

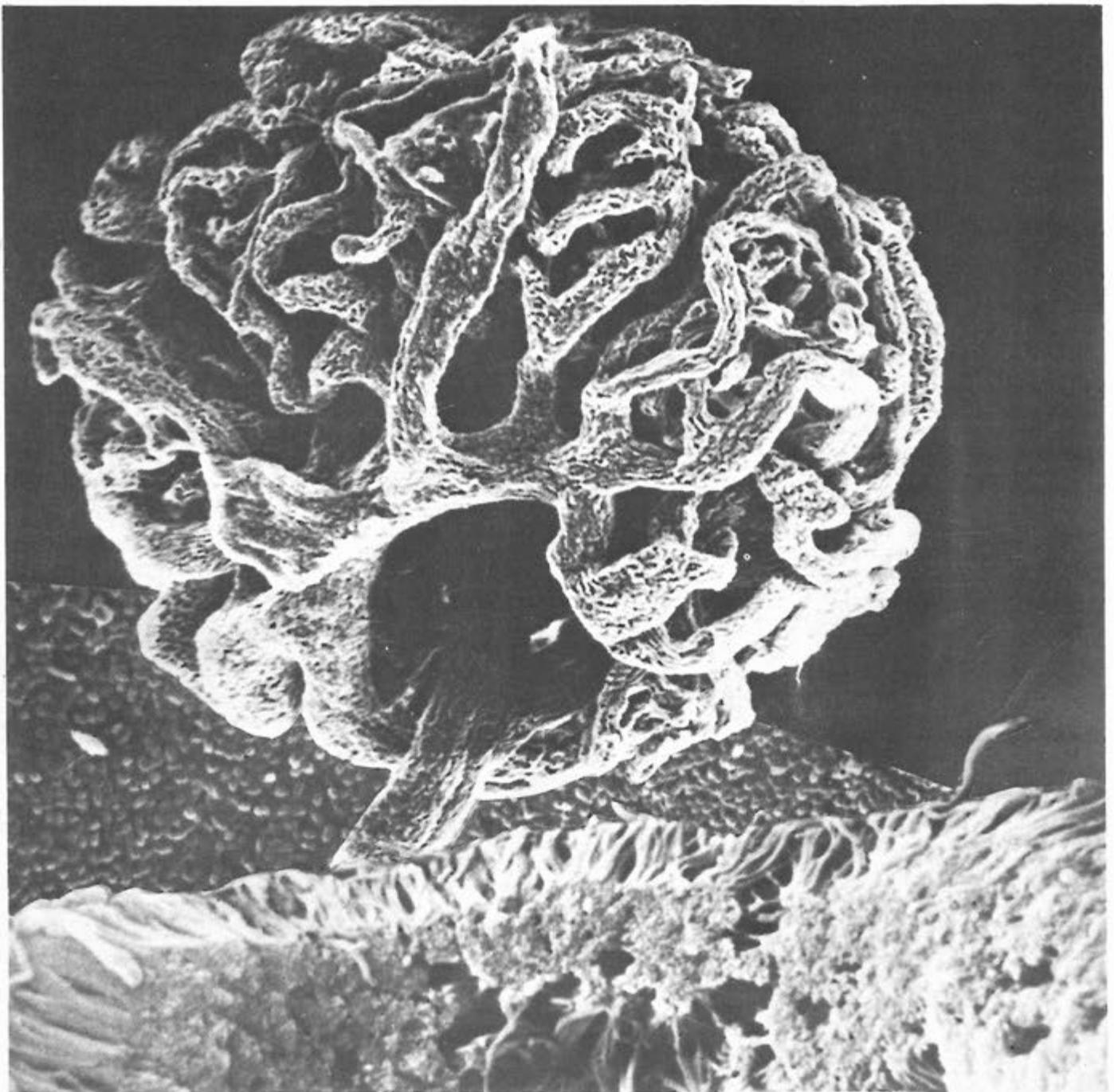
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 1

JANUAR 1976

ÅRGANG 5



Av innholdet:

Side 3: Sosialsjefene Vonstad/Andersen:
To sosialsjefer om Stortingsmeld. 9 75/76
Side 4: Per Wium: Arbeidstidsforkortelse
Side 7: Medical Recording Service Foundation

Side 8: Chr. F. Borchgrevink:
Farlige menn i hvitt. (Bokanmeldelse)
Side 10: Turnuskand. og oppgjør med trygde-
kontor
Side 11: Finn Arctander: Enurese
Side 12: A. C. Stokstad: Legestatistikk

Redaktører:
Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 34 78 237

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

UTPOSTEN

Redaksjonssekretær
Dag Brekke

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.

Godt nytt år

Det er mye som er bemerkelsesverdigg i det nye året. Blant annet går Utposten nå inn i sin 5. årgang. Og hvem hadde vel våget å håpe på det den gang i 1972 da vi startet opp. Vi appellerer til gamle og nye lesere å benytte vedlagte postgiroblankett for innbetaling av abonnent. På grunn av suksessen, er det ikke nødvendig å forhøye prisen på bladet. Vår henstilling om etterbetaling av kontigent for 1975 reddet det hele pent i land økonomisk, og bladet kom ut i ganske nøyaktig balanse med

alle utgifter dekket.

Årsomsetningen i 1975 var ca. kr. 65.000,- for 8 nr. da også iberegnet salg av seminarhefte fra Helse- og Sosialsenterseminaret på Røros.

Vi har tidligere vært inne på tanken om stipend til studenter som vil reise til andre landsdeler enn østlandet for å få praksis i primærhelsetjeneste. Og dersom abonnentene er flinke til å betale sin femtikroning, vil dette la seg gjennomføre i

1976. Foreløpig har Utposten ikke gitt redaktørene økonomisk utbytte og det skal den heller ikke gjøre, men den har gitt oss som arbeider med avisen såpass mange positive impulser at det hele har vært vel verd strevet.

Med dette nr. klemmer vi iveri på ny årgang som vi kaller 1976, og vi kommer ut med minst 8 nr. også i år. Velkommen med på ferden.

Redaktøren.



Det sies at andre steder har de både Sunnhetsbladet og Alle kvinner på venteromma.

To sosialsjefer om St.m. nr. 9 75/76

Av Svein Andersen og Einar R. Vonstad

Etter å ha gått igjennom den etterhvert meget omtalte st. m., er vi enige i at det er riktig å kritisere denne på flere viktige punkter. Stortingsmeldinga inneholder en god del positive forslag, som vi regner med vil bli vedtatt gjennomført uten særlig debatt. Vi vil i denne artikkelen forsøke å peke på forslag til endringer innen helse- og sosialsektoren som vi anser viktige å skape debatt om. Vårt faglige utgangspunkt ut over det at vi er sosionomer, er at vi er sosialsjefer i to mindre kommuner. Vi leser også Utposten og er avhengige av et faglig samarbeid med 2 av Utpostens redaktører.

St.m. nr. 9-75/76 er en melding om sosialsektoren, men ikke en melding laget av sosialsektoren. Utposten har hatt flere innlegg fra helsesektoren, og vi finner det derfor rimelig at vi i sosialtjenesten gir leserne noen synspunkter.

Innleggene i Utposten gir et inntrykk av at st.m. bare inneholder forslag til omorganisering av helserådet.

Fylkeslegenes utspill gir også dette inntrykk. Vi synes dette er beklagelig da meldinga har et langt viktigere perspektiv enn dette. For oss er meldinga et forsøk på å omorganisere helse- og sosialtjenesten. Meldinga konsentrerer seg først om fremst om sosialsektoren, men trekker inn st.m. om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen, og må kunne sees på som en komplettering av denne.

Det synes som om de fleste kan være enige om at sosialtjenesten fungerer dårlig i dag. Dette gjelder grunnleg-

gende områder som bemannings-situasjonen, det faglige nivå og tildeling av ressurser (økonomi). Regjeringen ønsker med de forslag som fremmes i st.m. å bøte på disse klare skjevhetene ved ett skippertak.

