



Berit Heløe:

Det er mangt å undre seg over

Ytringer fra forfatteren av rapporten «Gap opp og skyld, men på hva?»

Er det sammenheng mellom mange amalgamfyllinger og mange sykdommer? Det er lite som tyder på det. En undersøkelse fra Universitetet i Oslo viser at sykkeligheten var likelig fordelt mellom dem som hadde mange og dem som hadde få amalgamfyllinger. Et høyt antall fyllinger viste ingen statistisk sammenheng med andre faktorer enn regelmessig tannlegesøkning.

Undersøkelsen avdekket at samarbeid mellom pasientens lege og tannlege hørte til sjeldenhetene.

Ett hundre pasienter som hadde latt seg henvisse til Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, på grunn av uro for mulige helseskader fra amalgamfyllinger, ble undersøkt i den rekkefølge de meldte seg. Undersøkelsen av hver pasient tok to timer, og omfattet klinisk eksaminasjon av munnhulen, røntgenstatus, blodstatus og anamnese med hensyn på symptomer, sykkelighet, behandlingserfaring og enkelte vaner. Etterpå ble en gruppe pasienter som svarte til den opprinnelige med hensyn på tre sosiale kriterier, og som hadde oppsøkt Odontologiklinikkene for tannbehandling uten å stille krav til valg av fyllingsmaterialer, undersøkt på tilsvarende vis, med unntak av blodprøve.

De to gruppene var lik hverandre med hensyn til kjønn, alder, utdanningsbakgrunn, bosted (by/tettsted), diagnostisert sykkelighet, omsorgsbelastning og erfaring med tunge familiehendelser i løpet av de siste to år. De viktigste forskjellene bestod i antall rapporterte symptomer, forbruk av helsetjenester, bedømmelse av egen arbeidsevne og egen livssituasjon. Antall fylte flater var også høyere hos den primære gruppen, men denne faktoren viste ikke statistisk signifikant sammenheng med noen annen variabel enn regelmessig tannlegesøkning.

Ingen av de to hundre pasientene viste tegn til kontaktallergisk reaksjon på amalgam.

Arbeidet ble påbegynt mens amalgam daglig var omtalt i dagspressen. Jeg var ansatt som instruktør ved Det odontologiske fakultet, dels ved Klinikk for oral kirurgi og oral medisin, dels ved daværende Mottaksstasjonen. Flere av klinikkjefene følte det i den perioden som om fakultetet ble nedringt og nedrent av personer som ville undersøkes med hensyn på mulige helseskader av amalgamfyllinger.

De fleste sa nei

Dette var ikke fakultetets oppgave. I samarbeid med Nordisk Institutt for Odontologisk Materialprøvning (NIOM) ville de informere og kurse tannhelsepersonell, men ikke åpne for enkeltpasienter.

Hvorfor?

Svaret er i hovedsak at de hadde sett hvordan lærestedene i Sverige hadde slitt etter at de åpnet for enkeltpasienter som meldte seg med spørsmål om «oral galvanism» eller «amalgamforgiftning». Tusenvis av pasienter som ikke egnet seg i den ordinære studentundervisningen, hadde bundet opp store deler av lærerkreftenes tid. Et slikt uføre hadde vi ikke tid eller råd til å komme ut i. Det var bare professor Eigil Aas som på vegne av den åpne poliklinikken ved Klinikk for oral kirurgi og oral medisin, syntes det var for galt å avvise personer som henvendte seg med plager som kunne være relatert til tennene. Han begynte å ta imot i lunsjpausen. Etter et par måneder var han i det samme uføret som svenskene hadde vært i. Han hadde ventelister lange nok til å dekke lunsjpausene de neste par årene. Det ble satt strek for hans innsats, klinikkens ansatte rådslo, og det ble bestemt at vi skulle ta imot henviste pasienter, undersøke grundig, systematisere funnene og behandle dem som viste tegn

på kontaktallergi i forhold til amalgamfyllinger. De skulle få fri utskifting til annet materiale og regelmessige kontroller.

