

DUPLIKAT

NR. 3 ÅRGANG 38

JUNI 1977



Tidens tann

20. 05. 77

UTGITT AV:
ODONTOLOGFORENINGEN
V. UNIVERSITETET I OSLO

Når gode råd er dyre, kom til

NKP —

helst litt før

CATO TORP, 337680



Norsk Kollektiv Pensjonskasse A

Kronprinsensgt. 9, Oslo 1

Murhjørnet, Bergen

tidens tann

**Organ for Odontologforeningen
ved Det odontologiske fakultet**

Redaktør Mette Bjørner.

I REDAKSJONEN:

Mette Gilhus, Elisabeth Gjøstøl, Einar Bjart
Haugen, Bjørn Knudtzen, Dagfinn Kravik,
Helge Lysne og Helge Ramberg.

Forretningsfører: Asbjørn Jokstad.

Flisa Boktrykkeri

**Adresseforandringer og
abonnementsfornyelse
bes vennligst sendt til**

TIDENS TANN

Geitmyrsveien 69, Oslo 4

Bankgiro: 5002.05.12528

Postgiro: 5 165188

Abonnement: Kr. 30,— pr. år.

INNHOOLD

Leder	99	Dikt	130
Min mening	100	Speil & Sonde	131
Tannhelsen og tannpleien i forandring	101	Bridge	135
Intervju med Erling Langset	111	Ris og Ros	137
Hypnos inom odontologin	113	Kjendis-toppen	139
Intervju med Torbjørn Stene	119	Hyttenytt	143
Naturlægemetoden	121	OF-rapport	144
Tannrot —	123	Tillitsmenn i OF	144
Tradisjonelle behandlingsmåter		Audiovisuell undervisning i	
i kinesisk medisin	124	generell patologi	145
KS ved veis ende	129		






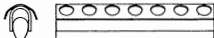



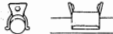

Deadline neste nr.: 10. september.

◀ **COPYRIGHT** ▶

Utgis med støtte av kulturstyret i Studentsamskipnaden.

ATTACHMENT fra CENDRES & METAUX

Her viser vi de mest anvendte:

<p>F. Rothermann Eccentric</p>  <p>32.01.5 EL/O</p>		<p>F. Rothermann Eccentric</p>  <p>41.01.5 EL/O</p>	
<p>H. Dalla Bona</p>  <p>31.02.8 O/E</p>		<p>H. Dalla Bona</p>  <p>41.02.8 O/E</p>	
<p>Prof. Dr. Dolder</p>  <p>53.01.2 E/E</p>  <p>53.01.5 E/E</p>	<p>Roach</p>  <p>64.01.5 E/O</p>  <p>64.01.5 C/O</p>  <p>64.01.5 E/C</p>	<p>CM</p>  <p>55.01.2 E/O</p>  <p>55.01.5 E/O</p>	

Ring vennligst etter brøsjyre.



V.M. CHRISTENSEN A/S

Osterhausgt. 21 – Telefon (02) 11 38 53 – Oslo 1

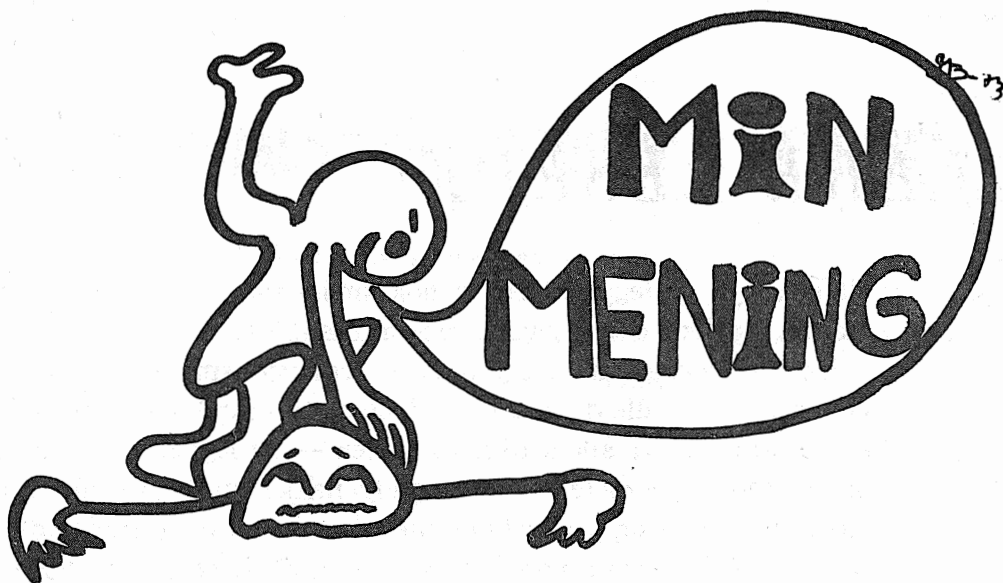
KJÆRE LESERE!

Nå synes jeg at jeg har skrevet nok smågrubliserende rot i dette bladet, og derfor skal jeg slutte som redaktør.

Det har vært gøy mange ganger — redaksjonsmøtene f.eks. der vi legger ut om alle de interne små og store skandaler og forteller hverandre nytt fra alle kroker av skolen — og legger store planer om artikkelserier og tegneserier og gigantiske rundspøringer som aldri blir noe av og prater høl i hue på hverandre og over hodene på hverandre før vi kommer til saken: stoff til neste TT. (Oftest kommer vi ikke så langt.) Dette bladet lager seg nærmest selv; spinnes i hop ved tilfeldige prater i kantina eller trappen, ved vilige intervjuobjekter og ved en noe varierende indre glød hos redaksjonsmedlemmene som av og til glimter til med noe stort — vi synes mye av det vi gjør er stort — i hvert fall hver gang vi har skaffet nok stoff til et nytt TT og vi kan bestemme fargen på bladet. Det er like gøy hver gang. (Har en sånn fargeskala som er så fin å bla i — og til å bli glad i.)

— Men nå skal jeg begynne på det siste året her på Geitmyrsveiens videregående skole — og da får man visst så vannvittig mye å gjøre at en ikke kan sette av fire timer til å arbeide med TT pr. nr. Men to av de timene kan jeg kanskje bruke til noe annet og da kunne jeg tenke meg å lære meg å tegne skallegroper med skyggelegging og overdrive dimensjonene og tegne stygge uhyrer som kryper ut av alle canalene — og ha moro av det.

M.



Etter seks meget interessante uker på kirurgen, er det et par ting jeg gjerne vil ha sagt.

Noe som vi alle vet er at det profylaksearbeidet som har vært drevet, har begynt å vise resultater. Dette i tillegg til at man i dag vurderer situasjonen nøyere før man går til det skritt og ekstraherer en tann, har ført til en kraftig reduksjon i antall ekstraksjoner.

Dette må vi jo alle være glade for. Men for oss som skal bli tannleger med tid og stunder, er det viktig å få en tilstrekkelig øvelse i ekstraksjonskunsten.

Forholdet på kirurgen er slik at de få ekstraksjoner som skal utføres helt tilfeldig blir fordelt blant studentene. Dette fører med seg at noen studenter får utført en rekke ekstraksjoner og andre svært få.

Nå må vi prektige tannlegestudenter snart bli litt kollegiale og ikke bare tenke på oss

selv. Dersom dette er umulig må de ansvarlige på kirurgen ta dette opp og få utarbeidet en rimelig ordning for fremtiden.

En siste ting er den tendens visse studenter har til å styre pasientene slik at en hele tiden har pasient. En kan ikke bestille pasienter tilbake til seg selv og på den måten sikre seg arbeid, mens andre store deler av tiden går arbeidsløs. Ingen bør ha noe monopol på en pasient selv om vedkommende har tatt opp journal på pasienten. Man kan lett følge en utvikling uten selv å undersøke, eventuelt behandle, pasienten hver gang. Det ligner ingen ting når en pasient kommer og sier at jeg skal til student den og den.

Helt til slutt vil jeg takke Bjørklund, Albrun & Co. for en meget trivelig og interessant førstegangstjeneste på kirurgen.

EX.

TANNHELSEN OG TANNPLEIEN I FORANDRING

Om situasjonen i ulike befolkningsgrupper og behovet for reformer i arbeidet

Leif Arne Heløe
Institutt for samfunnsodontologi
Universitetet i Oslo
Blindern, Oslo 3

Betydningsfulle forandringer i sykdomsbildet og behovet for tannbehandling skjer i den norske befolkning. I denne artikkelen, som hovedsaklig bygger på et foredrag holdt på Den norske tannlægeforenings landsmøte i Tromsø i oktober 1976, blir situasjonen belyst ved endel data fremkommet i de siste årene. Artikkelen tar utgangspunkt i idéene som trolig ligger bak tannhelsepolitikken og søker å belyse om og i hvilken grad målene er nådd. Behovet for reformer og personellmessige konsekvenser blir diskutert.

I år (1977) er det 28 år siden Stortinget enstemmig vedtok den siste store reform i norsk tannhelsetjeneste: Lov om folketannrøkt. Riktignok er det ved tre anledninger foretatt endringer av enkelte paragrafer, og vi har fått supplerende instruksjer, men det bærende innhold er fortsatt som det var da loven ble formet i de første etterkrigsår i fellesprogrammets ånd. Nye situasjoner og problemer har imidlertid ført til at det nå forberedes en revisjon, en Lov om tannhelsetjeneste og en ny plan for den offentlige tannhelsetjenesten der siktepunktet er å inkorporere og samarbeide folketannrøkta, skoletannpleien og folke-

trygdens refusjonsordninger. I det følgende skal jeg oppsummere en del utviklingstrekk, erfaringer og forskningsresultater som kan belyse og begrunne behovet for reformer.

Behov og behov, fru Blom — Først noen ord om begrepet behov som vi bruker i mange sammenhenger, særlig i forbindelsene behandlingsbehov og behov for personell. Uinvidde kan lett få det inntrykk at behov er et fiksert og utvetydig begrep som gjør det mulig ved hjelp av oppdrevne regnekunst å anvisse løsninger på de helsemessige og sosiale problemer som vi aner eller vet ligger der. Men så lett er det ikke. Minst like meget som å være en absolutt måleenhet er behov et relativt begrep, det betegner en mangel eller nødtilstand i forhold til det som er gjengse kår i befolkningen. Behovsterskelen har derfor en tendens til å variere med generelle levekår, betydningen av begrepet behov vil også skifte over tid og variere fra land til land. Behov er også knyttet til den sosialpolitiske tradisjon og tankesett. Det betyr at når vi skal anslå nødvendigheten av tiltak er vi avhengig av å vite hvilke prinsipper eller idealer vi skal etterstrebe, dvs. vi må kjenne målene.

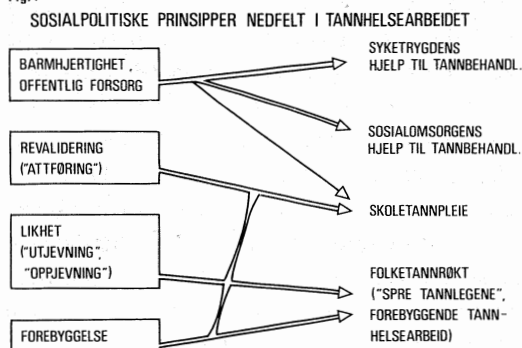
Sosialpolitiske idéer og mål — Utformingen av tiltak på tannhelsesektoren er påvirket av de samme sosialpolitiske grunnidéer som regulerer sosialpolitikken forøvrig. Da det i begynnelsen av vårt århundre ble igangsatt skoletannpleie, særlig i form av blodig sanering, var motivet i utgangspunktet først og fremst å *avhjelpe smerte og nød*. Tiltaket fikk stundom anstrøk av offentlig og nødtørfdig forsorg. Enda klarere kom dette frem da vi fikk bestemmelse i syketrygden om refusjon ved tannuttrekning, vel å merke, såfremt ikke tennene ble trukket i den hensikt å la dem erstatte med protese. Sosialomsorgens hjemmel og begrunnelse for å gi støtte til tannbehandling kan fortsatt sies å være delvis preget av offentlig forsorg (Figur 1).

I skoletannpleien ble det snart vanlig å legge vekt på reparasjon av tannskader, fylling av kariøse tenner ble den overveiende behandlingstype. Syketrygden støttet imidlertid ikke, og støtter fortsatt ikke slik «luksus». (Når sant skal sies bidro tannlegene selv sammen med flere andre, til at vi ikke fikk en almen refusjonsordning allerede for 60 år tilbake.) Begrunnelsen for skoletannpleiens utstrakte restaurering, spesielt av 6-årsjeksler, har vært å hjelpe barnas tannsett tilbake til normal eller tilpasset funksjon, og trolig fikk

begrunnelsen så sterk gjennomslagskraft fordi den stemte med eller var sprunget ut av et toneangivende prinsipp i nyere sosiallovgivning: *revalidering*. Skoletannpleien skulle dessuten være en *rettighet for alle* (riktignok så godt som bare for bybarn i de første 30 år), systemet skulle bidra til *likhet* ved å jevne ut skillelinjer som fantes i form av ulik mulighet for behandling. Altså nok et alment prinsipp som i politisk språkbruk blir omtalt med ordene «*utjevning og oppjevning*» alt etter hvilket parti som bruker det.

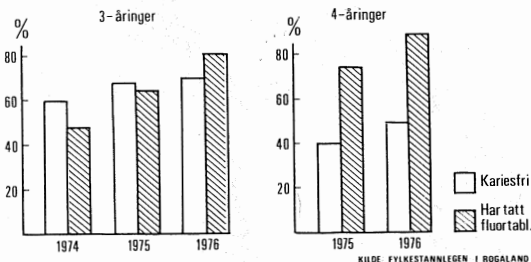
Enda klarere enn bak skoletannpleien ligger likhetsbetraktninger bak Lov om folketannrøkt. Den hadde nemlig den klare hensikt «å spre tannlegene». Det var rene ord for pengene i en tid da landets relativt få tannleger var ekstremt geografisk skjevfordelt. En annen klar formulert hensikt med folketannrøkta var å drive forebyggelse, nok en overføring og tilpasning, denne gang av det selvfølgelig, men litt enfoldige etterkrigsideal: «It's better to prevent than to cure.» Vi kan lett komme i skade for å overse at forebyggende helsearbeid i vid forstand berører også andre enn faglige og tekniske spørsmål; slik virksomhet er sterkt avhengig av generelle forhold i samfunnet så som bo- og arbeidsforhold, miljø og kultur. I tannpleien er det sjelden at vi er avhengig av å arbeide innenfor så ladede spenningsfelter, men vi har jo for såvidt gjennom fluordebatten merket hva som kan skje når vi i profylaksearbeidet stikker hodet for langt ut av den standsmessige hule. Noen av oss nekter å akseptere at vannfluoridering har andre sider enn de teknisk-faglige, men de fleste trekker seg pent tilbake til hulen i pakt med salmen vi lærte på søndagsskolen: «Hør hvor det stormer derute, her er det fredfylt og tyst.» Profylakse-arbeid på makro-plan kan oppfattes som overtramp, stundom kanskje også med rette.

Fig. 1



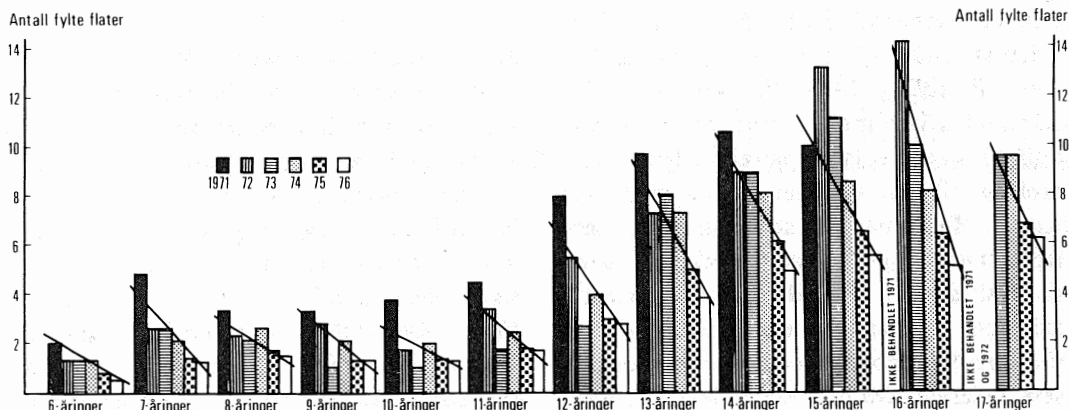
Situasjonen blant barn og ungdom — I hvilken grad har vi gjennom tiltak som folketannrøkt, skoletannpleie og støtteordninger klart å realisere de idéer og mål som må antas å ligge bak regelverket? La oss starte der vi slapp, med forebyggelsen. Det er i dag ikke tvil om at tannhelsen generelt i Norge har bedret seg i løpet av de senere år. Rapporter fra tannleger både i privat og i offentlig praksis er så godt som entydige på dette punkt: Kariestilveksten har avtatt og likeledes behandlingstiden pr. pasient. Spesielt gledelig synes utviklingen å være blant barn og ungdom. For få år tilbake ble tannhelsen hos småbarn ansett for å være et hovedproblem som burde ha høyeste prioritet ved utformingen av nye hjelpetiltak. Opplysninger fra ulike steder i landet tyder på en endret situasjon blant småbarn flest selv om det fortsatt er variasjoner distriktene imellom. Stolpediagrammet på Figur 2 er hentet fra Stavanger og viser hvordan andelen av kariesfrie 3- og 4-åringer har øket i takt med bruken av fluor-tabletter (Figur 2). En betydelig datamengde

Fig. 2
PROSENTANDEL KARIESFRI 3- OG 4- ÅRINGER I STAVANGER
SAMMENHOLDT MED ANDEL SOM HAR TATT FLUORTABLETTER



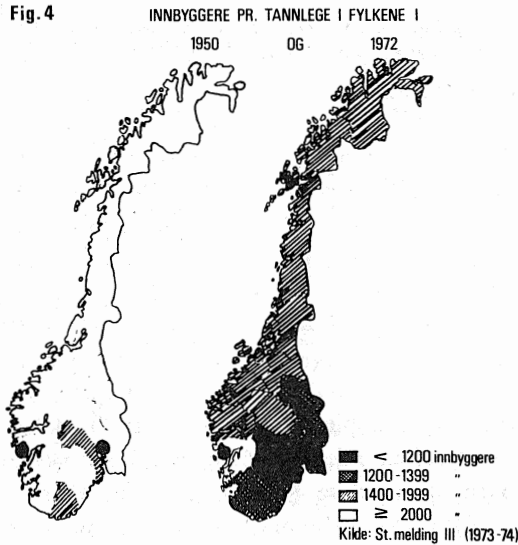
fra skoletannpleie og folketannrøkt dokumenterer en tydelig bedring også blant skolebarn og ungdom (Birkeland 1975, Bærum 1976). F.eks. i Harstad tannrøkt-distrikt med over 3000 pasienter i alderen 6—17 år har det gjennomsnittlige antall fylte flater pr. barn sunket jevnt fra 6,1 i 1971 til 2,8 i 1976, disse tallene synes forøvrig å ligge nokså nær tallene for landet under ett. Nå skal man imidlertid være oppmerksom på at en nedgang i antall fylte flater ikke nødvendigvis betyr en tilsvarende bedring av tannhelsen

Fig. 3
HARSTAD TANNRØKTDISTRIKT. ANTALL FYLTE FLATER I PERMANENTE TENNER 1971-1976 (gjennomsnittstall)



Kilde: Overtannlegen i Harstad

Fig. 4



generelt. Vi må allikevel anta at den klare tendens på landsplan er en utvetydig indikasjon på utviklingen. Når vi deler inn tallmaterialet fra Harstad etter årsgrupper for å se om det er bedring på alle alderstrinn, vil vi se at så er tilfelle (Figur 3). Bedringen startet engang på 60-tallet blant 6- og 7-åringer, og den ser nå ut til å ha nådd tenåringene. I de eldste årskull har antallet fylte flater gått betydelig ned i de siste år.