Av universalmidlene er en bemanningsnorm foreslått som et viktig tiltak.

En norm kan fort bli en standard, og i dette ligger en klar fare. Vi kan vise til at den foreslåtte normen allerede i dag ligger under den faktiske situasjonen i større kommuner. De minste kommunene kommer tilsynelatende noe bedre ut.

Hvem som skal bekle de nevnte normerte stillinger, synes å være noe uklart med hensyn til de faglige kvalifikasjoner. Her savner vi regler f.eks. om at klientarbeidere på sosialkontor skal være sosionomer. Vi viser til de reglene som gjelder ved ansettelse av leger og sykepleiere. Med den dårlige utdanningskapasiteten som sosialskolene har, så er det klart at et udekket behov for sosionomer ennå vil eksistere i mange år. For å sikre en faglig styrking på kortere sikt, mener vi det burde være en selvfølge at klientbehandlerstillinger med krav om sosionomkompetanse, som blir besatt av andre enn sosionomer, blir ordnet på åremål. Jmfr. ordningen med sykepleiere i helsesøsterstillinger. Dette kan kanskje virke sosionomsjåvinistisk, men i dag er det alment akseptert at sosionomer er de best kvalifiserte til å ivareta klientbehandling f.eks. innenfor den kommunale sosialomsorg. Når det gjelder de økonomiske midler som er foreslått overført til kommunene som rammetilskott, så stiller vi oss

meget skeptiske til dette. Sosialreformkomiteen hadde foreslått en generell refusjonsprosent på 75% for helse- og sosialsektoren. Dette er for oss den riktige vei å gå. St.m. er derfor en stor skuffelse på dette viktige området.

Nyorganiseringen av de sosiale nemder og arbeidsfordelingen mellom de folkevalgte og administrasjonen er de fleste enige om.

Helserådets funksjon er uklar i meldinga, men dette er også legenes prioritering av helserådsarbeidet. Sosialsektoren er ikke moden til å "overta" helserådet. En del av funksjonene i helserådet, f.eks. oppgaver i h.h.t. Vanføreløven kunne etter vår mening med fordel vært overført til fagadministrasjonen. Helserådsordføreren hører naturlig heime som saksforbereder for et folkevalgt organ. At han også er formann og har stemmerett, stiller han i en særstilling i forhold til andre folkevalgte nemder og saksbehandlere. Dette finner vi uheldig og vi tror dette kan være med på å personifisere helserådet og derved svekke rådet som politisk organ.

Dette er eksempler på at helserådet har godt av en funksjonsdebatt, og at man bør stille seg åpen for nye grenseganger mellom helse- og sosialtjenesten.

Stortingsmeldinga foreslår lovhjemlet samarbeide.

Dette er en pseudo-løsning. Forutsetningen for et samarbeid på lokalplanet ligger langt dypere i mellommenneskelige forhold. For oss synes det i første omgang naturlig å ta utgangspunkt i

Forts. side 14.

Arbeidstidsforkortelse

Per Wium

Helsepersonell er litt sære. Problemet gjelder arbeidstiden, og distriktsleger er helt utenom det vanlig sære. Jeg kjenner ingen yrkesgruppe som er så lite villig til å delegerer arbeidet til andre som legestanden, og jeg kjenner ingen yrkesgruppe som til de grader har mistet muligheten for å delegerer sitt arbeide til andre som distriktslegen.

Siden medio september har jeg opplevet det de fleste andre distriktsleger har opplevet før meg. Jeg har betjent to legedistrikt som vanligvis har inneholdt 3 leger. Nu ble jeg tvunget til å ta på meg ansvaret alene for disse distriktene. De består av øyer og inneholder ialt 5000 mennesker. Det befinner seg 2 helseråd innenfor området, det befinner seg 6 skoler, 2 hjemme-sykepleieordninger, 2 sosialkontor, 1 stort sykehjem, 2 aldershjem og altså 2 distriktslegekontorer. Jeg har ikke hatt noen å dele legevaktene med, slik at vaktordningen for mitt vedkommende har vært 24 timer i 4 mnd., kun med noen timers avbrudd.

Mens andre yrkesgrupper nå drømmer om 36 timers uke og maksimum 40 timers uke, hadde jeg altså 168 timers uke. Jeg hadde vakt hver time i døgnet og kunne bli utkalt når som helst.

I begynnelsen var det litt spennende, jeg førte nøyaktig timeliste for hvordan dette gikk, men når man kommer opp i mellom 90 og 100 aktive arbeidstimer i uken, er arbeidsbelastningen så stor at det er nytteløst å gjennomføre et systematisk time-registreringsarbeide. Jeg viser nedenfor den tabellen som ble ført de første ukene av denne kontinuerlige vaktperiode, og vil gjøre oppmerksom på at perioden siden

var hardere. Jeg regner med at jeg enkelte uker var oppe i over 100 arbeidstimer pr. uke.

Hva var det som skjedde med meg? Langsamt begynte pasientene å bli truende for min person, for min helse, for min familie. Ja kanskje var det familien det var mest synd på. De 3 barna så ikke sin far på flere dager og min kone visste ikke hvor jeg befant meg store deler av tiden. Selv kjempet jeg for å få den tiltrengte søvn slik at de forskjellige sanser skulle være noenlunde klare.

Jeg er i den heldige stilling at befolkningen kjenner meg ganske godt. De var klar over hvilken vanskelig situasjon jeg var i, og begrenset pågangen en del. Det er imidlertid utrolig hvor lite enkelte pasienter tenker på legens helbred i en slik situasjon. Hvis et medlemmenneske har en sykdom, uansett hvilken, har vedkommende krav på hjelp, legens helsemessige situasjon er uten betydning i det hele tatt mente enkelte. Jeg prøvde å innskjerpe indikasjonene for sykebesøk, og dette gav mange ubehagelige opplevelser i telefonen. Jeg understreket overfor befolkningen at dette var alvor også for distriktslegens vedkommende. Normale småbarn med feber fikk ikke besøk. Det som kunne legges til kontordag ble lagt til kontordag.

Rart var det også å se hvilke sykdommer folk presenterte på kontoret. Det viste seg å være de helt bagatellmessige ting, selv om de visste lege-situasjonen var vanskelig.

Det som er vanskeligst å gutere i en slik situasjon er legeerklæringer. Det synes håpløst ufornuftig, unyttig og bort i veggene å sitte å skrive legeerklæring på friske folk når man selv er

så stupstrett at man har lyst til å gå og legge seg på undersøkelsesbenken og bare stenge døren. Nå etter at det verste er over, og jeg har våknet igjen, mener jeg fremdeles at en hel masse av disse legeerklæringer er helt unyttige.

Det har vært mye snakk om legers arroganse, legers ubeherskethet og legers intoleranse i den senere tid. Jeg må innrømme at jeg har vært alt dette iløpet av høsten. Hvis man vet at man har 5 min. til en flis i fingeren, så har man 5 min. til en flis i fingeren. Når man i tillegg har sovet 3 t. siste 2 døgn, er man ikke særlig sprudlende. Men alt dette kan ikke pasientene vite, og de kan heller ikke få vite det på grunn av at det vil ta 2 min. ekstra som legen ikke har til rådighet. Dette på grunn av alle de andre som har søkt ham denne dagen, og som også har krav på litt av legens våkne periode som varer 20 t. i døgnet. Dette er krise, og jeg er vel den første til å beklage at det må oppstå slike situasjoner.

På bakgrunn av den norske arbeiders krav om ned til 36 t. uke, vil jeg få lov å offentliggjøre min timestatistikk for disse 4 ukene. Jeg skal ikke gjøre krav på hverken 36 eller 40 t. uker neste år, men ville bli ustyrtelig glad dersom jeg kom under 50 - 60 t. uke.