Skepsisen skifter siktepunkt

Professor Maud Bergmann ved Tandläkarehögskolan i Umeå fortalte i 1978 om hvordan de svenske odontologilærestedene slet med uoverkommelige ventelister av mennesker som ville ha utredet sin mulige «orala galvanism», definert som strømutsveksling mellom forskjellige metallrestaureringer i munnhulen. Danskene og vi nordmenn hørte på med vantrø. Stille seg i kø for å få målt strøm i munnhulen trodde vi knapt noen ville finne på, på vår side av kjølen eller Øresund. I Sverige holdt skepsisen til restaureringsmaterialene seg, godt støttet av massemedier av forskjellig slag. Fokus skiftet imidlertid fra strømutsveksling til kvikksølv, bestanddelen som er felles for dentalamalgamene.

Hvorfor? Ikke så rart at kvikksølvet fikk en sentral plass etter hvert som miljøproblematikken ble mer og mer aktuell. Det som er underlig, er at forløperen til mistenksomheten overfor tannlegens materialer var av et annet slag. Oppbyggingen av velferdsstaten innebar vektlegging av somatisk helse i den oppvoksende slekt. Nettverket med behandlings- og helsekontrollmuligheter skulle bygges ut i Glesbygd-Sverige så vel som i Utkant-Norge. Samfunnet skulle sørge for å redusere sosiale ulikheter så mye som mulig. Folketandvården ble innført i Sverige, Folketannrøkta i Norge. I Sverige satset man på utdannelsesinstitusjon i nord og håpet kandidatene ville slå seg ned i området de hadde fått utdannelsen i. I Norge grep man til lovverk om pliktjeneste for å skaffe tannleger til distriktene. I forhold til den formidable oppgaven det var å bygge opp og vedlikeholde en god

tannhelse i befolkningen, var det lenge stor tannlegemangel i begge land. Den gang hadde tannlegene ventelister med voksne pasienter for års arbeid fremover ved siden av at de skulle gjennombehandle skolebarn. I etterkrigstidens norske skoletannpleie, eksempelvis, hadde man erfaring for at seksårsjeksler som ikke var angrepet, ville bli det. Rutinemessig fyllingsterapi var å foretrekke fremfor mellomkrigstidens rutinemessige uttrekking av jekslene. Tannråten var en folkesykdom som knapt skånte noen. Det skulle tungt og hardt arbeid til for å holde den i sjakk. Sett fra befolkningens side var det ille når distriktet var uten tannlege, men heller ikke bare greit når det endelig kom en. Ung, utrent, fornærmet over å være plassert langt hjemmefra, stod han der med høyere avlønning enn de fleste i kommunen, og moraliserte om godteri-spising mens tang og saktegående bor kom frem bak speilet. Han skulle føle alle de oppvoksende på tennene etter hvert som de ble hentet i klasserom eller ble bragt inn i flokkevis til klinikken med lokalbåt, sjøsyke, uutsovet og fulle av gru. Noen av oss klarte ikke belastningen og monopolsituasjonen, ble slitne og kunne oppleves som arrogante. Vi ble i alle fall sjelden assosiert med noe behagelig. Vi forklarte at alt ville bli så bra etterpå hvis barna bare satt stille mens vi behandlet. Det ble det ikke bestandig. En hel generasjons skrekk og frustrasjon kan være en del av forklaringen på at tannlegenes tradisjonelle restaureringsmaterialer utsettes for kritikk, om enn på forskjellig grunnlag.

Seks år før spørsmålet passerte Riksgrensen

I Norge merket ikke tannlegene noen massiv mistro til materialer før en dag i januar 1984. Da innhentet den spesielle skepsisbølgen NRK. Der ble den skjerpet kanalisert gjennom Frokost-TV, og det tok kort tid før nordmenn var oversvømmet av bølgen, gjennom eter- og papirmedier. Og de reagerte slik at det bare var å innse at broderfolket i øst ikke var vesensforskjellige fra oss. Det hadde bare vært tidligere ute, som så ofte før i mange sammenhenger.

Hvorfor tok det så lang tid? Det er en gåte. Antallet nordmenn som daglig så svensk fjernsyn i 1980-årene, var så stort at språkvitere ble urolige for alle



«Gap opp og skyld, men på hva?»

En undersøkelse av pasienter som har følt seg usikre med sine amalgamfyllinger» er en rapport utgitt av Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten, som er forfattet av Berit Heløe, omhandler en undersøkelse som hun gjennomførte ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, i siste halvdel av 1980-tallet. Temaet er problematikken rundt tannrestaureringsmaterialet amalgam og tannlegepasienters reaksjoner på massemediens håndtering av saken. Undersøkelsen er den første som tar opp amalgamfrykten i Norge.

