

# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 6

OKTOBER 1978

ÅRGANG 7



**Loven om primærhelsetjenesten  
— La den vinne kappløpet —**

**Av innholdet:**

Aage Bjertnæs og Martin Holte:  
Almenpraktiker DNLF ..... s. 2  
Harald Siem: Kongress for  
almenmedisin i Klagenfurt ..... s. 4  
Bernt E. Østensen: Inntrykk fra Sovjet  
Konferanse om helse- og  
sosialpolitikk Oslo 10.—11.11.78 .... s. 8

**Per Skjælaaen:**

Nye toner i sengevæterbehandling .. s. 9  
Knut J. Orlin:  
Compur i primærhelsetjenesten .... s. 10  
Bjørn M. Aasen: Sjøppedagene 1978 .. s. 11  
Kjell Samuelsen:  
Lov om distriktshelsetjenesten ..... s. 12  
Redaksjonell preparatomtale ..... s. 13

Redaktører:  
Aage Bjertnæs  
Martin Holte  
Redaksjonssekretær:  
Kari Grønning

Adresse:  
Risvollan Legesenter  
Boks 3616  
7001 Trondheim  
Tlf. (075) 66 861  
Postgiro 3478237  
Utkommer med 8 nr. pr. år

# UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:  
Kåre Bjørn Huse  
Abonnement:  
Kr. 75,- pr. år  
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:  
ST-TRYKK A/S  
7300 Orkanger

## Almenpraktiker DNLF — full spesialitet?

En av de viktigste sakene som skal behandles på landsrådsmøte i forbindelse med APLF's generalforsamling i Kristiansand 16/11—19/11-78.

Dette er en sak av meget stor betydning og Utposten vil derfor starte debatten allerede nå.

19. aug. -76 ble det underskrevet en overenskomst mellom Sverige, Norge, Danmark og Finland om felles arbeidsmarked for leger med fullstendig autorisasjon samt spesialistutdanning. Den omfatter derimot ikke leger med almenmedisinsk kompetanse. Etterhvert har man fått en temmelig identisk spesialistutdanning i Norden. Videre-

utdannelsen for almenpraktikere derimot varierer svært med hensyn til utdanning, innhold og varighet.

Å få hevet almenpraktikerutdannelsen til et spesialistnivå har vært diskutert i alle de nordiske land, foreløpig ser det kun ut til at Sverige og Finland er i stand til å få dette realisert.

Å få dette gjennomført i Danmark og Norge ville vært ønskelig, likeledes å få felles nordiske spesialist-regler for det nordiske arbeidsmarkedet.

I den følgende tabell gir Utposten en oversikt over videreutdannelsen for almenpraktikere i de nordiske land etter fullført turnustjeneste.

### FINLAND

Hovedutdanning:

1. 12 mnd. sykehustjeneste med minst to spesialiteter.
2. 12 mnd. almenpraksis i helsecentral.
3. 12 mnd. valgfritt sykehustjeneste eller almenpraksis i helsecentral.

Sideutdanning:

6 mnd. sykehustjeneste eller avdeling for samfunnsmedisin, arbeidsmedisin eller rehabilitering.

4. Kurs i helse og administrasjon.

Videre-utdanning: 42 mnd. i alt, hvorav min. 18 mnd. sykehus og 12 mnd. almenpraksis.

### NORGE

1. 2 år almenpraksis.
2. 1 år sykehustjeneste i valgfri spesialitet.
3. 300 timer kursvirksomhet

Videre-utdanning: 36 mnd. i alt, hvorav 12 mnd sykehus og 24 mnd. almenpraksis.

### DANMARK

1. 6 mnd. Kirurgi/gyn.
2. 3. mnd. Psykiatri.
3. 6 mnd. Almenpraksis.
4. 3 mnd. valgfri spesialitet evt. almenpraksis.

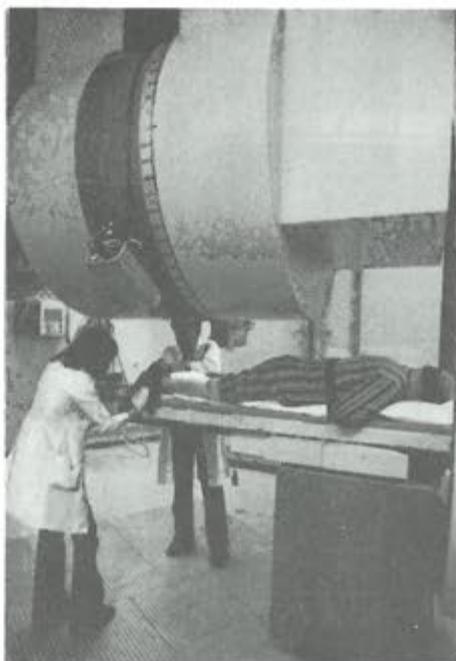
Videre-utdanning: 18 mnd. i alt, hvorav 12 mnd. sykehus og 6 mnd. almenpraksis.

### SVERIGE

1. 1år og 6mnd. sykehustjeneste i spesialiteten internmedisin.
2. 6 mnd. sykehustjeneste i psykiatri.
3. 3 mnd. sykehustjeneste i pediatri.
4. 9 mnd. valgfri spesialitet eller almenpraksis.
5. 6.mnd. almenpraksis.
6. 6 uker obligatoriske kurs.

Videre-utdanning: 42 mnd. i alt, hvorav 36 mnd. sykehus og 6 mnd. almenpraksis.

Som det fremgår av tabel-  
lene ser det ut som om  
Sverige satser på å ut-  
danne almenpraktikeren i  
sykehus. I debatten som  
har pågått siste år i  
Läkarförbundet er en også  
i tvil om denne utdannel-  
sens varighet er tilstrek-  
kelig. Mye tyder på at  
man muligens vil forlenge  
utdannelsestiden for å  
høyne almenpraktikerens  
kompetanse-nivå og derved  
øke rekrutteringen til  
yrket. Den forlengede  
utdannelsestiden skal og-  
så foregå i sykehus,  
obligatorisk tjeneste i  
ØNH, øye, gyn., hud og på  
infeksjons avdeling.  
I Sverige er en opptatt av  
almenpraktikerens "Identitets-  
krise", hva blir igjen  
når de øvrige spesialist-  
ene har forsynt seg med sitt.  
Det virker på mange måter



som om almenpraktikerens  
underdanige rolle skal  
styltes opp med flere mnd.  
i sykehus for at de skal  
bli like dyktige som sine  
kolleger. God medisinsk  
utdanning betyr fortsatt  
kun lang klinikk-tjeneste.

I Norge er en i et motsatt  
forhold. Vi har til nå fått  
største-delen av utdannelsen  
i form av arbeid i praksis

Sykehustjenesten varer for  
oss kun et år, i tillegg  
kommer kurs. Spesielt for  
oss er vår obligatoriske et-  
terutdanning som virker som  
en kontinuerlig tilgang på  
kunnskaper i form av kurser  
og sykehustjeneste innen  
en fem-års periode.

Fra spesialist-hold har  
det mange ganger blitt  
hevdet at vår sykehustjen-  
este er for kort, for å få  
spesialist godkjennelse.

Det er også betenkelig at  
de fleste av våre almen-  
praktikere DNLF'er har  
sluppet denne sykehustjen-  
esten pga. overgangsreglene.  
Ennå mer betenkelig er det  
at en stor del av de samme  
personer søker om å slippe  
de obligatoriske 3 mnd.  
sykehustjeneste i etter-  
utdannelsen for å få sin  
almenpraktiker DNLF for-  
nyet. En ettergivenhet  
på dette hold vil senke  
utdannelsens status og inn-  
hold.



"Look—if you have five pocket calculators and I take two  
away, how many have you got left?"

Utposten ser to meget vik-  
tige oppgaver som må løses  
i nær fremtid.

1. Å få hevet almenprak-  
tiker DNLF-utdannelsen  
opp på spesialistnivå.
2. Å arbeide for å få felles  
nordiske spesialistreg-  
ler for almenpraktikere.

La dette være sagt med en  
gang. Vår videre-utdan-  
nelse er for lite struktu-  
rert. Kravet om dens kurs-  
virksomhet er vel det eneste  
som virker vel gjennom-  
tenkt.

Man kan derimot stille seg  
spørsmål om sykehustjenesten.  
Hva og hvor lite praksis-  
relevant kunnskap risikerer  
en i verste fall å få med  
seg etter 12 mnd. på til-  
feldig valgte avdelinger?  
Hvilke avdelinger vil gi  
mest utbytte?  
På hvilket tidspunkt bør  
den gjennomføres?  
For manges vedkommende blir de  
rett etter turnus, da får  
en sykehustjeneste uten å  
ha nødvendige problem-

stillinger med fra almen-  
praksis.

Er ikke mye av tjenesten  
da bortkastet?

Bør sykehustjenesten opp-  
stykkkes i intervaller for  
at en skal få utnyttet året  
bøst mulig. Ha flest prob-  
lemstillinger med fra  
almenpraksis?

Hvem skal ha ansvaret for  
at vi lærer noe under tjen-  
esten?

For de fleste vil 12 mnd.  
sykehustjeneste bety van-  
lig post og vaktarbeide,  
hvor en blir overlatt helt  
og holdent til seg selv,  
uten mulighet for super-  
visjon. Bør obligatoriske  
emner belyses under tjen-  
esten? Bør obligatorisk  
tjeneste på poliklinikkene  
vurderes? De fleste får  
lite anledning til dette  
som for oss vil være av  
meget stor verdi.