Vi må komme dit hen at distriktslegene sitter så tett at det ikke er katastrofe dersom en distriktslege må forlate stillingen sin et år, eventuelt at stillingen er vakant på grunn av manglende søker.

Dernest må fylkeslegen få den styrende makt over permisjoner og konferere med den eller de nabo-distriktslegene som skal vikariere før permisjoner blir gitt.

	1. uke	2. uke	3. uke	4. uke	
Kontorarbeide	3	6,5	9	2	20,5
Kontordag	26,5	25,-	35	42,5	129,-
Sykebesøk	8,5	13,5	8	23,5	52,5
Hjemmesykepleiemøte	1	1	1	1,5	4,5
Trygdekontormøte	1,5	2	1	2	6,5
Helseråd	0	3	9	10	22,-
Post ut/inn	3	5	4	8	20,-
Spebarn/småbarn kontr.	2,5	0	4	0	6,5
Sykehjem/aldershjem	6	7,5	2	2,5	18,-
Tilsammen:	51,0	63,5	73	92,0	279,5

Kommentarer til timetellingen

Timetellingen ble foretatt i de 4 første ukene av sept.75. Den første helgen hadde jeg fri fra legevakt og jeg hadde da også bare 51 t. den uken. De to neste ukene var tildels avhjulpet med hjelp til kontordag i nabokommunen mens den siste uken hadde jeg det fulle ansvaret for all helsetjeneste i begge kommuner. Jeg tror man må regne med at de tallene som har kommet frem på grunnlag av disse noteringene er minimumstall.

Bl.a. er det klart at forskjellen i den tid jeg bruker på behandling av post, både innkommende og utgående, samt korrekturlesing og transport ikke varierer fra 3-8t. fra uke til uke. Jeg regner med at 8 t. er det mest realistiske på grunn av relativt lang vei til postkontoret. Det fremgår videre at tiden

som går med til sykebesøk kan variere en del. Når det gjelder antall timer på kontordager viser det seg at en ekstra kontordag har kommet inn på siste uken derfor dette høye timeantallet.

Antall timer brukt på kontorarbeide varierer mye som man ser, dette er nok i overensstemmelse med realitetene da kontorarbeidet i denne perioden var nattarbeide og man måtte ta kontorarbeide når man ikke sovnet.

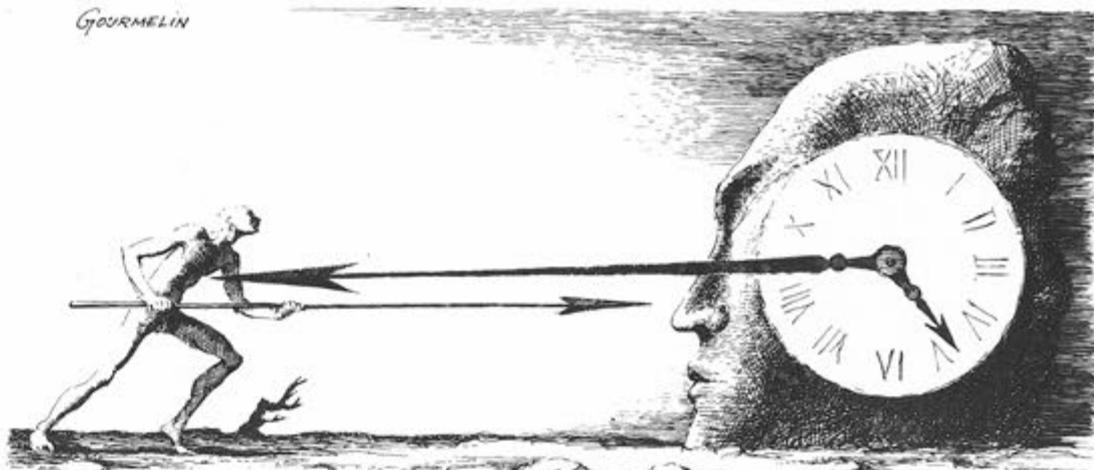
Det går videre frem at jeg har tatt meg tid til 1 t. pr. uke med hjemmesykepleien, og ca. 1 t. med trygdekontor, sosialsjef, og dette mener jeg har vært vel anvendte timer.

Helserådsarbeidet varierer mye fra uke til uke. Det vil fremgå at jeg den 4. uken hadde helserådsmøte i en av kommunene.

Når det gjelder sykehjem og aldershjem gikk det mye tid i begynnelsen å sette seg inn i sykehjemmet med 24 senger, mens jeg når arbeidsbelastningen ble for stor måtte kutte ned på antall timer på visitten for å ta de mest presserende av andre oppgaver.

Som før nevnt er det vanskelig å føre skikkelig statistikk når den aktive våkne arbeidstid overstiger 92 t. pr. uke. Dette var den vesentligste årsaken til at jeg måtte avslutte timetellingen. Jeg understreker igjen at vekten var kontinuerlig og 168 t. pr. uke og at de timer som er angitt som sykebesøk delvis representerer arbeide om natten. Det samme gjelder det som er rubrisert som kontorarbeide og helserådsarbeide.

GOURMELIN



Stortingets sosialkomite

OSLO 1

De undertegnede distriktsleger samlet til møte på Vinstra 10/1 -76 vil i forbindelse med **Stortingsmelding nr. 9 (1975—76) om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat** hermed uttale:

Vi er enige i at det sosiale hjelpeapparat må utbygges. Det må fortsatt stimuleres til utvidet samarbeid mellom helsesektoren, sosialsektoren og trygdesektoren. For at dette skal kunne gjennomføres må også den primære helse-tjenesten utbygges tilsvarende, da denne sektor alt nå er underbemannet og har for stort arbeidspress. Uten en slik styrking av den primære helsetjenesten blir det ikke mulig å følge opp intensjonen om økt samarbeid mellom helse- og sosialsektoren.

Samarbeid må skje på grunnlag av pasientens/klientens behov og ved å bevare etablert faglig identitet og samhörighet. Den fagmann som pasienten/klienten først søker, må ha

hovedansvaret for vedkommende.

Vi kan ikke forstå hvorfor helserådet skal oppløses og kan heller ikke finne noe saklig grunnlag for dette i Stortingsmeldingen.

Vi ser helserådet som et meget viktig element i arbeidet for folkehelsen og er sterkt imot at det oppløses. Ved at helserådet forsvinner, vil distriktslegen tape mye av sitt sosialpolitiske engasjement, - og en redusering av ansvar og myndighet vil minske noe av interessen for offentlig og forebyggende helsearbeid.

Distriktslegens tilknytning til lokalsamfunnet vil også svekkes. Derved blir gjennomtrekken i distriktslegestillingene større og dette vil

særlig ramme utkantstrøkene. Undertegnede anser det som en katastrofe om det meget verdifulle samarbeid mellom helsesøster og distriktslege brytes opp.

Det Stortingsmelding nr. 9 legger opp til vil beskjære den offentlige legetjeneste drastisk, og på mange måter være et steg tilbake. Vi finner det derfor svært overraskende og betenkelig at vi i Stortingsmeldingen ikke kan finne noen uttalelse fra Helsedirektøren.

Ja, vi vil faktisk mene at man bare på dette grunnlag må betrakte Stortingsmelding nr. 9 kun som et diskusjonsinnlegg.