Sosial- og helsedirektoratet er av den oppfatning at rapporten vil bidra til å utfylle bildet av debatten og håndteringen av amalgamproblematikken i Norge.

svesismene som kom inn i språket. Folk reiste til Sverige og handlet, da som nå. En ikke ubetydelig andel nordmenn er gift i Sverige, og vice versa. Det er ikke til å begripe hvordan amalgamskepsisen kunne bruke så lang tid over Kjølen. Men da den først kom, slo den an. Da var interessen i hovedsak konsentrert om kvikksølvinnholdet i amalgam, Bellona var i ferd med undersøkelser av Hydros grunn i Grenlandsområdet, dessuten hadde det lenge vært interesse for blyforurensning, blant annet fra bensin. Tungmetaller med forgiftningspotensiale var på tapetet.

Pressen på sporet

Mediene var ujevne i måten de dekket stoffet på. Noen av de største avisene

og de riksdekkende etermediene konsulterte seriøse fagfolk. Andre slo opp pasienthistorier med ensidig vinkling; det gjaldt ikke minst aviser som ennå hadde blykjeler stående på kok i sine trykkerier.

Journalister som oppsøkte fagmiljøene, bar umiskjennelige tegn på å være motstandere av syntetiske stoffer, utstyrt som mange av dem var med skinnsekker, fotformsko og bomullsskjorter fra India. Men tannfargede fyllinger av plast var de tilhengere av. Ingen av dem spurte om de kunne være skadelige. Heller ikke var det noen av dem som spurte hvordan det var med tannlegene eller deres assistenter, som hadde håndknadd amalgam gjennom årtier. Attpå til var det enkelte som påstod at tannlegene tviholdt på amalgam fordi de ble rike av det.

Hvorfor den ensidige vinklingen? Vanskelig å forstå, når de tannlegene som tjente grovt, var de som skiftet ut fyllinger uten å spørre hvorfor. Men plastfyllinger er penere enn amalgamfyllinger.

Grunnstoffmotstand på forskjellige premisser

De av oss som har vært i faget en stund, har opplevd motstand mot et annet middel som tannlegestanden har anbefalt. Jeg tenker på bruken av fluorider. Siden midten av 1980-årene har motstanden mot dette tannråteforebyggende middelet vært beskjeden, mens det i tretti år, fra begynnelsen av 1950-årene, stadig var krefter som slo til lyd mot bruken av det. Det er også lite å finne i Tannskadeforbundets publikasjoner om dette stoffet.

Fluor er også et grunnstoff, enda farligere i ren form enn kvikksølv damp.

Druknet fluormotstanden i kampen mot amalgam?

Vanskelig å si, det også. Kanskje har de fleste forstått at fluorforbindelser tynnet ut i vann eller tilsatt tannpasta ikke er det samme som selve grunnstoffet i fri flyt? Kanskje har de merket fordelene ved null hull etter fluoridbruk på eget tannsett.

Samarbeid over profesjongrensen

Da jeg gjennomførte undersøkelsen som ligger til grunn for rapporten, kom det raskt frem at flere pasienter som var utrygge på om helsetilstanden hadde noe med forholdene i munnhulen å gjøre, kom reisende langveisfra.

Mange tilstander pasientene hadde problem med, kunne ha vært løst på hjemstedet, dersom tannlegen som henviste til fakultetet, hadde konferert med pasientens lege, eller hvis legen som henvissende, hadde tatt kontakt med tannlegen. Når jeg sendte kopi av epikrisen til den andre behandlerparten, var samarbeidet problemfritt. De hadde bare ikke tenkt i de baner.