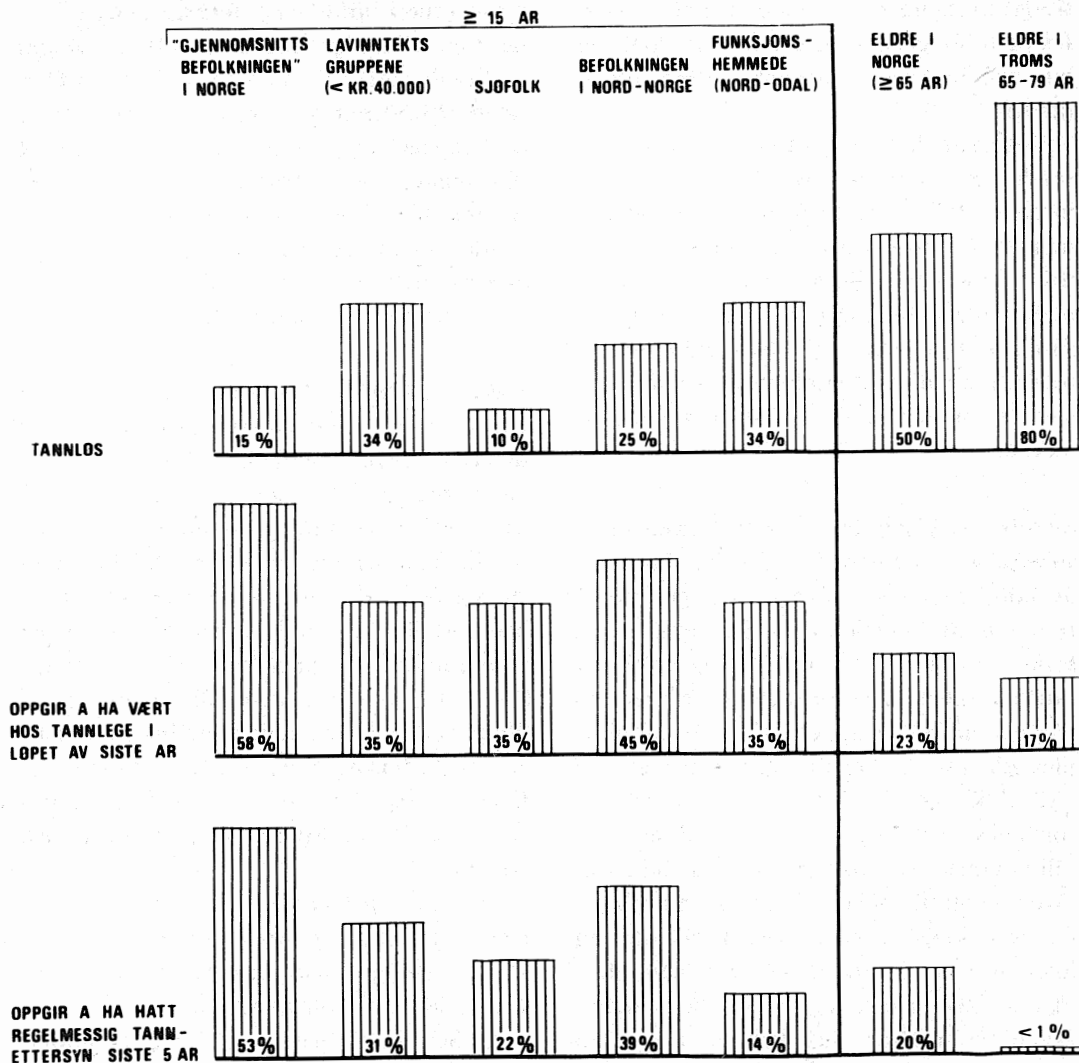
Forebyggelse og tannlegespredning — Vi må anta at hovedårsaken til bedringen er å finne i den stigende vekt som er lagt på forebyggelse (Birkelang 1975, Haugejorden 1977). Når det har vært mulig for primærprofylaksen å slå til, så er det langt på vei fordi man etter årelangt slit har kommet ovenpå med saneringen. Tannpine, tannbyll og nedkarierte fronttenner utgjorde mange steder for, la oss si 10 år tilbake, en nød som primært måtte avhjelpest før man kunne vie sin arbeidskraft til storstilt forebyggelse. Suksess avler suksess, heter det. Mindre behandling på enkelte grupper gir mulighet for å inkludere nye i

klientellet, og denne omstendighet har i mange distrikter blitt småbarntannpleiens redning. Jevnlig og systematisk bruk av fluorider i form av skyllemiddel, pussemiddel og tannkrem har, i tillegg til regelmessig kontroll, trolig vært de mest virksomme bidragsytere til suksessen. Muligens har også andre betydningsfulle årsaksfaktorer bidratt uten at vi i dag har full oversikt over spredningsmønstre og mekanismer.

Lovverkets ideal om forebyggelse har vi startet realiseringen av, men mye er fortsatt ugjort. Spesielt gjelder dette den såkalte «aktive» profylakse og tiltak for utsatte befolkningsgrupper. Når det gjelder lovgivernes ideal om revalidering har vi i dag kommet langt i form av restaurering og rehabilitering av tyggefunksjon — vel og merke — blant «folk flest» og blant dem som er «i sine beste år». Lov om folketannrøkt har i tråd med sin hovedhensikt bidratt til at hele landet har fått en betydelig bedre tannlegedekning enn man hadde før 1950 (Figur 4). Vi skal imidlertid være oppmerksom på at de fylker som var de tannlegetetteste før loven trådte i kraft, fortsatt er på topp. I stedet for å si at loven har maktet å «spre tannlegene», må det være et riktigere bilde at behandlingstilbudene i distriktene er «oppjustert».

Situasjonen blant voksne — Vi har hittil sett på den aktuelle situasjon blant de unge i relasjon til de mer eller mindre veldefinerte målsettinger. Hvordan er så situasjonen i den voksne befolkning, har fremgangen vært like betydelig her? Spørsmålet er vanskeligere å besvare fordi vi her savner systematiske oversikter, og fordi bildet trolig er mer nyansert. Vi er allikevel ikke helt uten holdepunkter, selv om vi må nøye oss med relativt grove anslag som f.eks. intervjuopplysninger kan gi. I det følgende vil jeg søke å belyse situasjonen

Fig. 5
ANDELER AV ULIKE BEFOLKNINGSGRUPPER ETTER TANNLØSHET OG
TANNLEGESØKNING (ujusterte prosentall)



ved hjelp av tre datasett som trolig indikerer omfang og type av behandlingsbehov. Disse datasettene angir tannløshet, tidspunkt for siste tannlegebesøk og regularitet i besøkene de siste 5 år (Figur 5).

Ved intervjuopplysninger samlet inn i 1975 fra et representativt utvalg av voksne nord-

menn oppga 15 % å være tannløse, 58 % sa at de hadde vært hos tannlege i løpet av det siste år, og 53 % sa at de hadde hatt regelmessig, dvs. minst årlig tannlegettersyn de siste 5 år. (Disse datasett er angitt ved de tre første stolpene på Figur 5.) Visse unøyaktigheter må vi regne med, spesielt når det gjelder hukom-

melse angående tannlegesøkningen over en 5-årsperiode, antagelig er den noe *for god* (Heløe & Tronstad 1975). Men et tilsvarende slingringsmonn bør vi også innrømme data fra de neste gruppene, slik at forholdet mellom dem allikevel skulle være noenlunde pålitelige.

Det neste datasett på Figur 5 angir tilsvarende andeler for personer med relativt lav inntekt i 1975, dvs. under 40000 kr. Riktignok er lavinntektsgruppen gjennomgående noe eldre enn gjennomsnittsbefolkningen, men andelsdifferensen er likevel betydelig selv om vi justerer for aldersforskjellen. Informasjon om tannhelseforhold er trolig fortsatt en av de sikreste indikatorer på sosial ulikhet.

Sjøfolk — Nylig forelå resultater fra en undersøkelse som er foretatt av Ole W. Sandbekk av tannhelsen og tannlegesøkningen hos et representativt utvalg av norske sjømenn. (Et sammendrag er nå under trykning.) 10% var tannløse (gjennomsnittsalderen var lavere enn i «gjennomsnittsgruppen» i første datasett), men allikevel lå behandlingssvanene et godt stykke tilbake (Figur 5 tredje datasett), noe som i neste omgang lett kan føre til raskt forfall i tannstatus. For sjøfolkene var ikke dårlig økonomi tilsynelatende noe stort problem. De fleste klaget derimot over at det var henimot uråd å få forsvarlig tannbehandling i utenlandske havner, og det var få av mannskapene som hadde fast kontakt med tannlege hjemme. Mange så det derfor som nødvendig at det ble obligatorisk «tannsjekk», som det ble kalt, med mulighet for behandling i forbindelse med utmønstring i Norge.

Regionale forskjeller — En velkjent klisjé går ut på at nordlendinger har dårlige tenner, og en annen på at gebisset tidligere var den van-

ligste konfirmasjonsgave i bygde-Norge. Slik er gudskjelov ikke situasjonen i dag. Allikevel kan det neppe være tvil om at tannhelsen hos voksne i Nord-Norge fortsatt henger etter det som er vanlig landet sett under ett (Figur 5, fjerde datasett). Funn fra andre undersøkelser innenfor ulike grupper synes også å underbygge dette (Heløe 1976, Norheim & Valderhaug 1977). Andre funn viser at tannlegesøkningen og tannstatus er dårligere i bygdebefolkningen enn i bybefolkningen (Johansen 1970, Heløe & Heløe 1975, Heløe & Tronstad 1975, Heløe & Valderhaug 1975).

Funksjonshemmede — I løpet av de siste år har det vært stigende forståelse for at det må utvikles bedre behandlingstilbud for ulike kategorier av funksjonshemmede. Den verbale velvilje har fulgt i kjølvannet av en betydelig datamengde som etter hvert har samlet seg opp og som dokumenterer at tannhelseforholdene i de fleste handicap-grupper er mildt sagt nedslående. Svaton & Heløe (1975) har påvist mangelfulle behandlingstilbud ved små og middelstore institusjoner i åndssvakeomsorgen og Jacobsen, Gjermo & Heløe (1976) har rapportert om slett tannhelse hos langtidspasienter i et psykiatrisk sykehus.

Storhaug og Fonnelop er for tiden i gang med omfattende undersøkelser som tar sikte på å kartlegge behandlingsbehov blant ulike kategorier av funksjonshemmede, spesielt barn. Selv foresto jeg for 5 år siden en undersøkelse blant alle hjemmeværende funksjonshemmede i alderen 20—60 år bosatt i Nord-Odal kommune (Heløe 1974). Som det fremgår av det femte datasett på Figur 5 var 34% tannløse, 35% hadde vært hos tannlege siste år, men bare 14% hadde hatt regelmessig ettersyn. Da det ble gitt tilbud om sterkt subsidiert tannbehandling benyttet imidlertid

80 % seg av det. *Fylkestannlegen i Hordaland* tok for et par år siden initiativ til en kartlegging av tannstatus og behandlingstilbud blant institusjonsklientell i Hordaland og i år (1977) gjennomførte kandidatene ved Videreutdannelsen i samfunnsodontologi med støtte fra Helsedirektoratet en behovsundersøkelse blant langtidspasienter i Aust-Agder fylke. Riktignok har langtidspasientene ved våre institusjoner rett til fri tannbehandling finansiert av Folketrygden, men det er grunn til å tro at denne retten bare blir benyttet i beskjeden grad.

De eldre — Høsten 1976 behandlet Stortinget St.melding nr. 22 (1975—76): Om de eldre i samfunnet. Enigheten var stor om at noe må gjøres for å bedre de eldres mulighet for tannbehandling. I fylkene, spesielt i Nord-Norge, skjer politisk tautrekking om hvordan tilbudene skal utformes, dvs. hvem som skal ta hånd om dem. At behovet for tiltak er stort, er ikke tvilsomt. Intervjuopplysninger tyder på at halvparten av den totale eldre befolkning i Norge (fra 65 år og derover) er tannløs. Snaut fjerdeparten har vært til behandling siste året og femteparten regelmessig de siste år. (Figur 5, nest siste datasett). Våren 1976 foretok kandidater ved Videreutdannelsen i samfunnsodontologi en undersøkelse av tannhelsen hos et representativt utvalg av eldre i Troms (Figur 5, siste datasett). Som det fremgår, kom disse eldre vesentlig dårligere ut enn landsgjennomsnittet: 4 av 5 var tannløse og mindre enn 1 % hadde gått regelmessig til tannbehandling. Dertil kan føyes at 43 % trengte nye plateproteser i en eller begge kjever, ifølge de faglige behovskriterier som ble lagt til grunn (*Heløe* 1976).

«Subjektivt behov» og «latent etterspørsel» — Innledningsvis diskuterte jeg begrepet behov og de ulike betydninger det kan tillegges. For fullstendighetens skyld må det suppleres med begrepet «subjektivt behov» som angir det som pasientene selv mener at de trenger av behandling. Og *det* kan divergere betydelig fra det «objektive» behov, som vi fagfolk mener er til stede, særlig blant eldre personer.

Nå er det en god regel for helsearbeidere, og det burde det også være for politikere, at man ikke skal reise rundt i landet å overbevise folk om hvor dårlig det står til med dem, med mindre man har et konkret tilbud å fremsette. Selvsagt bør og skal man ikke fallby tannlegetjenester til personer som ikke er interessert. Vi bør imidlertid være klar over at når det «subjektive» behov særlig blant eldre, men også i andre befolkningsgrupper stundom er lavt, så er dette delvis fordi mange misoppfatter og tror at tannhelseproblemer er en nødvendig ledsager til aldringen.

Det er all grunn for å tro at ved å forbedre behandlingstilbudet for disse gruppene, f.eks. i form av programmer og refusjonsordninger, vil en stigende andel søke behandling, dvs. man vil utløse en «latent etterspørsel». Et forhold som kan bidra til denne utviklingen er at pensjonistgenerasjonen om en del år vil bestå av personer som selv har gjennomgått skole- og ungdomstannpleie med den effekt som derav kan forventes på tannstatus og besøksvaner. Tannpleie for eldre — gerodontologi — vil kunne bli et betydningsfullt fagområde, som bl.a. vil kreve innsikt i tverrfaglig samarbeid. I optimismen over forebyggelsens landevinninger har vi i det hele lett for å glemme det fenomen som i medisinen gjerne betegnes «skifte i sykdomspanorama». Nye sykdommer eller problemer kan erstatte gamle. F.eks. synes psykosomatiske problemer, herunder også diffuse ansiktssmerter og

kjeveleddsbesvær etter hvert å legge beslag på en stigende andel av almenpraktikerens arbeidsdag.

Prognostiske betraktninger — Det finnes også forskere som mener at den avtagende kariesbølge om noen år kan bli avløst av en tiltagende. Men foreløpig må slike påstander betraktes som spekulasjoner på linje med dem vi støter på når det gjelder fremtidige metoder og midler i profylaksen. *Fluoridene* utgjør vårt beste kariesprofylaktikum i dag, og bruken av dem blir stadig vanligere. Det politiske grunnlag for vannfluoridering er imidlertid foreløpig neppe til stede. Av *antibakterielle midler* har klorhexidinet hittil vært det mest lovende uten påviselige generelle bivirkninger, men med sjenerende lokal misfarging. Muligheten er til stede for at man i løpet av de kommende 10 år vil kunne finne en antibakteriell væske med klorhexidins gode egenskaper, men uten dets dårlige. Kombinerte programmer med *profesjonell systematisk tannrengjøring* etter Karlstadmodellen er et tredje felt som muligvis kan gi gevinst. Flere forskere har vært inne på tanken å utvikle *nye og bedre apparater* som pasienten selv kan betjene, f.eks. ultralyd som virker gjennom kjemisk væske. Nye *fødemidler* har vært lansert, finnene *Mäkinen* og *Scheinin* har vakt oppsikt med forsøk med xylitol (bjørkesukker) som nå markedsføres som erstatning for vanlig husholdningssukker. Vi ser også at bruk av sukkerfrie slikkier og tyggegummi blir stadig mer utbredt. Og til *slutt*, muligheten for å utvikle en *kariesvaksine* kan ikke utelukkes, selv om de fleste meningsberettigede foreløpig anser sjansen for å være liten.

Endring av behovsprofil — Tannlegesøknin-gen har tiltatt tydelig i Norge i de senere år. Etter alt å dømme er også behandlingspanoramaet i ferd med å endre seg med større vektlegging på kontroll og forebyggende behandlingstyper. Økning av det forebyggende tannhelsearbeid vil ventelig senke det totale behandlingsbehov en del, men om dette rår det uenighet. En annen virkning vil som nevnt være forskyvning mellom de arbeidstyper som etterspørres. I USA har det vært antatt at den totale etterspørsel etter tannbehandling foreløpig kan ventes å øke som følge av forebyggende arbeid fordi flere mennesker beholder tennene lenger. I vårt land må vi regne at behovet f.eks. for ekstraksjoner og plateproteser vil anta i årene fremover. Til gjengjeld kan det tenkes at vanskelighetsgraden ved disse arbeidsoperasjoner vil øke, — noe som i så fall vil påkalle bedre spesialistservice. Et forhold som kan bidra til dette, er at tannleger flest etter hvert får mindre erfaring med «blood and vulvanite dentistry». Under intervjuer i 1975 med et representativt utvalg av norske tannleger kom det således frem at mange av de yngre savnet erfaring med slike arbeidsoperasjoner og foretrakk å henvise pasientene. Andre pekte imidlertid på at tannlegevirksomheten ble fattigere ved avskalling av almenpraktikerens ansvar.