Som sykehustjenesten fun-  
gerer i dag virker den uny-  
re lite strukturert, og i mange  
tilfeller nærmest meningsløs.

Det mest betenkelige ved  
systemet er dog at det pr.  
i dag nesten ikke eksisterer  
øremerkede stillinger  
for almenpraktikere. Til-  
feldig akutt oppståtte  
vikariat skal løse våre  
utdannelse-behov. Det er  
derfor viktig at de komiteer  
som skal arbeide med dette  
videre får gjort noe med  
dette. Slik at nye regler  
kan realiseres og ikke pres-  
enteres som skuebrød  
i våre tidsskrift.

Kravet om 2 års tjeneste  
i almenpraksis synes også  
lite strukturert og gjen-  
nomtenkt. Vi vet alle at  
en praksis kan drives på  
så mange måter. Noen vil  
være så heldige å få arbeide  
sammen med erfarne kolleger,  
mens noen må streve for  
seg selv etter endt turnus.

Forts. side 13.

# Rapport fra kongress for almenmedisin i Klagenfurt

24.9—1.10 1978

I referat fra Instituttmøte i Oslo 16. og 17.6 1978, hvor de 4 instituttene, OLL og APLF var til stede heter det til punkt 1:

**Internasjonalt samarbeid.** «Enighet om at Montreuxkongressen ikke var helt vellykket, men likevel nødvendig med fortsatt kontakt. Bent Guttorm Bentsen, vår hovedkontakt med Wonca. Harald Siem anbefales som observatør i styret i SIMG, foreløpig ikke aktuelt med kollektiv innmeldelse, f.eks. fra The Forum».

SIMG (Societas Internationalis Medicinæ Generalis) er et overveiende europeisk preget vitenskapelig selskap som ble grunnlagt i 1959 for almenmedisin. Selskapet har inntil nylig bare hatt enkeltmedlemmer, og tyngdepunktet har ligget i tyskspråklig område. Det har også vært mange medlemmer fra Storbritannia, Holland, enkelte skandinaver, enkelte medlemmer fra Øst-Tyskland, Ungarn, Jugoslavia og Tsjekkoslovakia. Nylig er det åpnet adgang for foreninger å melde seg inn. Målsettingen for foreningen er systematisk forskning innen almenmedisin, utvikling av nye arbeidsmetoder innen almenmedisin og innføring av undervisning i dette fag. Selskapet utgir et tidsskrift (Allgemeinmedizin International) og holder årlig to kongresser.

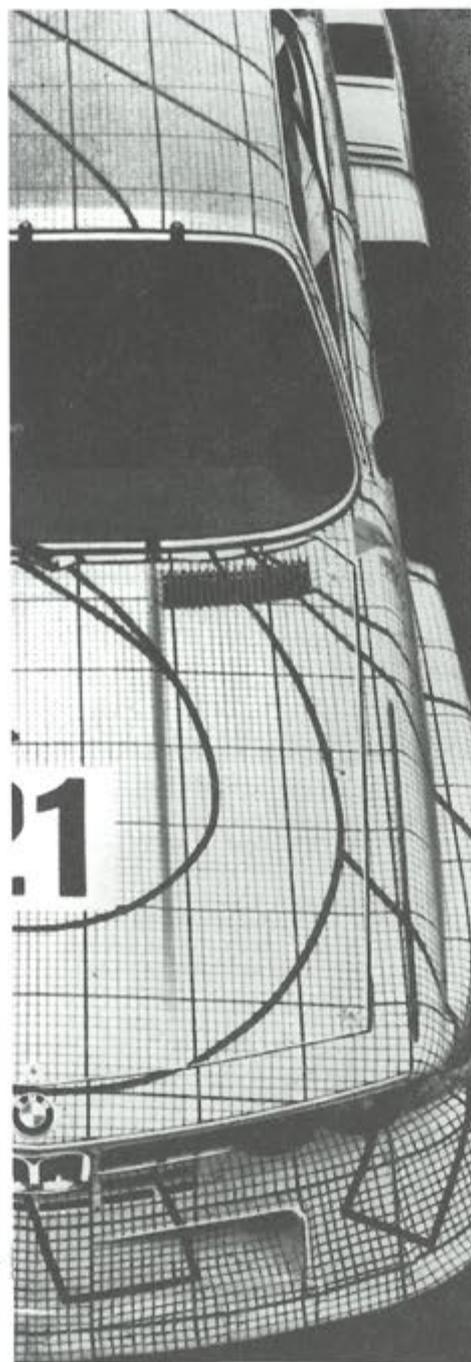
Den her aktuelle kongress var den 24. i serien, og ble arrangert fra 24.9. - 1.10. i Klagenfurt i Østerrike.

Det var ca 220 deltakere fra 20 land.

Organiseringen var meget vellykket, selve kongressen var lagt til Universitetet. Det var simultanoversettelse, engelsk og tysk.

I alt var det 41 poster på programmet. De tre første dagene var hovedsaklig tenkt som videreutdanning og etterutdanning for tyskspråklige leger, de tre siste dagene hadde varierte foredrag fra forskjellige land. Tre programposter skal fremheves:

- Samarbeid med diabetikere (C. Vagn-Hansen, Danmark). Ved forelesninger og ved samtaler med en stor gruppe pasienter ble omsorgen for denne pasientgruppe belyst på en original og verdifull måte. Det er tenkt laget eget referat fra norsk deltaker fra denne programposten.
- Medikamentutskrivning i praksis (H. Lamberts og M. Wolgast, Holland). Man hadde fulgt de enkelte leger i en praksis gjennom 5 år, og til stadighet diskutert avvikende forskrivningsvaner. Dette hadde ført til en tilnærming mellom de forskjellige leger i deres forskrivningsvaner. Forskningsmetoden skulle være spesielt velegnet for forskning i almenpraksis.
- Helseopplysning, hva vet pasienten om sykdom og sunnhet? (J.R. Coope, England). Ved hjelp av enkle multiple choice-spørsmål mente foredragsholderen at man ville kunne skaffe seg et klart overblikk over ens egne pasienters opplysningstilstand, og derfor målrettet og meningsfylt utforme sin helseopplysning. Også denne metoden skulle ligge vel til rette for systematisk undersøkelse av almenpraksis og pasientgrunnlaget der.



Forts. side 5.

Som så ofte ellers i kontakt med mellom-europeere går diskusjonen ofte etter mere filosofiske baner enn analytiske stringente omtaler av avgrensede aspekter av helsearbeidet. Sunnhets fremmende arbeid bør være en del av legens hverdag. I denne diskusjonen savnet jeg sterkt et mer stringent referansesystem for diskusjonen. Mye er skrevet innen medisinsk sosiologi som ikke kom inn i diskusjonen i det hele tatt her. (Sykerolle, sosialt nettverk, avikerkontroll, definisjon av virkelighet og mønstervariable som f.eks. verdinøytralt og målrettete aktiviteter). Det ble med andre ord sett med mine øyne mye diskusjon om å ønske seg en bedre verden, skaffe lykkeligere mennesker og dessverre stort sett definere for andre hva lykken er.

Noe av denne sykdomsfremmende glorie har nok almenpraktikerne satt på seg i et pågående oppgjør med spesialister med høy prestisje. ("Teori kjenntegnes ved at man vet alt, men det fungerer ikke så godt likevel, mens praksis er kjennetegnet til at man lite vet, men alt fungerer godt!")

En av hovedgrunnene til at jeg reiste på denne kongressen var et foredrag av dr. L. Bischof fra Østerrike, som hadde samlet erfaringer over 10 år fra forebyggende helsekontroller av hele befolkningen i ett fylke (Vorarlberg). Han redgjorde for hvordan arbeidet var kommet i stand, på hvilken måte de hadde organisert det hele og kom med noen tabeller som skulle indisere at befolkningen nå døde mindre og led mindre av de sykdommer som var aktuelle.

Arbeidet savnet totalt epidemiologisk innsikt, og lar seg neppe bruke til noen videre vurdering av screening. Likevel var det interessant at det hadde pågått over så lang tid, og hadde hatt stor oppslutning fra befolkningen. Dr. Bischof overveiet nå å søke om midler til å bearbeide det hele mer vitenskapelig, bl.a. ved å ansette en epidemiolog i et forskerteam.

Vedrørende det fremtidige internasjonale samarbeid i almenpraksis er følgende muligheter åpne for interesserte nordmenn i 1979.

1. SIMG-kongress i Opatija (Jugoslavia) 10.—13. mai 1979.
2. 1. Nordiske Kongres i Almen Medicin i København 6.—9. juni 1979
3. Nordisk kongress i samfunnsmedisin (Embedslegemøtet) i Kristiansand S 2.—5. aug. 1979.
4. SIMG-kongress i almenmedisin i Klagenfurt 17.—23. sept. 1979.

Jeg finner dette internasjonale samarbeidet betydningsfullt med tanke på å vurdere hvordan vi har utformet vår egen tjeneste her hjemme, og inspirerende med tanke på videre utvikling av vårt eget arbeid. Dertil kommer at man lærer jo relevant medisinsk kunnskap. Det ville være å ønske at en del norske almenpraktikere deltok i disse internasjonale kongresser regelmessig, og at vi etter hvert fikk en håndfull ledende praktiserende almenpraktikere som kan sikre kontinuiteten til våre utenlandske kolleger.