Hvorfor var det sånn? Da odontologien strevde med å frigjøre seg fra medisinen, ble det lagt vekt på at tannlegenes oppgave skulle være å behandle tyggeorganet, det første funksjonsleddet i fordøyelsesprosessen. I en tid da infeksjonssykdommene utgjorde en daglig trussel mot liv og helse, var den somatiske overlevelsen siktemålet for leger flest. Tannlegene mente å forsvare sin plass ved å sørge for at folk kunne få maten noenlunde smertefritt i seg. Etter mange års strev mot motstand, ikke minst fra medisinsk hold, fikk de etablert egen utdanning i faget. I behandling av tyggeorganet har de lenge vært suverene, men det var lite kontakt mellom tannlegenes og medisinerens utdanningssystemer. Den offentlige helsetjenesten bærer også preg av det gamle motsetningsforholdet, inndelt som den er med tette skott i den generelle helsetjenesten og tannhelsetjenesten. Dette har ført til manglende samarbeid mellom lege og tannlege utenfor sykehus. Pasientens lege og tannlege har hver sine henvisningskanaler. De kan være de beste venner, det har bare ikke falt dem inn å samarbeide om pasienter. Det er å håpe at den felles basalutdannelsen fører til at avstanden blir mindre mellom odontologien og resten av helsefagene. Fastlegen vil vel være den naturlige koordinatoren av henvisningstjenester.

En-til-én-situasjon nødvendig ved utredning

Lærerstilling i klinisk odontologi byr på mange inntrykk og lite ro. Det er stadig noe som beveger seg, slett ikke alltid i takt. Noen har rollen som pasient, noen har rollen som student, noen har rollen som klinikkhjelper og noen som lærere. Noen venter på at pasienten skal bli ferdig undersøkt eller behandlet – det kan være barn, en ektefelle, en tolk eller en hjelpepleier. Det er mange mennesker som skal ha oppnådd noe før økten avsluttes.

Slike klinikk situasjoner egner seg ikke til systematiske undersøkelser. Derfor ble det laget et forsøk på isolering og rolleendring da jeg påbegynte denne undersøkelsen. Det skjedde på den måten at jeg brukte arbeidstid som ikke var avsatt til undervisningsøkter. Undersøkelsen foregikk i en krok av den store poliklinikk salen. Studenter og hjelpepersonell skulle ikke være med. I et par tilfeller var ventende småbarn til stede, men ikke andre. Min rolle var klinisk rådgiver og forsker ved en offentlig klinikk. Pasienten fikk dermed et én-til-én-forhold, samtidig med at det lå i luften at jeg bak meg hadde flere eksperter å rådføre meg med når det var noe faglig jeg var usikker på. Det hendte ikke sjelden at jeg ba andre lærere vurdere slimhinner og tenner sammen med meg. Men intervjuene foretok jeg alene med pasienten. Jeg noterte på blokk og hadde verken data-maskin eller røntgenskjerm til å distrahere.

Koding enkelt – og vanskelig

Fra før visste jeg at det er vanskelig å få situasjonsinntrykk nedtegnet på rute-papir. Kjønn, alder, antall tenner, antall fyllinger og mye annet kan en uten problemer finne kodetegn for, men det er alltid noe som blir borte når en forsøker å transskribere en klinisk situasjon, møtet med en som har oppsøkt meg som fagperson, på tilsvarende måte. Problemet er stemningen, stilen og måten jeg oppfatter pasienten på. I denne sammenhengen hadde jeg mulighet til å sammenligne mange pasienter. De hadde på sin side mulighet til å sammenligne mange behandlere, noe de nok også gjorde.

Jeg satte meg som mål å finne frem til en metode for å beskrive hvordan jeg reagerte på hver pasient. Professor Aas hadde sagt at undersøkelsen av denne pasientgruppen var tungt arbeid. Han ble ikke glad av det. Det var uvant, og han hadde ikke noen umiddelbar måte å takle problemene på slik at han fikk følelsen av å ha gjort en jobb. På grunnlag av hans erfaringer var jeg forberedt på at min hovedoppgave ville være å lytte, undersøke, gi råd og beskrive mine funn overfor den som hadde henvist.

Roller

Overfor pasienten var min rolle forskerens, i tillegg til klinikerens. Jeg for-

klarte at jeg skulle undersøke etter alle de tannlegekunstens regler som jeg behersket, og rådføre meg med kolleger når jeg var i tvil. I tillegg gjorde jeg det klart at jeg holdt på med en undersøkelse og kom til å spørre grundig om flere emner.

