

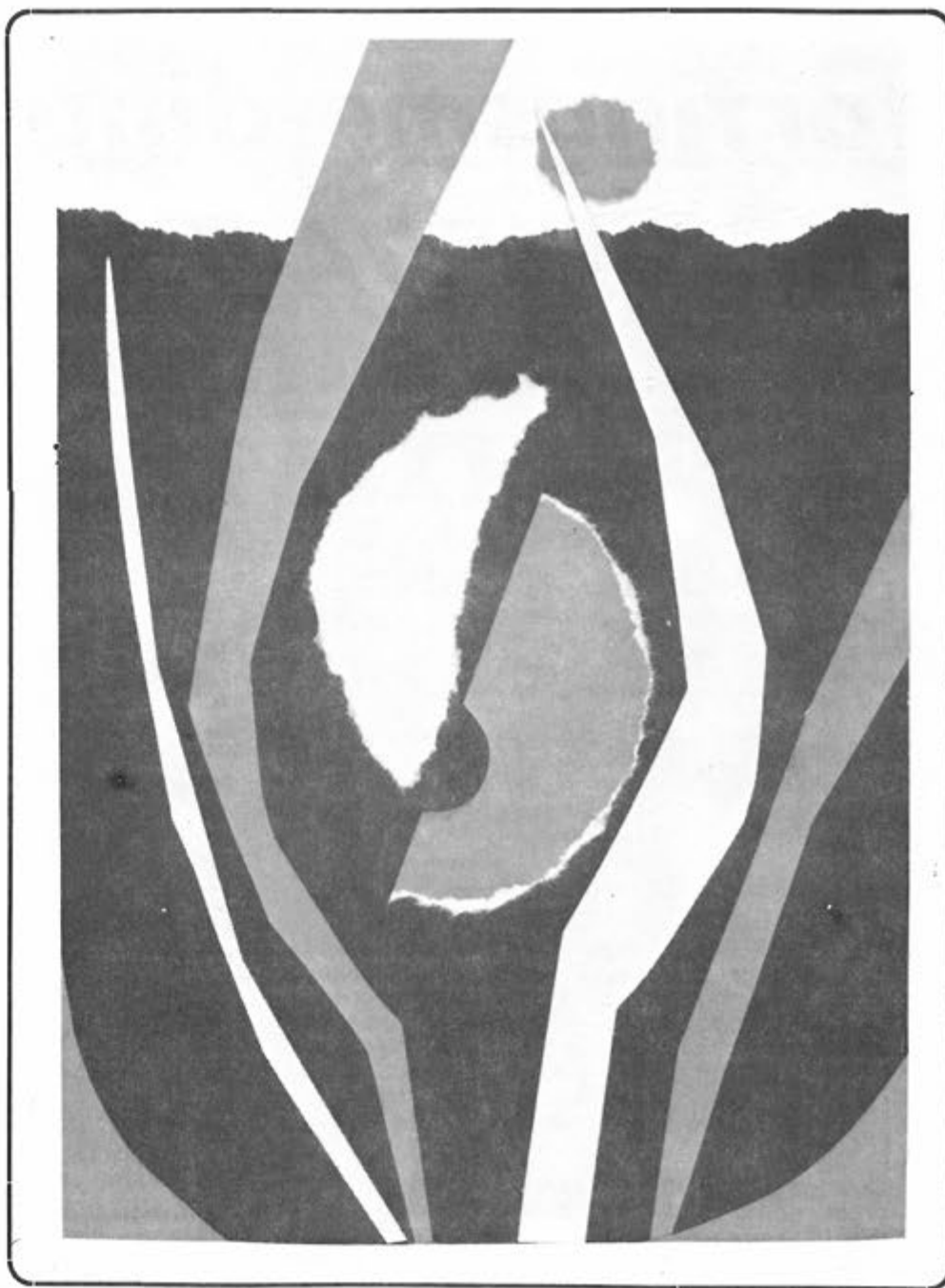
# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 2

FEBRUAR 1975

ÅRGANG 4



## Av innholdet:

Side 3: Intervju med sjefen for utenlands-  
kontoret i Norges Røde Kors.  
Harald W. Konow.

Side 6: Helsestellet i Masfjorden distr.l.  
Kari Neverlien.

Side 8: Helse/Sosialsenter. Nytt statusbygg  
Sosialsjef Svein Andersen.

Side 11: Telefon-symposium om betablokker.

Side 12: Kun for off. leger.  
Motnotat.  
Dag H. Søvik.

# 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:**

Asgar 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.

# Stortingsmelding nr. 9/1974-75

Stortingsmelding nr.9/1974-75 om sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen er skrevet på 262 sider. En vesentlig del av Stortingsmeldingen er presentasjon av fylkenes helseplaner, og en vurdering av disse i Statens sykehusråd.

For oss som arbeider i den primære helsetjeneste, er første halvdel av meldingen av størst interesse. Den oppfattes som en sammenfatning av tidligere stortingsmeldinger om helsetjenesten utenfor sykehus og helsetjenestens transportproblemer. En rekke av de ordninger som man utenfor institusjon har følt måtte komme, foreslås som retningslinjer for landets utbygging i fremtiden. Man slår fast at distriktshelsetjenesten er basis for helsetjenestens øvrige ledd, og skal ta seg av den overveldende del av befolkningens helseproblemer. En del mindre institusjonstyper som somatiske sykehjem, helsevern for psykisk utvilingshemmede med et differensiert tilbud av dagsentra, ettervernshjem, pensjonater etc., rekonvalesenthjem, sykestuer og endog fødehjem, skal regnes til distriktshelsetjenesten.

Meldingen redegjør for sykehusstrukturer i fremtiden, hvor man tenker seg fylkessykehus av type 1 og type 2, alt etter hvilke tjenester de kan tilby. Dertil kommer et regionsykehus for hver av

landets 5 helseregioner. Enkelte høyt spesialiserte medisinske funksjoner skal fortsatt ivaretas som landsfunksjoner.

Man går altså inn for en strukturering, og ønsker å plassere alle omsorgstrequende på det lavest effektive omsorgsnivå som er mulig. Meldingen peker klart på at den videre investering i helsesektoren ikke ensidig kan foregå ved opprettelse av institusjoner, og gir håp om at primærhelsetjenesten, i meldingen kalt distriktshelsetjenesten, skal bli bedre rustet til å påta seg sin del av oppgavene i den totale helsetjeneste.

Sykehusenes arbeidsform blir berørt, man er ikke fremmed for poliklinisk virksomhet innenfor sykehusets arbeidstid, og ambulerende spesialister. Med andre ord forsøker man å redusere skillet mellom institusjon og "utenfor institusjon".

Det er kommet en del motforestillinger mot meldingen. Egentlig var ikke meldingen sendt ut til høring, men Den norske legeforening har avgitt en uttalelse som bærer preg av bekymring for legenes arbeidsforhold. I uttalelsen er det tatt inn et langt avsnitt fra YLF som føler seg såret fordi landets sentrale helsemyndighet insinuerer at man i dagens situasjon innenfor institusjon har rikelig

arbeidstid som kan settes inn i den utvidete polikliniske virksomhet.

Det er vanskelig å gjennomskue hvordan styringen av helsetjenesten i fremtiden i praksis vil foregå. Det foreslås en desentralisering av avgjørelsene, og sentralt vil man sitte med rådgiverfunksjon. Da man sentralt også nødvendigvis må styre helsetjenesten økonomisk, er det imidlertid stor fare for at det hele vil ende opp i en aksellererende sentraliseringsprosess.

Man får likevel følelsen av at departementet mener det ærlig når det foreslår en opprustning av distriktshelsetjenesten. I enkelte av våre fylker, som f.eks. Finnmark, har man allerede langt på vei realisert en del av de prinsipper som antydes i stortingsmeldingen. Fylkets ansvar for etablering av distriktshelsetjenesten, kontorforhold o.l., og ambulerende spesialister, går så vidt vites relativt knirkefritt for seg.