Vinstra 10/1-76

Halvard Eskeland (sign.)
Distr.1. i Dovre

Hans Skuterud (sign.)
Distr.1. i Fron

Paul O. Stadler (sign.)
Distr.1. i Øyer

Terje Gustavsen (sign.)
Distr.1. i Ringeby

Richard J. Jacobsen (sign.)
Distr.1. i Sjøk

Jon B. Grova (sign.)
Distr.1. i Lesja

Erik Thaulow (sign.)
Kst. distr.1. i Sel

T.O. Mørk (sign.)
Distr.1. i Fron

Undertegnede var ikke tilstede på møtet, men slutter seg til ovenstående:

Jan Båtnes (sign.)
Kst. distr.1. i Vågå

Otto Andersem (sign.)
Distr.1. i Lom

Medical recording service foundation



Å møte entusiastiske selvopprende kolleger er alltid inspirerende. Når de i tillegg har økonomisk vinning langt nede på prioritetslisten, er det ekstra hyggelig å møte dem.

Jeg har i sommer besøkt to slike mennesker, nemlig Valerie og John Graves, som på eget initiativ har opprettet og driver Medical Recording Service Foundation i en liten by som heter Chelmsford, en halv times togreise fra sentrum av London.

HVA ER MEDICAL RECORDING SERVICE FOUNDATION?

Medical Recording Service er et audiovisuelt bibliotek som skal tjene medisinsk formål. Man kan vel si det er et familieforetagende, opprettet og for en stor del drevet av de to legene Valerie og John Graves. Disse har brukt store deler av sin bolig og eiendom til dette formål, uten å få noe særlig igjen for det i penger. Det hele er et non-profit foretak. Det er basert på å skulle balansere ved hjelp av betaling for utlån, betaling for kjøp av utdannelsesprogrammer, og i tillegg tilskudd fra det engelske helse- og sosialdepartement.

Aktiviteten er i dag knyttet til Royal College of General Practitioners.

Det mest imponerende i denne forbindelse er at begge legene er almenpraktikere.

De har egen privatpraksis, og arbeider halv dag der.

HVILKEN SERVICE YTES?

I 1974 ble 25000 kassetter sendt ut fra biblioteket i Kitts Croft. Disse kassetter og slidepakkene blir vanligvis utlånt, men for en stor del blir de også solgt til utdanningsinstitusjoner. Dr. John Graves fortalte at man de senere år hadde merket spesielt stor interesse fra utviklingsland. Omfanget av denne virksomheten får man et bilde av når man hører at 1800 forskjellige titler er tilgjengelig i dag. De dekker alle områder innen medisinen, og institusjonens katalog kan fås gratis. Den inneholder 900 forskjellige titler. En har der for det meste kombinerte sett med lydbånd og lysbilder, men også bare lydbånd og lysbilder uten lydbånd. Disse settene var opprinnelig ment for almenpraktiserende leger, eller grupper av disse til oppfrisking av stoff, etterutdanning og utdanning på spesielle områder som var ønsket. I dag omfatter interessen de fleste grupper av medisinsk personell, som sykepleiere, studenter, sosialarbeidere og utdanning i offentlig helsearbeid. Det hele er ment som hjelp til undervisning for den enkelte eller til små grupper. I tillegg gir Medical Recording Service Foundation råd om produksjon, opptak og illustrasjonstek-

nikker samt bruk av audiovisuelle hjelpemidler for sykehus, skoler og medisinske sentra.

HVORFOR LYDBÅND OG LYSBILDER?

Ekteparet Graves som tok imot meget vennlig, viste meg rundt på hele området og fortalte at de hadde kommet frem til dette systemet på grunn av at det var billig å produsere, det gav en aktiv innføring i stoffet, kassetter og lysbilder er billige, de er fleksible og lett å produsere. Utstyret som trengs for å dra nytte av det er også billig og det kan brukes over alt.

Dr. John Graves hadde tidligere vært med på produksjon av filmer for medisinsk instruksjon, men han fant dette så dyrt, så komplisert og så tidkrevende at han mente det nærmest var sløsing med penger.

HVORDAN DET HELE STARTET.

I 1957 begynte de hjemme på sitt eget kjøkken med formål å hjelpe sine venner i Royal College of General Practitioners å holde seg ajour med utviklingen innen medisinen ved hjelp av lydbånd. Det ble den gang brukt de store lydbåndrullene, og det var nesten patetisk å se rommet som var i bruk, sammen med den gamle lydbåndopptageren kjøpt fra BBC. Det hele ble også den gang gjort på fritiden av disse to almenprak-

Bokanmeldelse

Jakobsen, T.:

Farlige menn i hvitt?

En pasients opptegnelser

Dreyers Forlag, Oslo, 1975.

Pris: Kr. 59,-

Anmeldt av: Christian F. Borchgrevink



Enhver bok som får en til å tenke er verdt å lese og verdt å anmelde. "Farlige menn i hvitt?" er på mange måter en vesentlig bok. Den er skrevet av en mann på ca. 40 år, som fikk Bechterew sykdom da han var 20. Boken faller i to deler. I den første skriver han om sin sykdom, sin kamp mot smerter og sine erfaringer med mange forskjellige leger, erfaringer som ikke er gode, mildest talt. Selv om fremstillingen kan være noe farvet og til sine tider overdrevet, er den skremmende nok - og tankevekkende.

Annen del er generell. På en måte holder han på vegne av pasienter et oppgjør med legene, med deres arroganse, selvgodhet, mangel på respekt for andres tid. Tankene er ikke nye, men de virker som de kommer kraftigere til orde i den senere tid. Som leger bør vi ta dette alvorlig, for, med hånden på hjertet, må vi innrømme at selv om han av og til skyter over målet, treffer han oftere skiven og av og til blinken.

Jeg synes de siste 25 sidene er de minst gode fordi han er for ensidig og viser for

liten forståelse for de mange vanskelige avveininger og overveininger innen medisinen. Dette, i motsetning til tidligere i boken, hvor han holder en langt mer ballansert og nøktern tone, og hvor han viser at han har forståelse av hvor vanskelig det må være å være lege, hvor overarbeidet legen er, hvor vanskelig informasjonsproblemene er. Men hans hovedkonklusjon er klar og kommer frem i J'accuse i siste kapittel.

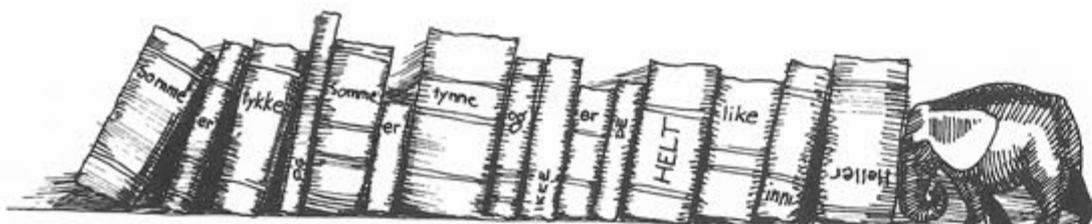
Selvsagt er jeg ikke alltid enig med ham, det ville vært rart. Han hevder at bare et fåtall av de studenter som begynner på det medisinske studium egentlig er interessert i å hjelpe pasienter. Her er jeg overbevist om at han tar feil. Har vi unoter og dårlig folkeskikk som leger, er det neppe opptaksregler som har skylden. Vi bør heller lete i studiet eller i selve legesituasjonen. Når han hevder at det finnes gode leger, men at disse er fåtallige, har jeg vondt for å ta ham helt alvorlig.