Harald Siem



La internasjonalt samarbeid hjelpe oss ut av vår tåkefylte primærhelsetjeneste.

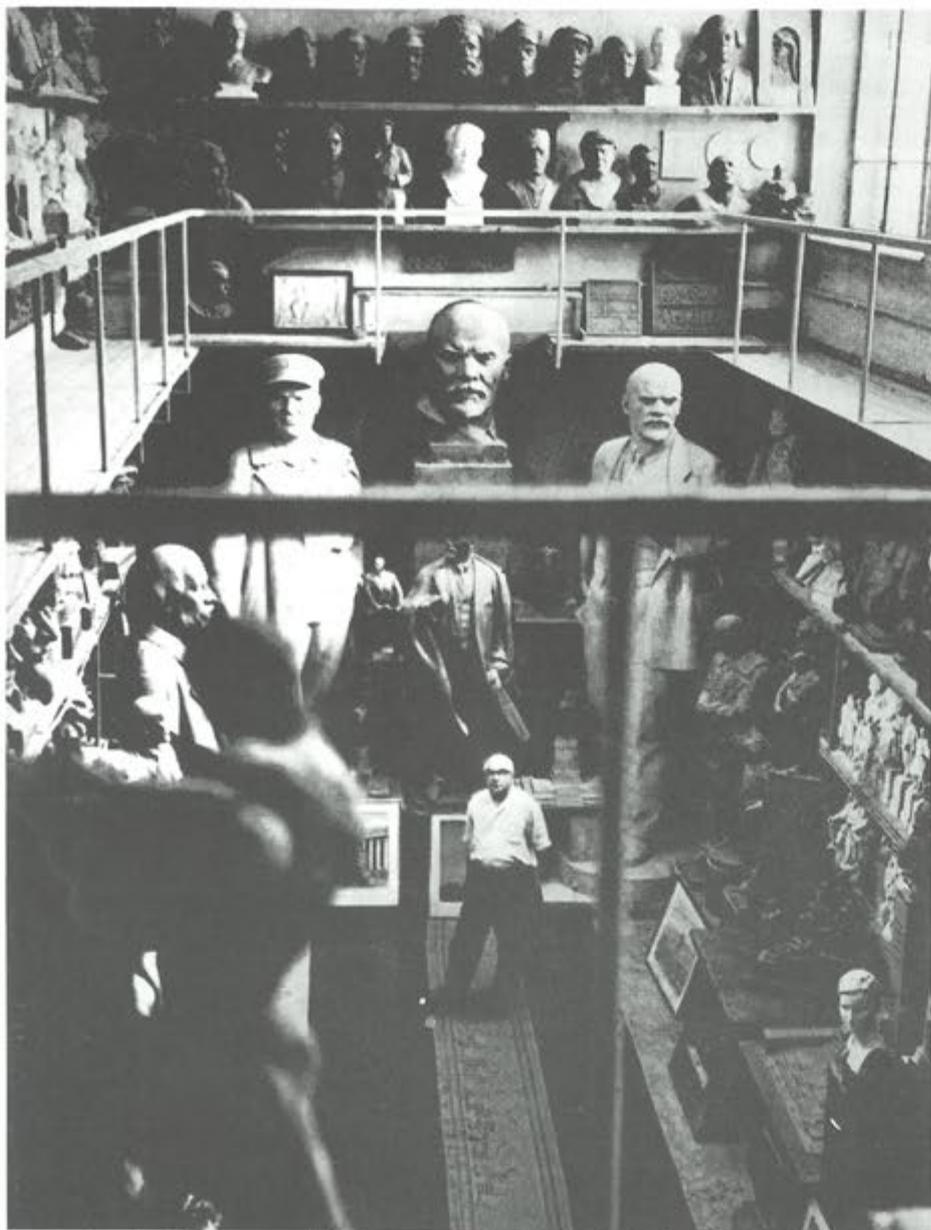
# Inntrykk etter kort møte med sovjetrussisk helsestell

Amanuensis Bernt E. Østensen institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Trondheim

Etter årevis å ha fulgt med i debatten her i Norge om helsetjenesten i og utenfor sykehus, var det med stor spenning jeg en dag i april satte meg i flyet til Moskva sammen med 15 studenter og en lege delvis hjemmehørende i Trondheim og delvis i Bergen. Turens formål var bl.a. å få et lite innblikk i det Sovjetrussiske helsestell.

Vår første innføring ble gitt av den kvinnelige ass. overlege ved et av Moskvas mange sykehus, klinikk nr. 67. Dette sykehuset har 2100 senger og nærmere 500 ansatte leger. Her er alle spesialiteter representert med unntak av psykiatri. Det som spesielt gjorde et stort inntrykk var hvordan en her så ut til å få mye ut av beskjedne materielle ressurser. Det jaget en ofte føler i norske sykehus merket en lite til, og fremfor alt virket det som om legene og pasientene befant seg på et jevnbyrdig nivå rent menneskelig. Dagens leger og personell ved norske sykehus kunne ha noe å lære av dette system når de skriker som verst etter mere penger og mere utsyr.

Utdannelsen av leger i det Sovjetrussiske system er etter det vi fikk vite følgende: 6 1/2 års utdanning etter 10 årig grunnskole. Man utdanner seg allerede fra starten av enten som almenlege, barnelege eller som psykiater. Begynnerlønn som nyutdannet lege ligger på fra 110 til 130 rubler pr. mnd. (860-1040 kr.). Vår ass. overlege hadde 230 rubler pr. mnd. (1840 kr.) som representerte noe opp mot topplønn uten doktorgrad. Til sammenligning hadde vår bussjåfør 180 rubler pr. mnd. og en vanlig fabrikkarbeider 200 rubler pr. mnd. i begynnerlønn. 80% av legene var kvinner. men tendensen



er nå at flere og flere menn søker til legeyrket. I hele Sovjetunionen med ca. 260 mill. innbyggere finnes det ca. 850000 leger, dvs. ca. 305 innbyggere pr. lege.

Som forklaring på de lave legelønningene i forhold til andre yrkesgrupper ble det fremholdt at det å være lege er så interessant i seg selv at det ansees å ha en egenverdi som ikke en industriarbeider har med kjedsommelig arbeide på fabrikk-

gulvet. Det må tilføyes at legeutdannelsen er gratis og at studentene får studielønn alt etter studieresultatet under studiet og at de bor gratis. Studielønnen kunne variere fra 40 til 100 rubler pr. mnd.

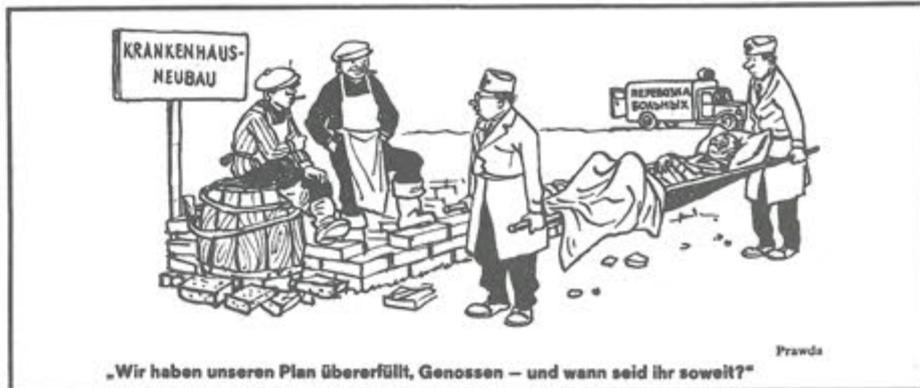
Problemet med å få besatt legestillinger tilsvarende våre distriktslegestillinger i utkantstrøk ble løst på forskjellige måter. En av måtene var tvangsdirigering. Dette hadde staten anledning til for en 3 års

Forts. side 7.

periode umiddelbart etter studieavslutning. En annen måte å løse problemet på var med hjelp av positive virkemidler, eksempelvis høyere lønninger, lengre ferier, billigere bolig og enkelte steder gratis mat fra kolkos-kollektivene.

I Leningrad besøkte vi en poliklinikk som betjener en befolkning på ialt 50000 mennesker over 15 år. Her var det ansatt 127 leger fordelt over alle spesialiteter, men hvorav 25 var almenleger. Det som gjorde et nokså stort og tankevekkende inntrykk var opplysningen om at ved denne poliklinikken er det ialt 580000 konsultasjoner pr. år dvs. 11,6 konsultasjoner hos almenlege/spesialist pr. person over 15 år i distriktet.

Det burde være en tankevekker når en ved planlegging av helsetjenesten her i landet "regner med" en konsultasjonsrate på 3,75 pluss 1,25 = 5 pr. person i året i en viss fremtid. Det er tydelig mange faktorer som her virker inn på legesøkningen slik at det er for enkelt å bare snakke om hva en kan vente seg i fremtiden også her



i landet uten samtidig nøye å vurdere mulige endringer i de kreftene som synes å virke inn på en befolknings legesøkning.

Under et foredrag av en offisiell representant for det sovjetrussiske helsestell fikk vi inntrykk av at forebyggende-medisin var ganske godt utbygget med helsestasjoner for mor og barn, skolehelsetjeneste og andre tiltak som vi ikke helt fikk tak i innholdet av. Bedriftshelsetjenesten blir tatt vare på etter "lov om bedriftshelsetjeneste ved fabrikker" som ble utformet så tidlig som i 1929.