Kari Neverliens innlegg i dette nummer av UTPOSTEN peker imidlertid på at det finnes mange mørke flekker på Norges-kartet, så alt i alt må vi hilse meldingen velkommen med glede og takknemlighet. Helsetjenesten utenfor institusjon skal nå kunne vurderes sammen med institusjonene.

Harald Siem

# NORGES RØDE KORS

*Intervju med sjef  
for utenlandskontoret  
i Norges Røde Kors,  
Harald W. Konow,  
v/ Ansgar O. Aasen*



Røde Kors er i dag av hele verden anerkjent som internasjonal humanitær hjelpeorganisasjon. Gjennom mer enn 100 år har organisasjonen vist sin berettigelse. Læremotivet har vært å yte hjelp der hjelpen trenges i krig og i fred. Det er respekten for menneskeverdet som alltid har stått i forgrunnen. I 1973 deltok Norges Røde Kors i 17 større og mindre hjelpeaksjoner utenlands, med en samlet innsats i penger og verdi av ca. 18,7 millioner kroner.

UTPOSTEN har henvendt seg til sjefen for Utenlandskontoret i Norges Røde Kors, Harald W. Konow, for å få en nærmere orientering om organisasjonens virksomhet i utlandet.

Vi ber Konow først skissere mer i detalj Norges Røde Kors' virksomhet utenlands.

K: Vårt engasjement i utlandet er basert på katastrofehjelp, d.v.s. hjelp i akutte nødsituasjoner som vi får beskjed om fra Genève, enten gjennom ligaen som er vårt sentrale internasjonale hovedorgan, eller gjennom Den Internasjonale Røde Kors Komite. Dette gjelder katastrofer basert på vepnet konflikt, hvor de folkerettslige forhold kommer inn i bildet. Det avhenger helt og holdent av katastrofens natur og de behov som oppstår, hva slags hjelp Norges Røde Kors skal gå inn for å yte i det enkelte tilfellet. I en del tilfeller har det vært behov for medisinsk innsats, og også den har hatt forskjellige former. Enten kan det dreie seg om kirurgi, når det gjelder katastrofer som jordskjelv o.s.v. hvor det er mange sårede eller

skadede, eller hjelpen kan ta form av en ren primær medisinsk innsats som den nåværende i Bangladesh. Der skyldes jo behovet at landets helsevesen er så tilbakeliggende, det har lite å yte, samtidig som det er stor sykkelighet på grunn av de rådende forhold næringsmessig og hygienemessig.

U: Hvordan finansieres disse oppdragene i utlandet?

K: Alle våre innsatser i utlandet finansieres på aksjonsgrunnlag. Vi har altså ingen opplagte fonds å ty til i forbindelse med vår innsats. Vi må skaffe midlene i hvert enkelt tilfelle. Det hele blir veldig aksjonspreget. Enten går vi til publikum og lager en innsamling og får inn penger på den basis, hvilket man ikke kan gjøre alt for ofte. Det annet er at våre myndigheter ut fra sine vurderinger ofte tilbyr midler, eller gir oss midler på henvendelse fra oss. De kan også variere veldig i størrelse. Her kommer politiske hensyn mer eller mindre inn i bildet. Vi kan ikke tjene som organ for noen form for politisk hjelp eller politisk betinget hjelp. Vi må stå helt fritt og nøytralt både i politiske, i religiøse og andre henseender.

U: Røde Kors har ikke noe permanent medisinsk team, hvordan engasjeres et team?

K: Det blir ad hoc grupperinger vi arbeider med. I en rekke tilfeller har vi sendt medisinske teams, både kirurgiske og andre, men de har vært improvisert, og de har da alle improvisasjonens mangler.

U: Er det ofte samme personer som går igjen i disse team?

K: Vi har en del gjengangere, og det er en veldig styrke at man kan trekke inn erfarne folk, men vi har bevisst gått inn for å øke bredden, slik at vi har et ganske stort antall leger og sykepleiere som vi kan henvende oss til når det er et behov. Jeg tror nok i gjennomsnitt at vi må gå til 10 for hver person vi klarer å engasjere i en bestemt situasjon.

U: Noen permanente avtaler foreligger ikke?

K: Nei, det er for så vidt bare en registrering som danner et kontaktgrunnlag, og ikke noe mer. Ingen avtaler om noe beredskap. Denne situasjonen kommer til å endre seg noe i fremtiden, for vi holder på å bygge opp en såkalt katastrofeenhet som skal stå beredskapsklar her hjemme. Foreløpig har vi lagt alt arbeidet på materiellet som bygges opp etter en plan som dr. C.F. Tidemann på Bærum sykehus har laget. Når det er noenlunde klart, vil vi bygge opp et personalberedskap som da må være i noen grad utrykningsklar.

U: Hva slags medisinsk personell har dere behov for? Antall på årsbasis?

K: Jeg skulle anta at det antall leger som vi har registrert her, og som på en eller annen måte har erklært seg interessert, ligger på rundt 100. Der er bare for å antyde tallenes størrelsesorden, og det kan vel være et lignende tall for sykepleiernes vedkommende. Av disse legene er det et ikke

ringe antall kirurger. De første år av min virksomhet her var veldig preget av kirurgiske teams. Senere har vår interesse flyttet seg til leger med almenpraktisk bakgrunn, og da kanskje spesielt distriktsleger, fordi de har en veldig bred erfaring. Det skyldes vår økende interesse for de primærmedisinske behov i katastrofelandene. Vårt mor og barn helsesenter i Bangladesh nu er et uttrykk akkurat for denne utviklingen.

U: Mer rent profylaktisk medisin også?

K: Mer profylaktisk, og også mer kurativ medisin, men nede på grunnplanet. Det som karakteriserer et land som f.eks. Bangladesh, er at de har enkelte sykehus, og også kanskje prestisjesykehus, men de har ingen ting foran sykehusene, ikke noe avsilingsapparat, ikke noe funksjoner nede på grunnplanet. Her mener vi det er problemer vi kan hjelpe til med å løse, og som de ønsker løst i disse land. Men de mangler midlene.

U: Du nevnte behovet sykepleiere, hva slags sykepleiere?

K: Så lenge vi opererte vesentlig med kirurgiske team, var det operasjonssøstre og anestesissøstre stort sett vi trengte. Behovet har forandret seg henimot helsesøstre og laboratoriesøstre som f.eks. i Bangladesh. Men det er en vanskelig kategori å rekruttere, grunnet mangelen her hjemme. Men jeg tror sykepleiere med noenlunde generell praksis vil kunne gjøre god nytte i enhver situasjon.

U: Hvordan er behovet for fysioterapeuter og sosialarbeidere?

K: Fysioterapeuter har i grunnen bare vært registrert som en kategori som kan bli aktuell, men de er jo nært knyttet til kirurgisk virksomhet eller til rehabiliteringsfasen. Vi har ikke i de senere år befattet oss særlig med det, men jeg skulle tro at de fremdeles kunne være aktuelle, f.eks. i Vietnam eller i andre områder hvor det har vært krigshandlinger, og man går inn for rehabiliteringsoppgaver.

U: Kan du si noe om varigheten av engasjementene.

K: Den varierer, men vi har i grunnen basert oss på en normalperiode på 3 måneder. Det skyldes ikke at vi har bestemt det eller laget noe vedtak om det, men det har blitt slik. For det første arbeider vi jo gjerne med leger og sykepleiere som tas ut av sykehus, og da på basis av permisjon fra sine stillinger, og da er det

mot å gå inn i et slikt engasjement uten å ha tenkt det godt gjennom. Det er visse risikomomenter, tross alt, av personlig, helsemessig og annen art som vi heldigvis ikke har sett alvorlige utslag av, men som dog er der. For det annet, så må de underrettes om de rent økonomiske og administrative forhold som gjelder.



grense for hvor lang permisjon man kan få. For det annet har slik katastrofe-preget innsats ikke lengre varighet egentlig, så vi kan heller ikke binde oss til stort lengre perioder.