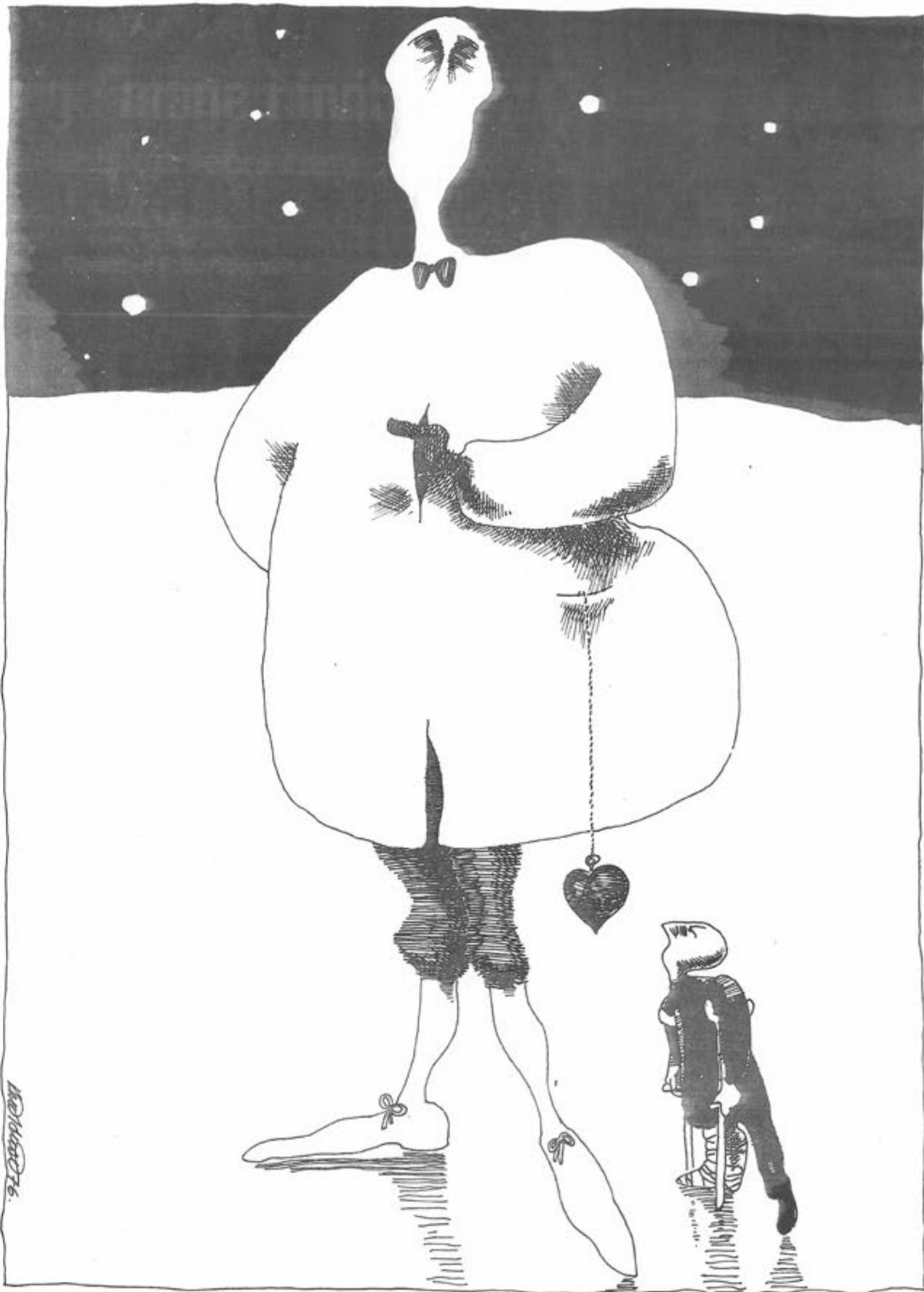
Men la ikke enkelte svært

outrerte standpunkter hindre noen i å lese boken, fordi den har noe å gi oss og lære oss. Det er godt å bli minnet om hvilken pris pasienter setter på vennlige ord og en oppmuntrende holdning. Og det kan aldri sies for ofte at man aldri må ta håpet fra pasienten, og at pasienten har et enormt behov for informasjon. Selv om det kan være vanskelig å imøtekomme dette behovet fullt ut, blandt annet fordi man har liten tid, vil pasientene sikkert forstå hvis vi bruker noen ord på å forklare vår situasjon og beklager at vi ikke har den nødvendige tid.

Boken innledes med et forord av to norske leger, hvor de støtter forfatteren i utgivelsen av boken. Dette er jeg enig med dem i. Men i tillegg går de to legene god for at forfatteren ikke er paranoid eller et "psykiatrisk kasus". Denne del av forordet virker noe underlig på meg, fordi det ikke er noen grunn til å tenke i slike baner etter å ha lest boken.

Herved er boken anbefalt. Den er lett å lese, og jeg tror ikke mange vil angre på at man bruker noen timer på den.





KOHMARTZ 76.

Oppgjøret med trygdekontoret for turnuskandidatens virksomhet

Utposten er blitt kjent med en konkret sak der en turnuskandidat i den hensikt å kunne øve økonomisk press mot sin arbeidsgiver i forbindelse med sluttoppgjøret med ham, lot trygdekontoret utbetale seg hele brutto beløpet for den siste måned av sin virksomhet. (kr.25000)

Dette var muliggjort ved at trygdekontoret i strid med distriktslegens ønske hadde opprettet kontrakt om direkte oppgjør med turnuskandidaten og fått denne godkjent i Rikstrygdeverket. Det forelå skriftlig avtale mellom distriktslegen og turnuskandidaten om at alle bruttoinntekter for kandidatens virksomhet skulle gå gjennom distriktslegekontorets forretningskonto, med tanke på skatte og avgiftsoppgjøret, som er distriktslegens ansvar.

Da det, ved henvendelse til vedkommende trygdekontor og til lægeforeningens sekretariat, viste seg å foreligge motstridende skriv fra RTV om hvordan turnuskandidatens kontrakts- og oppgjørsforhold i forhold til trygdekontoret skulle være, fant vedkommende distriktslege å måtte be Den norske legeforening om å ta opp dette spørsmål med Rikstrygdeverket for å få en avklaring.

I brev av 22. okt. 1975 fra Rikstrygdeverket til vedkommende trygdekontor heter det:

"DIREKTE OPPGJØR MED LEGENE.

Trygdekontoret sitt brev av 8. august 1975 med vedlegg er motteke.

Det går fram av saksdokumenta at trygdekontoret og turnuskandidat X har inngått avtale om direkte oppgjør for godtgjersle av utgifter til legehjelp, og at denne avtala seinare er godkjend av Rikstrygdeverket. Godtgjersle for utgifter til legehjelp ytt ved turnuskandidaten skal etter avtala i prinsippet utbetalast direkte til den andre kontraktsparten, behandlende lege, med mindre ei anna utbetalingsordning dokumenterast etablert ved spesiell avtale mellom distriktslegen og turnuskandidaten eller transporterklæring frå han.

I dette tilfelle har distriktslegen i Y ved brev av 17. juli 1975 til trygdekontoret dokumentert at utbetalinger frå trygdekontor for turnuskandidaten sitt virke skal skje uavkorta til distriktslegen sin bankkonto, jfr. tillegg til normalkontrakta punkt 10 bokstav a. Etter at trygdekontoret fekk underretning om denne spesielle avtala var det både rettkome og forplikta til å leggja denne til grunn ved seinare utbetalinger basert på legen sine rekningar. Under slike omstende kunne utbetaling skje til distriktslegen sin bankkonto utan skriftle

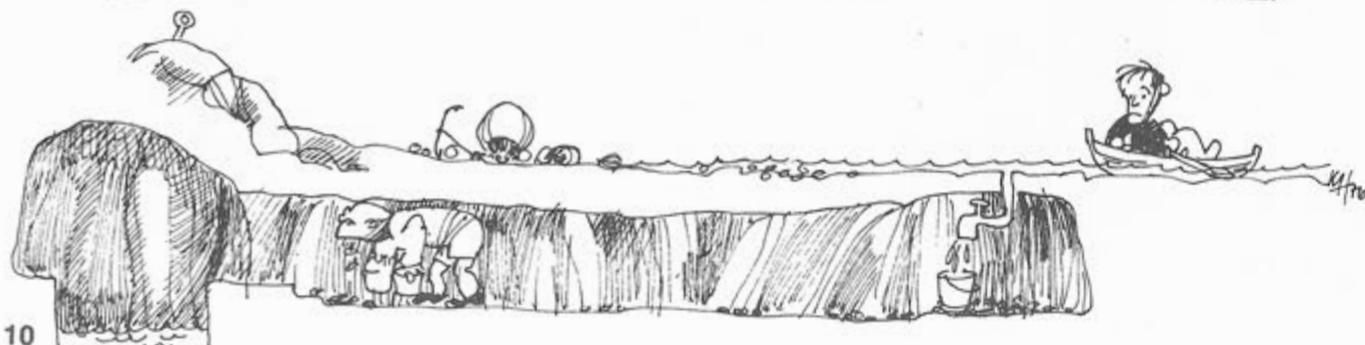
påteikning (fullmakt) frå turnuskandidaten vedkomande det einskilde oppgjøret."