Ifølge erfaringer som er høstet under et internordisk forskningsprosjekt som omhandler befolkningens kunnskaper om og holdninger til tannhelse (*Heløe, Nygaard-Østby og Kjærheim 1977*), synes motiveringen for å opprettholde en god tannhelse jevnt over å være til stede blant yngre og middelaldrende, eller den vil trolig etter hvert bli relativt lett å opparbeide. Interessen for munnhygiene bør neppe betraktes isolert. Det er tegn som tyder på at pene tenner er en av flere verdier som moderne mennesker etter-

streber. Andre ideelle verdier er f.eks. renslighet, slankhet, brun ansiktsfarge, — kort sagt: ungdom og helse. Antagelig er den yngre generasjon jevnt over mottakelig for informasjon, flere av de intervjuede etterlyste tannlegen som en slags «folkeopplyser», — altså et virkefelt som hittil har vært lavprioritert.

Personellmessige konsekvenser — Antallet tannleger har steget i Norge i de senere år, slik at vi pr. i dag har anslagsvis 3500 yrkesaktive tannleger, dvs. ca. 1 160 innbyggere pr. yrkesaktiv tannlege. Tannlegetettheten i Sverige og Norge er internasjonalt sett på topp, men med den betydningsfulle forskjell at svenskene har Tandvårdsförsäkringen som støtpute mellom behov og etterspørsel. Vi er kommet i den situasjon at Norge har en liten, muligens midlertidig, eksport av tannleger. Samtidig er det et betydelig akkumulert behov for behandling innenfor enkelte befolkningsgrupper, et skjevforhold som påkaller initiativ både for helsemyndighetene og lære-institusjonene. Andre kategorier av tannhelsepersonell er relativt fåtallige sammenliknet med f.eks. USA. Det er anslagsvis 700 tannteknikere i Norge i dag, 3500 yrkesaktive klinikkassistenter (gjennomsnittlig én pr. tannlege), og 60—70 tannpleiere. Fra flere hold har det vært pekt på at tannhelsetjenesten er «overtung» i den forstand at den bruker vel mange tannleger i forhold til andre personellgrupper. Allikevel bør vi neppe ha overdrevne forestillinger om de økonomiske muligheter som foreligger for å knytte f.eks. kvinnelig hjelpepersonell til tannhelsetjenesten (man savner forslag om mannlig hjelpepersonell): Mange sektorer innen samfunnet, spesielt helse- og sosialtjenestene har så omfattende ønskemål at de åpenbart ikke kan etterkommes med mindre annen eller tredje

hver arbeidsfør kvinne blir sysselsatt i sosialt eller helsemessig arbeid. Det bør også nevnes at det kan ligge et dilemma i at tannpleien, spesielt den private sektor, i «fete år» knytter til seg hjelpepersonell. I «de magre» år kan de bli salderingsposten, sim er henvist til å løse sine problemer ved å flytte dem fra arbeids- til ekteskapsmarkedet.

Organisasjonsformer — Det kan imidlertid ikke være tvil om at endring av behovsprofilen med større vekt på primærprofylakse innebærer at vi bør revurdere relasjonene mellom personellkategoriene. I en omfattende behovsutredning som nå pågår i Sverige anslår man således at tannpleiernes andel av det totale tannpleiepersonell om 10—15 år vil ha steget til anslagsvis 7% (mot ca. 1% i dag). På enkelte felter kan trolig arbeidsoppgaver og yrkesroller endres slik at begrepet «tannhelseteam» omsider gir mening. Endring av behovsprofilen innebærer et «engangstilbud» til å etablere nye organisasjonsformer i tannpleien. Dersom denne mulighet ikke gripes, vil foreldede oppskrifter kunne bli brukt til å løse nye oppgaver. Et annet aspekt utgjøres av de samarbeidsproblemer som ligger innebygget i organisert samvirke, og forsåvidt også i de nye stordistrikter i folketannrøkta som har tilknyttet mye personell. Det kan vise seg nødvendig å finne nye styringsformer, f.eks. ved at distriktene blir mere autonome og ved at personellet i større grad deltar i beslutninger.

Sammenfatning — Vi er i store trekk i ferd med å realisere flere av de mål som ligger bak livgivningen i tannhelsesektoren. Særlig har det lyktes i å slå tilbake kariesangrepene på bred front blant barn og ungdom. Slaget er på langt nær over, fronten kan bare holdes gjennom stadig og systematisk arbeid. Vi be-

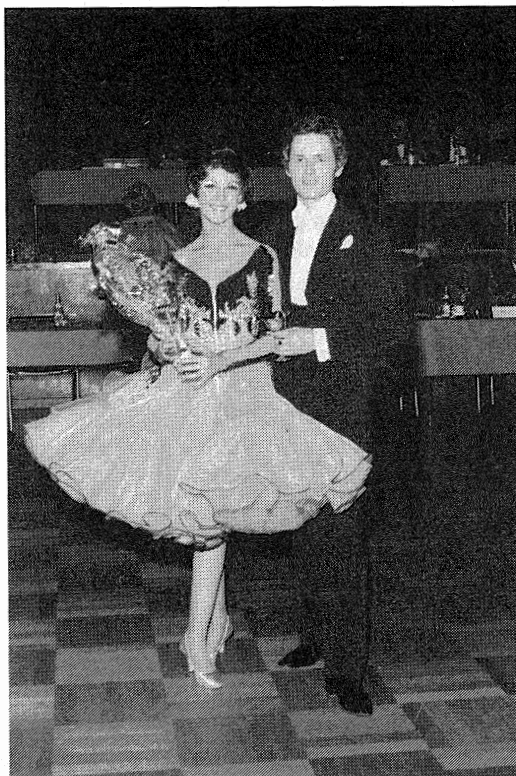
gynner imidlertid å skimte en fremtid hvor forekomsten av tannråte trolig vil være minimal hos de unge. Men ikke alle idealer bak lovgivningen er realisert. I bestrebelsen på å heve gjennomsnittsstandarden har vi satset sterkest på de grupper som har vært lettest å nå og der gevinsten kunne forventes å bli størst. Vi har, billedlig talt, satt garnet midt i stimen og lite eller ingenting gjort for dem som gikk utenfor. Funksjonshemmede, eldre, lavinntektsfamilier og sjøfolk er eksempler på grupper som henger etter. De er av forskjellige grunner vanskeligere å nå enn ungdom og jevnt vellykkede gjennomsnittsmennesker. Behovet for reform ligger først og fremst i å lovfeste tiltak som tar direkte sikte på å utrydde den odontologiske nød som fortsatt eksisterer. Men dette forutsetter også at tannlegene er villige til å ta i bruk nye arbeidsformer, kanskje ulike slags oppsøkende virksomhet. Dagens tannleger er neppe mentalt eller praktisk forberedt på slikt «offensivt» tannhelsearbeid: i dette ligger en utfordring såvel til tannhelsetjenesten som til grunn- og etterutdannelsen.

LITTERATUR:

- Birkeland, J. M.* 1975: Verdensrekorden og vår tannhelse i går, i dag og i morgen. Norske Tannlægeforen. Tid. 85: 244—245.
- Bærum, P.* 1976: *Dental health services in Norway.* Helsedirektoratet, Oslo, s. 9.
- Haugejorden, O.* 1977: Omfanget av systematisk lokal fluorbehandling i skoletannpleien i 1973/74 og i folketannrøkta i 1974. Norske Tannlægeforen. Tid. 87: 160—166.
- Heløe, L. A.* 1974: A socio-dental study in a disadvantaged, rural population. Norske Tannlægeforen. Tid. 84: 178—183.
- Heløe, L. A.* (red.) 1976: *Tannhelsen hos eldre i Troms.* Institutt for samfunnsodontologi, Oslo.
- Heløe, L. A. & Heløe, B.* 1975: En sammenligning av betalende pasienter i privat praksis og i folketannrøkta — funn fra «Harstad-undersøkelsen 1974». Norske Tannlægeforen. Tid. 85: 296—303.
- Heløe, L. A., Nygaard-Østby, P. & Kjørheim, V.* 1977: «Tennene — ansiktet utad.» Synspunkter på tannhelse og tannleger fremkommet gjennom intervjuer. Norske Tannlægeforen. Tid. 87: 75—79.
- Heløe, L. A. & Tronstad, L.* 1975: The use of dental services among Norwegian adults in 1973. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 3: 120—125.
- Heløe, L. A. & Valderhaug, J.* 1975: Forekomst av tenner og plateproteser i den voksne befolkning i Norge i 1973. Norske Tannlægeforen. Tid. 85: 348—352.
- Jacobsen, S., Gjermo, P. & Heløe, L. A.* 1976: Tannforhold og behandlingsbehov i en gruppe psykiatriske pleiepasienter. *Nordisk Medicin* 91: 119—120.
- Johansen, J. R.* 1970: *A survey in Norway for causes of loss of permanent teeth and the number of teeth remaining after extraction.* Doktoravhandling. Stensil. Oslo.
- Norheim, P. & Valderhaug, J.* 1977: Frequency and distribution of complete dentures in a population in Northern Norway. I manuskript.
- Svartun, B. & Heløe, L. A.* 1975: Dental status and treatment needs among institutionalized mentally subnormal persons in Norway. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 3: 208—213.

Intervju med Erling Langset

I serien av glimrende odontologiske idrettsportretter har vi nå kommet til skolens mest verdensberømte ved siden av han dere vet på Blindern, Erling Langset fra Hønefoss.



TT: Hvordan kunne en gutt fra Hønefoss finne på å begynne med dans på internasjonalt toppnivå?

EL: Vel det begynte da jeg var ti år, men internasjonalt deltok vi ikke før i 72 da jeg kom hit til Oslo.

TT: Gratis kommer en vel ikke til slikt, men hvor mange timer bruker dere til å trene i uka?

EL: 10 timer fordelt på fem dager i uka, og i de helgene det er konkurranse sløyfer vi den ene dagen.

TT: Men lar det seg egentlig kombinere med et heldøgnsstudie som vårt?

EL: En får ta seg tid, og det går bedre å lese når jeg vet at jeg skal trene om kvelden, for da er jeg nødt til å bruke tiden effektivt.

TT: Hender det av og til at du angrer på at du har brukt så mye tid til denne hobbyen, det kan jo ikke bli tid til å sysle noe særlig med andre ting, har du forresten noen andre hobbyer?

EL: Nei, angrer gjør jeg ikke når jeg ser hva jeg har fått igjen, men andre hobbyer blir det ikke tid til lenger, men tidligere drev jeg med slalåm i tillegg.

TT: Hva synes du at du har fått igjen for all den tida som du har satset på dansingen?

EL: Ganske mye, har kommet meg ut, truffet mange nye venner, fått sett en del av verden, i det hele opplevd mye.

TT: Du hadde jo et års permisjon og er som undertegnede ny på kullet, har du følelsen av å være «ny gutt i klassen» eller liker du deg like godt på 3. året som blant de som er på 4.?

EL: Har ikke følelsen av å være «ny gutt i klassen» nå lenger, og liker meg omtrent like godt, selv om jeg ikke er blitt så godt kjent med så mange slik som en ble på Blindern.

TT: Har det hendt at noen av pasientene dine har visst at du var en lokal internasjonal kjendis?

EL: Har blitt gjenkjent, men de fleste kontordamene og instruktørene vet det og ser ut til å følge godt med.

TT: Danserne er blitt opptatt i idrettsforbundet, men oppfatter du selv dansingen som idrett, og i tilfelle hva er det som kreves for at man kan bli en toppdanser?

EL: Ja, så absolutt, og av en danser kreves det først og fremst pågangsmot, rytmesans, korodinasjonsevne og kroppsbeherskelse, men

iherdig trening er nødvendig for å bringe selv det største talentet til topps.

TT: Hva med framtiden, hva prioriterer du høgest, dansingen eller selve tannlegeutdannelsen, er ønsket å bli tannlege på heltid eller profesjonell danser?

EL: Tannlege, men ikke på heltid, men kombinert med en profesjonell tilværelse som instruktør for å holde det vedlike og som en mulig ekstrajobb.

TT: Rent økonomisk må det koste mye med all denne reisingen, får dere noe særlig støtte eller må dere spytte mange kroner i kassen selv?

EL: Tidligere måtte vi betale ganske mye, men etter at vi kom inn under idrettsforbundet har det blitt bedre, men mellom seks og ti tusen bruker jeg nok i året.

TT: Nå skal du ha fri i to uker, hva er det som står for døren da?

EL: Først åpent Britisk mesterskap som varer i 6 dager, så World Cup i Bremerhaven

17. mai og så tilbake til London for å danse VM i standarddanser.

TT: Har dere håp om noen bra plassering?

EL: Håper å bli blant de tolv beste blant 250 i Det åpne Britiske mesterskapet og finaleplass i VM og noe bedre i World Cup.

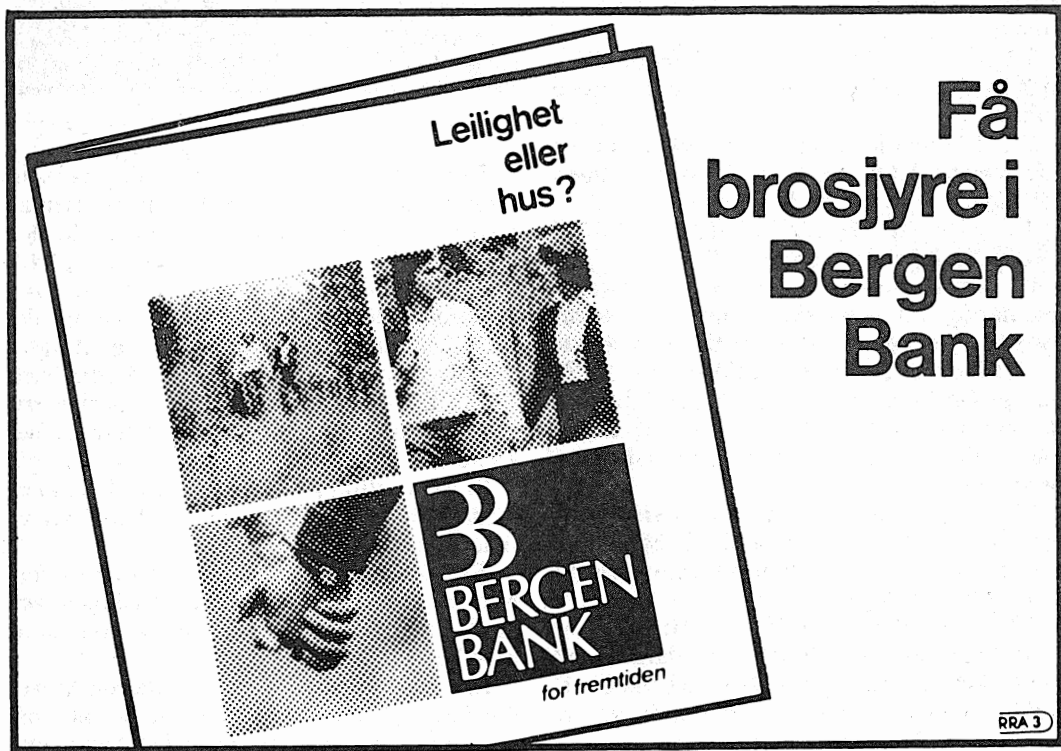
TT: Hvilke plasseringer er det som har glett mest?

EL: 8. plass i International i Albert Hall, tilsvarende åpent Britisk mesterskap, den rangerer høyest selv om vi har 7. plass i VM. Også det Norske mesterskapet i Standar og Tidans og 2. plass i Latin-Amerikanske og en 3. plass i E-Cup i 76.

TT: Merker du at folk oppfører seg annerledes overfor deg fordi du er internasjonal toppdanser?

EL: På Hønefoss kan jeg merke det, men her i Oslo gjør jeg det ikke.

TT: Vel vi synes at du har beholdt beina godt på jorda og ønsker dere lykke til i de kommende hektiske fjorten dager.



Leilighet
eller
hus?

B
BERGEN
BANK
for fremtiden

**Få
brosjyre i
Bergen
Bank**

RRA 3

HYPNOS

inom odontologin

Under tredje terminen blev vår kurs tillfrågad, om intresse för hypnos förelåg. Vi studerande skulle tjänstgöra såsom «försökskaniner» åt en grupp färdiga tandläkare. De skulle lära sig hypnosteknik samt när och varför det används, och vi var tre studerande inkluderande mig själv som anmälde sig som volontärer. För vår del omfattade kursen två dagar. Vi var rätt skeptiska och trodde det hela var litet humbug. Den inställningen försvann dock snabbt.

Instruktör var Tandläkare Gösta Winnberg. Med fast stämma förklarade han hur hypnos utföres enligt lege artis. Sedan tog kursdeltagarna över, varvid en del lyckades bra och andra mindre bra. Ögonlock lyckades slutas, armar och ben under trans lyftas samt mycket annat intressant hända.

Då många frågor om hypnos har ställts, tog jag kontakt med Tandläkare Winnberg för att efterhöra, om han var villig att skriftligen redogöra över ämnet hypnos. I följande artikel — HYPNOS INOM ODONTOLOGIN — omnämner han olika former av hypnos, olika djuphetsgrader, deras kännetecken, hypnosens berättigande samt dess uppgift m.m. Artikeln är indelad i två avsnitt:

1) Allmänt 2) Olika transstadier.

Slutligen skulle jag vilja rekommendera alla, som får chansen att närvara vid hypnos, att göra det och studera detta fenomen.

John Danin.

ALLMÄNT

Hypnotiska tillstånd var säkert kända av många äldre civilisationer. Att bota sjukdomar med patienter i trans ingick som led i många kulturers religiösa ritual, tex i det gamla Egypten, bland Nordamerikas indianer och bland inkas. Enstaka spår har alljämt bevarats i rituella danser och riter bland afrikanska, indiska, indonesiska och sydamerikanska folkslag. Plågsamma ceremonier och initiationsriter utfördes ofta i det extatiska tillstånd, som framkallas av vissa rytmiska danser. Därvid omvandlas medvetandet på ett sätt som påminner om det hypnotiska tillståndet. Troligen är det fråga om en viss smärtlindring, som gör intitiationsriterna lättare att uthärda.

Även vissa däggdjur kan försättas i ett tillstånd, som tyder på omvandlad uppmärksamhet. Exakt hur detta tillstånd förhåller sig till hypnosen är oklart. Vanligtvis använder man rytmiska stimuli och de yttre manifestationerna tycks bli desamme som hos en människa i hypersuggestibelt, dvs hypnotiskt tillstånd. Liknande resultat har man fått med fåglar — som i det klassiska experimentet med hönan och kritstrecktet — men också med reptiler och amfibier. Ormar, som hypnotiserar kaniner och andra djur, hör av gammalt hemma i den folkliga zoologin. Här är det inte fråga om hypnos utan om skrämsel, som leder til katalepsi. Sådant kan hända

även människor; man blir alldeles stel av skräck. Att få en kanin i ett tillstånd, som påminner om hypnos, är mycket lätt. Man lägger honom bara helt lugnt på rygg i sin ena hand och stryker honom sakta över magen med den andra!