U: Hvordan forbereder dere helsepersonell som reiser ut for tjeneste?

K: Jeg vil nok si at forberedelsene er svært tynne. Vi prøver å forberede dem ved å gi dem det materiale vi har som beskriver forholdene ute; hva de vil oppleve rent personlig m.h.t. sin egen helse, hele forandringen i miljø. Vi forsøker å advare dem

Vi prøver også gjennom samtale å teste dem for deres motivering og deres egentlige vilje til å gjennomføre et engasjement. Det er en utfordring, og det er en påkjenning.

U: Foregår forberedelsen i en aktuell situasjon med utreise som konkret nært mål?

K: Som regel alltid. Men vi trenger også litt indirekte rekruttering ved å kalle inn enkelte vi har på register til våre årlige kurs. Men kursene omfatter bare 20 deltagere, så det blir lite innslag av medisinsk perso-



nell der.

U: Finnes det andre tilbud for å forberede seg? Kurser i utlandet?

K: Det finnes et tilbud, men vi har ikke kunnet utnytte dem fordi vår økonomi tillater det ikke. Vi har i virkeligheten ikke penger før aksjonen er et faktum, først da kan vi gå inn for en rekruttering for engasjement. Men det er selvfølgelig en nærliggende tanke å kunne sende ut og preparere en del ved hjelp av kurser f.eks. enten i England eller andre steder hvor de har egnede kurs, tropekurs f.eks., men vi ser oss foreløpig ikke i stand til å gjøre det.

U: Hva med den økonomiske side: lønn, økonomiske forpliktelser som helsepersonell har her hjemme, hvordan ordnes det?

K: I prinsippet er vårt lønssystem rett og slett å kompensere for den lønn de ellers får, uansett hvor den ligger. Så får de dagpenger under tjenesten ute som er beregnet på å dekke de reelle leveomkostninger. Og dette er laget ut fra den forutsetning at det er gifte personer med forpliktelser hjemme, og at deres leveomkostninger ute er et merutlegg. Dessuten betaler vi selvfølgelig alle utgifter som påløper til reise, forsikring etc.

U: Det er fortsatt det å komme til med hjelp der hvor andre kanskje ikke kan yte hjelp som er det primære mål?

K: Ja, å komme med hjelpen så tidlig at vi kan yte noe i det første akutte tidsrom før andre, mer organiserte tiltak kan gjøres gjeldende. Primærmedisinsk hjelp har tilfeldigvis blitt mer og mer aktuell i den senere tid på grunn av de store katastrofer vi har opplevd i Afrika og i Bangladesh som i grunnen er naturkatastrofer som har medført mangel på mat. Altså hungerpregede tilstander som gjerne da ledsages av et sterkt behov for nettopp preventiv medisin. Hunger og dårlig ernæringsstilstand medfører øket sykkelighet, og alt dette har veldig nær tilknytning til den lave hygiene som rå i disse områdene, og den absolutte mangel på primærhelsetjeneste som man finner.

Det har vært naturlig for oss i de senere større katastrofer å yte den slags hjelp, og det gjør vi også gjerne fordi den krever mindre organisering og er for så vidt enklere å få i stand.

U: Hvilke yrkeskategorier består et vanlig team av?

K: Hvis vi kunne ta som eksempel det nuværende helse-teamet i Bangladesh, så består det av en lege som samtidig er team-leder. Han har almenpraktisk bakgrunn, det har f.eks. vært distriktsleger. Vi har 2 sykepleiere, hvorav en helsesøster og 1 sykepleier med laboratorieutdannelse. Vi vil gjerne, apropos den siste, holde oss der og ikke gå over til fysiokjemikere, fordi man på den måten i grunnen får en dobbelt innsats. Så er det en tekniker og en administrator. Og jeg vil gjerne si mens vi er inne på dette, at å drive medisin i form av team i utlandet, bringer inn en hel masse problemer av rent daglig teknisk natur som vi ikke drømmer om her hjemme. I utlandet kan altså de mest elementære ting svikte, elektrisitet, vann og alt det som hører sammen med den slags ytelser, så en tekniker og en administrator er veldig viktige personer. Dette er vårt team i Bangladesh. Vi har fire av denne kategori. Jeg skulle tro at i lignende situasjoner og for lignende type innsats, så vil denne sammensetning være aktuell også andre steder.

U: Aktuelle prosjekter som kan nevnes nå?

K: Nei, jeg kan ikke egentlig nevne noen prosjekter, men vi har jo nettopp deltatt i en ganske stor hjelpeaksjon i Niger i Sahara, og det har vært i form av en kombinert medisinsk nutrisjonistisk innsats, hvor nutrisjonister i grunnen for første gang er kommet inn i bildet sammen med sosialarbeidere. Sosialarbeidere da som en mer diffus gruppe uten egentlig noen spesiell utdannelsesbakgrunn, men som hjelpere for de andre elementer. Vi har her hatt samarbeide mellom sykepleiere, nutrisjonister og sosialarbeidere under ledelse av leger, men med et relativt lite innslag av leger. Dette har gått veldig bra, så vidt

vi kan forstå, og det spør om ikke dette danner et slagmonster for en lignende innsats.

U: Hvor lange har disse engasjementene vært?

K: Det har vært basert på 4 måneders kontrakter, men vi har hatt en del forlengelser. Enkelte har da stått opp til 6 måneder.

U: Hvordan kan personer som er interessert i en tjeneste for Røde Kors i utlandet, praktisk ordne seg for å komme i kontakt med dere?

K: Det er nok bare å ringe til oss og si at de er interessert. Vi spør dem da alltid hvilken yrkesmessig bakgrunn de har, fordi vi er ikke interessert i folk - det kan høres litt kynisk ut dette - som bare tar kontakt på grunnlag av sin humanistiske innstilling. De må ha en yrkesmessig bakgrunn ved siden av at de må være språkmektige, engelsk og/eller fransk, er det vanlige. De må ha en ganske robust helse, vi prøver også teste dem gjennom samtaler for deres rent psykologiske legning. Personer som er stabile, mentalt sett, er ønskelig. Man kan si: alminnelige, sunne, robuste mennesker, det er det vi er ute etter. Når så en kontrakt er opprettet, blir vedkommende kartotekført her i form av et skjema og når vi har behov for personell, så går vi gjennom vårt kartotek.

U: Kontakten mellom teamet og hjemmeorganisasjonen?

K: Det er relativt sjelden vi arbeider på bilateral basis, det er faktisk bare nåværende team i Bangladesh som har den status. Det administreres da altså direkte fra Norges Røde Kors. Det er et nokså krevende arbeid for oss å stå som hjemmeadministrator direkte, men det gir altså en helt annen kontakt enn det som vanligvis er tilfelle. Avgis et team til tjeneste for Røde Kors - foreningen i Genève gjennom ligaen, er det en multilateral innsats, og kommandolinjen går da fra personellet ute i felten til Genève. Resultatet er at vi får bare annenhånds opplysninger som ofte da kommer til oss sterkt forsinket og sterkt redusert med hensyn til aktualitet og detaljer.

# HELSESTELLET I MASFJORDEN KOMMUNE

## Rapport ved nyttårsskiftet 1974/75

Fra 2. september i år har jeg bestyrt Masfjorden distriktslegeembete. Jeg overtok stillingen usett. I mine premisser inngikk en del selvfølgeligheter som ikke ble korrigert av min forutgående informasjonsoppøking: Veier til det meste av kommunen, etablert kontorfunksjon, etablerte måter å ordne ting på i kommunen innen helse- og sosialstell, noenlunde orden i papirene etter forrige distriktslege som gikk av i juni. Jeg visste at området p.t. ikke hadde helsesøster, og at det hadde en flink og positiv sosialsjef. Jeg visste at der var bra bolig. Helsedirektoratet bød meg stillingen som et gunstbevis over telefon og ønsket svar pr. omgående. Fra dem som hadde bestyrt området i den senere tid, fikk jeg beskjed om at alt var ordnet for meg før jeg kom.