Det inntrykket vi satt igjen med etter denne turen

var at helsestellet så ut til å være bra utbygget rent organisatorisk, men en hel rekke spørsmål ble stående ubesvart. Sentralt i denne sammenheng var at vi ikke på noen måte fikk svar på spørsmål som gikk på evaluering av systemet og befolkningens syn på helsestellet. Paradoksalt nok var min siste kontakt i Sovjet med helsestellet en 45 årig hypertoni-pasient som var leder av et balalaikaorkester og som, etter at han fikk vite at jeg var lege ville ha meg til å sende antihypertensiva i posten til ham, idet han omtalte virkningen av de medisiner han hadde fått av den lokale lege i særdeleshet lite rosende orde-lag.

# Time- bestillingsbok

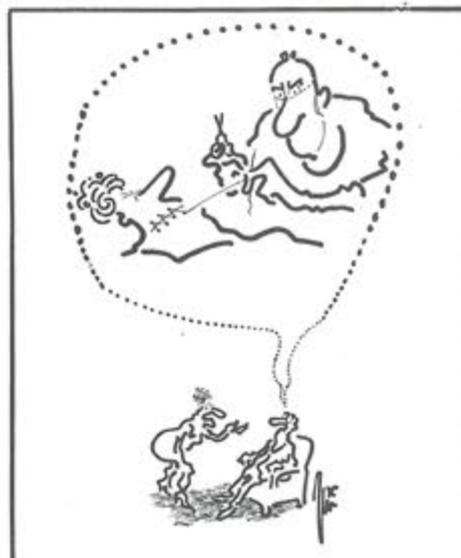
Oll og Apf's avtalebok for pasienter er nå ferdig og distribuert til de fleste distriktsleger, almenpraktiserende leger og praktiserende spesialister. Dessuten har hvert sykehus fått et prøveeksemplar.

Det foreligger etter utsendelsen ca 100 ekstra eksemplarer i restopplag. Da det kan tåkes at noen ikke har mottatt boken, kan den fåes ved bestilling hos Selvia Publishing A/S,

p.b. 102, Sentrum, Oslo 1. Prisen er kr. 45,-.

Medlemmer av Oll og Apf som ikke har fått boken tilsendt, kan få den ved henvendelse samme sted for et ekspedisjonsgebyr á kr. 20,-.

Vennlig hilsen  
Harald Siem  
formann i Oll



# Finnes grunnlag for en alternativ sosial- og helsepolitikk?

Spennende konferanse med toppfolk innen norsk medisin i Oslo 10. og 11. nov.



Hvilke valg står norsk samfunn overfor i helse- og sosialpolitikken i dag og i morgen? Dette er i kortet hovedtemaet for en konferanse som blir arrangert i "Teach Inn", Norsk Lærerinne-lags Hus, i Oslo i dagene 10. og 11. november, hvor flere av landets fremste fagfolk deltar.

Bakgrunnen for konferansen er at helsepolitikken i økende grad har fått en reparerende funksjon i samfunnet vårt. Det satses ikke nok på aktivt forebyggende helsearbeid i folks nære miljø.

Dette synes å henge sammen med at organiseringen av helsevesenet har fulgt den samme utviklingsmodell som samfunnet ellers: Stordrift og sentralisering av sykehus - satsing på avansert, medisinsk teknologi framfor omsorg i små sykehusenheter i lokalmiljø.

Blant foredragsholderne er professor dr. med. Peter Hjort ved Institutt for almenmedisin. Han taler om utviklingen av medisinsk teknologi på bakgrunn av et verdivalg. Rektor ved Universitetet i Tromsø, professor dr. philos. Yngvar Løchen, taler om

samfunnsutvikling og helse-tjenester som idealer og realiteter. Oslos stadsfysikus Fredrik Mellbye stiller spørsmålet om hva slags helsetjeneste vi egentlig ønsker.

Distriktslege, dr. med Per Fugelli trekker oppmerksomheten mot lokalsamfunnet på bakgrunn av sine studier bl.a. i Værøy og Røst. Professor dr. philos Hans Waaler reiser problemstillingen: Er en desentralisert helsetjeneste mulig i dagens samfunn?

Ellers vil en rekke andre kryss-team bli tatt opp som formodentlig vil kaste lys over konferansens hovedtema: Olav Selvaag legger fram tanker om alternativer i sykehusutbyggingen, cand. psykol. Birgit Bogen tar for seg de erfaringer man kan trekke fra aktivisering av lokale helse-ressurser.

I et panel hvor spørsmålet som stilles er: Hva vet vi om helseskader som henger sammen med samfunnsutviklingen? Deltar dosent Nils Johan Lavik og professor dr. med. Kåre Norum, mens arkitekt mnal Sigrun Kaul, behandler det stadig mer konfliktfylte tema menneske og trafikkmiljø.

Det er Venstre som står som arrangør for konferansen som blir åpen for alle interesserte men tallet på deltakere blir begrenset. Det innledende foredrag som trekker opp problemstillingene blir ved prof. dr. med. Chr. F. Borchrevink som har vært en sentral drivkraft i forberedelsene og planleggingen. I et avslutningsforedrag på konfransen vil han også ta for seg et spørsmål som skulle ha direkte aktualitet for de fleste og som kanskje når alt kommer til alt er det sentrale poeng ved

en framtidig fornuftig helsepolitikk:

Hva kan folk gjøre selv?

Møteledere de to dagene blir rektor ved Oslo Universitet, prof. dr. med. Bjarne Waaler og formann i styringsgruppen for konferansen, stortingsrepresentant Odd-Einar Dørum.

**MØT  
OPP!**

# Nye toner i sengevæterbehandlingen?

## ENURESIS

### Skal behandles senest i 7-årsalderen

PEER SKJÆLAAEN  
LEGE

Det er ikke spørsmål om hvor tidlig enuresis kan behandles, men at det ikke skal gjøres forsent!

Dette var noe av innholdet i foredraget til overlege Sylvia Dische, den engelske pediateren som nettopp holdt en foredragsserie i Oslo. Hun har spesialisert seg på enuresis og leder de kommunale poliklinikkene for sengevæterbehandling i London. Publikasjoner.

Ved dr. Dische's klinikker blir ingen pasienter avvist av legen med "det går nok over av seg selv". Behandling igangsettes straks vættingen representerer et problem for barnet eller familien. Dr. Dische understreker at vedvarende ufrivillig blæretømming i endel tilfeller kan føre til barnemishandling og hvor viktig det er å hjelpe familien før vættingen blir en for stor belastning. Om barnet er bare 5 eller 6 år spiller mindre rolle - det er uheldig å holde på en fast aldersgrense. Manglende blæretrening gjennom mange år kan dessuten fastlåse avviket og vanskeliggjøre behandlingen.

#### Metoder

Behandlingen av enuresis består av et eller flere trinn. Dr. Dische behandler alle sine enuretikere etter følgende opplegg:

- Trinn I:
- Forarbeide (urinundersøkelse og innhenting av evt. skolerapport)
  - Samtale med foreldrene alene (se nedenstående punkter)
  - Samtale med barnet, der det samme gjentas i en direkte form til barnet.



Hovedprinsippet i Trinn I er å bearbeide angst og lette hjemmeklimaet.

- Dr. Dische gjør dette ved å
- understreke at barnet er fullstendig uten skyld for vættingen (og skal selvsagt ikke staffes)
  - fortelle at mange andre barn tisser også i senga ("du er ikke alene om det")
  - be foreldrene slutte å ta opp barnet om natta
  - anbefale å slutte med bleier ("barnet er ikke lenger baby")
  - oppheve alle former for drikkerestriksjoner
  - skaffe bedre vaskemuligheter for sengetøy (vaskeri uten øk. belastning for familien)
  - gi barnet et ukeskjema hvor eventuelle tørre netter illustreres med en tegning ("De våte nettene interesserer

ikke - de maser vi ikke med")

- forsikre om at hun (legen) og familien skal møtes regelmessig til barnet er blitt tørr om natta.

#### Trinn II:

Etter 2-8 uker med dette enkle regimet, avhengig av det enkelte tilfelle, går dr. Dische videre til behandlingstrinn II, hvis senga ikke allerede er tørr. Nå må barnet lære å mestre blærekontrollen, og dette gjøres ved hjelp av elektrisk ringeklokke og matter i senga (alarmmetoden). Dr. Dische legger imidlertid stor vekt på:

- Adekvat forberedelse og motiveringsarbeide
- Nøye instruksjon i metoden og apparatet

Forts. side 10.

Forts. fra side 9.

c) Veiledning og oppfølging

A) Et viktig punkt er å understreke at ringeklokka er en venn, som vekker deg (barnet) for å hjelpe deg til å bli tørr om natta.