Det förhållandet att också andra djur än människan kan försättas i ett tillstånd, som starkt påminner om trans, har anförts som bevis för att hypnos skulle vara en fysiologisk process. Många försök har gjorts att fundera ut neurologiska mekanismer, som kunde tänkas framkalla det hypnotiska tillståndet. Till stöd för sin uppfattning, att det är en fysiologisk process, har man pekat på hypnosens likhet med sömn och med betingade reflexer. Det är dock inte alls säkert, att de nyss nämnda fenomenen hos djur har något med hypnos att göra. Det kan lika gärna röra sig om hållningsreflexer eller om chocktillstånd. För Pavlov var sömn och hypnos manifestationer av en och samma hämningsprocess, successivt utsträckt till allt vidare regioner av cortex cerebri. Ryska forskare anser fortfarande, att hypnos och sömn är olika sidor av samma fenomen. Numera är dock många fakta kända, som direkt bestyrker att sömn och hypnos *inte* är besläktade.

Under sömnen sjunker blodtrycket och hjärtverksamheten avtar. Under hypnos *kan* visserligen hjärtverksamheten spontant avta men i regel är den densamma som i vaket tillstånd. Under hypnos kan både hjärtrytm och blodtryck ändras genom direkta suggestioner. Detta sker dock ej under sömn. Under det att ämnesomsättningen sjunker under sömnen, förblir den oförändrad under hypnos, såvida patienten inte får specifika suggestioner om detta. Urinutsöndringen minskar under sömn men inte under hypnos.

Ännu mer påfallande blir skillnaderna mellan de båda tillstånden, när man kommer till de neurologiska förändringarna. Under sömnen är skelettmuskulaturen avslappad och tonus nedsatt. Detta innebär, att alle djupreflexer bortfaller, t ex reflexerna i knän och fotleder. Under sömnen försvinner också den normala plantarreflexen (foten intar spetsställning, när man stryker t ex med en penna under fotsulan) och man kan få fram en Babinskireflex (utspärrade tår, särskilt

stortån dras uppåt) även hos personer med intakta motorneuron. Under hypnos är mel- lertid reflexerna desamma som i vaket tillstånd, också den normala platarreflexen, utom i de förbluffande fallen av regression till så tidig ålder att de ersätts med den för den åldern normala Babinskireflexen.

EEG vid hypnos är enligt somliga forskare identiskt med det, som förekommer i medvetet tillstånd. Andra forskare framhåller likheterna i EEG med det i sömntillståndet. Jag har en känsla av att oregelbundenheterna här liksom så ofta, när det gäller hypnotiska fenomen, bör förklaras med att fenomenen fördelar sig på olika individer. I detta speciella fall beror den komplicerande faktorn troligen på att det hypnotiska tillståndet och verklig sömn kan gå över i varandra. När ett EEG tas upp, är det ofta ovisst, om patienten all- tjämt är hypnotiserad eller kanske redan sover i vanlig ordning. Tänker man slutligen på att också sovande individer kan hypnotiseras och fås att reagera på suggestioner, inser man lätt varför denna fråga alltjämt är omstridd. Det beror helt säkert på det förhållandet, att de båda tillstånden kan övergå i varandra, att det råder så stor oklarhet rörande förhållan- det mellan hypnos och vanlig sömn. Av fy- siska eller psykiska orsaker kan hypnotise- rade spontant övergå till verklig sömn. I en sådan situation blir det plåtsligt dårlig kon- takt med patienten, fast han alltjämt *tycks* vara i djup trans. Hur det egentligen är fatt med honom, kan avslöjas genom en snark- ning. Ibland vaknar han med ett häftigt ryck.

Rent fysiskt brukar missödet bero på all- för stor trötthet. Psykologiskt kan orsaken vara, att patienten helst vill slippa utföra vissa suggestioner, som skrämmer honom, eller som strider mot hans etiska eller moraliska uppfattning. Har patienten redan överg^{tt} till normal sömn, är alla terapeutiska suggestio- ner naturligtvis verkningslösa. Han måste då väckas och hypnotiseras på nytt. Berodde övergången till sömntillståndet på att sug- gestionerna oroade honom eller stred mot hans etiska eller moraliska uppfattning, måste de antingen utelämnas eller formuleras om vid det nya transtillfället.

Hypnos kan övergå i vanlig sömn antingen på det sätt jag nyss nämnde eller också helt

spontant, om nämligen patienten kvarhållits för länge utan tillsyn i hypnotiskt tillstånd. Han vaknar då ur denna sömn av samma anledning som annars, nämligen därför att han inte längre är trött. Tidpunkten bestäms av trötthetsgraden. Det är således ingen risk för att en person, som blivit hypnotiserad och sedan lämnad åt sitt öde — genom hypnotisörens slarv eller genom hans fränfalle — kommer att förbli i trans under resten av sitt liv. De enstaka fall med en patient, som inte kan väckas ur hypnosens är av hysterisk natur och motivet är i de flesta fall sk sekundär sjukdomsvinst, dvs patienten har någon fördel av att inte vakna.

De allra flesta teorierna om hypnos är psykologiska och i de flesta ingår uppfattningen, att hypnos är ett tillstånd av mycket långt driven suggestibilitet. Eftersom det finns över hundra teorier om, vad hypnos är och eftersom dessa teorier ännu så länge inte är något annat än just teorier, går jag inte in på dem här. Jag vill bara nämna åtminstone en definition på det hypnotiska tillståndet, en definition, som även om den inte är uttömmande, likväl säger det essentiella: det hypnotiska tillståndet är ett på artificiellt sätt framkallat, temporärt omvandlat medvetenhetstillstånd, där vederbörandes suggestibilitet är starkt förhöjd.

Vilka faktorer underlättar övergången till det hypnotiska tillståndet? Alla faktorer som ökar vår suggestibilitet ökar samtidigt vår hypnotiska mottaglighet. Och omvänt: allt som undergräver patientens blinda tro på hypnotisören, minskar också utsikten till framgång. Naturligtvis finns det inte så litet av naiv idealisering i en relation mellan två människor, där den ena obetinget tror på allt, vad den andra säger. Är patienten dessutom ung, förstärks tendensen och induktionen går ännu mycket snabbare. Vad de individuella relationerna beträffar, så ökas alltid suggestibilitet, när vi möter folk med stor prestige. Prestigen kan bero på ålder, förmögenhet, uppfostran, social ställning, kunnande eller vad det nu kan vara, som imponerar mest på oss. Om hypnotisören intar denna gynnade ställning i förhållande till sin patient, underlättas hans arbete i hög grad. Han har då, vad man kallar ett högt prestigeindex.

Hypnos är en sammanfattande beteckning för ett antal olika transstadier, som kan bero på många skiftande faktorer. Hit hör de fysiologiska verkningarna av rytmiska och monotona ljud och andra sinnesintryck, inklusive den sensoriska utmattning, som blir följden. Vidare ingår betingade reflexer av olika slag. Slutligen finns det många psykiska faktorer, som ökar patientens naturliga suggestibilitet, främst kanske hans relation till hypnotisören. När detta intensivare tillstånd av suggestibilitet är nått, lyder patienten suggestionerna och går i trans. Patientens psykiska typ bör även uppmärksammas, när man avgör om han är hypnotiserbar och i så fall till vilken transkategori, han hör. Sambanden härvidlag är dock tills vidare långt ifrån klara. Man skulle tro, att patienter med god positiv överföring skulle vara goda transobjekt men detta stämmer inte alltid. Patienter som har kontaktsvårigheter och är benägna att isolera sig, kan däremot ledas fram till ett tillstånd av dissociation, som är en viktig del i vissa hypnotiska tillstånd.

OLIKA TRANSSTADIER

Hypnosens kan vara olika djup både vid olika tillfällen och hos olika människor. Man brukar skilja mellan sex olika hypnos- eller transdjup. Dessa övergår omärkligt i varandra och ibland kan det vara mycket svårt att säkert avgöra i vilket transstadium patienten befinner sig. För oss tandläkare är detta inte heller absolut nödvändigt.

De sex stadier som vi brukat indela hypnosens i är:

Det refraktära stadiet: Det är det stadium, där ingen påverkan sker. En del personer lämnar aldrig detta stadium; de kan med andra ord inte gå i hypnos.

Det hypnoidala stadiet, som endast är ett kort övergångsstadium till

Lätt trans (LT), vidare har vi

Medium trans (MT),

Djup trans (DT), som också kallas somnambult tillstånd och til sist

Fullständig trans, vilket är ett stuporliknande tillstånd, i vilket endast ett ytterst fåtal människor kan försättas.

Vilka är de olika stadiernas huvudsakliga kriterier?

Hypnoidala stadiet: begynnande avslappning, ögonlocksfladder, stängning av ögonen.

Lätt trans: ögonkatalepsi, katalepsi hos lemmarna, fullständig fysisk avslappning.

Medium trans: anestesi (ibland bara partiell, ibland total), personlighetsförändringar (känner sig lugn och trygg), enkla posthypnotiska suggestioner, muskelsinnesvillor (armen känns så lätt, att den utan viljepåverkan börjar sväva uppåt i luften).

Djup trans: förmåga att öppna ögonen utan att påverka transen, bisarra posthypnotiska suggestioner, positiva och negativa visuella hallucinationer, positiva och negativa hörselhallucinationer, fullständig anestesi, systematiserad posthypnotisk amnesi.

Beträffande graden av mottaglighet för hypnos hos olika individer har olika forskare kommit till olika resultat. Detta beror på sådana faktorer som skillnader i olika rasers påverkbarhet och på undersökarens prestigeindex, dvs hur högt eller lågt undersökarens förmåga att hypnotisera skattas av den, som skall hypnotiseras.

Engelskmannen Mason anger följande siffror för mottagligheten hos den europeiska befolkningen:

Refraktära stadiet 10 %

Lätt trans 35 %

Medium trans 35 %

Djup trans 20 %

Han sätter siffran 10 % för de refraktära. Härmed menar han, att det är 10 % av befolkningen, som inte kan hypnotiseras av samma hypnotisör. Får andra försöka med denna rest, kommer man till slut fram till att det bara är ung 1 %, som inte alls går i trans, vem som än försöker hypnotisera dem. Detta har fastställts vid en stor undersökning i London, där över 10000 personer undersöktes av ett stort antal hypnotisörer. Jag har tidigare nämnt orden posthypnotiska suggestioner. Med detta menar man suggestioner, som givits under det hypnotiska stadiet men som inte realiserar förrän i vaket tillstånd. Dessa suggestioner kan bara realiserar av dem, som går ned i medium eller djup trans. Exempel: «Nästa gång vi gör om det här, kommer Ni att somna mycket fortare och sova mycket dju-

pare än den här gången.» Bid nästa behandlingstillfälle, som då inte bör ligga längre bort i tiden än 2—3 dagar, går patienten mycket fortare ned i trans.

Inom odontologin används hypnos praktiskt taget enbart för att göra en tandvårdsrädd patient behandlingsbar och för att taga bort en förhöjd kräkningsreflex. Ibland används den även för att under pågående behandling hämma salivation och blödning från ett operationsår.

Alla förstår nog, hur skönt det känns för en tandläkare att få arbeta på en helt relaxerad patient, en patient som sitter stilla med huvudet, gapar när man ber honom om detta i stället för att snörpa ihop munnen och pressa kind och tunga mot tänderna och som inte avbryter behandlingen med ideliga skölningar och en massa uppehållande och onödigt prat. Den tid det tar, att försätta patienten i trans vinner man gott och väl tillbaka genom att man under hypnos kan arbeta mycket snabbare och ostördare än på en skrämmd och orolig människa.

Hypnosens fördelar inom odontologin kan sammanfattas sålunda:

1. Avslappningen ger ökas Kooperation mellan patient och tandläkare.
2. Elimination av sträck och oro. Detta är enl min mening den största fördelen med hypnos. Det låta transstadiet uppnås av 90 %. I detta stadium är patienten avslappad, samarbetsvillig och i varje fall rätt så trygg. Det mesta av skräcken är med andra ord borta. Arbetar man sedan smärtfritt på patienten, blir han också så småningom botad från sin tandvårds-skräck.
3. Smärtfrihet. Med hjälp av förbedövning kan man redan i lätt trans lägga en smärtfri, fullgod bedövning. I medium trans kan 20—35 % göras helt smärtokänsliga och 50—70 % får så pass stor smärtlindring, att man kan lägga en kemisk anestesi utan förbedövning. I MT är samarbetsviljan också mycket stor, varför behandlingen går snabbt. Det finns fall där lokalanestesi är kontraindicerad och då bör man naturligtvis försöka med behandling under hypnos.

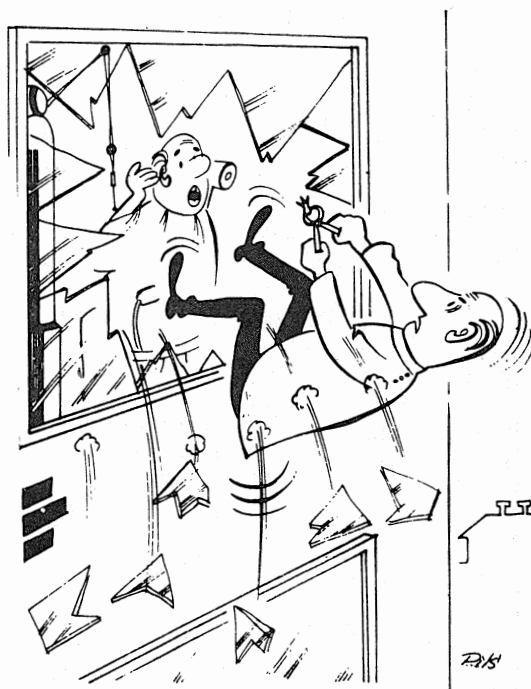
4. Tolerans av främmande kroppar i munnen, där en förhöjd kränkingsreflex föreligger. I svårare fall av förhöjd kränkingsreflex är hypnos det enda botemedlet.
5. Temporärt stoppande av salivationen. Det finns människor med mycket stark salivation. Särskilt vid fastsättande av stora broar i underkäken men även vid andra tillfällen, kan det vara omöjligt att på ett lege artis sätt utföra arbetet annat än under hypnos. I MT och i DT kan man få patienten helt torr i munnen. Det gäller dock, att efter det att det odontologiska arbetet är slutfört för den gången, återge patienten hans salivation!
6. Temporärt hämma blödningar. Vid parodontala operationer och operationer av retinerade visdomständer kan det under stundom vara mycket värdefullt att få arbeta blodfritt. Detta går att göra med patienten i DT. Här får man genom lämpliga suggestioner sätta igång en normal blödning igen, innan suturering göres.

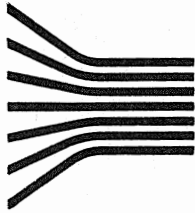
Rätt använd är hypnos en mycket värdefull metod även inom odontologin. Socialstyrelsen har dock uttryckligen bestämt att tandläkare *bara* får använda hypnos i samband med sin yrkesutövning. För att skydda oss själva mot obefogade anmärkningar eller beskyllningar skall man alltid ha en sköterska närvarande under hypnos. Det har nämligen hänt, att en patient beskyllt tandläkaren för otilbörligt beteende vid tandbehandling under hypnos men sköterskan, som hela tiden varit närvarande, har friat tandläkaren. Här kommer jag in på hypnosens huvudsakliga kontraindikation inom odontologin, nämligen användning på patienter av hysterisk läggning, som dessutom lätt får erotiskt färgade hallucinationer. Här är hypnos direkt kontraindicerad. Hur skall man dock veta något om detta, innan «olyckan» redan varit framme? Patienten lär inte vid en förfrågan besvara denna. Patienter, som visar tecken på hysteriskt beteende bör över huvud taget inte hypnotiseras av tandläkare. Detta kan resultera i att en latent hysteri bryter ut.

Till sist: förutom tidigare nämnda fördelar med hypnos som hjälpmedel inom odontologin vill jag framhålla, att den kräver ingen

apparatur och patienterna kan pigga och glada återgå till deras arbete omedelbart efter behandlingen. De sover också utmärkt nätterna efter en hypnos, speciellt om de fått posthypnotiska suggestioner om detta. Rätt utförd och under riktiga indikationer är hypnosen ett utomordentligt hjälpmedel för oss tandläkare i en tid, då jäktet och pressade yttre och inre förhållanden tycks frambringa allt fler kliniskt sett psykiskt insufficianta människor.

Gösta Winnberg
Odontologiska fakulteten, Stockholm





KFS Dentaldepot AS

**Gøteborggt. 38
Postboks 6607 - Rodeløkka
OSLO 5
3533 10**

FILIALER

STAVANGER
Arneageren 5
045/20804

BERGEN
Chr. Michelsensgt. 8
05/21 1338

TRONDHEIM
Dronningensgt. 23
075/23232

SERVICE KONTORER

BODØ
Arne Høydal
Stormoveien 5
8010 Bodø
081/21345

NARVIK
Johan Falck
Postboks 70
8520 Ankenesstrand
082/56547

TROMSØ
Gunnar Jensen
Postboks 780
083/89108

KRISTIANSAND
Martin Andersen
4600 Kristiansand
Kontakttelefon 042/30688

LARVIK
Herman Schäpers
Verningen 3270 Nanset
034/92610

**TRENGER DE SERVICE, VARER ELLER UTSTYR
KONTAKT OSS!**

Intervju med Torbjørn Stene

— (30), vit. ass., institutt for oral patologi, odontologisk fakultet

Etter en hyggelig prat i telefonen blir vi motatt med et bredt smil på hans kontor i 6. etg. odont. institutt på Blindern. Værs'go' sitt ned.

TT: Hvor kommer du fra?

TS: Jeg er ekte Tromdhemsgutt og tok artium på Katta.

TT: Hvordan mistet du så dialekten?

TS: Etter artium begynte jeg på Odont. Fak. i Bergen og gikk der i 1 år. Jeg ble lei av å være våt på beina, og flyttet over til Oslo, hvor jeg tok examen i -71.

TT: Hvor gikk så dine veier etter Tannlegehøyskolen.

TS: Etter examen leide jeg meg praksis for sommeren og startet umiddelbart opp. Om høsten fikk jeg jobb som instruktør på Mottaksstasjonen og denne jobben sto jeg i helt til sist jul.

TT: Gjorde du noe ved siden av?

TS: Jeg leste medisin 1. avd. og tok ex. våren -75. (Parentes bemerket: tar resten av studiet når tiden tillater det.)