Jeg har oppfatninger om hvordan det er rimelig for pasienten å opptre i en slik konsultasjonssituasjon. Når jeg har spilt ut de kortene som forteller hvor jeg står, kan pasienten godta dem eller la være. Men når han eller hun først har gått inn i den kliniske situasjonen, regner jeg som rimelig atferd at pasienten gir kontakt, svarer på spørsmål, sier ifra når det er noe han ikke har lyst til å være med på, men forholder seg til meg som det jeg har gitt meg ut for – såfremt jeg ikke går ut over min rolle. Etterpå kan pasientene gå til andre og be om en ny undersøkelse, og de kan fortelle hvem som helst om undersøkelsen og hva de synes om den.

Dikotomien liker/likes ikke eller andre inndelingsmåter

Jeg har også mulighet til å plassere pasienten. Det enkleste er å dele inn «liker/likes ikke». Jeg valgte å forsøke å gjøre det systematisk, lage en noe mer nyansert og begrunnet vurdering av pasientens stil, slik jeg opplevde den. Når jeg syntes stilen var aparte, hang det gjerne sammen med følelsen av at pasienten ikke godtok min undersøkerrolle, men kommuniserte på andre premisser.

Jeg har satt opp fem kategorier for min bedømmelse av stil:

Upåfallende, tillitsfull, grei: Pasienten spør for å få svar, forholder seg adekvat til funn eller behandlingsforslag som er annerledes enn ventet. Reagerer gjerne med følelsesutbrudd eller uttrykk for uenighet, men uten å avskjære kontakt. Medikamentvirket ro regner jeg også som adekvat, så lenge pasienten inkluderer meg som tilstedeværende person. Poenget er at vi finner kontakt i et stemningsleie som passer noenlunde til situasjonen.

Etterpå føles det godt og greit. Pasienten og jeg har laget en situasjon sammen og gitt hverandre følelsen av å gi og ta i samsvar med rollene som var lagt.

Trist, tung, oppgitt: Pasienten åpner med å sukke tungt, se ut av vinduet når jeg stiller spørsmål om symptomer, antyde at det lite kan nytte å ramse opp

alt. Etter hvert kommer temmelig mye frem, men pasienten legger opp til at jeg må hale det ut. Noe av det som kommer frem, er at pasienten har oppsøkt mange behandlere og påbegynt mange kurer, men aldri fullført noen. Det ligger aggresjon i væremåten, men aggresjonen presenteres indirekte og er vanskeligere å takle enn åpent demonstrert argsinne.

Etterpå føler jeg meg utilfreds, halvveis skyldbetyngt og har ikke full oversikt over om jeg har opptrådt urimelig. Denne fornemmelsen får jeg ikke umiddelbart luftet ut.

Aggressivt krevende: Pasienten kommer til klinikken som til et supermarked, på jakt etter en bestemt vare, for eksempel hvite fyllinger som pasienten vil kjøpe, helst på Rikstrygdeverkets regning. Undersøkelse før behandling anser pasienten som unødig anstaltmakeri, deltar motstrebende, men er sint når seansen avsluttes. Ekstremeksempelen var en som kalte meg en tosk da jeg forklarte at to tenner med nekrotisk pulpa måtte rotbehandles før han kunne få permanente fyllinger.

Etterpå sitter motaggresjonen i meg. Med gode arbeidskamerater i omgivelsene er det raskt gjort å få den luftet ut, men i forhold til pasienten kommer jeg til å forholde meg tilbaketrukket.

Idylliserende, dobbeltkommunisierende: Pasienten beretter uten å nøle om problemer med egen helse, familie og arbeidsliv, en hverdag full av omsorgsbelastninger for syke barn og pleietrengende foreldre, vanskelige forhold til ektemann og søsken, økonomiske bekymringer og usikre arbeidsforhold. Alt fortelles i en jevn tone, i enkelte tilfeller med et smil. Det er vanskelig for meg som tilhører å forstå hvordan slikt kan utholdes. Når jeg spør om det, er svaret gjerne et smil, replikken «Pytt, pytt» eller «Det går så bra, så».

Etterpå har jeg en følelse av at det er uvirkelig. Det er ikke mulig å ha det sånn i det lange løp uten å få hjelp eller kjøre seg enda mer ut enn pasienten ser ut til å ha gjort. Det ligger både klaging og avvvisning av råd eller hjelp i væremåten. Jeg sier til meg selv at jeg har gjort en jobb ved å høre på.

