

registreringsskjema for smertekasus. Denne journalen er beskrevet side 838 i dette heftet.

Verken myndighetene eller legemiddelindustrien tenker på tannlegene

Det har skjedd en fantastisk utvikling innen medikamentell smertebehandling, men i de siste 30 årene har industrien satset på alt annet enn odontologi, mente professor Lasse Skoglund fra fakultetet i Oslo. Det finnes avanserte midler på markedet, bl.a. sentralvirkende analgetika og ikke-steroid antiinflammatoriske midler. Cannabinoide stoffer er på full fart inn, men problemet er at de virker best på de som er avhengige. I tillegg skjer det mye når det gjelder ulike leveringsmåter, f.eks. smertepumper.

Lasse Skoglund hadde små illusjoner om at legemiddelindustrien ville satse på spesifikke odontologiske anvendel-

ser. Pengene som skal tjenes ligger ikke i tannlegenes forskrivning av smertestillende midler. Utviklingsarbeidet i industrien har i stor grad gått ut på å finne stoffer som etterligner egenskapene hos salisylater. Det er gjort mye innen antiinflammatoriske midler, f.eks. NSAIDer (non-steroidal anti-inflammatory drugs), inkludert COX2-hemmere (cyclooxygenase-2). COX2-hemmere er dyre, men man slipper å gjenta doseringen. På den andre siden ønsker man seg analgetika med korte halveringstider for akutte smerter. Den store satsningen innen smertestillende midler gjelder først og fremst kroniske smerter, i mindre grad akutte. Siden industrien ikke engasjerer seg i spesifikke odontologiske smertemidler, er det viktig å ha en odontologisk basert forskning innen farmakologi.

Antiinflammatoriske midler er en

blindvei, og vi bør satse på det gode, gamle, mente Lasse Skoglund. Midler som virker på sentralnervesystemet er velp prøvd, og ikke noe er så effektivt som opiat. Han hadde klare synspunkter på dette: Norske myndigheter har en misforstått frykt for å gjøre pasienter narkomane. Sannsynligheten for at det skal skje er mikroskopisk. I det medisinske systemet er det ingen som tar vare på tannlegene, og myndighetene ser ned på tannlegene som medikamentforskrivere, var Skoglunds påstand.

Vi ønsker oss nye stoffer eller leveringsmåter som vi kan gjøre noe interessant med. Etter Lasse Skoglunds mening var det enn så lenge snakk om gammel vin på nye, men kanskje smarte flasker.

Nils Roar Gjerdet

Tobakksforebygging – resultater fra en spørreundersøkelse blant tannleger

En tredel av befolkningen røyker daglig, det er tilsig av 30 ungdommer hver dag, røykerne forbraker 7 000 tonn tobakk til en verdi av 12 milliarder kroner per år, investerer 10% av våken tid på å røyke, og 7 500 dør årlig av 50 tobakksrelaterte sykdomstilstander. Dette fortalte forsker Karl Erik Lund, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) i sitt foredrag på landsmøtet og la til: – Etter *relativt* lang tid med kunnskap om tobakkens skader og *relativt* stort informasjonsvolum, er *relativt* mange mennesker fortsatt villige til å bruke *relativt* mye penger på en aktivitet de har *relativt* stor sannsynlighet for å bli *relativt* syke av. Dette er situasjonen og bakgrunnen for at helsemyndighetene ønsker at helsepersonell skal bidra i det tobakksforebyggende arbeidet.

Helsekommunikasjonsteori viser at personer med lav sosioøkonomisk status responderer bedre på formidling av budskap ansikt til ansikt enn på massekommunikasjon. Derfor er det viktig at

helsepersonell tar opp spørsmål om tobakksbruk, og det er et stort forbedringspotensial blant leger, helsesøstre og jordmødre, viser tidligere undersøkelser. – De er motiverte og kjenner skadepanoramaet, men de er usikre på hvordan de skal intervensere, de har ikke fått opplæring, mangler tid, føler ubehag for å ta opp spørsmålet og frykter negative reaksjoner, forklarte Lund.

I februar 2002 ble det utført en spørreundersøkelse blant et utvalg på 1 500 tannleger og alle tannpleiere som er medlem av NTpF for å kartlegge i hvor stor grad tannhelsepersonell tar opp tobakksbruk med sine pasienter, hva som er barrierene for intervensjon og hvilke faktorer som forklarer variasjonen i intervensjon. I foredraget presenterte Karl Erik Lund resultatene av tannlegeundersøkelsen som hadde en respons på 68% etter purring.

Svarene viste at norske tannleger ligger langt under landsgjennomsnittet når det gjelder røykevaner. Blant kvinnene er det 3% som røyker daglig, 4%

ukentlig og 6% sjeldnere, til sammen 13%. Tilsvarende tall for mannlige tannleger er 8, 4 og 7%, til sammen 19%.

Mellom 80 og 87% av tannlegene spør voksne pasienter som har tobakksrelaterte skader/symptomer i munnhulen, om deres røykevaner. Unge tannleger spør litt oftere enn eldre og kvinner litt oftere enn menn. Men hvis pasienten ikke har skader eller symptomer, skjer det langt sjeldnere. Kvinnelige tannleger spør i 40% av konsultasjonene og mannlige i 25% om pasienten røyker mens tilsvarende spørsmål om snus blir stilt i 19% av konsultasjonen av kvinnene og 15% av mennene.

Ved første gangs konsultasjon spør kvinnelige tannleger om røykevaner i 69% og mannlige tannleger i 57% av tilfellene, og hvis det avdekkes at pasienten bruker tobakk, blir det som oftest notert i journalen.