TT: Hvordan kom du så bort i oral patologi?

TS: På Mottaksstasjonen fikk jeg en glimrende anledning til å få se en masse tilfeller innen oralpatologien. Dette øket min interesse så kraftig at jeg for to år siden søkte vit. ass.-stilling her på instituttet. Jeg fikk full stilling, som er av 3 års varighet, og nå har jeg 1 år igjen.

TT: Hva består ditt arbeide i her på «skolen».

TS: Jeg deltar aktivt i forskningsmiljøet her på instituttet, dessuten deltar jeg i undervisningen og jeg prøver så godt jeg kan å lære patologi.

TT: Vi vil gjerne vite litt mer om ditt spesielle felt i forskningen.

TS: Min del av den eksperimentelle forsk-

ningen går på undersøkelser av cytotoxikas virkning på rottetenner. Dette er videreføring av undersøkelser som Hanna Koppang startet opp. Disse cytotoxica som undersøkes er stoffer som benyttes i behandling av maligne svulster. De gis som injeksjon eller i tablettform.

Min interesse har i særdeleshet gått i retning av odontoblastene og virkningen av hemning eller stopp av en bestemt prosess i deres utvikling og livsforløp ∴ dentin-syntesen.

Men oralpatologi omfatter både slimhinner, spyttkjertler, kjeveben og tenner. Nettopp spyttkjertelpatologi har jeg syslet litt med. Jeg har gått gjennom spyttkjertelbiopsier innsendt siste 20 år og foretatt analyse av bl.a. svulstene til hjelp for klinikerne. Vi har bl.a. funnet ut at halvparten er maligne. Svulstene er meget aggressive og residiverer gjerne lokalt. Biopsimaterialet vårt omfatter vesentlig småkjertler, altså lite fra de 3 store spyttkjertler.

TT: Hvordan forløpet en vanlig dag?

TS: Foruten forskningen er det en 8—4-jobb med forelesninger og kursundervisning i tillegg. I år har jeg både generelt og oral patologi-kurs. Dessuten har jeg holdt noen spyttkjertel-forelesninger for 4. året som nettopp tok examen.

Det er i grunnen ganske greit å ha både gen. og oral pat. samtidig, fordi det egentlig er samme fag, men med tanndannende vev som et meget spesielt tillegg i oral pat.

TT: Hvordan er medarbeiderne på instituttet her?

TS: Vi har et *meget* fint miljø med hyggelige kolleger som dere alle har møtt. Stokke (prof.), Kjærheim (dosent), H. Koppang (prosentor), Solheim (amm.) og meg på bunnen som vit.ass.

TT: Hvilke planer har du når vit.ass.-stillingen løper ut?

TS: Jeg håper å kunne fortsette med oral patologi, men jeg savner pasientkontakten. Alt vi får her en biopsier. Vi ser aldri pasientene, og det er jo pasientene som er det primære. Man kunne altså ønske seg noe tilsvarende som Mottaksstasjonen. Men vi har et godt samarbeide med kirurgen, et forhold som kunne vært enda bedre hvis ikke det geografiske handikappet hadde eksistert. Alle andre avd. i Norden har klinisk tilslutning direkte.

TT: Hva gjør du i fritiden?

TS: Jeg har ingen problemer med å fylle ut min fritid. Jeg har kone, og en liten datter, Rebecca, på 4 år. Foruten familieliv driver jeg en del fotografering og har lab. selv. Sort-hvitt.

TT: Hvordan bor du?

TS: Vi bor i et hus som vi leier i Bærum. Det ligger nokså landlig til og vi har en deilig have. Jeg benytter anledningen til å jogge ca. 1 time hver dag og går mye på ski om vinteren.

TT: Vi studenter har hørt en historie om deg. I dine studiedager gikk du visstnok ganske shabby kledd, men da du fikk din første lønning, gikk den uavkortet til opp-dressing, en stil du senere har beholdt. Stemmer dette?

TS: Det stemmer nok til en viss grad. Da jeg begynte å tjene penger ble også klesstandarden langt bedre.

TT: Hvorfor går du alltid med engelske klær eller engelsk stil i klærne?

TS: Min kone er engelsk, og jeg kjøper mine klær når vi er over hos svigerforeldrene. Engelske klær er både billige og stilige.

TT: Hva er din kommentar til samarbeidet fagene imellom har på skolen?

TS: Oral patologi er muligens det videste felt innen oralodontologien. Jeg er ikke enig i den maksimeringen som finner sted av enkelte fag. Man må ikke tape av syne odontologien som en del av helsetjenesten, og vi må ikke miste helhetsbildet.

Vi overvurderer i stor grad betydningen av enkelte odontologiske felter, ja, kanskje odontologien som helhet. Medisin er for meg et langt viktigere felt.

TT: Ville du studert medisin hvis du tok artium i år?

TS: Ubetinget ja.

TT: Hvorfor valgte du da odontologien?

TS: Jeg skulle egentlig studere musikk. Spilte både piano og trompet. Ledet storband på Katta i Trondhjem. Vi opptrådte til og med i radio.

Men musiker var på den tid både risikofyllt og «dårlig». Jeg måtte finne et raskt og solid yrke og valgte odontologien. Håpet å drive musikken ved siden av. Dessverre ble det ikke mer musikk, det ble patologi.

TT: Hva slags musikk liker du?

TS: Jeg liker både klassisk og jazz/pop. Beethoven står høyt sammen med eldre barokkmusikk.

God popmusikk liker jeg også. Det vil si Beatles McCartney (Wings), Elton John, Chicago for å nevne noe.

Vi takker for praten og håper leserne etter dette kjenner Torbjørn Stene litt bedre enn bare det ellers så sympatiske møtet vi får med ham via patologiundervisningen.



NATURLÆGEMETODEN

(Almindelige Indvendinger besvarede)

1. «Vandbehandlingen (Naturlægemetoden) er for langsom ved farlige og heftige Sygdomme.»
Svar: Det er den hurtigste Metode til at helbrede enhver bekendt Sygdom med.
2. «Den er for haard for svagelige Personer!»
Sv.: Det er den mildeste Behandlingsmaade, som nogensinde er opfundet.
3. «Den er for omstændelig og giver for meget Arbejde.»
Sv.: Sundheden fortjener, at der arbejdes for den. Det er meget bekvemt at tage Medicin og meget let at dø. Nogle Draaber Blaasyre vil dræbe et Menneske i Løbet af fem Minuter, men mange Aars Arbejde ere maaske nødvendige for at genvinde Sundheden. Hvilken af disse to Ting vil et klogt Menneske vælge?
4. «Blege, svagelige og blodfattige Personer kan ikke taale koldt Vand.»
Sv.: De skal helle ikke bruge det. Saadanne Personer behøver varme eller lunkne Anvendelsesformer.
5. «Ved Hudsygdomme vil Anvendelsen af det kolde Vand trænge det daarlige Blod ind i de indre Organer.»
Sv.: Det er ikke Tilfældet. Det daarlige Blod stræber i Overensstemmelse med Naturen op imod Overfladen, og de kolde Anvendelser vil forøge denne Stræben, naar naturlig Varme er tilstede. Naar Blodet bliver trængt tilbage fra Overfladen, da skyldes det altid Blodtab eller giftige Lægemedler.
6. «Mange Personer har forsøgt de vaade Omslag til aabenbar Skade for dem selv, de opnaaede ingen Reaktion.»
Sv.: Meget sandt, men her værer den urigtige Behandling Skylden. Enten egnede de syge sig ikke for saadanne Anvendelser, eller Lægen, som har raadet dem dertil, har ikke forstaaet sin Kunst.
7. «Diæten — hovedsagelig vegetabilsk — er for daarlig og mager til at kunne passe til alle Konstitutioner.»
Sv.: Det er den mest nærende Diæt, som overhodet kan findes.
8. «Den udelukker The, Kaffe etc. som mange Mennesker slet ikke kan undvære.»
Sv.: Disse Drikke kan de ligesaa godt undvære, som andre Mennesker kan undvære Alkohol og Tobak. Vi fjerner alle Parringsmidler, fordi de ikke giver Kraft, men derimod tilintetgør den.
9. «Folk, som har levet efter dens Anordninger til deres Helbredelse, er tvungne til at fortsætte med denne Levemaade, dersom de ikke atter vil blive syge.»
Sv.: Det er også ganske i sin Orden. En forbedret Drukkenbolt kan kun vedblive at være ædru, saa længe som han ikke atter nyder berusende Drikke. Vort System sigter netop hen til at undgaa Ulydighed imod Naturens Love.
10. «Den berøver Folk mange gode Ting, som de er vant til.»
Sv.: Vanen er en daarlig Avtoritet for alt godt og ondt. Vort System forbyder ikke noget, som er virkelig godt, men modsætter sig alle daarlige Vaner og sygelige Lyster, den modsætter sig kort sagt alt, hvad der kan give Anledning til Sygdom.
11. «Den største Del af Lægerne misbilliger dette.»

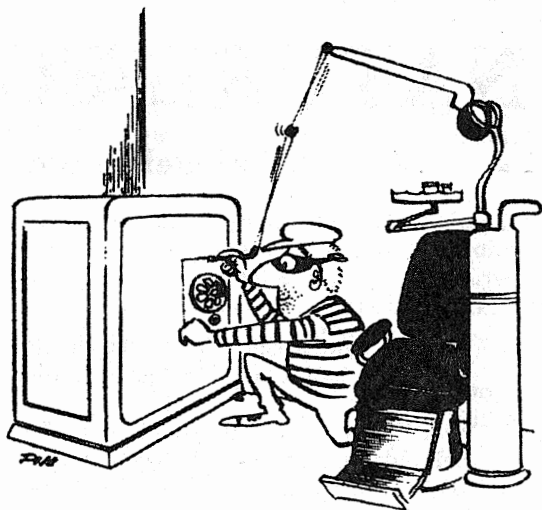
Sv.: Fordi det er Opposition imod dem. Den almindelige Brug af vort System vil være Medicinernes Fordærv.

12. «Mange Vandlæger forordner Medicin, andre forkaster den. Hvem skal dømme, naar Lægerne ikke selv er enige?»

Sv.: Man skal holde sig til de første Grundsætninger. Vort System er hygiejnisk, ikke medicinsk. Den, som giver Medicin er ingen sand Vandlæge, om han ogsaa gør nok saa meget Fordring derpaa.

13. «Hvorfor skal Lægerne, som er i Besiddelse af alle de Lærdomme, som deres Stand har bragt dem i de sidste tretusende Aar, ikke lige saa godt som De være i Stand til at bedømme Deres Systems Fortjenester?»

Sv.: Fordi de ikke beskæftiger sig dermed etc.



VIKING



DIAMANTINSTRUMENTER

leveres i følgende finhet: Grov-G
Regulær-R — Fin-F — Superfin-S.

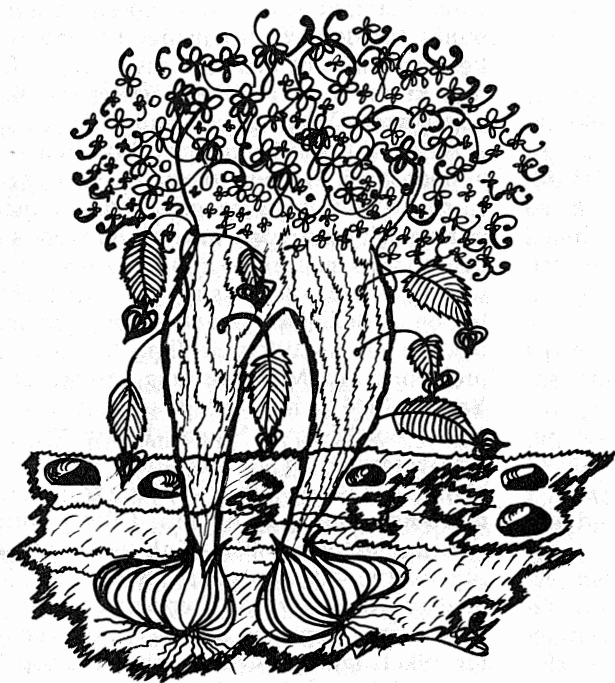
DENTAL-SLIPESTENER

i «Green Grit» og «White Grit» —
monterte og umonterte — leveres
foruten i «Regulær» finhet, også i
«Grov» og «Fin» på spesiell be-
stilling.

**HVERT «VIKING»-INSTRUMENT GARANTERES FRA FABRIKKEN
FØRES AV DENTALDEPOTENE**

TANNROT —

Dentaria bulbifera,
korsblomstret plante
med finnete blad,
brunfiolette løk —
knopper i bladhjørnene
og lyserøde blomster.
Jordstengelen har
tannaktige skjellblad.
Vokser på moldrik
og skyggefull jord
i lavlandet — nord
til Steinkjær.



Dentaria bulbifera.

Tradisjonelle behandlingsmåter i kinesisk medisin

(Artikkelen er sakset fra «Tidsskrift for Den norske lægeforening».)

Astor Reigstad, Ullevål sykehus

De to medisinske systemer som i Kina betegnes «tradisjonell kinesisk medisin» og «vestlig medisin» arbeider nå sammen i et tilsynelatende harmonisk og utfyllende samliv. «Vestlig medisin» er i prinsippet det samme som vårt medisinske system, mens tradisjonell medisin kan spores tilbake 5000 år i Kinas historie.

Den første kinesiske farmakopé som er like gammel, inneholdt 365 droger (1). Selv om tradisjonell medisin har hatt blomstringsperioder og svakere tider, har den aldri tidligere hatt slik konkurranse som den fikk ved introduksjonen av vestlig medisin i Kina i første halvdel av 1800-tallet. Den første vestlige doktorskole i Kina uteksaminerte sitt første kull leger i 1883. Antallet av vestlige leger økte etter århundreskiftet, men vestlig medisin forble fortsatt bare et tilbud som var aktuelt for den rike del av befolkningen i byene. Med unntak av områdene rundt misjonsstasjonene nådde vestlig medisin aldri ut til massene på den kinesiske landsbygda. I den utstrekning det eksisterte noe tilbud her, besto det i den tradisjonelle medisinen.

Under Kuomintang-regjeringen kom det ikke til noen avklaring mellom de to medisinske retningene. Begge hadde representanter som opptrådte som pressgrupper overfor politikerne. I enkelte Kuomintang-kontrollerte områder ble tradisjonelle kinisiske leger motarbeidet. Det tallmessige styrkeforhold mellom de to grupper leger i tiden omkring den kommunistiske maktovertagelse vites

ikke sikkert. Tallet på vestlig orienterte leger omkring 1949 er anslått å ligge mellom 10000 og 18000, mens tallet på tradisjonelle leger var omkring 300000.

Lenge før seieren i 1949 var det klart at Kinas kommunistiske parti hadde tatt standpunkt for den «vitenskapelig» baserte vestlige medisin mot den «uvitenskapelige» føydale kinesiske. Mangel på vestlig utdannet helsepersonell gjorde det umulig å organisere et tilfredsstillende medisinsk tilbud etter vestlig mønster i de «røde» områder. På tross av en slik vitenskapelig grunnholdning så noen av revolusjonens ledere med en viss skepsis på den vestlige medisin på grunn av dens nære samband med kolonialisme, misjonsvirksomhet og veldedighet. Denne skepsis sammen med en pragmatisk innstilling til praktiske problemer, ga Mao Tse-tung uttrykk for i Yenan i 1944 da han omtalte problemene i de «røde» områder: «I Schensi-Kansu-Ningsiangrenseområdet er dødeligheten meget høy blant mennesker og dyr. Samtidig tror mange mennesker stadig på hekseri. I denne situasjonen er det ingen løsning alene å holde seg til moderne utdannede leger. Selvfølgelig har moderne leger fordeler fremfor de tradisjonelle leger, men hvis de ikke bekymrer seg for folkets lidelser, hvis de ikke utdanner leger for folket, hvis de ikke forener seg med de over 1000 leger og dyrleger av den gamle skole her i grenseområdet og hjelper dem til å gjøre fremskritt, så understøtter de i virkeligheten hekседoktoren og viser likegyldighet

overfor den høye dødelighet blant mennesker og dyr. Det er 2 prinsipper for fellesfronten: Først forene — så kritisere, oppdra og endre» (5).

Siden er det kommet klarere paroler fra partiet som krever oppvurdering av den tradisjonelle medisin. Både leger og annet helsepersonell blir oppfordret til å bruke det beste i begge systemer — en kombinasjon av vestlig og tradisjonell medisin. Mao-sitatet «kinesisk legevitenenskap og farmasi er et stort skattkammer — vi må bestrebe oss på å utforske det og løfte det opp på et høyere plan» blir referert av helsepersonell overalt i Kina. Utviklingen av akupunktur som analgesimetode ved operasjoner sees på som et slikt løft (3). I dag utdannes også de tradisjonelle kinesiske leger på medisinske skoler (college), og studietiden er 3 år som for studenter i vestlig medisin. Både vestlige leger og barfotleger får opplæring i tradisjonelle kinesiske terapiformer og bruker dem i sin praksis, f.eks. innen psykiatrien (4).

Tradisjonelle terapiformer

Tenkemåten i den tradisjonelle medisin har sitt utspring i kinesisk naturfilosofi der de to begreper Yang og Yin representerer motsatt rettede krefter som må være i likevekt om man skal være frisk. Sykdommene ble inndelt etter om Yang eller Yin var i overvekt. Sentralt for diagnosen var pulsundersøkelsen som kunne pågå i en hel time. Ellers hadde de gamle kinesiske leger hjelp av inspeksjon av huden, tungen, pusten og urinen (1).

Behandlingen går ut på å gjenopprette balansen mellom Yang og Yin. Dette kan skje ved innlæring av pusteteknikk, sykegymnastikk, dietetiske og hygieniske foranstaltninger, urtemedisin, moksabrenning, kopping, akupunktur eller kombinasjoner av disse. Da dette er et fullstendig medisinsk system, kan nesten alle lidelser behandles tradisjonelt — fra blindtarmbetennelse til døvhed (7).

Ved akupunktur som er den viktigste terapiform, plaseres nålene på bestemte «meridianområder» på kroppen (2). De sykdommer som kan behandles med akupunktur, har egne punkter for nåleplasing. Nålene som er ganske tynne, kan holdes i ro,

roteres, stimuleres elektrisk eller varmes opp med en brennende urtedott plasert på den frie enden.

Ved moksabrenning plaseres små dunkuler av buerotplanten på de samme meridianpunkter som ved akupunktur. Kulene kan ligge helt ned på huden og lage små punktformige brannsåre eller de kan være anordnet som en «sigar» plasert verdikalt på huden med det brennende parti på toppen. Kopping får ut på at man med en flamme skaffer undertrykk i en glasskopp og plaserer denne på huden som dermed suges inn. Det kommer ofte bloduttredelser i huden under koppingen.