Annet: I denne kategorien samlet jeg syv personer som ikke forstyrret min klinikerrolle, men gav en kontakt som var annerledes ved at pasienten på en eller flere måter appellerte til meg som en person voksen nok til å ta avgjørelser for dem. I klinikk situasjonen demonstrerte de en resonneringsevne grundig på siden av det som etter mitt skjønn er vanlig. De fleste av dem var under en eller annen form for vernetiltak, enten Oslo kommunes arbeidstreningstiltak, ettervern etter alkoholist-institusjons-opphold eller langvarig psykisk helsevern.

Følelsen etterpå er ikke ulik den jeg husker fra min tid i skoletannpleien: Det pleier å gå bra når en bare utviser tålmodighet.

En slik måte å karakterisere tannhelsetjenestens pasienter på er kontroversiell. Likevel har jeg tillatt meg dette forsøket på å operasjonalisere «liker/liker ikke»-faktoren. Metoden kan kritiseres for lav reliabilitet, det vil si nøyaktighet eller presisjon. Klassifikasjonene kan bli omtrentlige fordi kriteriene vanskelig lar seg definere i presise og målbare termer. Til gjengjeld kan det hevdes at metoden er valid i den forstand at den er relevant eller gyldig. Den beskriver og skiller mellom ulike kjennetegn hos pasienters holdning til egne plager.

Dessuten er det min erfaring at den unyanserte forklaringen «feilen med denne pasienten er å finne et godt stykke ovenfor okklusjonsplanet» er en ikke uvanlig, men ikke desto mindre lite konstruktiv floskel som faller lett i munnen når vi tannleger ikke når frem med vår behandling. Inndelingen er et forsøk på å skape orden. Den bør diskuteres, og jeg begynner diskusjonen: Kategoriene er laget av meg, som da undersøkelsen ble foretatt, var en kvinnelig tannlege i 50-årene. Jeg har brukt dem overfor en gruppe pasienter som tannhelsetjenesten har opplevd som vanskelig og tidkrevende, pasienter som har stilt grunnleggende spørsmål ved et av de mest alminnelig brukte fyllingsmaterialene. Pasientgruppen inneholder overveiende kvinner, mange av dem på min egen alder. Kanskje reagerer jeg annerledes enn en mannlig

kollega ville ha gjort? For meg var arbeidet med undersøkelsen utfordrende og interessant. Funnene jeg gjorde, var delvis annerledes enn jeg hadde forestilt meg på forhånd. Det viktigste jeg kan bringe videre etter å ha intervjuet to hundre personer etter noenlunde samme mal, er at pasienter som straks føler seg truet og truffet av generelle meldinger om mulig helsefare, skal undersøkes grundig somatisk, gjerne i samarbeid med fastlegen. Finnes ikke registrerbare kliniske tegn til sykelige forandringer, skal pasienten tas alvorlig på den måten at en lytter til dem. En klinisk undersøkelse omfatter anamneseoptak. Det kan ligge mye og god behandling i en grundig undersøkelse.

Indeks

På grunnlag av anamnesticke funn har jeg konstruert en indeks. Seks variable inngår: Hovedsymptomet er dårlig form eller nedsatt velvære, antall rapporterte symptomer er høyt, helsetjenesteforbruket er høyt, egen livssituasjon og arbeidsevne vurderes negativt og forbruk av beroligende/ smertestilende medikamenter er til stede. Pasienter uten kliniske tegn og høye skår på denne indeksen bør skånes for fysiske inngrep, skifting av fyllinger inkludert.

Hvordan få tid i en travel praksis?

Overfor pasienter med mange symptomer og få eller ingen kliniske tegn på patologiske forhold, er det bare én god måte å gjøre det på, etter mitt skjønn. Ta kontakt med fastlegen for etablering av samarbeid med hensyn på vevsvæskeprøver og eventuelle opplysninger om helsetjenesteforbruk. Avsett tilmålt tid. Bruk tiden til å lytte og ta betalt for medgått tid. Slipp ikke pasienten, men avtal ny time om fjorten dager eller mer, med mulighet for pasienten til å henvende seg hvis noe akutt inntreffer.

Rapporten har bestillingsnummer IS-1159 og kan bestilles hos Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for kommunale tjenester, postboks 8054, Dep. 0031 Oslo. Tlf. 24 16 30 00, Faks: 24 16 30 01. Statens trykksaksentral: 24 16 33 68.