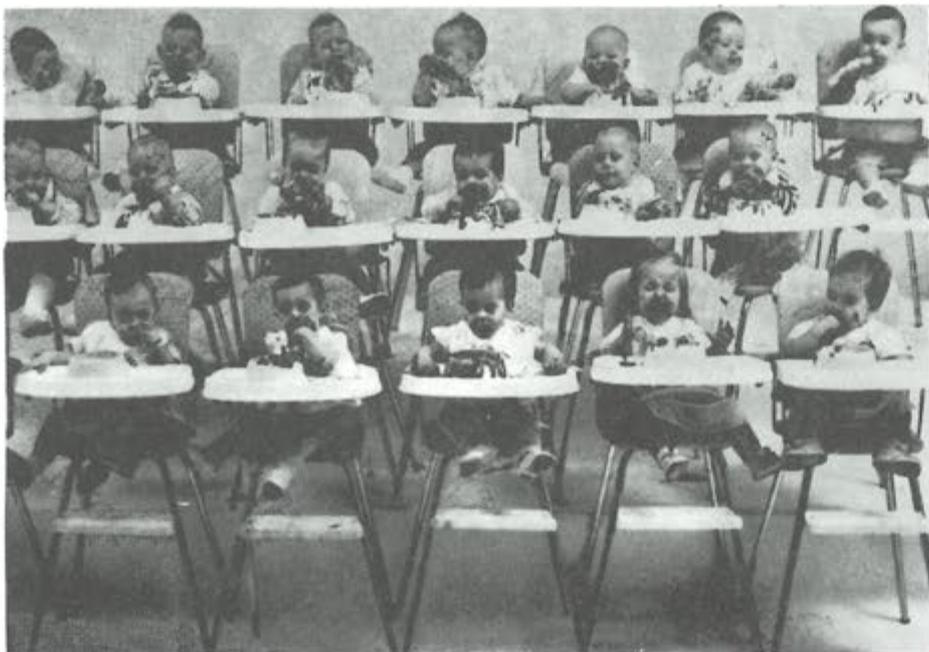
B) I de praktiske rådene understreket hun viktige og kinkige punkter i håndteringen av apparatet.

- Foreldrene skal også våkne og vekke barnet øyeblikkelig
- Barnet skal selv skru av - og senere skru på ringeklokka - ikke foreldrene
- Barnet aktiviseres mest mulig i oppreising av senga
- Oppvåkingen skal gjøres positiv
- Rikelig med drikke - tisse før sengetid - sove uten bukse.

C) Hjemmebesøk av lege/helsesøster og oppmuntring/belønning. Oppfølging med regelmessig kontakt i minimum 6 mnd. etter endt behandling.

Resultater

Av de som fikk behandling etter Trinn I ble 85% tørre. Behandlingsresultatet for jenter var 99%, mens noe lavere for gutter. Dr. Dische understreket at psykisk og fysisk utviklingshemmede barn viste parallelt behandlingsresultat.



De som ikke ble regnet for tørre var barn i familier som flyttet, eller ikke klarte å gjennomføre behandlingsopplegget, og barn som måtte henvises til spesiell urologisk eller psykiatrisk behandling.

Tilbakefall: Resultatene av flere års oppfølging viser at ca 30% får tilbakefall. Fornytt behandling tar kortere tid før tørrhet.

Oppsummering

Det behandlingsopplegget som dr. Sylvia Dische skisserer er et tilbud til alle sengevætere og deres familier - uansett hva som er årsak og bakgrunn for sengevætingen. Som en kommentar til oppfatningen av enuresis

som symptom på psyko-sosiale vansker, viser dr. Dische til det faktum at ingen barn som ble tørre utviklet andre substituttsymptomer.

Dr. Dische fremholder at medikamenter kan hjelpe ca 20% av pasientene, men oftere bare midlertidig. Men fordi faren for forgiftning og bivirkninger er så stor, og den økende rapportering om dette, benytter hun selv aldri medikamenter i behandlingen av enuresis.

Publikasjoner:

"Management of the Enuresis", British Medical Journal 1971.

"Helping the bedwetter and his family", Spastres International.

"Bladder Control and Enuresis", Development and Behavior 1976.

*Utpostens forbrukervurdering:*

# COMPUR MINIFOTOMETER OG MINISEN TRIFUGE I PRIMÆRHELSETJENESTEN

Jeg har prøvd apparatet i vel 4 mnd. I begynnelsen brukte jeg det parallelt med det vanlige apparatet (Linson Junior). De siste mnd. har jeg bare brukt Compur på kontoret. Et par ganger har jeg hatt det med på sykebesøk.

Fordelen med det er at det er transportabelt, og er enkelt å bruke. Det tar også liten plass i kofferten.



Den eneste innvendingen jeg har er at prisen på reagensene er alt for høy. Det blir for dyrt i lengden å bruke dette i kontor-praksisen. Nå koster det 4 kr. pr. prøve, med den vanlige reagensen er det neppe mer enn 50 øre.

Dette er en såpass stor innvending, at jeg kun kommer til å bruke Compur i SB.

distr.legen på Frøya  
Knut J. Orlin

# Søppeldagene 1978

Utvalg for fast avfall UFA, vart oppretta av NTNØ hausten 1972 med det føremål å planlegge, koordinere og initiere forskning og utgreiing innan dette fagområdet ved høgskular, universitet og øvrige institusjoner. Det er innleia eit tverrfagleg forsknings- og utviklingsarbeid der ei rekkje forskningsinstitusjonar er med saman med mellom anna Miljøverndepartementet og Statens Forureiningsstilsyn. Det er over NTNØ sitt budsjett og frå Miljøverndepartementet tilsaman løyvet vel 10 mill. kroner til det utførte forskningsarbeidet.

Søppeldagane 1978 ved SINTEF, NTH, Trondheim, tok sikte på å presentere dei forskningsresultat UFA er komne fram til pr. i dag. Det er utført eit stort og omfattande arbeid når det gjeld samansetning, destruksjon, deponering og bruk av fast avfall som er til uvurderlig nytte når det gjeld kommunenes arbeid med å finne fram til den avfallsdisponering som høver for det aktuelle området.

Vi fekk innleingsvis lagt fram myndighetene sitt syn på avfallsproblema. Statssekretær Tore-Jarl Christensen frå Miljøverndepartementet slo fast at Regjeringa i sitt langtidsprogram har skissert klare politiske mål for forureinings- og ressurspolitikken. Ressurspanolitikken er oppgåva å verne om naturen si evne til produksjon, sjølvfornyng ved mellom anna å begrense forurensa utslepp til jord, luft og vatn. Vidare byggjer

myndighetene sitt arbeid med ressurs- og forureinings-spørsmål på ei rekkje sentrale prinsipp, så som:

Forureinings- og avfallsproblema skal bekjempast ved kilda, eller ved resirkulering.

Ein må satse på utvikling av produksjonsprosessar som er mest mulig lukka, og der råvareressursane i størst mulig grad vert utnytta på ein slik måte

at det blir minst mulig spillstoff. Vidare har ingen utan vidare rett til å forurensa, og ein bygg på det allereie fastsette prinsipp at utslipp av forurensande stoff ikkje skal skje utan løyve frå det offentlege. Han slo fast at prinsippet om at forurensaren eller avfallsprodusenten skal betale for det forureininga kostar. Dette prinsipp vil bli gitt ein stadig vidare bruk. Statssekretæren gjorde også klart at i nær fremtid vil verte utgitt retningsliner og forskrifter for deponering av kommunalt avfall i fylling, kommunale forbrenningsanlegg og slamdisponering.

Overingeniør Geir Wigdel, Miljøverndepartementet, skisserte i sitt innlegg innhaldet i dei framtidige retningslinene for deponering av fast avfall i fyllingar. Det vert i forskriftene teke sikte på å hindre utvikling av lukt, flygeavfall, støy m.v., vassforureining og den hygieniske risiko ved smittespreiing ved hjelp av fyllingsdyr (rotter, fuglar og fluger). Det har synt seg at ein ved rett lokalisering, rett klargjering og rett

drift av fyllingane kan hindre at desse plagene oppstår. Departementet er av den formening at ein i fleire år framover vil måtte ha fyllingar som viktigaste deponeringsnår det gjeld fast avfall. Retningslinene tek sikte på at fyllingane skal verte kontrollerte for dermed å hindre dei ovanfor skisserte plagene frå fyllingane.

Ein fekk i fleire forelesingar lagt fram dei siste resultat av dei samkomposteringsforsøk som er gjort i Norge og Sverige. Mitt inntrykk er at hovudproblema ved samkompostering er å få fjerna plasten slik at det ferdigkomposerte produkt kan anvendast som jordforbedringsmiddel. Som ved kontrollerte fyllingar må ein også ved samkompostering fylgje nøye fastsette prosedyrer dersom komposteringsresultatet skal verte i samsvar med intensjonane. Utifrå ressursøkonomisk synsvinkel synest samkompostering å tilfredsstillere krava til resirkulering, men ein har fortsatt ikkje fullt ut klargjort anvendelsesområde for kompostproduktet. Ein har heller ikkje fullt ut klarlagt

Forts. side 13.



"This is where they start having doubts whether to stay on as permanents or take up their university places."