Egne observasjoner

I 4 uker i oktober 1975 besøkte jeg sammen med en gruppe på 22 norske helsearbeidere Folkerepublikken Kina. Vi besøkte sykehus i byene, helsestasjoner og poliklinikker i boligkvarterer og fabrikker, sykehus og legekontorer i folkekommunene, og vi hadde samtaler med universitetslærere og politiske og administrative ledere i helsesektoren.

Tradisjonell medisin er så innvevd i det vanlige «vestlige» kliniske arbeid at det er meget vanskelig å avgjøre om den gamle sykdomsoppfatning og diagnostisering spiller noen rolle lenger. Under samtaler med vestlige og tradisjonelle leger, sykepleiere og barfotleger hørte vi aldri nevnt Yang/Yin-balansen, og de gamle diagnosemetoder synes å være supplert med vestlig diagnostikk eller helt erstattet med denne. På et sykehus med vekt på tradisjonell medisin i Shanghai, uttalte en tradisjonell lege at «pasienter som får tradisjonell behandling undersøkes først med moderne metoder». Som eksempel ble nevnt en pasient som hadde fått urtemedisin på grunn av smertefull og hyppig vannlating. Her var det gjort mikroskopi av urinsediment, cystoskopi og tatt bakteriologisk prøve av urinen. Vi så ikke noen pasient som hadde gått glipp av vestlige diagnostiske eller behandlingsmessige prosedyrer som etter kinesiske ressurser ville betydd noe avgjørende for sykdomsforløpet.

De tradisjonelle terapiformer syntes derimot å ha meget stor utbredning. I tillegg til

helsepersonell fikk f.eks. ungdom under utdanning opplæring i å bruke akupunktur-nåler. Vi så slik opplæring ved en ungdomsskole i Peking. Vår norsktalende tolk fortalte at han drev med akupunktur den tid han studerte sprog ved universitetet. Det ble benektet at det var problemer med hudinfeksjoner eller retensjon av brukne nåler.

Urter ble regnet som en medisinsk ressurs, og ble samlet i skog og mark både av helsepersonell og andre. Folk ble sterkt oppfordret til å finne frem til nye urtetyper som kunne være virksomme. Sykehusene og helsestasjonene hadde sine egne urtehager, og de større sykehus hadde også egne apotek for tradisjonell medisin. I produksjonsbrigaden «Østen er rød» utenfor Zinan, viste den lokale barfotlegen oss en enkel tablettmaskin som produserte urtetabletter. I denne brigaden produserte de også sine egne ampuller av urteekstrakter for injeksjon.

Viktigste tradisjonelle behandlingsform er *akupunktur*, eventuelt i kombinasjon med noen av de andre metodene. Akupunktur

brukes i størst utstrekning der smerte er et fremtredende symptom. I nyere kinesisk litteratur finnes lister over en lang rekke forskjellige sykdommer som egner seg for akupunkturbehandling (7). I den daglige praksis syntes tradisjonelle behandlingsformer å være aktuelle ved adskillig færre sykdommer. Nedenfor har jeg gruppert de sykdommer/tilstander som vi selv så fikk tradisjonell terapi (merket med X) eller som leger ved de besøkte institusjoner fortalte at de hadde behandlet tradisjonelt. Grupperingen kan selvsagt diskuteres, den er laget for å skaffe en viss oversikt over hvor den tradisjonelle medisin står i dag.

1. Sykdommer som spontant, eventuelt ved hjelp av ro, kan ha et godartet forløp:
Virusinfeksjoner — forkjølelse X
Peritendinitis humeriscapularis X
Metroragi X
Akutt appendicitt
Konjunktivitt X
Vannlatingsplager etter fødsel
Distorsjoner og fissurer X

Abonnerer du på Tidens Tann?

Alle dere som ikke har betalt abonnementet på TIDENS TANN for inneværende år eller kommende år bør se seg i stand til å gjøre det.

kr. 30,—

Postgiro: 1 65 18

Husk at vi er avhengige av den støtten dere derved gir oss!



2. Psykiske og psykosomatiske sykdommer:
 - Søvnløshet X
 - Tics X
 - Mavesmerter uten organisk påvisbar årsak X
 - Colitt X
 - Hyppig smertefull vannlating uten påvisbar årsak
 - Hysteri
 - Hallusinasjoner
 - Schizofreni
3. Resttilstander/defekthelbredelse:
 - Døvtumhet
 - Facialisparese X
 - Sekvele etter hodeskade (synsnedsettelse) X
 - Hemiplegi X
 - Poliosekvele
4. Kroniske og/eller residiverende sykdommer som kan være lite påvirkelige av vestlig medisin:
 - Kronisk bronkitt — profylakse og terapi
 - Asthma bronchiale
 - Langtkommen cancer
 - Innkapslet tuberkulose
 - «Reumatisme» X
 - Lumbago/ischias X
 - Underlivssmerter (kronisk pelveoperitonitt) X
 - Dysmenoré X
 - Premenstruell tensjon X
 - Trigeminusneuralgi
 - Herpes zosterneuralgi
 - Kronisk sinusitt
5. Sykdommer der viktige vestlige terapiformer brukes samtidig:
 - Hypertensjon — i kombinasjon med vestlige antihypertensiva
 - Ulcus perforatum — i kombinasjon med kontinuerlig sug til ventrikelen/væsketerapi
 - Infarctus cordis — i kombinasjon med vestlig hjertemedisin og overvåking
 - Hyperkolesterolemi — diét?

Urtemedisin brukes sannsynligvis på videre og mer diffuse indikasjoner enn denne listen viser. Det vil forbause mange i Vesten at en sykdom som akutt appendicitt behandles med akupunktur. Imidlertid ble det understreket at pasienten ble henvist til operasjon hvis han

ikke kom seg eller ble verre under denne behandling. Det samme antar jeg vil skje med *ulcus perforatum* om kombinasjonen ventrikelsug og akupunktur ikke fører frem. Sug til ventrikelen og intravenøs væsketilførsel ved denne tilstand er for øvrig en anerkjent behandlingsmetode også i Vesten. Angående kolesterolinnholdet i blodet ble det opplyst at det var påvist reduksjon etter bruk av urtemedisin, men det ble ikke opplyst noe om det også var foretatt diétinnskrenkinger. Reduksjon av kolesterolinnholdet i blodet var også målt etter at partikadrenen i forbindelse med Kulturrevolusjonen begynte å delta i manuelt arbeid.

Diskusjon

Forskningens plass i vurderingen av de tradisjonelle terapiformer — f.eks. ved kontrollerte kliniske forsøk — synes fortsatt å være beskjedent (2). Mangelen på tallmessig dokumenterte resultater av behandlingseffekten ved disse terapiformene var da også meget slående under de diskusjoner vi hadde med kinesisk helsepersonell. Bildet av situasjonen blir ytterligere uklart for en vestlig iakttagere ved at terapiformene brukes i kombinasjon med vestlige metoder og ved tilstander som spontant har et godartet forløp.

På universitetshold ble det sagt at en forskningsmessig avklaring vil ta lang tid, selv om målsettingen med å intergrere de 2 former for medisin innebærer at tradisjonell kinesisk medisin skal prøves med vestlige evalueringmetoder. Dette synes imidlertid å by på uoverstigelige metodologiske problemer. Derksom den kliniske effekten av det utall urter som brukes i kinesisk medisin i dag skulle testes ved kontrollerte forsøk for hver sykdom de er anbefalt ved, ville dette bli en enorm oppgave. En slik stor oppgave ville det være å analysere det kjemiske innholdet i alle disse urtene. Slik evaluering og analyse synes også å være en blindgate for den vestlige orienterte medisin.

Hvorfor har så et statsbærende parti med den vitenskapelige marxisme som ideologisk grunnlag satset i så sterk grad på en form for medisin som ikke er naturvitenskapelig

fundert, slik som tilfelle er i Kina? Sannsynligvis er det en kombinasjon av årsaker. Oppvurderingen av tradisjonell medisin har flere politiske formål. Viktigst etter partiledelsens mening er at dette tjener til en folkeligjøring av medisinen, slik at de medisinske yrkesutøvere ikke skal ha mulighet til sentralisering og byråkratisering av faget. Særlig etter Kulturrevolusjonen 1966—1970 er satsingen på tradisjonell medisin, reduksjon i studietiden for vestlig orienterte leger fra 5—6 år til 3 år, og utviklingen av barfotlegesystemet til sammen tiltak som skal kunne føre den medisinske profesjon tilbake til folket — eller ut til folket for de deler av den kinesiske landsbygd som tidligere ikke har hatt noen helse-tjeneste.

Problemet med å organisere helsetjenesten for de 80 % av den 800 millioner store kinesiske befolkning som bor på landsbygda, er enormt, og landet har selvsagt ikke hatt muligheter til her å organisere noen fullgod helsetjeneste av vestlig type. Kineserne har valgt å ta av de ressurser som tross alt har eksistert i den tradisjonelle medisin. Gjennom parolen om at tradisjonell og vestlig medisin skal kombineres synes det som om kineserne har unngått at hele dette eksperimentet skal ende som rent kvaksalveri. Man får inntrykk av at de har greid å beholde en rimelig naturvitenskapelig styring av utviklingen innen medisinen.

Selv om det er grunn til å anta at en del pasienter med sykdommer som ville respondere godt på behandling med vestlig medisin, særlig i perifere strøk av landet, blir behandlet på tradisjonelt vis, bærer «indikasjonslisten» preg av måtehold fra den tradisjonelle medisins side. I de strøk av Kina der vi reiste, fant vi egentlig ikke noe tilfelle der det var opplagt at pasienten tapte på denne behandlingsformen, selv om det syntes like klart at «behandlingen» ikke kunne påvirke forløpet. Likevel hadde vi et tydelig inntrykk av at pasientene satte pris på at tradisjonelle leger behandlet mange kroniske lidelser og slutt-

stadier av sykdommer som vi i vestlig medisin har lett for å gi opp. I tillegg til den store personlige betydning dette har for den syke og hans nærmeste er det sannsynligvis med på å skape velvilje for det nåværende politiske system, noe som behandling av sykdommer som spontant går i remisjon trolig også gjør. Om dette vil redusere muligheten til en realistisk oppfatning av sykdom og behandling blant de kinesiske folkemasser, vil tiden vise. Blir det et problem, skal det bli spennende å se hvordan kineserne vil løse det.

Sammendrag

Tradisjonelle kinesiske terapiformer som urtemedisin, akupunktur, moksabrenning, kopping og kombinasjoner av disse spiller en stor rolle i dagens Kina. Bortsett fra akupunktur som analgesiform ved operative inngrep, synes de tradisjonelle terapiformer å bli brukt ved tilstander og sykdommer der behandling etter vestlige prinsipper har lite å tilby. Den tradisjonelle kinesiske sykdomsoppfatning og diagnostikk synes å spille liten rolle blant helsepersonell, og tradisjonelt behandlede pasienter synes ikke å gå glipp av vestlige diagnostiske utredninger som ville være rimelige på Kinas nåværende utviklings-trinn.

LITTERATUR:

1. Dedichen, H. G.: Kinesisk medisin før og nå. Samtiden 1972, 348—360.
2. Hoel, E.: Acupuncture treatment. Tidsskr Nor Lægeforen 1974, 94, 438—439.
3. Kaada, B.: Acupuncture analgesia. Tidsskr Nor Lægeforen 1974, 94, 419—422.
4. Leseth, K.: Psychiatry in China. Tidsskr Nor Lægeforen 1974, 94, 439—441.
5. Lundbæk, K.: Kinesisk og vestlig lægekunst. Ugeskr Læger 1975, 33, 1868—1869.
6. Setekleiv, J.: Traditional Chinese pharmacotherapy. Tidsskr Nor Lægeforen 1974, 94, 441.
7. The college of Chinese medicine: Practical acupuncture — an illustrated introduction. F.A.D.L.s Forlag A/S, København 1973.

KS VED VEIS ENDE

Tiden flyr Jetfly. Vårt skoleår er straks slutt for halvparten av oss. I skrivende stund er vi midt oppe i «det Store Eksamens-Slaget». Mikrobiologien volder mest hodebry. Stene har lært oss patologi, om abscesser og ødemer osv. og han fortjener ros for sin systematiske undervisning. Hummelfeldt med sin spesielle humor, har lært oss om røntgen. Vi kan ta bitewingbilder, serie! Ellers har vi lært om feil ernæring og rette medikamenter. Vi har nesten lært å snylte på skatten. Tannlege Carlsen har lært oss om hvor dårlig en KS er lønnet.

Stort sett burde vi nå være utlært til «den perfekte kontor-søster». Vi har 2 uker praksis etter fullendt examen, og da skal vi ut til kjendisene, til Torben Friis-Møller osv. Det blir show! — Show ja, akk vi har jo hatt det morsomt — på skolen — Grete, med «fly-cræsj» på skolematen, det vil si når matpakken er flatklemt! Grete får oss alltid til å le! Anne-mor og Anne-Merete med sine «kloke» spørsmål i timene — de trofaste strikkersker — Inger Margrethe og Ingun, for ikke å snakke om Mette, som stiller i særklasse, og har rekord med 12 gensere på 10 mnd.! Rig-mor har klart å bli høygravid, og vi tror det blir en gutt . . . Sidsel kom gjennomsnittlig for sent på skolen hver dag, og jeg har sikkert rekord i fravær!

«De 3 på kontoret» har strevd med å holde styr på oss, — litt rebelske har vi visst vært. Men vi har hatt en meget spesiell klassefest hos vår meget spesielle psykologilærer i hans meget spesielle residens. — Arne var toppen. Han vant våre alles hjerter. Tok oss med storm. Vi satt som lys i hans ti mer og lyttet til hans interessante lærdom. Arne fikk oss til å tenke! Og jammen inviterte han oss hele gjengen på klassefest. Reker og vin kl. 12 på formiddagen!

Arne lærte oss om å være mennesker fullt ut, ikke stykkevis og delt; om å bruke tiden mens vi har den, — om å være snille mot oss selv, — at frihet ikke er frihet hvis man ikke kan sette grenser, — at «verden er din», — om å forstå og sette pris på naturen . . .

Piet Hein sier:

«He that lets the
small things bind him,
leaves the great
undone behind him.»

På gjen syn!

Cathrine.



Hvis kjærlighet var en vakker ting

Dikt

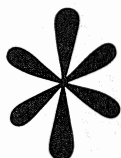
*Du sier
du vil ikke vite om verden
ikke nå. Nå er det
oss. Du vil vite
at jeg elsker deg.*

*og du vet ikke at
verden iakttar deg nå
tvers gjennom øynene
mine, fra et sted
bak meg.*

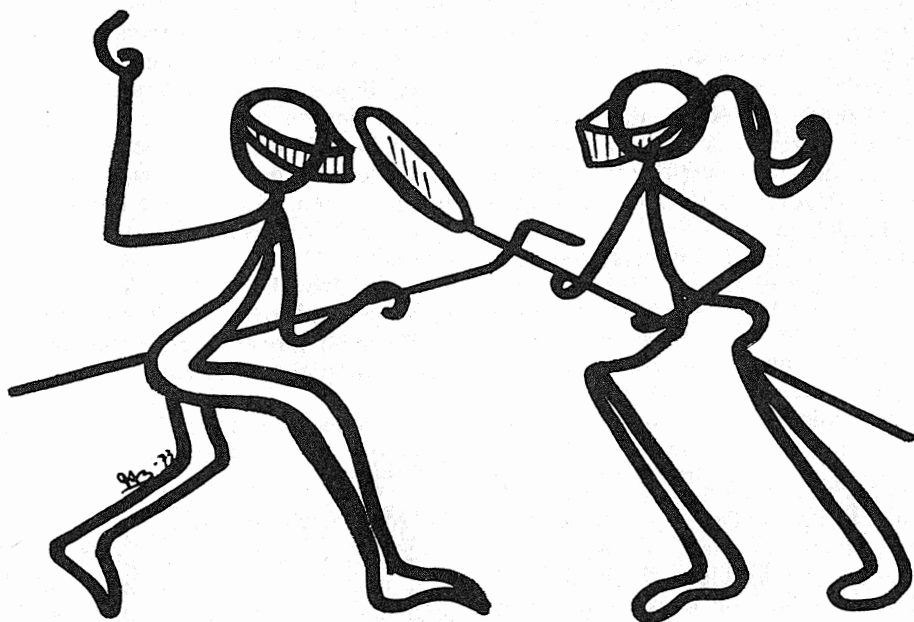
*ser ryggen din bøyd dirrende i spenninger
hører såre små skrik
fra pumpende magemuskler
og vet hvor jævlig du har det.*

*Hvis kjærlighet
var en vakker ting
ville jeg gi deg den
å gå.*

Haakon Bull Hansen



Speil & Sonde



12. termin.

«Når man har tatt fanden på ryggen, må man bære ham fram.» Sterkt sagt, men man kan registrere en generell atrofi av leselyst blant «Candidatene» til Aas (Kirurgens Red Adair) (Riders of the brainstorm). Skyldes det at strikk og stål, — ikke holder mål, — som kraftkilde? Takk og pris at våren har vært på vår side. Men etter kj.ort.-examen kommer pinsen, — og hva så? — Sommerferien! «Tip for prrraksis»: Regn i ferier, og ikke i plater og flater. Og hva skal folk gjøre i ferien? «Reisen til Amerika m/Blåballong» har gått nye tilhengere. Mette G., Lisen og Elin, — og Randi og Britt har tross alt fått visum. Andre drar til Syden, som f.eks. Stein og E., og Jonh og? Forcen's feriekurs er som kjent forskjøvet inn i fremtiden. Så fine dager venter.

Raggan, Harald og Einar har fått jobb hos fylkestannlegen i Finnmark i ferien. Andre skal vel også prøve seg.

Klinikk-livet går sin gang. Noen folk står på krava, andre har dem over seg. Time will show hva enden blir. Forøvrig kan pasienten til Ulf røpe at TOY kan brukes til å feste midlertidig med. Da tannen var vital, må man fra faglig hold påpeke at sukkerfri type bør nyttes i fremtiden. Protetikk er flittig besøkt av 12. termin-studenter. I lang, lang rekke står de i kø for å lage bro, bro, brille. Stokstad (62 år) bruker sitt makroskop (lupe) med sammenknipne øyne og ser kun store ting, f.eks. HO/HU, og her ser han de små ting (i motsetning til Ørstavik). Det er «fullstendig misforstått» (DR. bervei).

I et noe tildugget sladrespeil sees rykter, fra visstnok velinformert hold, om Eirik's kommende sommerforlovelse. (Obs. hårklippen.) Så nå løsner nok fagpratets klammertak i kantina. Også Bjørner har vært ute på eventyr. «Adventures in Copenhagen» kalles det.

