

Søvnapnoe: hva vet vi og hva gjør vi?

Det vises til kommentaren «Snorkeskinner og brukervennlighet» av tannlege Reinert Amundsen i Tidende nr. 3, 2009. Det er veldig positivt at flere norske tannleger interesserer seg for problemstillinger knyttet til søvnapnoe.

Undertegnede var «medansvarlig» for en stor nordisk rapport, publisert i 2004, hvor all tilgjengelig faglitteratur på diagnostikk, eventuell risiko for annen sykdom, og behandling av søvnapnoe var samlet inn og vurdert (1). Vi fant en klar sammenheng med hjertesykdom, inkludert slag, og trafikkulykker hos pasienter som led av søvnapnoe. Bruk av pustemasker var den best dokumenterte behandling, bittskinner («snorkeskinner») ga imidlertid også god effekt, mens ulike kirurgiske inngrep var dårligere dokumentert. Tilsvarende funn er gjort i andre internasjonale systematiske oversikter (2,3).

Rapporten omfattet også en praksiskartlegging i form av en spørreundersøkelse sendt (i 2003) til helsepersonell i de nordiske land, for å sammenligne hvordan denne tilstanden ble håndtert. Kartleggingen avslørte noen overraskende ulikheter mellom landene; viktigste forskjeller var i bruk av kirurgi og bittskinner. Mens Sverige totalt utførte 750 operasjoner for søvnapnoe i 2003, var det tilsvarende tall for Norge, med halvparten så stor befolkning, 2 800. Det er først og fremst spesialister i ØNH som har utført disse operasjonene. Og mens svenskene fikk tilpasset 6 700 bittskinner, hadde Norge 12. De øvrige land lå mellom disse ytterpunktene.

Det norske tall for bittskinner kan nok være noe for lavt, kfr. Reinert Amundsens innlegg. Spørreskjema ble sendt til alle kjeveortopeder og kjevekirurger, men ikke til allmenntannleger. Det forklarer imidlertid ikke hele forskjellen mellom Sverige og Norge. Det er mer nærliggende å tenke på ulikheter i takst- og refusjonsmuligheter: Norge har for det første hatt en klart høyere DRG-vekt (Diagnose Relaterete Grupper, red.anm.) for snorkeoperasjoner enn Sverige, og mens tilpassing av bittskinner refunderes fra trygdesystemet i Sverige, må norske pasienter betale dette selv.

Den nordiske rapporten om søvnapnoe ble lagt frem for diskusjon i det nyopprettede Nasjonale råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (www.kvalitetogprioritering.no) i 2007. Rådet konkluderte med at saken burde sendes til vurdering av takster i Helse direktoratet. Direktoratet fant at den norske DRG-vekt for operasjoner var dobbelt så høy som den svenske. Da denne ble justert til svensk nivå, viste aktiviteten en nedgang på 35% i løpet av etterfølgende år. Systemet om egenbetaling for bittskinner er fortsatt til vurdering, også i samarbeid med Tannlegeforeningen så vidt jeg vet. Det kan altså være mulig å endre praksis, når både dokumentasjon på klinisk nytte, og gode finansieringsordninger foreligger!

Det er imidlertid viktig å understreke at dette gjelder tilstander hvor *diagnosen søvnapnoe* er satt etter klare kriterier: Over 5 helt eller delvis puste-

stopp > 10 sekunder, per times søvn, samt en uttalt tretthet på dagtid. Det er denne tilstand som bl.a. gir økt risiko for hjertesykdom osv, ikke «sosial snorking», selv om denne kan være plagsom nok. Og den internasjonalt anerkjente «gullstandard» for diagnostikk av søvnapnoe er helnatts søvnregistrering (ved polysomnografi) kombinert med et spørreskjema (1,3).

Jeg er usikker på om bruk av «Sleepstrip» som Reinert Amundsen refererer i sitt innlegg, har vært tilstrekkelig faglig vurdert og dokumentert til å diagnostisere søvnapnoe, og dermed pasienter som bør få tilbud om behandling. Dersom håndtering av søvnapnoe nå blir et viktigere felt for norsk odontologi, håper jeg også norske tannleger vil holde seg til den best dokumenterte form for diagnostikk og behandling.

Berit Mørland
fagdirektør,
Nasjonalt kunnskapssenter for
helsetjenesten

Referanser

1. Obstructive sleep apnoea syndrome. A joint Nordic Systematic review. Kunnskapssenteret; 2007.
2. Lim J, Lasserson TJ, Fleetham J, Wright J. Oral appliances for obstructive sleep apnoea. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. 2006.
3. Health Technology Assessment 2009; 13: no 4.