# LOV OM DISTRIKTSHELSETJENESTEN. KOLLEGA SIEM, OG VERDENSMESTERSKAPET I FOTBALL

På møte mellom distrikts/stadslegene, og helsedirektøren, var saken ang. den nye lov om distrikts-helsetjenesten viet mesteparten av første dag (møtet varte i 2 dager). Helsedirektøren var forhindret i å møte det meste av hele møtet, og 1 dag var han overhodet ikke tilstede. Dette vakte en del sterke ytringer fra salen, sterkest fra kollega Siem, som mente at dette var nok et tilfelle som viste at tillitsforholdet mellom helsedirektoratet/helsedirektøren og distriktslegen var brutt, eller på god vei til å bli det. Jeg tror han i den forbindelse rettet kritikken mot feil person. Kritikken burde vært rettet mot statsråden. At hun ikke finner vei en til dette møtet, som hun selv sagt er grundig informert om av sin helsedirektør/ekspedisjonssjef, og som går en gang årlig, finner jeg beklagelig. Likevel forlanger hun at han skal være tilstede i Stortinget, ved en opplagt sak, hvor vedtaket var bestemt allerede ved utfallet av forrige valg - og skulle det komme opp kinkige spørsmål, burde hun være så informert om denne brennbare saken (abortloven) at ikke helsedirektøren trengte komme støttende til. Sannsynligvis var hun også det, men likevel - det er jo tryggest å ha fagkunnskapen for hånden, - og da teller ikke distriktslegene i Norge så mye, de som altså skal møte sin sjef - helsedirektøren - en gang årlig. At helsedirektøren og medisinalråden beklaget dette sterkt finner jeg rimelig. Enda mer rimelig hadde det vært om beklagelsen, og forklaring kom fra stadsråd Rusthe (hun skulle forøvrig også vært på dette møte, men må vel sies å ha et lovlig fravær). Men som sagt - kollega Siem burde heller riste stadsråden litt, istedet for helsedirektøren - som jeg går utifra nødvendig vil protestere overfor sin fagstadsråd når han får en ordre.

Men så til saken: Lov om distrikts-helsetjenesten. Kollega Siem ville inngå et veddemål med medisinalråden om at denne loven ikke ville tre i kraft ihvertfall før de to neste distriktslegemøtene med Helsedirektøren var avholdt. Dersom ikke beløpets størrelse (iveddemålet) er for høyt, vil jeg nødvendigvis være med Siem i hans veddemål.

Helsedirektøren sa nylig på et møte for de offentlige leger i Agderfylkene og i Rogaland at han håpet og trodde, og arbeidet utifra, at loven skulle tre i kraft fra 1.1.80. Statssekretær Nyhus sa på et møte i Stavanger i mars, at den nye loven så han på som sitt viktigste arbeidsområde, som ville bli topp - prioritert, - og dette ble gjenntatt på nevnte møte, og medisinalråden, som tross sine bare 5 mnd. i Helsedirektoratet, uttrykte et sjeldent administrativt mot - som stadsfysikus Melbye sa - med sine korte tidsfrister.

Men alt viser at hele administrasjonen nå arbeider på spreng for å få denne saken ferdig. Stadsråd Rusthe har også i andre media poengtert dette.

Når det gjelder politikere, fra det kommunale opp til det statlige plan, viser de en stadig større utålmodighet, etter å se at den nye loven blir ferdig. Og vi begynner smått om senn endog å få grasrotplanet, det vil si den alminnelige mann og kvinne i dette land, interessert i dette lovverket. De oppdager etterhvert hvor viktig det er, når primærleddet i helsetjenesten mangler.

Vi som arbeider i distrikts-helsetjenesten, utgjør frontroppene, på en måte "hjemmelaget" til helsedirektoratet. Og det er i denne sammenheng jeg vil komme litt inn på den altoppslukende interesse for halvdel av det norske folk for tiden, nemlig VM i fot-

ball i Argentina. Alle som er interessert i fotball vet hvor viktig det kan være, spesielt i en trengt og vanskelig situasjon, å ha hjemmebane. Publikum - i dette henseende oss frontlinjearbeidere - burde være en plussfaktor for helsedirektoratet, ikke bare noen som rakker ned på dem og forteller hvor udugelige de er, som ikke har fått denne loven ferdig for 20 år siden. Nå finnes det vilje fra administrasjonen, de folkevalgte og grasrota, at denne loven må komme. Nyhus sa det så sterkt som at om en politiker i dag vil overleve i vårt departement, må vi snart få noe ut angående dette. Jeg håper Nyhus vil overleve - og de med ham som mener det samme.

Med denne massive trosbekjennelse, og lovnader, fra sentralt hold, så la oss distriktsleger for engangs skyld være positive og troende. La oss uttale høyt og evt. offentlig, at loven kommer innen 1.1.80. - det er på det nærmeste lovet og det tror vi på. Det vil være en viktig impuls, og muligens også drivkraft overfor helsedirektorat og sosialdep.

Dog, sluttelig, litt malurt i begeret. Det er ingen, absolutt ingen som er skuffet, mismodig, og i allefall i Sør-Amerika så rasende på hjemmelaget, som dersom de taper.

Og det skal helsedirektoratet vite og sosialdepartementet med stadsråd Rusthe i spissen, at dersom alle de lovnader vi har hørt og fått ikke holder, da er det et skuffet for ikke å si deprimentert (jeg håper ikke rasende) distriktslegemøte våren 1980. Sentraladministrasjonen har satt seg store mål. Mål som ikke skal være skuebrød for utålmodige distriktsleger, som enkelte steder går på stumpene av sin yteevne. Skulle kollega Siem vinne sitt veddemål - som jeg forøvrig dessverre ikke kunne oppdage medisinalråden

Forts. neste side.

Forts. fra side 3.

De tilegnede kunnskaper vil derfor være meget forskjellig. Man kan tenke seg en almenpraksis som er spesielt godkjent som utdannelses-praksis, hvor der drives almenpraksis etter definerte almenmedisiniske normer. Dette for å gi et så variert og optimalt innhold som mulig. I en slik praksis kan det opprettes assistentlegestillinger for på den måten å oppnå en løpende supervisjon/evaluering av sitt arbeide.

Forutsetningen for dette er at det offentlige evt. Lægeforeningen er villig til å prioritere videreutdannelsen av almenpraktikere. Behovet i første omgang blir da å utdanne spesielt interesserte almenpraktikere til å lære å opprette tilstrekkelige "lærepraksiser".

Disse bør vel kanskje være tilknyttet de respektive almenmedisinske institutter som "post graduate center". Det er mulig at den 3 mnd. lange obligatoriske sykehustjeneste burde erstattes med en tilsvarende tjeneste i et slikt "center".

En strukturert utdanning i almenpraksis med sykehusutdanning som sideutdanning bør være basis i vår spesialist-utdanning. Hvilken varighet denne skal ha bør til enhver tid tilpasses de internordiske regler. Vi oppfordrer alle Utpostens lesere til å ta del i denne debatten.

Aage Bjertnæs

Martin Holte



Forts. fra side 12.

akspterte - ville jeg overveie å gå inn i et tippelag med Siem. Verdensmesterskapskamper står også på programmet, - i en het juni måned.

Hauge i Dalane, 5.6.78  
Kjell Samuelsen

Forts. fra side 11.

eventuelle problem med tungmetall-forureining i komposten.

Forbrenning som alternativ avfallbehandling fekk brei omtale. Det er no utvikla mindre forbrenningsanlegg som kan nyttast i mindre område, og som kan betjenast av 1 - 2 personer. Ein har etter forbrenninga eit deponeringsproblem i og med at aske må deponerast på vanleg måte. Imidlertid har ein fått ein vesentlig volumreduksjon i gevinst.

Det vil vere for langt å kome inn på alle foredraga, og eg vil berre anbefale det kompendium som vart utgjeve i samband med "Søppeldagane 1978", og så vidt eg skjønar, kan kjøpast frå SINTEF, NTH i Trondheim.

Og så til slutt eit hjartesukk. Helsetenesta var dårlig representert ved seminaret, og det var berre eitt innlegg i heile foredragsserien frå helsetenesta. Helsetenesta er sett til å ivareta dei hygieniske tilhøva i kommunane, og skal foreta dei hygieniske vurderingar når det gjeld etablering av renovasjons/avfallsbehandlingssystemet. UFA har lagt svært liten (eller ingen) vekt på forskning når det gjeld dei hygieniske og toksikologiske sidene ved avfalls-samansetninga og avfallsbehandling på dei forskjellige trinn. Etter undertekna si oppfatning må UFA sette inn større ressurser når det gjeld forskning omkring dei toksikologiske og hygieniske (mikrobiologiske) tilhøva i avfallsbehandlinga og på dei forskjellige trinn i denne. Slik forskningsprosjekta er lagt opp no har ein lagt stor vekt på den teknologiske side, uten å ta tilstrekkelig omsyn til dei hygieniske og toksikologiske sidene.

Eggesbønes, 11. sept. 78  
Bjørn Martin Aasen  
Distriktslege.



Avdelingen for saklig reklame:

## Den nye Multi-load-T-skjorten

Kjære kollega har du hørt om den? Medisinsk anvendelsesområde. I og med at den er ganske lang og romslig kan den f.eks. brukes til å varme gravide maver utover vintere.

Mulig at Organon ønsker å stille ekstra pent med de kvinner som er blitt gravide med Multiload. Men likevel synes Utposten at dette er på kanten for ikke å si direkte overtramp av Organon å drive preparatomtale og -informasjon ved å utstyre representanter kofferten full med T-skjorter på stemplet MULTILOAD. Dette har da virkelig ikke noe med saken å gjøre. Hvis dette skal følges opp så blir vel det neste at vi får utdelt klistremerker til å sette på bilen. La oss slippe en slik utvikling.