### Hva fant jeg ved ankomsten:

Intet kart over området. Jeg var plutselig plassert i et område med 30 km vei. Det var ønsket ukentlig drift av legekantor på Risnes, i Matredal og på mitt bosted Masfjordnes. Til hvert kontor sokner ca. 600 mennesker. Man må i ferge over til Risnes, deretter 10 minutters kjøring. Det tar 55 minutter med skyssbåt til Matredal, deretter 1 km å gå. Uten tilbud om bærer forutsattes at distriktslegen skulle frakte med seg kartotekskap og annet nødvendig utstyr. Timebestilling var aldri prøvd. Transport av pasientene var et problem jeg daglig skulle ta stilling til.

Kommunens eneste faste forpliktelse i helsestellet er vaskekonene. Vegger, tak, vinduer og gulv var i orden på kontorene. Ellers var kontorene i denne forfatning ved overtakelsen:

Masfjordnes: Bittelite laboratorium og et roterom. Helsesøsters kontor med en masse skap som ikke var til å få opp p.g.a. nøkkelmangel. En "hellig" bunke papirer fra 1972 på benken, mye skrot i skuffer og skap. Legens kontor hadde en ryddet skrivebordsflate med post fra 3 måneder - ca. 40 cm høyt. I alle skuffer var det fullt. Ved gjennomgåelsen kom det frem 17 uføresaker, et par hundre beskrivelser og epikriser, 20 cm Norsk Lovtidende. Ingen dagsaktuelle skjemaer, en masse forældede sådanne. Intet av kontorrekvisita, fra kalender til blyant og binders. Helserådssaker. For den daglige legevirkosomhet fantes det desinfeksjonsmiddel, papirhåndklær, rektoskoper for engangsbenyttelse, noe småkirurgisaker. Punktum.

Jeg fikk en forstemmende følelse av å være havnet i ingenmannsland - det måtte være lenge siden noen hadde virkelig vært her med hele seg. Kupler manglet, lyspærer utbrent, dører kunne ikke åpnes eller lukkes, dørhåndtak var vekk. Panelovnen spriket med et stort sår i lakken. Der var intet BT-apparat (levert til reparasjon et eller annet sted). Der var steriliseringsapparat, oppvaskbenker, undersøkelsesbenk med god lampe. Andre arbeidslamper måtte skaffes. På

avfallsbøtter. Mikroskop og sentrifuge. INGEN NØKKEL TIL NOE KONTOR!

Risnes: Greie rom. Gamle gardiner. Ubenyttet i lengre tid p.g.a. manglende utstyr. BT-apparat med ubrukkelig gummi. Skrivebord på 3 ben. Intet rot. Ikke arbeidslys. Ikke brukelige laboratorieforhold.

Matredal: Intet rot. Nødvendige skjemaer, upraktiske ordninger av rom som planlegges ombygget. Nok lys. Utilstrekkelig utstyr.

Som materiell, var også personellsituasjonen uordnet og utilstrekkelig innen helsesektoren i kommunen, at det i det hele gikk, skyldes enkeltmenneskers manglende evne til å si nei.

### Distriktslegens medisinske arbeid i høst:

Justering av hypertonicere som ofte har stått på Digi-trin og Renese 2 mg dgl. Kreatinin har aldri vært tatt før, kalium sjelden og tri/kol noe hyppigere. Klientellet er stort sett eldre mennesker. Kontordagene har vart fra 7 til 10 timer 4 dager i uken. Dertil kommer reising og kontorarbeid. Sykebesøk er bare gjort på streng medisinsk indikasjon - aldri av rent humanitære grunner. Et sykebesøk i Masfjordnes kan ta 3/4 time, skal jeg over fjorden, varer de fra 2 til 4 timer. Gamlemor i utmarka venter fremdeles til tross for medisinske indikasjoner, et forsøk endte uten resultat fordi jeg ikke var skodd for bergklatring.

Helsestasjonsarbeid 3 ganger i måneden. Planlegging for våren. Tida er knapp for både søster Haldis, søster Karen og meg. For hver ting vi gjør, må noe annet bli liggende. Dette er en slitsom arbeidssituasjon. Folk suger seg på så jeg har aldri opplevd maken til å måtte sette grenser for meg selv. Slit-somt. Dog begynner den daglige kontorrutine nå å gli, og burde etter hvert gi noe kraftoverskudd.

Helserådsmøter er det ikke holdt i høst, jeg har godkjent noen ukontroversielle kloakk-utslipp, det er alt. Evt. kontroversielle ting har jeg verken blitt gitt eller oppsøkt.

Alders- og sykehjemmet besøkes en gang i uken. Har god kapasitet for kommunen og drives godt. Trenger heis, men styret er mer opptatt av å ha penger i banken enn å pare personellens armer og rygger - dette må bli ordnet i 1975.

De nødvendige statistikker er blitt ført.

#### Arbeidsforhold for legen:

Fra 2. september har jeg arbeidet 67 ukedager, tilsammen 840 timer. Dertil 6 helgevakter hvor jeg forstyrres døgnet rundt - de er travle - med 336 timer. Dertil 70 dager med heldagsvakt. Takket være god støtte fra nabo-distriktene, har jeg vært bortreist i 15 ukedager og hatt fri 2 av 3 helger: dette har vært mine sosiale pusterom. Dessverre bemerker jeg at overskuddet ved tilbakekomsten varer i én dag. Deretter er kampen for å verleve for hard: jeg har slitt med tilløp til status astmaticus flere ganger i løpet av høsten, de siste 3 dagene har jeg måttet bruke 60 mg Prednison (tidligere også periodevis i høst, men da mindre). Skyssbåten bruker for lang tid, og er ved start kald. (I det våte, sure været blir jeg ofte våt underveis, blir så kald på båten - og har hatt influensa allerede 3 ganger i høst).

Nok hjelp til mitt hushold har vært vanskelig å skaffe - men er dog nå brukelig bra. Service ytes ikke fra Bergen, man må reise inn selv. Jeg savner et lokalsykehus, selv om legevakten i Bergen yter god hjelp i mange høve. Jeg har ikke hatt tid til å etablere personlige kontakter. Både psykiatri og sosi-

almedisin er forsømte områder. Dog yter sosialsjefen mye - med god hjelp fra skolepsykologisk kontor i Knarvik. Trygdekassen i området har til nå ikke ydet noe for arbeid innen den psykiatriske og det sosialmedisinske felt, langvarig legearbeid er for dem sjokk og innleggelse i psykiatrisk sykehus. Uansett prøver både av urin/vagina/kontroll hypertoni på en dag, så yter den kr. 17,- for dette. Dessuten korrige-

medisinsk administrasjon, og at denne må ansvarliggjøres mer enn kommunen. Kommunen kan i noen grad ansvarliggjøres for ikke å ha villet ta på seg forpliktende lønnsforhold. Dette må de gjøre i 1975. De kommer ellers ikke til å få lege hit. Jeg kan maksimalt påta meg ett tjenestear her. Noe annet er selvmord.

31.12.74

Kari Neverlien  
distr.lege



rer de kort med rød blyant. De vil ikke betale noe for forsendelse av medisin alene fra doktoren under vakt - doktoren må følge med. Samtaler med rådgivende lege ender i trusler av forskjellig karakter. Mistenksomhetens voktende blikk i et usmidig system er nok med på å gi meg en til nå ukjent følelse av claustrofobi. Slik trygdesystemet til nå har vist seg her, mener jeg det opprettholder dårlig og ineffektiv medisinsk service i området. Min nettoinntekt i høst før skatten er trukket, beregner jeg grovt til ca. kr. 40.000,-. Timebetalingen er altså selv med offentlig støtte under kr. 40,-. Den siste normaltariffen gir bedring. De fødende har ingen ordning lokalt for fødsel, kun for kontroll. En bilfødsel i høst, heldigvis sammen med helsesøster i Lindås kommune.