På bakgrunn av dette skulle følgende retningslinjer være gjeldende:

1. Turnuskandidaten arbeider på distriktslegens kontrakt om direkte oppgjør med trygdekontoret.
2. Turnuskandidaten leverer regningskortene for sin virksomhet ved distriktslegekontoret månedlig, i distriktslegens navn, til trygdekontoret.
3. Refusjonsbeløpet for turnuskandidatens virksomhet ved distriktslegekontoret utbetales uavkortet til distriktslegens forretningskonto. Kopi av oppgjørt samleregning sendes såvel turnuskandidat som distriktslege.
4. Oppgjør for attester, legeerklæringer, medisinskvisjoner etc. behandles tilsvarende.

Om turnuskandidaten skal få direkte oppgjørsordning med trygdekontoret, vil det - etter dette - forutsette aktivt samtykke fra arbeidsgiveren (distriktslegen).

Red.





Enuresis



Jeg har med interesse fulgt debatten i Utposten om enuresisbehandling. Hvis jeg hadde vært oppmerksom på Willy Mathisens artikkel på et tidligere tidspunkt, ville jeg gjerne ha imøtegått hans ensidighet i et innlegg i Alle Kvinner. Jeg støtter forøvrig de fleste av Per Wiiums kommentarer i Utposten nr. 5, og jeg tror storparten av fagfolk som arbeider seriøst med enuresisbehandling tar avstand fra Mathisens linje. Det er jo temmelig usaklig når han nærmest sammenligner alarmmetoden med å begrave katter på kirkegården. Det er forøvrig ingen som i dag får brannskår av å benytte et godkjent alarmapparat. For endel år siden var ikke apparatene transistorisert, og da kunne det i visse tilfeller dannes en elektrolyse i urinen. I dag er dette en umulighet, og det er så vidt jeg vet heller aldri skjedd i Norge.

Mange undersøkelser viser at alarmmetoden er en meget effektiv behandlingsform for det store flertall av enuretikere. Tilbakefallsprosen-

ten ligger forholdsvis lavt, og man har heller ikke kunnet registrere bivirkninger. Men det er viktig å passe på - her som i all annen behandling - at man foretar en grundig anamnese, gir skikkelig veiledning og følger opp behandlingen. Alarmmetoden er ikke lettvinnt, men den er risikofri og effektiv når den benyttes på en riktig måte.

Per Wium kommer i nr 8 inn på de lange køene hos urologene hvis Mathisen skulle bli tatt bokstavelig. Faktum er at vi her i landet har ca 40.000 barn mellom 6 og 16 år som er nattevætere (Oslo Skolelegevesens tall applisert på hele landet). Bare en svært liten del av enuresene er organisk betinget, og andre ledende urinveiskirurger fraråder at man tar urografi og cystografi på alle disse. Det ville man heller ikke ha kapasitet til og er vel unødvendig i de aller fleste tilfeller.

Hva med de sosialmedisinske aspekter i forbindelse med

sengevæting? Taes det alvorlig nok at vi har et så stort antall barn og ungdom som p.g.a. denne plagen helt uforskyldt er i konflikt med sine foreldre og omgivelser? Problemer som angst, kompleks, barnemishandling etc. utløses ofte av disse konfliktene.

Hva gjøres for å sette diagnostiseringen og behandlingen av sengevætere i system? Hvorfor går så mange barn i årevis uten å få et eneste behandlingstilbud? Mange av de som får oppmerksomhet blir satt på en lettvinnt og risikofylt medikamentbehandling.

Jeg ser det som meget uheldig at innlegg som Willy Mathisens får stå uimotsagt i et ukeblad. Man bør også gjennom massemedia orientere om årsaker og behandlingstilbud, men da på en tverrfaglig og bred basis. Det bør opplyses til alle foreldre - og leger - hvor hyppig denne plagen er, i håp om å få en mer tolerant holdning til problemene.

Forts. fra side 7.

tiserende legene. Siden ble det også laget sett for sykehusleger og først i 1962 ble det ansatt hjelp til biblioteket samt sekretærhjelp. På den tid var 400 almenpraktiserende leger i gang med regulære møter og diskusjonsgrupper, hvor de lyttet til disse lydbåndene. I 1965 øket staben til 6 og det var hele 5000 utlån til forskjellige grener av medisinen og også til utlandet. Først i 1970 ble Medical Recording Service Foundation underlagt Royal College of General Practitioners og servicen ble fra da av offisielt drevet av et styre. Imidlertid er det ganske sikkert at legene Valerie og John Graves også i dag er ryggraden i det hele.

Utviklingen gikk nå meget raskt. Året etter tok man i bruk et opptaksstudio i London samtidig som man utviklet et fotografi- og illustrasjonsstudio i ekteparet Graves hjem. Omtrent samme tid ble bygningen for

liten for deres egen almenpraksis og de måtte bygge legekontorer et annet sted på eiendommen. Det samme skjedde med biblioteket som nå ble større og større og en del av hagen ble tomt til et nytt bibliotek. A skulle ut hva man skal ta opp og å få de beste fagfolk til å produsere programmene utgjør selvfølgelig et voldsomt arbeide. Dr. Graves kunne fortelle at man regnet med 150£ i kostnad for å lage et program.

FREMTIDEN.

Som tidligere nevnt mente dr. Graves at overgangen til undervisning ved hjelp av film eventuelt videobånd ville være et mye dyrere og mere ressurskrevende foretak, hvor utbyttet kanskje ikke helt stod i forhold til innsatsen. Han så vel imidlertid ikke bort fra at dette ville presse seg frem. Mer opptatt var han av å koordinere de i

dag tilgjengelige lydbånd og lysbildesystemer slik at det ikke ble produsert samme program i hvert land. I den forbindelse ble det i april 1974 holdt et møte, og MASPA (Medical Audiotape Slide Producers Association) ble dannet. Dr. Graves trodde også at denne typen utdannelse ville komme mer inn i undervisningen av medisinske studenter og andre studerende innenfor helsevesenet etter hvert.

Vi har i Utposten tidligere gitt uttrykk for at vi setter pris på den service Medical Recording Service Foundation gir, og at legene i ytre Romsdal har brukt systemet med meget godt utbytte. De norske kolleger som er interessert i tilbudene kan skrive til instituttet, og uten kostnader få tilsendt den meget omfattende katalogen over aktuelle undervisningsprogrammer.

Per Wium

Distriktslege A. C. Stokstad, Asker

Legestatistikk 1974

Statistisk Sentralbyrås statistikk over leger i Norge 1974 er nå utgitt.

I dagens situasjon er det særlig de tabeller som angir antall innbyggere pr. lege i de forskjellige fylker som interesserer leger.

Tabell 7 har en kolonne som angir antall innbyggere pr. yrkesaktiv lege i fylkene. En annen kolonne i samme tabell viser antall innbyggere pr. yrkesaktiv lege utenfor institusjon som nærmere spesifisert i tabell 3. En tredje kolonne viser antall innbyggere pr. yrkesaktiv godkjent spesialist.