Svarene blir langt mer negative når det dreier seg om bistand til å slutte

å røyke. På spørsmål om hvor ofte man tilbyr hjelp hvis man vet at pasienten ønsker å slutte å røyke, er svarene for ulike alternativer stort sett «aldri». Kanskje ikke å vente at tannleger tilbyr ny time for å vedlikeholde motivasjonen for røykfrihet eller forhandler fram en sluttdato sammen med pasienten. – Men at de informerer om Røyketelefonen eller deler ut selvhjelpsmateriell, kunne man kanskje vente, sa Lund. Det eneste tiltaket som til en viss grad ble anvendt var anbefaling av nikotinerstatningsprodukter.

Tannleger har altså lav aktivitet utover det å kartlegge og informere.

– Hvorfor, spurte Lund og sa at undersøkelsen tyder på at de mener det ikke er deres oppgave, de rapporterer manglende ferdigheter for veiledning og har svake forventninger til effekt hos pasienten, men de frykter ikke negative reaksjoner hos pasienter.

– De mest effektive strategier for å få tannleger til å intervensere og øke kvaliteten på intervensjonen, er å endre synet på tannklinikken som arena for dette, å definere tobakksintervensjon som en rolleforventning til tannleger og å gi tannlegene kunnskaper om metoder for røykeavvenning eller opplysninger som gjør at de kan videreformidle pasienter.

Men ikke minst er det viktig å få bukt med forestillingen om manglende effekt av intervensjon, blant annet ved å informere om effekt på aggregert nivå, sa Karl Erik Lund til slutt. Det betyr at hvis hver tannlege får én pasient til å slutte å røyke per år, blir det 4 000 «sluttere», og hvis hver tannlege i gjennomsnitt hjelper 10 av sine pasienter til å stumpe røyken, blir det 40 000 færre røykere. Noe å tenke på?

Reidun Stenvik

Hypnose – bør det bli lovlig for norske tannleger?

Mens hypnose blir stadig mer populært som varietéinnslag i utlandet, blir tannlegers bruk av hypnose rammet av norsk straffelov. Dette var et utgangspunkt for professor Geir Høstmark Nielsen fra Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Man må nemlig være lege eller psykolog for å anvende hypnose på pasienter i Norge.

Hypnose er veldokumentert

Fenomener som ligner hypnose har vært kjent i årtusener. Tempelprester kunne sette seg i transe ved å stirre på hverandres nesetipper eller på sin egen navle – derav begrepet navlebeskuelse. Hypnose var lenge forbundet med svart magi, og det var først på 1800-tallet man fikk en mer vitenskapelig tilnærming til fenomenet. Eksperimentelle studier viste at hypnotiske fenomener kan frembringes hos de fleste – det ligner i menneskets natur en viss evne til å bli suggerert (suggestibilitet). Selv om det nå finnes et solid erfarings- og forskningsgrunnlag, er oppfatningene blant mange at hypnose er forbundet med mystikk, magi og at man blir viljeløs og passiv og at man i verste fall kan bli værende i hypnose. Det er ikke kjent at noen har blitt værende i hypnose eller at man kan hypnotiseres mot sin vilje.

Hypnose er en endret bevissthetstilstand, forskjellig fra søvn og alminnelig våkenhet. Det er en dobbelhet i opplevelsen for pasienten – man er fjern, men holder likevel kontakten med virkeligheten. Det ligner på tilstanden like før man sovner, eller når man er fullstendig oppslukt av noe. Klinisk hypnose forlenger denne tilstanden på kunstig måte. Etablering av en hypnotisk tilstand er utslag av bestemte psykologiske prosesser hos den som blir hypnotisert. Derfor kan man sette seg selv i en hypnotisk tilstand, som f.eks. ved visse typer yoga, men man kan nå dypere ved en annens hjelp. De fleste mennesker kan hypnotiseres, men graden varierer. 10–15 % av befolkningen er så lite motagelige at hypnose ikke kan brukes klinisk. Barn er gjerne mer mottagelige enn voksne.

Hvordan gjør man hypnose?

Det er ingen heksekunst å fremkalle en hypnotisk tilstand, det kan læres på noen minutter, i følge Høstmark Nielsen. Blikkfiksering hos en liggende eller sittende pasient er vanlig. Det er flere metoder, men de kan grovt deles i autoritære (direkte) metoder, og permissive (indirekte) fremgangsmåter. Den autoritære metoden bygger på bydende «kommandoer», mens ved en permissiv meto-

den inviteres personen fortløpende til å bli hypnotisert – «Kunne du ha lyst til å oppleve en dyp og behagelig hypnose?». Når øynene har lukket seg, er man i en hypnoid tilstand og er avslappet. Enhver formelt indusert hypnose skal oppheves, pasienten skal dehypnotiseres. Men det er altså ikke kjent at personer er blitt værende i hypnose. Det er sagt at hypnose er mindre farlig enn en god natts søvn.

Det kan opptre mange eiendommelige fenomener under hypnose: Det kan være endring i subjektiv kroppsfølelse, stivhet, nummenhet, endrede sanser, smertedemping. Ved dypere hypnose kan det opptre minnes- og hukommelsesendringer som man har tenkt kunne utnyttet i forbindelse med rettslige vitneprover, men inntrykkene smelter sammen og nytteverdien er høyst diskutabel. Enda dypere transestilstander kan medføre positive og negative sanseintrykk, livaktige drømmer, og man kan kanskje ta kontroll over kroppsfunksjoner som normalt ikke er under viljekontroll.

Hypnose i klinisk virksomhet

Hypnose har klinisk nytteverdi. Det er vitenskapelig dokumentert innenfor smertelindring og smertekontroll, for behandling av psykisk stress og som et