stimulerer oss. Det er motiverende i seg sjøl at vi arbeider med oppgaver som kan bidra til å skape bedre helse for folk. Derfor er det meget viktig at et samfunn har leger som interesserer seg for samfunnsutvikling med den helt spesielle kompetansen vi har.

Spesialiteten i samfunnsmedisin

Jeg får ofte spørsmål om den nye spesialiteten vil styrke samfunnsmedisin i kommunene og det er jeg ikke i tvil om. Den nye spesialiteten som kan leses om på NORSAMs nettsider under «Utdanning», vil helt sikkert heve fagkompetansen, evnen til å fungere i samfunnsmedisinske stillinger på alle nivåer i samfunnet vårt og kanskje spesielt i kommunene. Samfunnsmedisin er ikke en lettvin og enkel spesialitet å tilegne seg. Det kreves både erfaring og kunnskap for å kjenne, forstå og kunne bruke erfaring i samfunnsmedisinsk sammenheng. Tida da legene fikk anerkjennelse bare i kraft av at de var leger er heldigvis forbi. Nå bygger vi på erkjennelse for den jobben vi gjør, nytten arbeidsgiver har av den og resultatene for de vi jobber for. Akkurat som alle andre faggrupper. Spesialiteten legger derfor opp til grundig kunnskap innen følgende fagområder:

- Metodekunnskap
- Forebyggende og helsefremmende arbeid
- Kunnskapshåndtering og formidling
- Saksbehandling
- Planarbeid
- Rådgivning
- Administrasjon, ledelse, økonomi og prioritering
- Samhandling
- Kvalitetssikring og tilsyn
- Internasjonalt arbeid
- Helserett
- Helseberedskap, smittevern og miljørettet helsevern

Utdannelsen bygger på Det veiledede utdanningsprogrammet hvor veiledingsgruppene er grunnleggende. I tillegg legges det opp til at legen i spesialisering følges opp i et mester – svenn opplegg og hele tida har kontakt med erfarne samfunnsmedisinere. NORSAM er opptatt av å få til et samfunnsmedisinsk nettverk for alle fylker slik man har fått til i Finnmark hvor fylkesmannens helseavdeling har ansvar for å følge opp og holde nettverket i gang. Ved et slikt nettverk sikres man både oppfølging, faglig nettverk og støtte når man trenger det i en ofte ensom jobb ute i kommunene.

Vi er også opptatt av at spesialitetsutdanningen skal være bygget opp slik at andre kan ta deler, eller enkeltkurs, av utdanningen. Da kan f.eks. allmennleger som vil arbeide i mindre kombistillinger med samfunnsmedisinske oppgaver, også tilegne seg deler av spesialitetsutdanningen.

Den moderne samfunnsmedisinen

Samfunnsmedisinere synes sjelden i mediesammenheng. Det er helt naturlig at resultatene av ivrig, dyktig og godt samfunnsmedisinsk arbeid ikke blir slått opp i avisene. For det første er vårt arbeid en integrert del av organisasjonenes arbeid. Hos oss er det Kommunestyret som leverer en flott kommuneplan. Det står ikke noe sted at en kommuneplan eller andre faggrupper har bidratt for at den skal bli bra. Når Helsetilsynet lager sine tilsynsrapporter er det heller ikke samfunnsmedisinerens arbeid som trekkes fram, men organisasjonens. Når Helsedirektoratet har laget en god veileder er det ikke den som har stått for alt det praktiske arbeidet som holdes fram, men direktoratet. Etter min mening er dette svært viktig i samfunnsmedisinsk arbeid. Det er ikke arbeid for superdoktoren, guruen eller en navngitt lege. Det er i høyeste grad et resultat av teamarbeid og samarbeid. Den moderne samfunnsmedisin er en sterk faglig bidragsyter inn i organisasjoner som skal løse viktige samfunnsmedisinske oppgaver. Det tar tid, synes ikke lett, blir sjelden akkurat sånn som legen ville og fungerer kun hvis man etablerer godt samarbeid og finner sin plass i organisasjonen. Jeg mener den beste samfunnsmedisineren er den legen som målrettet bidrar i egen organisasjon uten tanke på egen eksponering. Samtidig veit vi at forebyggende arbeid vanskelig kan vise resultater før etter mange år. Dette er selvfølgelig et paradoks for meg som leder av en fagmedisinsk avdeling som i høyeste grad trenger mange flere medlemmer! Uten god reklame for gode samfunnsmedisinske resultater kommer vi ikke framover.

Vil du følge med oss i NORSAM så finner du oss på www.norsam.info

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
einar.braaten@ovre-eiker.kommune.no

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg:** Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. **Tabletter 10 mg inneh. laktose.** **TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg:** Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose 166 mg, hjelpestoffer. Med delestrek. **TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg:** Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 20 mg tilsv. memantin 16,62 mg. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Startpakning: 5 mg en gang daglig i 7 dager, 10 mg en gang daglig i 7 dager, 15 mg en gang daglig i 7 dager, 20 mg en gang daglig i 7 dager. Deretter fortsetter behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg en gang daglig. Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus* bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. **Nedsatt leverfunksjon:** Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon da det ikke finnes data om bruk av memantin hos disse pasientene. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Lappaktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke tabletten. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklorotiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklorotiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange, og/eller mage-tarm-besvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferease, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, kramptendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til nevronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid:** Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 783,40. **Tabletter:** Enpac: Startpakn: 7 tabl. 5 mg + 7 tabl. 10 mg + 7 tabl. 15 mg + 7 tabl. 20 mg kr 939,90. 10 mg: 30 stk. kr 519,50. 50 stk. kr 778,90. 100 stk. kr 1523,50. 20 mg: 28 stk. kr 939,90. 98 stk. kr 2954,20.

Sist endret: 28.07.2008

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