Ja, med tegninger og «copyright strictly reserved by MB» har boken hatt enorm gjenomslagskraft på kullet. Likevel kan kilder opplyse at ingen på kullet har lest boken ennå, men at de tider skal komme. Dessuten opplyses at bokens tekst (forfatter: G. Simpson) virker like merkelig som Bjørner's kostvaner på Eldåbu i påsken.

Norges Tannlegehøyskole, alias Stjørdals Handelstand, deltok også i år i Holmenkollstafetten og fikk ankomst-tid 57,34. Ikke verst. All ros til Jostein som skaffer oss start-løye og pseudonym.

Alle rykter om Eirik er forlenget avsannet. God ferie fra alle til alle.

9. termin.

Siste nummer utkom uten Speil & Sonde fra oss. Mange trodde sikkert vi var for overarbeidet og stresset til å klare det. Men sannheten er at som vanlig ble vi red.medl. nedrent av kullkamerater som ønsket å skrive. Vi fikk flere titalls tilbud, men gikk altså i surr. Resultatet kjenner dere.

Nå er heldigvis våren (sommeren) her for fullt og om noen dager går karusellen andre veien igjen; kortere dager. Når det gjelder utskielser og festing kombineres de med arbeidsdagen for noen av oss. Andre må kutte ut utskielene mens de aller fleste kutter ut alt annet enn skolen. Maken til trøtt kull. Det er vel bare 2. året som er verre. Vi prøvde å hoste opp et fotballag til NOS-ballen i Bergen, og fattige 5 dro. Fra hele skolen! Det kom flere bare fra København alene og de hadde måttet tatt fri flere dager. Vi måtte ta fri 20 minutter. Og det er for mye.

Ellers fortsetter arbeidet på klinikken med en viss opparbeidet rutine. De fleste har vel fått pulsen noe ned. Vi har alle opplevd det vanlige som alle nye klinikere opplever:

1. alle mennesker er mottagelige for smisk
2. alle avdelinger har sine kjepphester (mer eller mindre fornuftige)
3. altfor mange av studentene benytter seg av dette.

Men dette har vår skriveidiaretiker E. Bjart tatt opp tidligere. Håper det bedrer seg.

Av kullnytt kan nevnes at 3 går (vagger) og venter på å bli foreldre. To kan til daglig ses, mens unge Daae bare viser frem sin kone kl. 16.00 hver dag (hovedinngangen). Annet sladder av interesse eksisterer bare *innen* de forskjellige klinikkene som altfor lett dannes. Lite er det for oss vanlige dødelige å oppspore. Det blir med det visuelle.

De fleste av oss har vel lagt planene klare for sommeren. Mye jobbing har jeg inntrykk av at det blir. Nesten alle klager over dårlig økonomi.

I alle fall ønskes alle en riktig god sommer og vi gutta på kullet håper dessuten at Lars P. Røise får pusset tengene sine av en dertil egnet tannpleier før ferien.

6. termin.

Nekrolog over preklinisk.

Preklinisk er død — død — død. Vi er havren, men jeg stiller meg selv stadig dette spørsmålet, hvilket nek var preklinisk?

Sur var du (dum dritt).

Preklinisk kom i kontakt med oss allerede høsten 1975, men døde plutselig fra oss mandag 13. mars i år. H - ha - ha. Hikk! Obs!

Noen gode sider hadde du, men de negative!! Slet oss ut, gjorde du (dum tosk).

Måtte du ha med deg brannsløkkingsapparat der du nå skal tilbringe evigheten. (Klippet fra Cocktail utlagt på Gimlemoen sommeren 1976.)

Vi håper imidlertid at du forblir hvor du nå er. (Sensuren har ikke falt for alle enda.) Ta deg fanden. I granskauen — gasskammer o.l.

Pyggen gjøres med dette oppmerksom på at stolsetene på lesesalen er blitt 0,531 cm kortere i den tiden vi har kjent preklinisk (målt med 30 cm linjal). De stolene skal nok bli enda tynnere før neste vår. Ha - ha - ha. Hikk! Obs!

Preklinisk har alltid vært umulig å samarbeide med. (Håper det er varmt der nede!)

Komitéarbeide var du aldri med på. Er det noen som tror at preklinisk hadde tid til det — den skitne grisen.

Du hadde ikke en eneste sur hobby. De personlige egenskapene tåler ikke beskrivelse i dette seriøse tidsskrift. (Spytt!)

Vi som måtte tilbringe lange dager i ditt nærvær minnes deg i våre innerste kjensler med de aller grusomste tanker. Ha - ha - ha. Hikk! Obs - da!

Kull -75, i sorgfylt gledesrus.

3. termin.

Virkelig en behagelig følelse å sitte på årets siste forelesning! Glissent er det også på benkeradene. (Kan det skyldes at det (i skrivende stund) er 17. mai i morgen? Svar: Ja! Mange har reist hjem for å feire dagen (les: uken!) hjemme.)

Tore Haa skal gifte seg med Bente? (Hvilken Bente?) Bare tomme rykter . . . foreløpig.

Nå er det i hvert fall ikke lenge igjen til eksamen. Kortoe maser med eksamensavgiften, og vel og bra er det. De fleste hadde vel stort sett glemt denne ikke uvesentlige detalj. De fleste har også begynt å merke eksamensnervene. Ikke fordi man ikke sitter og leser sin faglitteratur godt nok, men ganske enkelt fordi man sitter i korridoren og hører den ene bløffe mer enn den andre. Det er her eksamensnervene utvikles!

Hyggelig var det også å se Ragnhild S. her igjen et par dager. Men hvor bliver Ellen Z?

Første forelesningstid slutt! Nei, forresten, Brodal har ingen planer om å stoppe halvveis i dag. Proteinsyntesen er visst nokså viktig.

Vel, vel. Der forsvant muligheten til å erverve nye (nerve)impulser i pausen. (Skrivekløen er det så som så med.)

I all beskjedenhet kan det nevnes at Inger N. er forelsket . . . igjen! Reidun N. er også observert sammen med en høy, mørk en som pt. er ansatt i kriminalpolitiet (!!!). Ellers kan det nevnes at Klepp og Kjartan har lyst til å feire russ igjen, og at Grete-Marit K. skal kjøpe bil . . . æh, jeg mener selvfølgelig folkevogn.

God sommer!

QUACK

TP junior.

Nedteiling til frihetens øyeblikk er særlig merkbar hos oss juniorer. Eksamen i anatomi er allerede et tilbakelagt stadium. — Dagen ble feilet på kongeterrassen hvor vi nær sagt pådro oss forfrysningsskader. Fingrene frøs omtrent fast i pilsglasset og vanskelig var det å skjønne hva sidemannen «hadde på hjertet» når tenneses occlusjonsstilling beveget seg i krampetrekninger på vertikale plan.

Sommerværet har ikke slått helt gjennom, enda enkelte dager kan gi deg en slik fornemmelse. Men deilig var det lell, å kunne puste ut, samle krefter til de to neste nærliggende fagobjekteksamener. Men hva er vel nutidens «kjekke ungdom» uten eksamener? Denne ferdighetsprøve som legges tilrette på den beste tiden av året, da du i stedet skulle ferdes ute i skog og mark, se livet blomstre igjen, — føle hva det vil si når solen kommer frem og gir liv og næring til alt omkring deg! Men slik er det nu engang, vi mennesker er jo noen merkelige individer med forskruddede bestemmelser og idéer om alt mulig. — Slik har det vært, slik vil det bli og sånn vil det vel fortsatt å vara i all æva!

Men våren er kommet nå, noe som vi alle synes å merke en fornemmelse av. For det første er «ertene» blitt til «kokosnøtter» og da blir vi 21 gode og glade tanter. Det er like før nå og hver dag er et spenningsmoment i seg selv — hvem savnes i dag? Ja, så her er det gabling på høyt plan.

Kjærlighetskarusellen tilhører såvisst et av vårens kjennetegn, den går jo sin gang og kan vurderes på det intellektuelle plan. Her griper man sjansen til å prøve seg som Klara Klok eller Anna Elisabet Westerlund.

I mellomtiden kvitrer fuglene sine gode og velkjente sommertrudelutter mens vi vrir hodet vårt i håp om å finne århundrets sommerdrømmejobb. Hvor finner man den interessante, varierte jobb hvor man på kort tid kan tjene seg litt rik? Det blir vel i år som tidligere, i serverings-kjøkkengebuet over 75 liters heite matkjeler; butikkfrøken i et av storbyens motemagasiner. «Hva skal det være i dag frue? — Ja, allderes skjønn — ikke sant? Bare kjenn på den kvaliteten, prisen er jo lat-

terlig i forhold, — ja, så er den selvfølgelig krøllfri, strykefri, vaskefri og loppefri . . .!»

— Eller værelsespike på et tredjeklasses losjeringspensjonat med atmosfære — hvor en etter ansettelse burde få friplass på sosialskolen. — Men uansett hvor en havner så blir du en erfaring rikere på menneskesinn og lommeshilling.

Ellers så har noen og enhver av oss flyvende reisemål for øyet i nærliggende fremtid. Juniorene vil således spredes for alle vinder når Ann Carol svever mot de berømte Forenede Stater og Greta reiser hjem til tullen sin i «Sameland». Tone drar til gards, mens Kari mumlet noe om Kanariøyene. Mariann skal dersom-atte-vissom til Tyskland og Svanhild drar til England og gruer for britishen. Elisa-

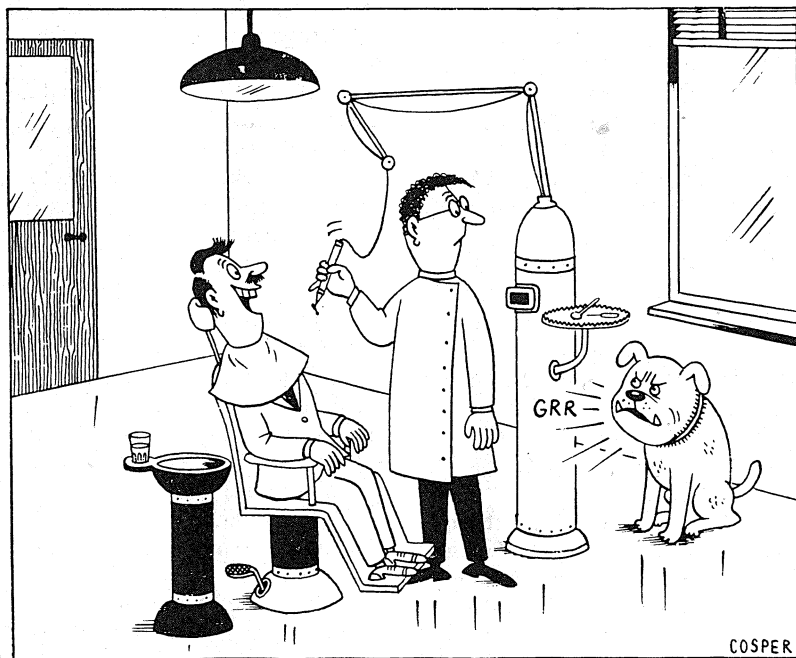
beth skal jobbe på Narvesen, mens Elizabeth fikk grei beskjed om avbud på hvitt papir i samme bransje. Merete skal til Sørlandet og kose seg med ungene sine, mens en annen junior pakker snippesken og drar på superoppdrag rundt boreplattformene utenfor Skottland.

Foruten lesing og reiseplanlegging så benyttes tiden til jevnlig trening i Iduns badekar med testing og ferdighetsanalyse av brodern's froskeføtter og snorkelpipe. — Og dessuten tørrtrening hver morgen; Føtane saman og kjøyrrr! Så forberedelsene til sommerens dyst er i full gang.

PS. Kl. 08.00 — 16.5.77: Kokosnøtten slo sprekk — det ble en gutt!

God sommer!

Elizabeth.



»De skal ikke være bange, den gør Dem ikke noget, De har jo sagt, at det ikke gør ondt.«

BRIDGE

Ved Raggan & Jonh



Skvis i kantina, forekommer det? Tja, se her.

Sp.: E Kn x x x
Hj.: E 10 x
Ru.: 9
Kl.: Kn x x x

Sp.: Da x x x x
Hj.: K Kn x
Ru.: x x
Kl.: Da x x



Sp.: 10 x
Hj.: x x x x
Ru.: E 3
Kl.: K 9 x x x

Sp.: K
Hj.: Da 9 x
Ru.: K Da Kn 10 8 x x x
Kl.: E

Kontrakten ble 6 grand på Syds hånd og utspillet var spar 8. I annet stikk fulgte liten ruter som Øst stakk med esset og returnerte kløver. Syd tok så for sine seks stående ruter og Vest får store problemer med hva han skal kaste, og galt er det hva han enn gjør. Når siste ruter spilles, må han etter som han skal bli sittende med tre kort tape holdet i spar eller hjerter, og bordet tar alle stikkene på slutten om han hiver spar og håndens dame blir god om Vest hiver hjerter på stillingen

Sp.: E Kn
Hj.: E 10
Kl.: —
Ru.: —

Sp.: Da x
Hj.: K Kn
Ru.: —
Kl.: —



Sp.: }
Hj.: } Likegyldig
Ru.: }
Kl.: }

Sp.: —
Hj.: Da 9 x
Ru.: x
Kl.: —

Små-pent, men egentlig ikke så vrient.

To eldre damer hadde tatt turen fra gamle-hjemmet til samfunnshuset for å spille bridge-turnering. Under spillets gang, ble de spurt hvilket system de spilte. «Jo,» svarte den ene «vi har ikke blitt enige om noen spesielle meldinger. Vi spiller for det meste på institusjonen.»

Raggan.

Økonomisk trygghet i takt med tiden

AKTUELT FOR TANNLEGESTUDENTER:

Fagulykkesforsikring (invaliditet/dødsfall)

Studenthybelforsikring (personlig garderobe og løsøre)

**Motorvogn (ansvar, brann og tyveri for eldre biler.
For nyere biler bør dekkes kasko)**

Ansvar som tannlege (siste termin)

Kombinert hjemforsikring (egen leilighet/eget bo)

Reiseforsikring

For ferdige tannleger dekker vi kontorforsikring, brannavbrudd og andre spesielle forsikringer. Litt tidlig kanskje — men godt å vite.

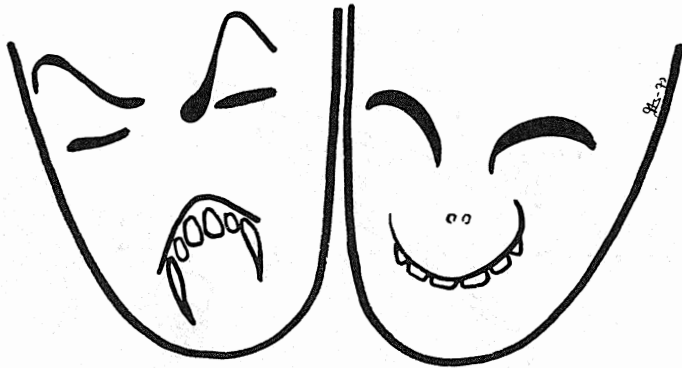
Har du spørsmål? Ring distriktssjef Cato Torp, NKP A/S, telefon 337680, som kan forsikring og som gjerne veileder deg.

Eller ta kontakt med oss direkte.



a.s Haugesund Sjø
FORSIKRINGSSELSKAP

RIS



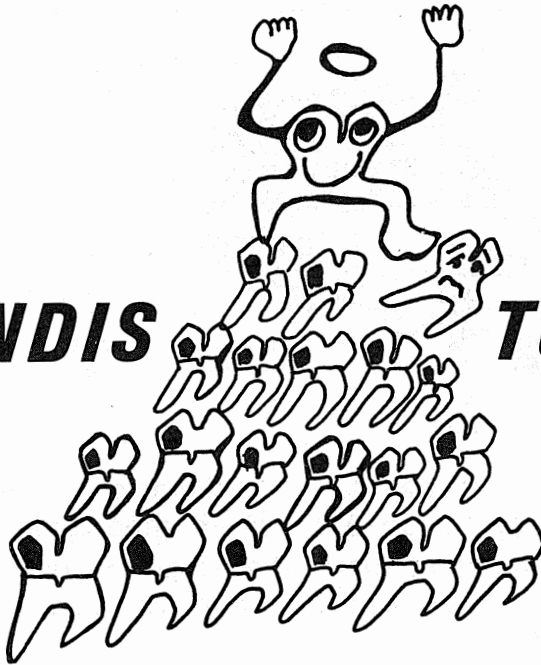
ROS

- til alle de som ikke betaler årsabonnementet.
- til Sørensen på kons. som ikke er til stede når han har instruktørtjeneste.
- til Larby som søkte permisjon.
- til fnattete dame — stemmer som ødelegger Av-program på perio, pasientene rømmer.
- til Stokke som hopper som en hare mellom alt det han kan. Vi greier ikke følge med på forelesningene.
- til Øilo som har søkt permisjon.
- til Album — som er en menneskelig støttemper.
- til Steinar Åsmundsen som er en skikkelig kjellermester.
- til Walde på kjeveorten for gøyale demonstrasjoner og pittoreskt utseende.
- til OF — som er blitt aktivt nå i vår.
- til TT som alltid ligger og er godt lesestoff på vaskeriet på Sogn.



De er nemlig min første patient!

KJENDIS TOPPEN



JUNI

Skal dette så aldri ta slutt? Etter flere trusler (les styrke-t.) etter siste møte måtte juryen denne gang avholde møtet i et ikke ukjent større rom prydet med veggmalier, alle med påfallende lite appetittvekkende motiver. For sikkerhets skyld (sitat med copyright H. C. Bugge) bar alle medlemmene hvite verneklær.

Det er med skuffelse juryen må konstatere at pågangen til tidens fornemste denne gangen ikke står i forhold til belønningen for å være på listen. Det er derfor blitt «lett spill» for enkelte som virkelig har lært seg knepene for å nå opp.

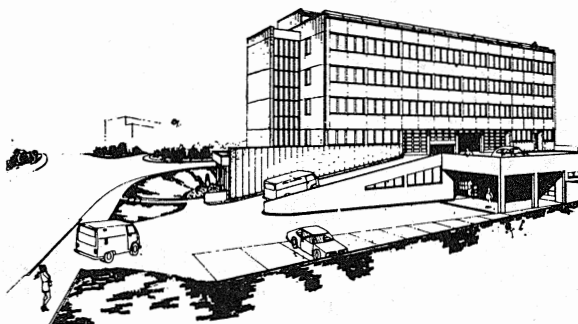
«Tilbake til naturen» — 1

Fra en sponsor har vi fått meddelt at professor wonderfair (kons.) nå er begynt å bevege seg inn på felter der Rousseau og Sverre M. Fjeldstad tidligere var enerådende. Ja, så begeistret skal fair ha blitt for f.eks. frisk luft at han ved en sluttgodkjenning spontant utbrøt, henvendt til studenten: Si meg, har du hørt om deodorant? Juryen må videre klart

avvise ryktene om at kandidaten i ren PR-kåthet skal ha tatt ut sin hele over, trickset lett med den et par ganger, dynket den med Dr. Warnet's adhesjonspulver og så stappet den på plass. Det er lov å prøve seg, men her har juryen altså gjennomskuet kandidaten. Plassen er allikevel udiskutabel.