Polk i Masfjorden kommune ringer ikke utenom kontortiden unntatt i nødvendige tilfeller - med få unntak (som jeg da kan få tid til å tenke litt over).

#### Avslutning:

Når det gjelder helsestellet i Masfjorden, så våger jeg å påstå at dette er et resultat av en totalt forfeilet

## Fylkeslegen sier til Aftenposten 13. januar:

- Rapporten vil selvsagt bli drøftet, men det er intet i denne som tilsier øyeblikkelige og spesielle forføyninger fra vår side, sier fylkeslegen i Hordaland, Odd Zakariassen til Aftenposten.

Rapporten har fått en kolossal blest, noe jeg ikke synes den fortjener. Den er også distribuert i et stort antall eksemplarer.

- Men er det som står i rapporten riktig?

- På mange måter er flere av de forhold som omtales korrekte nok, men det er forhold som burde ha vært åpenbare for distriktslegen på forhånd og som det ikke er mulig å gjøre noe med over natten. Det blir bl.a. påpekt vanskelige kontorforhold, opphoping av post m.m. - ting som har sin forklaring.

Det er trist at det blir så mye blest om saken, at man får inntrykk av at det er vrangvilje i kommunen, sier fylkeslegen. Masfjorden kommune blir fremstilt i et lite flatterende lys. Såvidt meg bekjent har kommunen vært svært lydhor, og man har stilt seg positivt til en rekke forslag som er fremkommet. Men kommunen er liten og tungdren, med en befolkning på 1800 som er spredt på tre forskjellige steder uten skikkelige vei-forbindelser.

I rapporten, som nærmest gir inntrykk av å være en nyttårsberetning, står det imidlertid også positive ting. Som helhet tror jeg ikke kommunen byr på så mange flere vanskeligheter enn tilfellet er andre steder i vårt land i dag, sier fylkeslegen.





**SOSIALSJEF SVEIN ANDERSEN, MIDSUND**

# Omkring helse og sosialsenter debatten/seminarene

**Blir Helse- og Sosialsenteret det neste statusbyggverket kommunene må oppføre?**

Det kan virke slik, med den strømmen av seminarer som nå holdes om denne "nødvendige" service-institusjonen. Utgangspunktet for disse tankene var i grunn brosjyren om Nor Medex 75, hvor dette er et av flere temaer. Innlederne er, for dem som har fulgt debatten, eller deltatt i andre seminarer om emnet, "gamle kjenninger", stort sett.

Egentlig er det vel ikke så dårlig med helse og sosial personellet i landet vårt, at de må

under samme tak for å yte meningsfylt arbeid. Men det er, ihvertfall for en sosionom, et fenomen som slår en i øynene. Det er helse-sektorens selvfølgelige know how, og helsebegrepetts utvidelse til nærmest å tilintetgjøre sosialbegrepet. Ingen tilfeldighet tror jeg, og heller ingen tilsiktet prosess fra Helse-sektorens side, håper jeg. Kan det ha noe med profesjonenes innbyrdes styrke-forhold å gjøre? Regner vi sosionomene som representanter for

det vi kan kalle sosialarbeider-profesjonen, og dermed ansvarlig for det profesjonelle sosiale arbeidet, blant annet på kommuneplanet, blir det skjevt. For å ta mitt eget fylke, med fullt belegg på helse-søster/distriktslege stillingen, men bare 6 av 35 kommuner med sosionom som sosialsjef. Tallene blir ikke bedre i andre deler av landet, er jeg redd for.

Når man så vet at det ikke er noe økonomisk selvfølgelighet at personell fra den kommunale sosialomsorg drar



på kurser/seminarer, blir debatten allerede i utgangspunktet skjev. Vi arbeider innen vår sektor med dette, men vi trenger tid. Derfor er det jeg vil denne sentraliserte seminar/kurs kultusen til livs. Dessuten vil jeg gjerne denne myten til livs at man må under samme tak for å samarbeide.

De fleste er kanskje enige om at det står mye igjen, når det gjelder å koordinere profylaktisk Helse- og Sosialarbeid. Jeg tviler på om Helse og Sosialsenteret, som typisk enhet, løser dette. Egentlig består denne debatten om Helse- og Sosialsentra av to grunnelementer,

- 1, behovet for koordinering av hjelpetiltak, f.eks. i et hus.
- 2, problemer omkring samarbeid mellom ulike profesjoner.

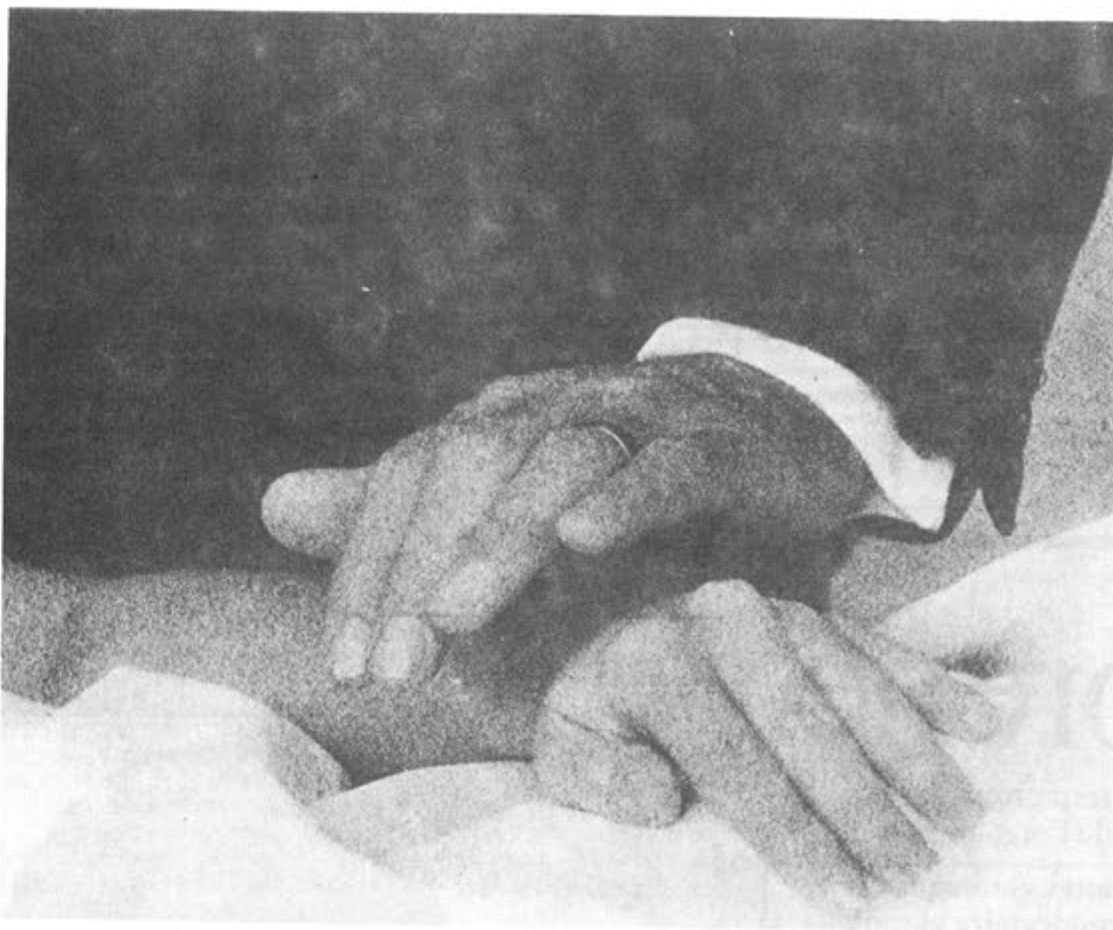
Det siste synes jeg er det viktigste å løse. I min egen bostedskommune Midsund, en øykommune, må jeg få lov til å karakterisere samarbeidet mellom Helse, Trygde, Skole og Sosialvesen som godt, selv om vi er spredt. Naturligvis

er det fint for befolkningen å ha adm. samlet, og bra for oss fordi vi nådde hverandre lettere. Samarbeidet blir nå engang summen av den enkeltes evne til å dra i samme retning. Det finnes et metningspunkt for samarbeide tror jeg, basert på flere faktorer.