Martin Holte



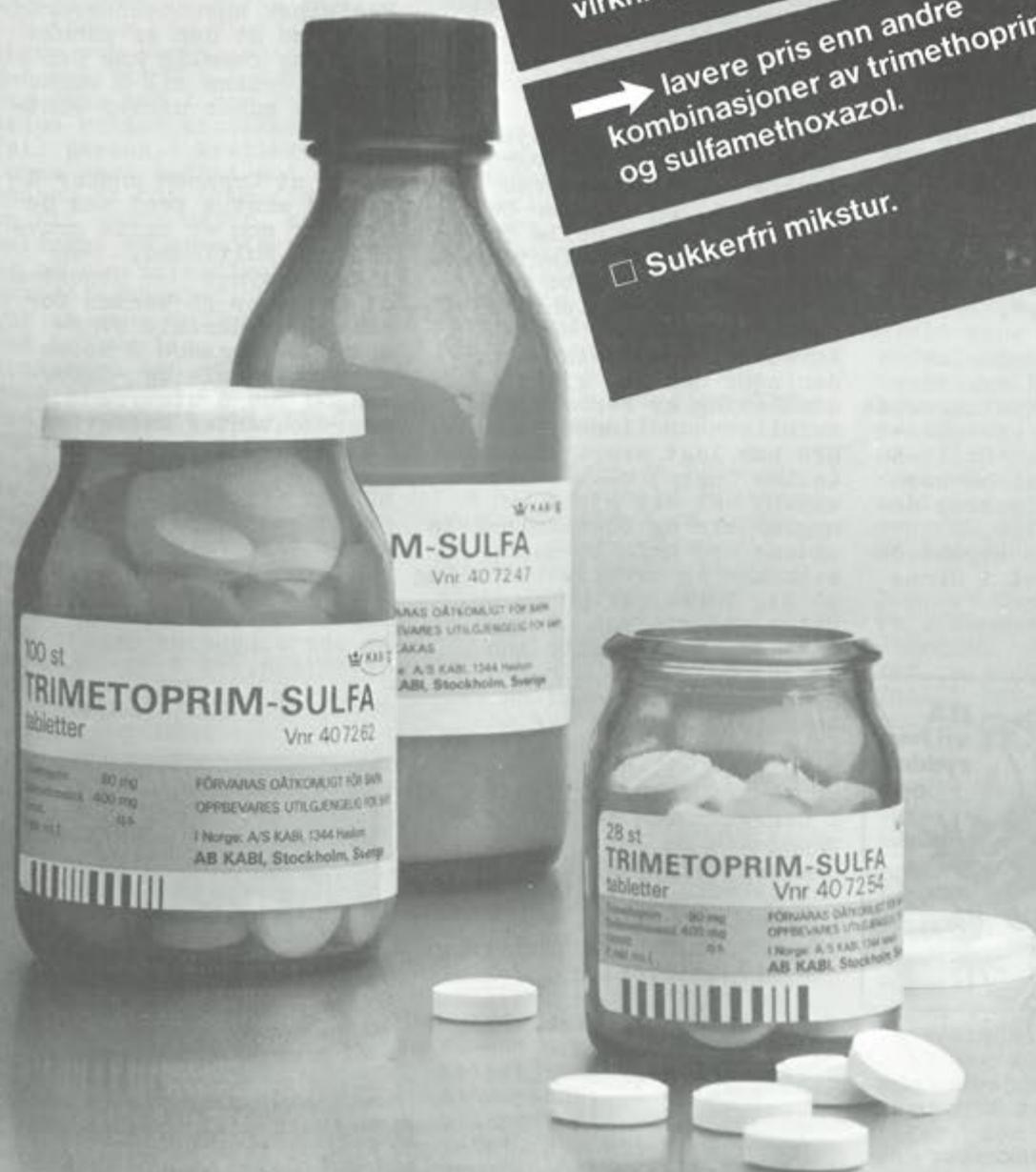
# Trimetoprim-Sulfa\* "Kabi"

\*) Navnet indikerer at preparatet ikke må brukes av sulfaoverømfintlige personer.

Kjemoterapeutikum med bredspektret effekt og baktericid virkning.

→ lavere pris enn andre kombinasjoner av trimetoprim og sulfamethoxazol.

Sukkerfri mikstur.

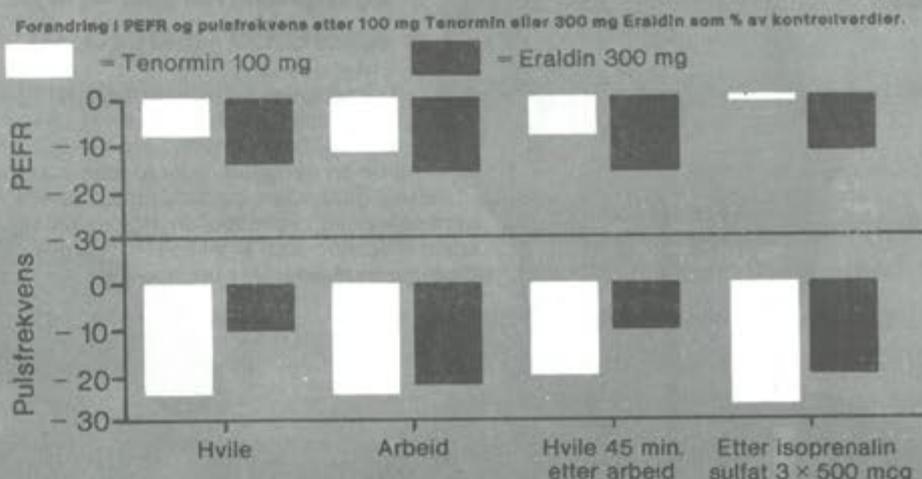


# Tenormin

ATENOLOL

Høy grad av kardioselektivitet  
— ingen blokering av adrenerge bronkodilatorer

Vilsvik og Schaanning<sup>1</sup> har i et dobbeltblindt "cross-over" forsøk sammenlignet virkningen av Tenormin og Eraldin (praktioiol) på lungefunksjonen hos pasienter med kronisk astma. Virkningen på puls og lungefunksjon (Peak Expiratory Flow Rate, PEFR) fremgår av figuren.



**Egenskaper:** Tenormin (atenolol) er en beta<sub>1</sub>-adrenerge reseptorblokker med relativt høy kardioselektivitet og som i terapeutiske doser har liten innvirkning på lungefunksjonen og den perifere sirkulasjon. Tenormin har ikke egenstimulerende eller membranstabiliserende virkning.

Maksimal serumkonsentrasjon oppnås 2–4 timer etter peroral administrasjon. Plasmahalveringstiden er 6–10 timer. Kliniske forsøk har imidlertid vist at man oppnår like god blodtryksreduksjon ved 1 dose daglig som ved 2 doser daglig.

**Indikasjoner:** Hypertoni.

**Kontraindikasjoner:** Ukompensert hjerteinsuffisiens. AV-blokk grad II og III. Bradykardi. Arteriosclerosis cerebri et obliterans. Ukontrollert eller vanskelig kontrollerbar diabetes mellitus. Metabolsk acidose. Raynaud's syndrom. Graviditet (se «Forsiktighetsregler»).

**Bivirkninger:** Kalde hender og føtter, muskeltretthet kan forekomme. Gastrointestinale ubehag og søvnvansker har vært rapportert. Hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen. Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner kan forekomme.

**Forsiktighetsregler:** Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktive luftveislidelser. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning av luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta<sub>2</sub>-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerge stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Imidlertid kan betablokkernes

negativt inotrope effekt motvirke digitalis' positivt inotrope effekt. Betablokkere og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen, slik at pasienten da må overvåkes nøye. I noen tilfelle uten holdepunkter for hjerteinsuffisiens i anamnesen, har hjerteinsuffisiens oppstått etter noen tids behandling med betablokkere. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroformanestesi.

Ved nedsatt nyrefunksjon innebærer bruk av betablokkere risiko for forverrelse av nyrefunksjonen som derfor må følges nøye.

Dersom man ønsker å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. en uke.

**Dosering:** Individuell dosering. Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende effekt, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasientene må derfor overvåkes nøyer m.h.t. bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablett daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter to uker, økes doseringen til 2 tabletter 1 gang daglig. Ønskes ytterligere reduksjon av blodtrykk, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

**Overdosering:** Ved overdosering av atenolol vil en få bradykardi og blodtrykksfall. Da en betablokkade er kompetitiv, vil man kunne oppheve evt. uønskede bivirkninger ved hjelp av betaagonister som f.eks. isoprenalin eller orciprenalin. Ved bradykardi kan man også forsøke 0,5–1 mg atropin s.c. (eller i.v. hvis det haster).