En tilsvarende kolonne for leger i den primære helse-tjeneste er av interesse.

Ut fra tabell 15 i legestatistikken finner man antall og fordeling av leger i primærhelsetjenesten i.e. praktiserende offentlige leger, almenpraktikere og turnuskandidater. Siste kolonne viser antall innbyggere pr. primærlege i de forskjellige fylker. Innbyggertallet er hentet fra Statistisk Sentralbyrås Folkemengdens bevegelse 1973.

Tabellene er ordnet slik at man kan bedømme de innbyrdes forhold mellom fylkene.

Tabellene gir grunn til mange refleksjoner.

Kolonne 1 viser at antallet innbyggere pr. yrkesaktiv lege ikke varierer så sterkt man skulle vente fra lands-

del til landsdel når man unntar Oslo. Man finner således at Troms ligger på topp mens Finnmark ligger nederst på tabellen.

Tallkolonne 2 som viser antall innbyggere pr. yrkesaktiv lege utenfor institusjon indikerer i ennå mindre grad en skjevhet i fordelingen av yrkesaktive leger utenfor institusjon enn kolonne 1 gjør for yrkesaktive leger som helhet.

Tallkolonne 3 angir antall innbyggere for yrkesaktiv godkjent spesialist. Denne kolonne gir uttrykk for en betydelig skjevhet i fordelingen av godkjente spesialister i de forskjellige fylker. Tabellene støtter den tradisjonelle oppfatning.

Går man inn i det materiale som ligger til grunn for statistikken, (Tabell 19 i legestatistikken) finner man at en del viktige spesialiteter ikke finnes i enkelte landsdeler. Eksempelvis finnes ingen spesialister i reumatologi, attføring eller fysikalsk medisin nordenfor Trondheim.

Av privatpraktiserende spesialister finnes ingen i Finnmark, 2 finnes i Tromsø, 6 i Nordland og 1 i Nord-Trøndelag.

Tallkolonne 4 viser antall innbyggere pr. primærlege/prakt.off.lege, almenprakt.

og turnuskandidat i distrikt.

Denne kolonne burde tas med idet den forteller noe om befolkningens muligheter for å komme i kontakt med lege når behovet melder seg.

Tallene i denne kolonne gir en uventet jevn fordeling av primærleger i landet.

For utkantdistriktene viser den et gledelig resultat av den ansettelsespolitikk departementet har ført de siste tiår.

På den annen side viser tabellen at strøk av landet som vi vanligvis betegner som sentra-

le kommer nederst på listen når det gjelder primærlegestjenesten.

Den økende urbanisering i disse områdene uten tilsvarende nyetablering av almenpraktikere er en av årsakene.

Behovet for almenpraktikere er følbart i disse områdene. En slags dekning har man i den fritidsvirksomhet som leger i andre sektorer utøver. Dette er lite tilfredstillende for publikum som gjennom sitt obligatoriske medlemskap i Folketrygden har krav på service også innen denne sektor av helsetjenesten.

Antall innbyggere pr. yrkesaktiv lege.	Antall innbyggere pr. yrkesaktiv lege utenfor institusjon.	Antall innbyggere pr. yrkesaktiv godkjent spesialist.	Antall innbyggere pr. primærlege (alle praktiserende, off. leger og turnuskandidater).
Oslo 256	Oslo 828	Oslo 502	Hedmark 1911
Troms 572	Troms 1352	Vest-Agder 1595	Buskerud 1992
Hordaland 635	Buskerund 1387	Hordaland 1701	Finnmark 2074
Vest-Agder 666	Vest-Agder 1435	Sør-Trøndelag 1787	Rogaland 2113
Sør-Trøndelag 734	Hedmark 1501	Telemark 2096	Nord-Trøndelag 2125
Telemark 745	Oppland 1550	Østfold 2181	Sogn og Fjordane 2129
Buskerud 757	Vestfold 1598	Akershus 2353	Telemark 2153
Østfold 764	Akershus 1632	Buskerud 2359	Oppland 2180
Akershus 769	Telemark 1747	Vestfold 2375	Vestfold 2228
Hedmark 796	Finnmark 1752	Oppland 2488	Vest-Agder 2266
Oppland 833	Rogaland 1791	Rogaland 2518	Troms 2288
Nord-Trøndelag 853	Nord-Trøndelag 1808	Hedmark 2557	Møre og Romsdal 2389
Nordland 854	Aust-Agder 1820	Aust-Agder 2700	Nordland 2425
Vestfold 860	Østfold 1829	Troms 2838	Aust-Agder 2461
Møre og Romsdal 862	Hordaland 1840	Møre og Romsdal 3185	Østfold 2520
Aust-Agder 872	Sogn og Fjordane 1893	Nordland 4255	Akershus 2660
Rogaland 873	Nordland 1910	Nord-Trøndelag 4846	Oslo 2708
Sogn og Fjordane 1022	Sør-Trøndelag 1946	Sogn og Fjordane 6816	Hordaland 3111
Finnmark 1024	Møre og Romsdal 2048	Finnmark 9853	Sør-Trøndelag 3469
Middel 624	Middel 1515	Middel 1674	Middel 2472



Nytt år
Ny årgang
Forny abonnementet
på UTPOSTEN

Innlegg under Panelkonferanse i Elverum 13.11.75

Stortingsmelding nr. 9 (1974-76)

Sosialreformkomiteens innstilling nr. II har i all sin mangelfullhet og upraktiske hjelpeløshet vært betegnet som en ren arbeidsulykke. Innstillingens tildels provokatoriske holdning overfor helsevesenet og helsepersonellet resulterte i en belastning når det gjelder forholdet til Sosialstaten i første rekke. Det sier seg selv at innstillingen utløste en storm av protester, og at den diskusjon som fulgte, ble unødig hard.

Departementet har nå lagt frem saken som Stortingsmelding nr. 9, og det må være tillatt å gi departementet honnør for at det har luket vekk de verste utvekstene i sosialreformkomiteens innstilling.

En må si seg helt enig i at det er absolutt nødvendig å styrke det sosiale hjelpeapparat med både penger og utdannet personell. Helsevesenets behov for og ønske om et nært samarbeid med sosialstaten vil stige i takt med denne etats utbygging og øking av tilbud i den sosiale sektor.

Det er mange innen helsevesenet som stiller seg noe tvilende til den foreslåtte og noe svakt begrunnede omorganisering av det offentlige helsevesenet. Helsetjenesten utenfor sykehus arbeider fra før under tildels meget vanskelige vilkår. Den foreslåtte omorganisering vil forverre disse vilkårene ytterligere og sannsynligvis svekke effektiviteten i helsevesenet. Departementets forslag synes å bygge på allerede nå foreldede forestillinger om den integrerte helse- og sosialtjenestes fortreffelighet. Departementets begrunnelse for omorganisering synes å være så svak og så tvilsom at en på det innstendigste må be om at politikerne viser måtehold og forsiktighet når det gjelder forandring av helsevesenets struktur. En mener at det må være bedre å styrke det bestående tverrfaglige samarbeid, et samarbeid som allerede har gitt betydelige resultater.

Distriktslege K.H. Jahr
2420 TRYSIL.

To sosialsjefer om ...

Forts. fra s. 3.

en gjensidig utvidet kontakt i utdanningstiden. Meldinga burde sterkere ha påpekt behovet for dette.

Det har forbauset oss at st. m. utspill når det gjelder tvangsinngrep ikke har engasjert til debatt. Dette er et kontroversielt tema for oss, men derav ikke mindre viktig. Undertegnede er ikke enige om hvor "tvangsinstituttet" skal plasseres i organisasjonsmønsteret. Vi er imidlertid enige om at tvangsinngrep bør søkes redusert til et absolutt minimum. Det er nødvendig at helse- og sosialarbeidere sterkere engasjerer seg i debatten om tvangstiltak overfor avvikere. Det gryende kravet om tvangstiltak står i sterk motsetning til integrasjonsfilosofien.