Utdanningsbakgrunnen, arbeids- erfaring, arbeidsmåter, fagpolitiske/ideologiske forskjeller, subjektive vurderinger av andre profesjoner og/eller innehaveren av andre profesjoner, la oss kalle det "like trynet på". Samarbeide er ikke noe du automatisk gjør fordi du befinner deg i et hus med andre profesjoner. Våre respektive utdanninger gir oss mange muligheter å væreyrkesutøvere på. Samarbeidet strander derfor ofte på våre egne manglende evner til å ha evne/ville, forstå nødvendigheten av samarbeid. Det er å håpe at våre respektive utdanningsinstitusjoner kan vie dette mer oppmerksomhet og være med på å fjerne en del av de generaliseringer, tradisjonelle oppfatninger som er som et etterslep det er vanskelig å kvitte seg med.

Hva vil jeg så? Jeg tror at man nå må omprioritere bruken av de økonomiske ressursene som sprøytes inn i sentraliserte konferanser/seminar. Kjør debatten over på kommune, fylkesplanet og la profesjonene og de folkevalgte møtes her om utforminger av det fremtidige Helse- og Sosialarbeidet. De fleste av oss har tanker om hvordan, etter hvert har vi andres erfaringer og det er situasjonen der akkurat vi arbeider, som skal løses. Selvfølgelig risikerer man da et seminar lagt til et mindre attraktivt sted enn et høyfjellshotell eller til hovedstaden, men allikevel.....

Det man kan oppnå, er blant annet et mindre, men mer arbeidsdyktig forum, og det kan være ønskelig. Jeg tror dette ville være en mer riktig bruk av de offentlige midlene, i en tid da det ikke lenger er noen selvfølge at Helse- og Sosialsektoren får fete bevilgninger. Hva gjenstår det vel så å si, annet enn velkommen til et godt arrangert seminar om samarbeidsproblematikk/Helse og Sosialsentra på lokalplanet.



# Hvordan komme i gang med en revmatisk badeforening?

Hvordan begynte det hele, Oskar?

- Nærmest som en løs idé som vi snakket litt om. En del av medlemmene har jo vært til fysikalsk behandling ved forskjellige kursteder og reumatismsykehus, og mente det måtte være mulig å fortsette en del av behandlingen på egen hånd her hjemme.

Hvordan?

- Aktivitetene har særlig konsentrert seg om skolebassengenget. Etter noe snakk frem og tilbake, en samtale med doktor og fysioterapeut, sammenkalte vi til møte, henvendte oss til skolestyret og spurte om vi kunne låne bassengenget en dag i uken.

Og nå bader dere der?

- Ja. Oppvarmingen av bassengenget blir satt på fullt fredag etter skoletid, og lørdag oppnår vi 30-32 gr. i bassengenget. Rundt 20 "reumatikere", med alt fra stiv og vond rygg til leddgikt og

slitasjegikt, beveger seg i det oppvarmede vannet i ca. en time. Vi har holdt på i et år nå, og mange snakker frempå om å få to dager i uken. Dette blir imidlertid meget vanskelig av hensyn til skolens bruk av bassengenget. Nå arbeider vi på å få en fast avtale for en dag med skolen.

Får dere noen veiledning?

- Nei. I grunnen har vi hittil bare bygget på det de forskjellige av oss har lært ved tidligere behandling på kursteder. Men det er tanken å snakke med lege eller fysioterapeut nå for å få et mer strukturert opplegg på en del av den tiden vi er i badet.

Utgifter?

- Ubetydelige. Skolen har prøvd å vurdere hvor mye dyrere det blir å varme opp vannet fra fredag til lørdag, men så slå av varmeanleggene til mandag, og man

har hittil ikke kunnet påvise noen vesentlig økning i energiforbruket. Vi vasker selv etter oss. Vi betaler kr. 2,50 pr. gang som er inngangspris til bassengenget og badstuen på vanlige badedager når bassengenget er åpent for publikum.

Bli de stive ledd og lemmer bedre av badingen?

- Det kan jeg ikke svare på, men alle hevder at de har nytte av badingen og føler velvære. Fremmøtet er meget trofast. Ikke bare blir de bedre, jeg ser det som meget viktig at vi som på en eller annen måte er bevegelseshemmet, føler en ny frihet når vi beveger oss i varmt vann. Den økte utfoldelse blir satt mer pris på hos oss enn hos de som er friske og tar sine muligheter til utfoldelse som en selvfølge.

Rikstrygdeverket, Oslo 2, 30. september 1974

Folketrygdlovens § 2-13, første ledd.  
Aukra Reumatiske svømmeklubb. Bidrag til strømudgifter.

Trygdekontoets ekspedisjon av 17. september 1974 er mottatt.

Etter de opplysninger som foreligger i det aktuelle tilfellet vil Rikstrygdeverket kunne godkjenne bevilgning av bidrag til delvis dekning av utlegg til ekstra strøm, ved at reumatiske pasienter får svømmetrening i skolens svømmebasseng.

Et eventuelt styrevedtak om delvis dekning av dokumenterte utlegg vil således påregnes godkjent.

Sykestønadsavdelingens  
2. kontor

NN

NN

# Telefon-symposium med betablokker første gang i Norge

Legemiddelfirmaenes krampaktige bestrebelse på å informere legene, og samtidig reklamere for sine produkter, begynner å bli ganske stereotyp etter hvert, og det nye påfunn virker noe krampaktig. Når Merck Sharp & Dohme innledet til "telefon-symposium", var det vel i håp om at dette som noe nytt og spennende, kanskje skulle revolusjonere hele informasjonsoppgaven overfor legene. Slik virket det iallfall ut fra de skriftlige informasjoner som kom på forhånd.

Innbydelsen lokket med "første gang i Norge" og 15 mini-symposier forskjellige steder i landet skulle ved hjelp av åpne telefonlinjer med høytalende telefoner få stille "spesialistene" Paul Leren, Håkon Storm Mathisen spørsmål. Og hva ble så realitetene?

Selv møtte jeg opp i det vidunderlige Molde rådhus sammen med ca. 20 andre for å bli hjernevasket angående et nytt betablokkerende middel. Uten å si det, prøvde man å gi oss forståelsen av at dette var det beste. Det som ble resultatet av kvelden var et godt gammel-dags reklameprogram for et nytt medikament iblandt telefoner med tekniske vanskeligheter.

Opp i det hele satt spesialistene og forsøkte å ikke forlove seg angående midlets effektivitet, samtidig som representantene fra det angjeldende firma forsøkte å få lokket mest mulig ut av disse spesialistene. Det forsamlingen kanskje var mest interessert i å vite, var om denne betablokker er bedre enn de som allerede finnes på markedet, og som er vel innarbeidet.

Det neste de ønsket å få vite, var om prisen lå vesentlig gunstigere enn for de andre midlene. Intet av dette fikk man svar på. Det man fikk svar på, var at dette midlet ikke var dårligere enn de nåværende midlene, og at det ikke var forbundet med større fare å bruke det på mennesker.

