

Behandle snorking: JA!

Søvnapneer: tja

I gjen setter jeg pris på en oppklarende og informativ artikkel om emnet snorkeskinner som Berit Mørland skrev i Tidende nr. 6 (mai).

Jeg vil få presisere at min agenda er skinnebehandling av snorking (i tillegg til å anbefale livsstilsendringer samt muskelkontrolløvelser.) Behandler man pasienter som har søvnapneer beveger man seg ut på mer utrygg grunn. Ettersom snorkingen avtar eller fjernes, kan man skjule bieffektene som oppstår når pasientene ikke får eliminert pustestansene. Det kan sammenlignes med å behandle en febril sykdom med febernedsettende medisiner uten å angripe årsaken.

Pasientene våre blir mer opplyst om snorkeskinner og den positive effekten, samtidig som lufta går ut av reklamekampanjer for sprayer og andre remedier uten den ønskede effekten for brukerne. Da blir det mer naturlig for dem å kontakte sin egen tannlege for å få hjelp.

Tannklinikker blir nok mer og mer førstevalget når det gjelder snorkebehandling fremover, og da er det viktig at vi kan skille mellom den behandlingen vi kan gjøre selv, og de pasientene vi må henvise. Jeg regner nok med at de fleste tannleger i dag ikke føler seg kvalifisert når det gjelder å tilby behandling til snorkerne.

Undervisningen av studenter samt etterutdanning bør kanskje konsentreres nettopp om snorkebehandlingen som vil være den hyppigst forekommende i tannlegens hverdag. Forskning bør settes inn for å klarere hvilke skinner som er nyttigst når det gjelder OSAS-behandling/-demping. Her bør jo faktorer som pris/nytteverdi være like viktig som hvilke pasientgrupper de enkelte konstruksjonene vil fungere for. Vi er jo ulike i konstitusjon og akseptansenivå for behandling, så spranget er veldig stort fra å tilby en skinne til 3 000 kroner kontra en skinne til 12 000

kroner som ikke nødvendigvis fungerer bedre. Slike problemstillinger er det viktig å blant annet ta hensyn til i forhold til pasientens økonomi, forventet levetid for snorkeskinnen, behov for lateralbevegelser eller ikke og egne preferanser av skinnetype.

NAV

I tillegg til å ta hensyn til forskning om effekt av ulike skinnetyper, bør gjerne NAV også ta hensyn til andre faktorer som kan påvirkes av en bedret søvnkvalitet og mer lydløse netter. Man vil kunne tenke seg at samliv vil kunne fungere bedre, og skilsmisseraten reduseres. Man vil føle seg mer opplagt på dagtid og være mer produktiv i arbeid og mer årvåken i trafikk og ved betjening av apparatur på jobben.

Ettersom enkelte pasienter ikke vil klare å bruke førstevalget CPAP ved obstruktivt søvnapneesyndrom (OSAS), bør man tillate å bruke snorkeskinner med et oppfølgingsregime som sjekker pasientens respons på denne behandlingen. Jeg kan bare se fordeler ved et slikt regime.

Som regel vil en snorkeskinn også virke som en bittskinne, og i praksis er det vanskelig å si hva tid applikasjonen slutter å være en snorkeskinn og begynner å fungere som en bittskinne.

Av den grunn bør man kunne innrømme pasienter med bittskinnebehov refusjon for dette selv om applikasjonen kalles snorkeskinn.

Står man overfor diagnosen OSAS, bør skinnebehandling kunne likestilles med alternativene, og føre til refusjon fra NAV med samme dekningsgrad som CPAP-utstyr og LAUP- og tilsvarende operasjoner. Etter mitt skjønn vil dette være en vinn-vinn situasjon for samfunn og borger.

Sleep-strip® kontra polysomnograf

Enkelte behandlingsformer ser ut til å ha vunnet innpass i Norge uten først å ha sitt utspring på lærestedene. Tar

man implantologi som et eksempel, finner man dyktige pionerer som tok fatt på upløyd mark, og som trolig ville hatt en bedre start dersom man kunne støttet seg til et aktivt høyskolemiljø. Forhåpentligvis kan man styre fagfeltet somnodonti på rett kurs allerede fra starten av med aktiv innsats fra de ulike faglige miljøene.

Etter hvert som tannlegen vil være første instans som blir kontaktet, er samfunnet trolig best tjent med å lage kortest mulig vandring innad i helsevesenet for pasienten. Tannlegen bør slippe å henvise til fastlegen som igjen må henvise til spesialisert medisinsk personale.

Vårt primære mål er å sortere ut de to hovedgruppene av pasienter. Det må være utenkelig å starte behandlingen uten å la pasienten fylle ut skjemaet med Epworth søvnhetskala (ESS kan lastes ned fra <http://www.nasjonaltskalaregister.no/ess.html>). Dersom pasienten scorer mer enn 10, skal man mistenke OSAS, og da må man henvise pasienten slik at man er i en samarbeidssituasjon om behandlingen. ESS er diskutert i en artikkel av Ståle Pallesen i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (1).

Etter hvert som tannleger vinner kompetanse innen fagfeltet, vil man kunne utvide dette armamentariet med Sleep-Strip, som kan stadfeste ESS-resultatet, og spesielt er effektivt ved mild til moderat OSAS (2-5), som er de kasus der tannlegen mest trolig kan være inkludert i behandlingsteamet. Det er ikke min hensikt å predikere en erstatning av polysomnografi (PSG) med den forenklete Sleep-Strip, men som et supplement som ved bruk kan og bør overprøves med PSG for å stadfeste resultatet. Forskjellen i ressursbruken er enorm på samme måte som det er en drastisk kostnadsforskjell mellom de ulike screeningene.

Dersom dette innlegget bidrar til å øke interessen for å behandle disse pasientgruppene, er mitt håp at man ikke låser seg inn i båser, men jobber seg frem til effektive kombinasjoner av terapier til glede og nytte for alle parter.

Reinert Amundsen

Adresse: post@gladesmil.no

Referanseliste finnes på www.tannlegetidende.no