**PAKNINGER:**

Trykpkpakning 30 tabletter à 100 mg  
100 tabletter à 100 mg  
Boks 250 tabletter à 100 mg

**Litteratur:**

1. Vilsvik, J. S. og Schaanning, J.: Brit. Med. J., 21. aug. 1976, s. 453–455.



ICI-Pharma  
Stortingsgt. 14, Oslo 1  
Tlf. (02) 42 69 40

Refusjonsberettiget (pkt. 12)

# Surmontil

trimipramin

Ved ulcus duodeni og pylori  
ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor

1. Myren, J. et al, Scand. J. Gastr., 10 (8), 817-819, 1975
2. Wetterhus, S. et al, Scand. J. Gastr. 12 (43), 33-38, 1977
3. Guldahl, M., Scand. J. Gastr., 12 (43), 27-31, 1977
4. Bohman, T. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 7-17, 1977
5. Nitter, L. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 39-41, 1977
6. Myren, J., Tfdnlf., 5, 259, 1977
7. Bohman, T. et al, Scand. J. Gastr., 13 (48), 1-49, 1978
8. Valnes, K. et al, Scand. J. Gastr., 13 (4), 497-500, 1978

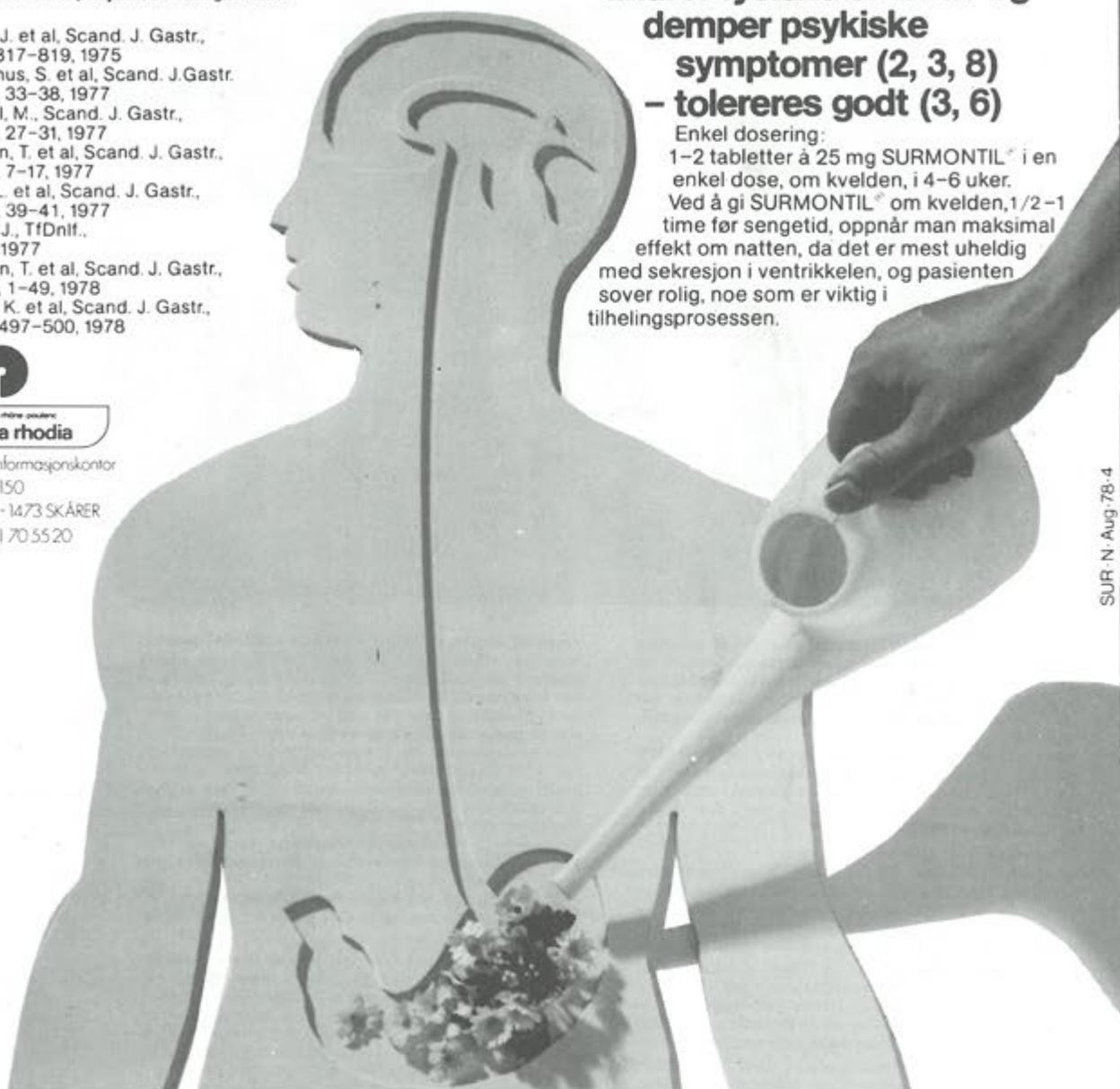


Medisinsk Informasjonskontor  
Skårerveien 150  
Postboks 20 - 1473 SKÅRER  
Telefon: 1021 70 55 20

- hemmer syresekresjonen (1, 4, 7)
- gir rask sårtilheling (2, 3, 5, 8)
- lindrer fysiske smerter og demper psykiske symptomer (2, 3, 8)
- tolereres godt (3, 6)

Enkel dosering:

1-2 tabletter å 25 mg SURMONTIL® i en enkel dose, om kvelden, i 4-6 uker.  
Ved å gi SURMONTIL® om kvelden, 1/2-1 time før sengetid, oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikkelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen.



SUR-N. Aug. 78-4

**T EMBONAT MIKSTUR 5 mg/ml:** 1 ml inneholder: Trimipramin embonat respond trimipramin, 5 mg, sorbitol, 0,35 g, Metyl-p-oxibenz, 0,6 mg, Propyl-p-oxibenz, 0,2 mg, Constat q.s., aqua purif. ad 1 ml. (Fargestoff: Para-oranger, tartrazin, fjernes i løpet av 1978).

**T TABLETTER:** Hver tablett inneholder: Trimipramin maleas respond trimipramin, 25 mg, resp. 50 mg, constit. q.s.  
**EGENSKAPER:** Klassifisering: Trimipramin har antidepressiv, sedativ og anxiolytisk virkning. Kraftigere histaminantagonistisk, sedativ og antiemetisk virkning enn imipramin. Trimipramin hemmer hvilessekresjonen i ventrikkelen med ca. 50%, mens den stimulerede sekresjon blir mindre nedsatt.

**Virkningsmekanisme:** Hemmer gjenopptak av biogene aminer ved nerve-terminalene i hjernen. Motvirker aktiviteten til dopaminerge midler ved langsom frigivelse av lagret dopamin. I ulcus duodeni og pylori kan effekten være en kombinasjon av virkningen på sekresjonen og det nervøse apparat. Ved kveldsdosering oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikkelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen. Absorpsjon: Resorberes godt ved peroral administrasjon av både embonat og maleat.

**Metabolisme:** Hovedmetabolitter i urin er derivater av iminodibenzyl og dibenzazepin. I serum uodannet trimipramin og monodesmetil derivat.

**Utskillelse:** I urinen. Overgang i morsmelk. I så små mengder ved terapeutiske doser at det som regel ikke er noen risiko for barnet.

**Indikasjoner:** Alle former for depressive tilstander som endogen, involutiv, organisk, neurotisk, reaktiv og klimakterisk depresjon, spesielt når disse ledsages av insomni-

anxieta eller agitatio. Ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor.

**BIVIRKNINGER:** Ekstrapyramidale: Dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Dosereduksjon og tillegg av antiparkinsonmidler i begrenset tidsrom bedrer som oftest symptomene. Psykiske: Lett morgendøsigheit kan forekomme, som oftest av kort varighet. Toksik-deliriose reaksjoner i sjeldne tilfelle. Vegetarive og Kardiovaskulære: Lett munntørhet, svimmelhet, tremor, hypotensjon, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser, hodepine og gastrointestinale forstyrrelser er iaktatt. Dermatologiske: Utslett i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. Hematologiske: Ingen betydningsfulle eller vedvarende avvik rapportert. Leverkomplikasjoner: Noen få tilfelle av variasjon i transaminase verdiene sett.

**KONTRAINDIKASJONER:** Absolutte: Ubehandlet glaukom. Samtidig behandling med MAO-hemmere. Preparatet bør ikke gis før tidligst 2 uker etter MAOH-behandling er avsluttet.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den hemningslende virkning inntre før den depresjonslende virkning, og dette kan føre til økt suicidalrisiko. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f. eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser og sinusachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet bør utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjerteleidelse.

Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfalt av intermitterende tåkesyn, regnbuesyn og øyesmerter krever hurtig øyeteleg-kontroll og utelukkelse av anfaltglaukom før be-

handling fortsettes. Forsiktighet ved leverleidelse, epilepsi og hjerneskader. Teratogen virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskap.

**INTERAKSJONER:** Tricykliske antidepressiva kan gi interaksjon med adrenalin, MAO-hemmere, metylenidat, noradrenalin, barbiturater, betanidin, eledrin, guanetidin, metaradin, metyldopa, reserpin og tyroidea-preparater.

**DOSERING:** Individuelt tilpasset den kliniske tilstand. Ambulant: 50-100 mg (2-4 tabletter å 25 mg eller 10-20 ml embonat mikstur) 1-2 timer før sengetid. Sterke dose fortrinnsvis til pasienter med uttalt søvnforstyrrelser. Ved å gi hele døgndosen om kvelden vil man hurtig oppnå en normal søvnrhythme, og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemidler. Behandling må fortsette i minst 4 uker. **Ulcus duodeni og pylori:** 25-50 mg om kvelden 1/2-1 time før sengetid. **Behandlingen bør fortsette i 4-6 uker.** Sykehus: Initialt 100 mg (2 tabletter å 50 mg eller 15 ml embonat mikstur) om kvelden. Dosen økes gradvis til terapeutisk effekt er oppnådd. I enkelte tilfelle til 400 mg/dag. Dosen beholdes til remisjon inntre. Deretter reduseres dosen gradvis til vedlikeholdsnivå, vanligvis 100-200 mg/dag. Behandlingen må aldri avbrytes brått.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Man bør være oppmerksom på intoksikasjons-symptomer. Behandling av intoksikasjonsavsnittet bak i Felleskatalogen.

**UTLEVERING:** 50 mg tabletter kun til sykehus.

**PAKNINGER:** Embonat mikstur: 250 ml 10 x 250 ml Tabletter: 25 mg: 30 stk., 50 stk., 100 stk., 10 x 100 stk., 50 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.