For å komme riktig inn i stemningen, ble overlegene Leren og Storm Mathisen presentert i farvefilm foran oss med sine kurver og materialer. Dette var de på landsbasis største spesialistene firmaet hadde fått tak i. I tillegg kom den lokale BT-spesialist fra sykehuset for muligens å appellere enda sterkere til de lokale leger. Etter at den lokale overlege var ferdig, syntes det ikke å være noe mer "spiker" å koke suppe på, men representanten fra firmaet hadde et profesjonelt overhead-prosjektor-program, som ble gjennomført bare slik spesialister kan det.



Men det viktigste var jo telefonen. Under disse forberedende stadier var det stadig vekk et eller annet som ringte, eller noen som ringte for å høre om alt var i orden. og så kom det store



øyeblikk da jeg trodde telefonen skulle "åpnes". Men det var ikke tilfelle. Vi skulle først få frem hvilke spørsmål vi ville stille. Disse spørsmålene ble ringt ned til Oslo. Det var her ikke snakk om åpen linje. Deretter var det spenning på svarene, men disse viste det seg hadde vanskelig for å komme igjennom. Svarene var allerede blitt sendt ut fra Oslo da det kom beskjed om at 3-4 av de ialt 8 linjene hadde falt ut, slik at de fleste av spørsmålstillerne ikke hørte noen ting. Telefontrådene glødet og televerket arbeidet intenst mens tiden gikk. Jeg fikk god tid til å observere forsamlingen, og la bl.a. merke til at kun en av de ca 20 legene som var til stede røykte sigaretter under denne seansen,



mens begge representantene for legemiddelfirmaet røkte som besatt. Kanskje ikke så rart.

Men endelig, etter at linjene var klare, kom sjefsrepresentanten frem og fortalte at han var den første her i landet som var blitt behand-



let med Blocadren, og sirkuset var i gang. Det hadde kommet inn utallige spørsmål, og det var jo ikke annet å vente når, som vi fikk oppgitt, 1000 - 1500 leger sitter rundt omkring i landet og får anledning til å stille et

panel i Oslo spørsmål. Mannen med den første Blocadren-pillen i magen ble kritisert for at han ikke snakket tydelig nok. Det ble ringt inn fra fjern og nær om at det gikk for fort, det ble ringt inn om at det gikk for sakte, det var noen som ikke hørte noe, det var et sted de ikke hadde fått svar på et eneste spørsmål langt ut i besvarelsene. Vi ble imidlertid trøstet med at dette symposiet var ikke dyrere enn å sende ut opplysningsstoff i posten fra firmaet.

Noe direkte telefonlinje mellom Oslo og de såkalte minisymposier var det ikke tale om, og når vi i tillegg ble meget sjenert av tekniske vanskeligheter synes det hele nokså håpløst.

Men var alt bare negativt? Var det bare tull å sette igang noe sånt eller kan det brukes videre? Mitt inntrykk var at en del generelle problemer omkring betablokkere ble godt belyst. En del mer spesielle ting om Blocadren kom også fram. Jeg synes ikke Blocadren kom



i noe spesielt godt lys sammenlignet med de andre betablokkere og mener det hele mere minnet om å koke suppe på spiker. Jeg for min del tror at den beste måte å informere legerstanden om nye midler, er dyktige legemiddelkonsulenter og dessuten skikkelige artikler i fagtidsskriftene. Om man forsamlert en hel masse leger til et bugnende bord tror jeg ikke man derved får informert mer enn gjennom artikler i tidsskriftene. Hvis man skal fortsette med telefonsymposier, må man i hvertfall få teknikken til å virke.

Per Wium.

## Motnotat til «Evaluering av kurs for offentlige leger — høsten -74»

Artikkelen til UTPOSTEN nr 1 d.å. side 6, forfattet av 14 kolleger som deltok i kurs i offentlig legearbeid høsten 1974, var virkelig leseverdige for de av oss som har vesentlige innvendinger mot den form kurset på Bygdøy har.

Den til dels negative omtale av kurset som sådan, er midt i blinken for de av oss som ikke lar anledninger renne henn uten at det bemerkes - kritisk.

Undertegnede mener imidlertid at evalueringen mer minner om en noe langkommen dyspeptisk tilstand som gjør det nødvendig med en korreksjon i form av følgende påstand:

Som en av deltagerne i kurs for offentlige leger høsten 1973 (n.h.syttitre) vil jeg få anbefale kol-

leger å delta i kurset på Bygdøy høsten 1975 og også senere.

Påstanden er begrunnet ut fra følgende:

- 1) Det er det eneste, nuværende opplegg i denne retning for offentlige leger i dette land.
- 2) Kurset er - tross alt - faglig ansporende.
- 3) Kurset kan (selvsagt avhengig av deltagerne) fremme kollegialt samarbeide, og man lærer en rekke personer i sentraladministrasjonen å kjenne.
- 4) Kurset kan fremme faglige debatter og oppøve deltageren til "å tenke offentlig medisin".
- 5) 3 måneder på kurs vil for svært mange være en glimrende "tenkepause", det vil si: det gives anledning til å foreta aktivi-

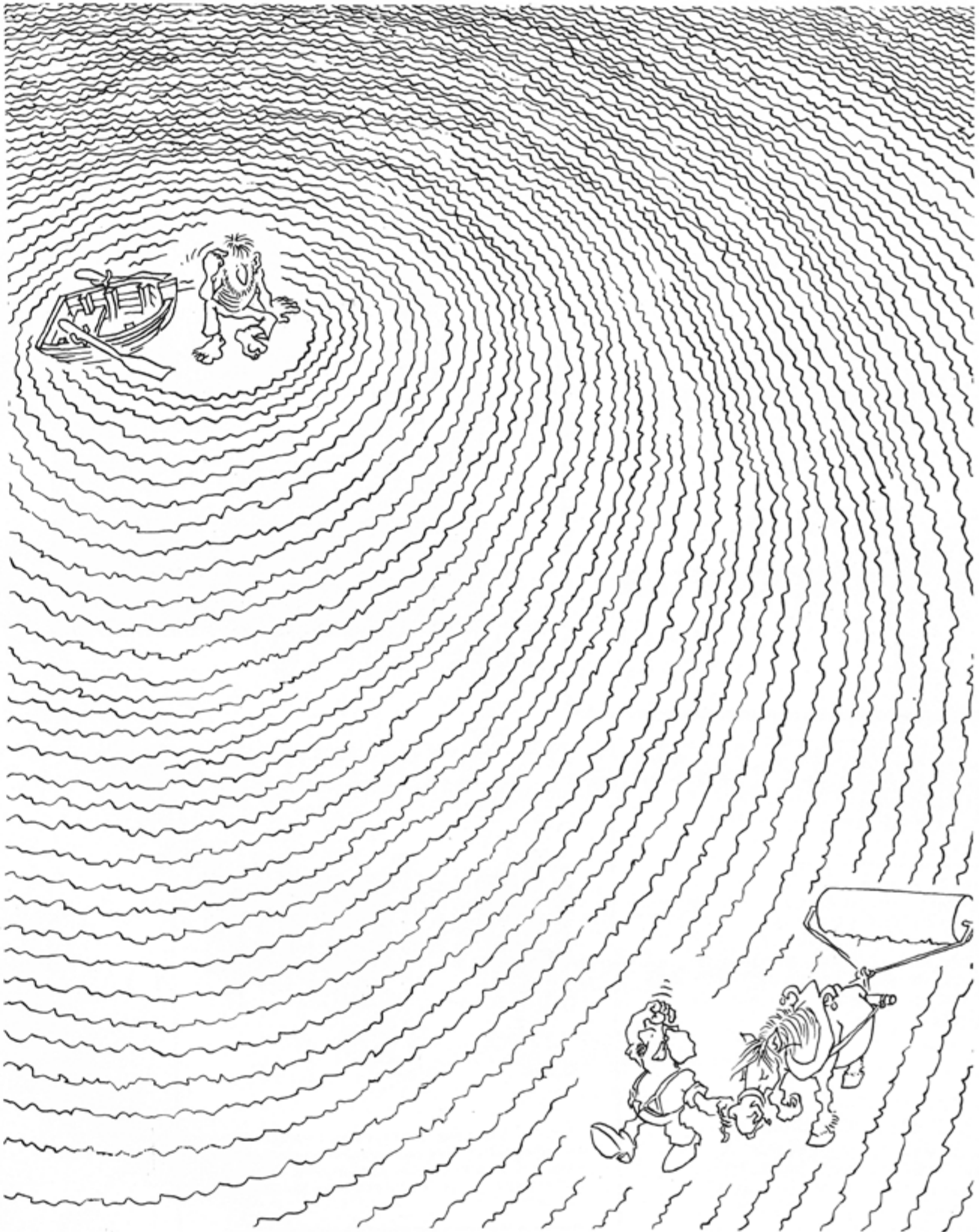
teter og parafaglige virksomheter som ellers ikke er mulig i den vanlige hverdag.