Sosialsektoren må styrkes på fylkesplan. For oss ville det eneste naturlige være et felles helse- og sosialstyre på fylkesnivå, som kunne ta vare på fylkets "politikk" innenfor helse- og sosialsektoren.

Det skulle være flere berøringspunkter mellom helse- og sosialsektoren på fylkesplan enn på lokalplanet. Vi synes derfor det er beklagelig når fylkeslegene nå tydelig legger opp til en sektorisering/isolering av helsesektoren på fylkesplan.

Vår sektors faglige ekspertise sentralt står svakt, jmf. Helseinspektoratet for helsetjenesten. Det er få sosialarbeidere med praksis fra den kommunale sosialforvaltning i dept. Sosialdept. blir derfor et ensidig forvaltningsorgan. For å få opp det faglige nivå på lokalplanet/grasrota er det nødvendig med en vesentlig styrking av den sentrale administrasjon. Vi tror det er urealistisk å regne med at organiseringen av sosialtjenesten på fylkesplan vil minske kravet til sosialdept. som fagetat.

Hva som blir igjen av st. m. nr. 9, er igjen å se. Vi for vår del håper i allefall at diskusjonen i stortinget og i andre fora ikke blir avsporet av snevre særinteresser, jmf. familiemeldinga og abortdebatten.

Aukra/Midsund 10.12.75.

DRI-NITE EASTLEIGH ENURESIS ALARM

Dri - Nite EASTLEIGH alarmsystem for behandling av sengevæting hos barn og ungdom, en metode som kan vise til meget gode resultater.



For nærmere opplysninger, fagstoff og priser ber vi Dem kontakte



URI-MED A.S.

PÅLS VEI 19. 1440 DRØBAK. NORWAY.

INNHALDSFORTEGNELSE 1975

		Nr.	s.
Andersen, Svein	Omkring helse- og sosialsenterdebatten	2	8
Berg, Bengt	Pm beträffande nordiske ämbetsläkarkonferanserna	8	10
Brekke, Dag	Røykeproblemet	3	13
	Erklæring til militær lege	4	10
	«Desse revisorane»	4	14
	Superboy eller altmuligmann?	8	9
Borgen, Ulf	Vanskeligheter i gruppepraksis. Debattinnlegg	6	12
Halvorsen, Gløer	Blålampe og skilteier	6	11
Jahr, K. H.	Det Kgl. Sosialdepartementet Oslo	8	17
Kristensen, Petter	Stovner helse og sosialsenter	7	8
Kvamme, Jan Ivar	Alta midlertidige helsesenter	7	9
Kursdeltakere på Bygdøy -74	Evaluering av kurs for offentlige leger, høsten -74	1	6
Mathisen, Willy	Enurese. Debattinnlegg	6	13
Møller Hansen, Toralf	Undersøkelse av forekomster av sykdommer i munnhulen	4	8
Noverlien, Kari	Helsestellet i Masfjorden kommune	2	6
Ørdal, Vegard	Intervju med gen.sekr. i Kirkens Nødhjelp	3	6
Redaksjonelt	Prioritering	3	2
	Nor-Medex	3	8
	Legemiddelfirmaene mater legene	4	11
Robberstad, Torleif	Helseråda leve eller dø?	8	3
Rosenberg, I. U.	Skriftlig informasjon til våre pasienter	1	7
Rø, Otto Chr.	Kristen legemisjon	3	13
Selmer-Olsen, Knud	Problemer med spørreskjema?	4	7
Seyffarth, Henrik	Hvorfor tar legene så lett på sitt sosiale ansvar?	1	10
Siem, Harald	Stortingsmelding nr. 9/1974 -75	2	2
	Hvordan komme i gang med en revmatisk badeforening?	2	10
	Bruk av tvangsmidler ved gjennomføring av helserådsvedtak	6	2
	Bruk av kiropraktor	6	8
	Familieplanlegging i Bangladesh	3	14
	Dataproblemer	4	2
	Samordning av helse- og sosialtjenesten. Fra kurs for off. leger 1974	4	3
	Legeforeningens landsmøte i Bergen 1975	5	3
	Om å skylle barnet ut med badevannet	8	6
	Urteplanter og andre idylliske helsetiltak	8	8
	Reisebrev	8	16
Stokke, Øivind	Bruk av kiropraktor	8	12
Stokstad, C. A.	Refleksjoner rundt Stortingsmelding nr. 9	7	3
Øvik, Dag H.	Evaluering av kurs for offentlige leger høsten -74	2	12
Øveit, Berit	Hvorforskal en lege tjene penger?	6	10
	De «ukjente» faktorer i gruppepraksis	6	6
Telje, Jo	Mortensnes helse- og sosialsenter	7	10
Wium, Per	Nordiske ämbetsläkarmøte i Kiruna	7	12
	Kommentarer til Stortingsmelding nr. 113	7	4
	Årsmøte i OLL	5	2
	Møte med helsedirektøren på Bygdøy	5	6
	De overarbeidete distriktsleger	5	7
	Helsesøstre skal få instruks	5	10
	Enurese. Med Willy Mathisen på glattisen	5	12
	Vanskeligheter i gruppepraksis	5	14
	Stortingsmelding om de sosiale tjenester. Statssekretær Knutsen	6	4
	Skiftende tider.	7	2
	Kreftkurs med Nitter	1	3
	Er helserådenes tuberkuloseregistre overflødige?	1	12
	Telefonsymposium med betablokker første gang i Norge	2	11
	Ambulansetjenesten på Nor-Medex -75	3	11
	Psykatri i almenpraksis	4	9
	«Kokeboken» er kommet	4	12
	Distriktsnissens ønskeliste	8	2
	Dr.med. Willy Mathisen og Enurese	8	14
Ødegaard, Tor	Helse/sosialsentra. Oppgaver, bemanning, utrustning	3	9
Aasen, Ansgar	Norges Røde Kors. Intervju med sjefen for utenlandskontoret.	2	3
Aasen, Bjørn Martin	Om helsestasjon for mor og barn	6	3

Når et sovemiddel er indisert...

Vallergan[®]
alimemazin

- har uttalt beroligende og søvndyssende virkning
- ingen rusvirkning eller eufori, selv i kombinasjon med alkohol
- abstinenssymptomer ikke rapportert
- rimelig i bruk

«Etter vår erfaring synes alimemazin å være et høyst aktuelt og verdifullt alternativ til de tradisjonelle sovemidler ved behandling av søvnvansker hos voksne pasienter.»

E. Øfsti. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 31. 1975.

Kontraindikasjoner: Komatose tilstander og alvorlige intoksikasjoner. Leverakader.

Bivirkninger: Døsighet, tørrhet i munnen, lett hodepine og dyspeptiske symptomer kan forekomme. Cholestatisk icterus, leucopeni, ekstrapyramidale symptomer og agranulocytose er beskrevet i enkeltstående tilfelle.

Forsiktighetsregler: Ved dosering om dagen kan preparatet forårsake døsighet. Forsiktighet må derfor utvises ved forskrivning til sjåfører og folk som betjener maskiner.

Interaksjoner: Alimemazin potenserer virkning av barbiturater og alkohol, og kan gi interaksjoner med antihypertensiva betanidin/guanetidin/ganglionblokkerende midler, l-dopa og piperazin.

Pakninger og priser: 30 stk. kr. 11.00, 100 stk. kr. 28.65, 10 x 100 stk. kr. 261.55.

DOSERING:

Ved søvnvansker
hos voksne

1-3 tabl. (10-30mg)

1/2-1 time før sengetid


rhône-poulenc
pharma rhodia
Medisinsk informasjonskontor
Sandviksveien 12, Boks 10, 1322 Høvik