- 6) Parallelt med kurset er det god anledning til å delta i andre, rent medisinske faglige kurs som også er av verdi.
- 7) Så vidt undertegnede kjenner til, arbeides det med omlegging av det nåværende kurs.

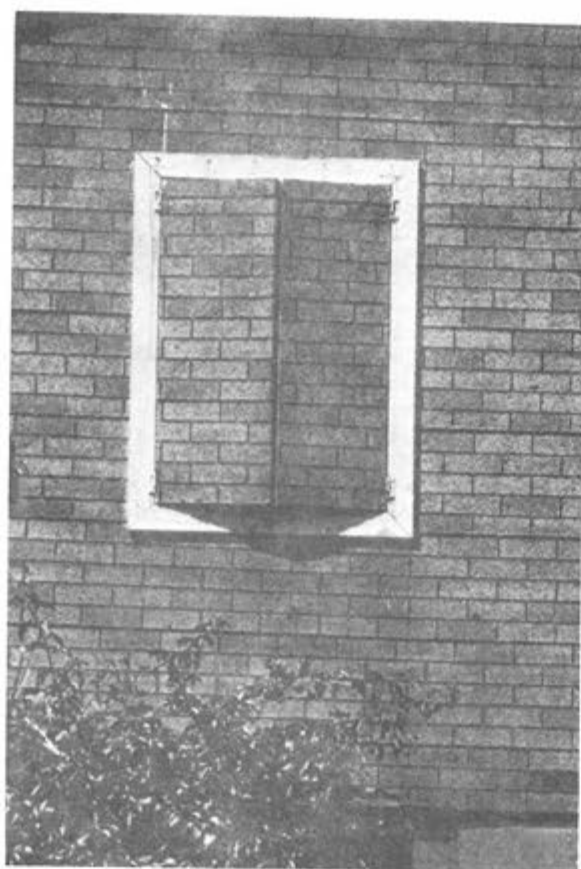
Ut fra ovenstående drister en av deltagerne i kurset fra høsten 1973 (n.h.syttitre) seg til å anbefale kurset for kolleger.

Bjugn, 11.02.75

Med vennlig hilsen  
Dag H. Søvik



# Norsk Almen- medisinsk Forsknings- utvalg er opprettet



Norsk Almenmedisinsk Forskningsutvalg opprettet etter følgende retningslinjer, vedtatt på møte i Bergen 8.6.1974:

(Retningslinjene er senere godtatt av Institutt for almenmedisin i Oslo og Bergen, Samfunnsmedisinsk institutt i Tromsø, Alment praktiserende lægers forening og Offentlige lægers landsforening.)

#### A. Opprettelse og administrativ oppbygning.

1. Utvalget opprettes av de almenmedisinske institutter, Almenpraktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening.

2. Utvalget består av 1 representant for hvert av instituttene, dessuten oppnevner APLF og OLL 3 representanter. For alle representanter oppnevnes person-

Reumatiske sykdommer  
akutte inflammasjoner

# Confortid

INDOMETACIN TIL LAVESTE PRIS

Kapsler

Mikstur

Suppositorier

Barn bør ikke behandles med indometacin. Forsiktighet bør utvises ved langtidsbehandling med nøye akt på bivirkninger. Indikasjoner, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

# DUMEX





lige varamenn.

3. Representanter og varamenn oppnevnes for 2 år om gangen.

4. Utvalget oppretter et sekretariat. Sekretariatsfunksjonen går på omgang mellom de 3 institutter. Foreløbig rulleringstid 2 år.

5. Utvalgets formann er representanten fra det instituttet som innehar sekretariatfunksjonen.

#### B. Utvalgets oppgaver.

Utvalgets oppgaver er å støtte og stimulere forskning i almenmedisin ved å:

1. Gi eller formidle veiledning under planlegning og gjennomføring av slik forskning.

2. Registrere og koordinere planlagte, igangværende og gjennomførte prosjekter.

3. Registrere og formidle ideer til forskning og ta initiativ til prosjekter Utvalget finner aktuelle.

4. Arbeide for kanalisering av midler til forskning i almenmedisin.

5. Være behjelpelig med å organisere finansiering av konkrete prosjekter.

Institutt for almenmedisin i Oslo vil inneha sekretariats-

funksjonen i første 2-årsperiode, med Dag Bruusgaard som formann. De øvrige medlemmer i utvalget er:

Institutt for almenmedisin i Oslo: Tore Koksvik (varamann)

Institutt for almenmedisin i Bergen: Olav Sulheim med Monrad Schei som varamann,

Institutt for samfunnsmedisin, Tromsø: Anders Forsdahl med Jo Telje som varamann,

APLF og OLL: Ivar U. Rosenberg med Bent Guttorm Bentzen som varamann, Finn Nilsson med Per Fugelli som varamann, Hans Petter Schjønby med Arne Victor Larssen som varamann.

# VI MINNER OM ABONNEMENTSAVGIFTEN

De som har flyttet  
på seg — må melde fra  
om adresseforandring

**NYHET**



Forenklet behandling av Trichomonas vaginitis

**Flagyl® Forte**

tabletter  
400 mg

metronidazol

"2-dagers kur"

**Egenskaper:** Spesifikt middel til behandling av Trichomonas vaginalis infeksjoner hos kvinner og menn. Resistens er ikke rapportert.

**Indikasjoner:** Infeksjoner fremkalt av Trichomonas vaginalis.

**Kombinasjonsbehandling:** I svære tilfelle av Trichomonas infeksjon kan kombinasjonsbehandling med Flagyl vagitorier anbefales. (2 dager tablett kur + 1 vagitorie i 10 dager.)

**Bivirkninger:** Bivirkninger ses sjelden, men er beskrevet i form av lette gastro-intestinale forstyrrelser, belegg på tungen, dosighet, hodepine og kløe. Eksantem, misfarging av urin og forbigående leukopeni har vært sett.

**Forsiktighetsregler:** Teratogen effekt har aldri vært påvist. Det anbefales imidlertid å være tilbakeholdende med bruk av preparatet under graviditet, særlig de tre første måneder. Ved behandling gjennom lengre tid eller ved høydosering bør en kontrollere blodstatus (lekocytter, differensialtelling.)

**Interaksjoner:** Metronidazol og disulfiram i kombinasjon kan gi forvirringstilstander. Kombinasjon med alkohol kan gi intoleransesyndrom.

**Dosering:** «2 dagers kur»: 5 tabletter daglig i 2 dager. (Dagsdosen kan tas som engangsdose evt. 2 tabletter om morgenen og 3 tabletter om kvelden.) Tablettene skal tas etter maten.

**Pakninger og priser:** Tabletter: 10 stk. kr. 25,40  
2 x 10 stk. kr. 49,75, 100 stk. kr. 222,80.