«Tilbake til naturen» — 2

Det viser seg at folk kan bestilles eller lures til det meste. I hvert fall har kandidat nr. 2 denne gangen benyttet stråmenn på avgangskullet for å få sitt eget kandidatur anbefalt. Stråmennene kaller seg «Fjøsnessene på Kauhult» og søker om plass til kua til Emil i Lønneberget — den med Gaussformede horn og oppfylt melkekvote — den som ble kjøpt billig på auksjon. Juryen legger i sin begrunnelse særlig vekt på det profesjonelle i denne ansøkingen. Både bruken av stråmenn og massemedia som TV tyder på erfaring. Symbolbruken vitner om sans for det opprinnelige og forkjærlighet for melk.



Skal De kjøpe utstyr, bør De være sikker på at det merke De velger, er på markedet også om få år, med tanke på service. Velg derfor et anerkjent merke fra et depot med et solid utbygget servicenett. De kan bli spart for ubehagelige overraskelser i fremtiden.

A/S Norsk Dental Depot er landets største full-service depot, med filialer i Bergen, Stavanger og Trondheim.

Vi har langt det største utvalg av forbruksvarer og utstyr og et vel utbygget reservedellager. Om De ikke får bruk for det siste, kan det være godt å vite at det er der.

NDD-service får De over hele landet. Både i dag og i fremtiden. Vi utdanner vårt personale og våre servicefolk på lang sikt. Av vårt personale på ca. 140 ansatte har i dag 45 % mer enn 10 års erfaring i dentalbransjen.

Denne sum av bransjekunnskap og erfaring er til Deres rådighet. Vår målsetting er, og vil alltid være, å yte våre kunder det de har behov for hos sin depotforbindelse, og en nærmere undersøkelse vil som regel vise at vi **ikke** er dyrere.

A/S NORSK DENTAL DEPOT

BERGEN - OSLO - STAVANGER - TRONDHEIM

Vekk med naturen — 1

En solid ansøking kommer denne gang fra Tidens Tanns svar på Roy Harry Olsen, mannen med meningsdiaré og lyriske anføttelser. I sin vekk med alt-linje har stud. odont. Einar Bart Haugen nå kommet til et vendepunkt. Han står nå åpent fram og mener at kultur først kan bli kultur når den kommer fra massene. «At TT's kultur for 99 % er produsert av meg skulle vel vise hva jeg mener,» sier han i sin maskinskrevne søknad. «Jeg har videre ikke bestemt meg for hva som er mest naturlig av mine naturskildringer og naturen selv så lenge den ikke er opplevd.» Naturlig nok, er juryens kommentar.

Vekk med naturen — 2

Stud. odont. Harald Solems ansøking under dette motto har ikke juryen funnet verdig noen plassering. Dette ut fra det faktum at de

kriterier som søkeren nevner i sitt brev ikke synes å være oppfylt. «Jeg skal gjerne ofre den ene halvdel av barten min,» står det i skrevet. Når dette er gjort kan søkeren regne seg for å ha avansert fra venteliste B til en god 4.-plass.

Og så selve listen:

1. Prof. wonderfair: aerosol og sommer på kons.
2. Kua på Kathult: billigkjøpt på auksjon.
3. Amanuensis Wie: forlenget permisjon.
4. Stud. odont. Haugen: (min) kultur for folket.

Venteliste B:

Stud. odont. Solem: Det blir da bart om våren?

Dentalforbruksartikler

STØPEGULL

KVIKKSØLV

RAFFINERING

av gullrester og amalgamrester.

NORSK EDELMETALL

Egil Rambøl

Kr. Augusts gt. 15 A — Tlf. 20 04 24 - 20 04 40
BERGEN — OSLO



Amerikansk populær reklame, som demonstrerer tandbørstningen på grotesk måde.

HYTTENYTT

Meget har skjedd siden sist. Vi har hatt en fabelaktig dugnad takket være godt fremmøte av folk. Gulv er blitt slipt, hytta er nå nybeiset, og nyvasket. Også styrerommet har fått nye senger. Kort sagt, hytta er i tipp topp stand, og vi venter storbesøk til høsten. Foreløpig er overnattingsstatistikken god, men kan, og bør forbedres. Hytta er til for å brukes, både til fest og meditasjon. Til tross for noen hederlige unntak savnes også KS & TP'er. Hvor er dere?

I vår nystartede populære serie med hyttebokreferater vil vi presentere en del sitater som falt under kortspillet 21, 10/4-76.

Sitater under 21-spill (Skrevet kl. 01.45)

«Det er det jeg spiller når jeg bruker bridge.»

© Asbjørn



En annen ting som bør diskuteres på neste møte i IATOS (International Association of Twenty-One Spillers) er om det er tillatt å varme opp motspillerned ølflaske over åpen ild. «Nå påstår dessuten Asbjørn at pilsen min er vond-varm i bunnen og kald i toppen.»

Siste fra Asbjørn: «Varm pils er ikke godt.»

Tidligere i kveld: «Kald pils er ikke godt.»

Konklusjoner får vi trekke seinere.

Asbjørn jukset nettopp til seg 5 kort på til sammen 12 uten at noen merket noe. Bra jobbet!

Asbjørn: «Nå er det like før jeg ikke tør drikke mer.» Han sier dessuten at han ikke merker det i hodet, men i magen. Vi andre merker det også i hodet . . . hans.

Asbjørn kunne nå også meddele almenheten at han ikke vil gifte seg med Carol. Han sa også: «He-he-he.» Noe han sier ofte nå for tiden. Vanligvis er det jo undertegnede som sier det.

Asbjørn: «Faen, jeg har 18» (han vant!).

Det skulle nesten være straffepils for å banne i en sådan stund . . .

Ulf (85)

Kommentarer skulle vel være overflødige?

Gunnar

OF-RAPPORT

Ja, litt nytt har det jo vært. Den vanlige Myra-stafetten ble arrangert (dårlig lagstilling av flere kull) samtidig med Odontologisk Mesterskap i Dart (pilspill), Ringspill, Fotballspill og Mattis. Mesterskapene hadde fin oppslutning — og følgende er altså «mestre» 1977:

Odontologisk Mester i

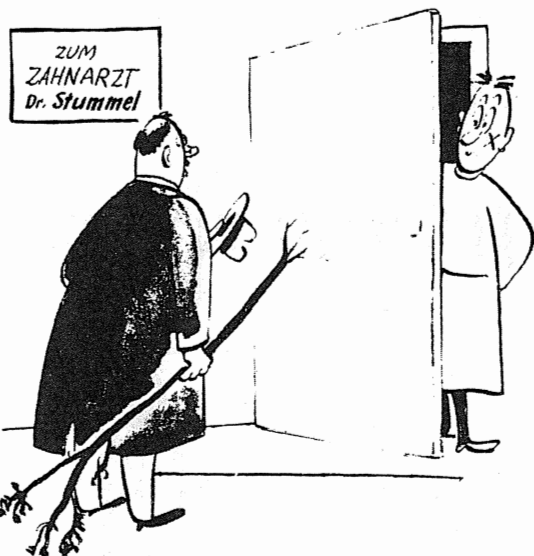
Pil-spill: J. B. M. Johansen
Ring-spill: Rune Fjellanger
Fotball-spill: Carsten Aas/Øivind Åsmyhr
Mattis: Øivind Bratlie (2: H. Jahr)

1. årets jentelag vant stafetten — og 3. årets guttelag. GRATULERER!

17. mai-frokosten ble også avviklet — og der var oppslutningen kjempegod.

Flere arrangementer er ikke planlagt for våren — så da får «Styret» takke for seg — og håpe på en god fortsetning etter sommeren.
GOD SOMMER!!

Sonni Mette.



Tandlæge dr. Stump.
Jeg kommer for en rodbehandling.

Tillitsmenn i OF våren -77

Formann:	Sonni Mette Wåler
Viseformann:	Øivind Bratli
Sekretær:	Svein Tveter
Kasserer:	Bente Dahl
Vertskap:	Berit Aanerød/Jonh Afseth
Innkjøpssjef:	Tor Gotun
Kiældermester:	Steinar Osmundsen
Kapellmester:	Stein Årving
Hyttesjef:	Ulf Broch
Idrettsoppmann:	Steinar Øien
Redaktør TT:	Mette Bjørner
Formann SU:	Jonh Afseth

Audiovisuell undervisning i generell patologi

Åsmund Kjørheim og Tore Solheim

Audiovisuelle undervisningsprogrammer (AV-programmer), ofte kombinert med tekst og seminarer, er i de senere år blitt tatt i bruk i mange land som alternativ til forelesninger og annen konvensjonell undervisning. Som fordeler anføres at studentene gis mulighet til å kjøre slike programmer når og hvor ofte det måtte være ønskelig. I forhold til forelesninger gir dette større mulighet for å følge et individuelt tempo. Muligheten for å repetere stoffet er også bedre, for såvidt som forelesninger vanligvis ikke gjentas. Påfølgende seminarer, som ofte ansees som et nødvendig supplement til AV-undervisningen, gir god mulighet for diskusjon mellom studenter og lærer, og mellom studentene innbyrdes. Dette bør bidra til å stimulere den faglige interessen og føre til at studenten kommer tidligere i gang med studiet av vedkommende fag.

Den pedagogiske verdi av AV-undervisningssystemer er, til tross for økende utbredelse, sjelden sammenlignet objektivt med annen undervisning, f.eks. forelesninger. Ved Odontologisk institutt for patologi har vi prøvd et kommersielt tilgjengelig audiovisuelt system for undervisning i generell patologi: «Integrated pathology audiovisual system», forkortet IPALS, Universitetsforlaget, Oslo, 1974, hovedredaktør professor O. H. Iversen, Rikshospitalet i Oslo. Våren og høsten 1976 ble en gruppe på 10 tilfeldig utvalgte studenter tatt ut av de ordinære forelesninger i en del emner innen generell patologi og fikk isteden følge et undervisningsopplegg som hovedsakelig var basert på de pedagogiske idéer som er skissert i IPALS.

Studentenes holdning til og vurdering av denne undervisningen ble innhentet på evalueringsskjemaer som ble besvart umiddelbart etter eksamen. Forsøksgruppens resultater ved eksamen i generell patologi ble til slutt sammenlignet med resultatene for den del av kullet som bare hadde hatt forelesninger.

Det audiovisuelle undervisningssystem

IPALS består av en lærebok, samt AV-programmer bestående av lysbilder med forklarende kommentarer på lydbånd. Lærebok, lysbilder og bånd forutsettes brukt samlet. Det ansees nødvendig å ha lest læreboka på forhånd for å ha godt utbytte av AV-programmene, og studentene ble gjort oppmerksom på dette. All tekst og tale er på engelsk. To programmer av 10—20 min. varighet ble kjørt for hele gruppen samlet i løpet av 2 timer pr. uke. Det var anledning til å stoppe programmet og diskutere bilde eller tekst, dessuten ble innholdet av hvert bånd diskutert til slutt. Videre ble de teoretiske og praktiske sider ved programmet tatt opp til diskusjon. Det ble lagt vekt på at studentene var aktivt med i diskusjonen, men ingen tvang eller kontroll av studentenes aktivitet ble satt i verk. Etter avtale med studentene ble de samme 2 AV-programmene repetert 3 dager senere. Lærerne var da delvis til stede, slik at studentene hadde anledning til å få faglig veiledning. I eksamensterminen fikk studentene repetere de bånd de måtte ønske når det passet dem. Programmene kunne da kjøres individuelt eller i grupper.

RESULTATER

Studentenes bedømmelse og generelle holdning til IPALS

De fleste studentene møtte opp til den første gjennomgang av stoffet og til seminaret. Alle-rede fra begynnelsen var holdningen stort sett skeptisk og reservert, men også vennlig og positiv. Besvarelsene viste at AV-undervisningen ble oppfattet som passiviserende og lite stimulerende, i motsetning til forelesninger. Det ble også anført at dette var en uvant undervisningsform. Hele 8 og 10 anga at de foretrakk forelesninger, som de mente ville gi større utbytte. Ingen av studentene møtte forberedt til samtlige timer, og 3 studenter hadde aldri lest læreboka på forhånd. Som positivt ved undervisningssystemet ble framhevet fordelene ved å arbeide i små grupper og den gode kontakten dette ga med lærerne.

Bedømmelse av de forskjellige elementer i IPALS

Læreboka var de fleste misfornøyd med. Særlig kom det fram at den var uoversiktlig og inneholdt for få konkrete data og utførlig forklarte eksempler.

Lydbåndenes lengde var man tilfreds med. Vanskelighetsgraden var passelig, men man syntes framstillingen var lite inspirerende fordi talen var monoton og uklar. De fleste båndene forklarte bildene for dårlig. Det var vanskelig å følge med i den engelske talen, og det var av språklige grunner umulig å forstå alt som ble sagt. Derved gikk det så mye tid til å konsentrere seg om språklige problemer at det faglige innhold ikke fikk nok oppmerksomhet. Studentene klaget videre over at de ikke fikk tid til å notere det som ble sagt.

Lysbildene var studentene stort sett godt fornøyd med. Det var imidlertid ikke alltid

mulig å vite hvilken detalj i bildet som ble kommentert, og flere markeringer på bildene ble ansett som ønskelig.

Seminarene fikk god kritikk, og det ble framholdt at man burde hatt bedre tid til disse.

Repetisjonsmulighetene var alle tilfreds med. Likevel var det ikke stort mer enn halvparten av gruppen som benyttet seg av denne muligheten i første termin, selv om de også da kunne få hjelp av lærer. Skuffende var det også at bare 3 studenter repeterte *alle* programmene i eksamenssemesteret, mens 2 studenter ikke repeterte noe program i det hele tatt.

Eksamensresultat

To av de 5 eksamensoppgavene omfattet emner som var dekket av IPALS. Resultatene av eksamensbedømmelsen er vist i tabellen.

Eksamensresultater:

	1	2	3	4	Antall
IPALS-gruppen	8.7	1.25	9.2	1.3	10
Forelesningsgr.	8.9	1.26	9.5	1.2	55

Kolonnene betyr:

1: samlet eksamenskarakter. 2: standard deviasjon av samlet eksamenskarakter. 3: resultat av de to oppgavene som kunne besvares ut fra IPALS pensum. 4: standard deviasjon for resultat 3.

Vi ser at IPALS-gruppen har litt dårligere resultat både totalt og på de spørsmål som dekkes av IPALS-pensum. Forskjellene er imidlertid ikke så store at de er statistisk signifikante, dvs. de kan være oppstått ved tilfeldigheter. Vi må derfor slutte at det ikke er påvist noen forskjell i eksamensresultat mellom IPALS-gruppen og forelesningsgruppen.

DISKUSJON

Manglende forberedelse til undervisningen førte til at studentene fikk for lite utbytte av selve AV-programmene, og det var derfor ikke alltid mulig å føre fruktbare diskusjoner ved seminaret. Derved følte studentene kanskje at undervisningen var dårlig, og en negativ holdning begynte å bre seg. Studentene var selv klar over betydningen av forberedelsen, men likevel fikk de ikke nedlagt nok arbeid i den. Da forberedelsen ikke ble kontrollert av lærerne, var det helt overlatt til studenten å bestemme hvor mye arbeid de skulle legge på denne arbeidsfasen. Mange studenter mangler altså evnen til å planlegge og strukturere sitt studiearbeid på en hensiktsmessig måte, selv om de blir fortalt hvordan de bør gjøre dette. Dersom AV-undervisning skal anvendes i fortsettelsen, synes denne enten å måtte gjøres uavhengig av forberedelse, eller en må bruke sterkere motiverende midler for å få alle studenter til å forberede seg.

Vår erfaring er at IPALS-undervisningen ikke oppfattes som noen aktiv undervisningsform. Studentene er så vant til forelesninger at de ikke klarer å utnytte de muligheter som sikkert finnes innen IPALS-systemet til aktiv innsats. De blir derfor sittende passive og mister lettere tråden enn om de konsentrerer seg om å notere.

På bakgrunn av studentenes stort sett negative innstilling til IPALS er det forståelig at de fleste foretrakk forelesninger framfor det audiovisuelle system. En mulig forklaring på dette kan være at forelesningene ikke krevde studentforberedelser på forhånd, og at ingen seminarer etterpå avslører de manglende kunnskaper. Derved passer forelesninger bedre med studentenes arbeidsvaner, eller mangel på sådanne. Man skal likevel ikke se bort i fra at også andre faktorer fører til at

forelesninger foretrekkes. Når man følger godt med på en forelesning og noterer iherdig, vil man nok få følelsen av å ha gjort en god jobb, samtidig med at man har fått med seg noe fysisk som man føler er av varig verdi, nemlig sine notater.

IPALS-læreboka avviker betydelig fra tradisjonelle lærebøker. Den legger meget prisverdig vekt på prinsipper. Studentene føler imidlertid at teoriene til dels henger i lufta. Fakta og eksempler befinner seg delvis annesteds, nemlig på bånd og lysbilder, og i håndbøker på biblioteket. Resultatet blir da lett at studentene konsentrerer seg om læreboka, som de finner abstrakt og delvis uforståelig.

Studentenes vanskeligheter med lydbåndene kan bare delvis forklares ved at de ikke leste på forhånd i læreboka. Til dels skyldes det nok også at teksten ble lest for raskt, og at fremmedord ikke ble poengtert eller forklart godt nok. Lydbåndene var ikke av beste tekniske kvalitet og talen ikke alltid godt korrelert med teksten på lysbildene.

Noen tekstbilder var uoversiktlige, og noen histologiske bilder ville vinne mye dersom det ble satt på piler.

Selv om studentene oppfattet seminarene som positive, kunne disse vært enda bedre om studentene hadde vært godt forberedt.

Studentenes verbale begeistring for muligheten for repetisjon ga seg etter vårt skjønn for lite praktisk utslag. Muligheter som foreligger, men ikke benyttes, må ansees som verdiløse.

Når man tar i betraktning de mindre gode effekter IPALS-undervisningen førte med seg, kan det synes forbausende at forsøksgruppens studenter oppnådde praktisk talt samme resultat både på IPALS-spørsmålene og sammenlagt ved eksamen (se tabellen). Sluttkarakteren viser også at forsøksgruppen var representativ for studentkullet. Det ser

videre ut som om undervisningsformen har spilt liten rolle for eksamensresultatet. Det ser ut som om intelligente og energiske studenter får gode karakterer uansett undervisningsform. Svake studenter lar seg heller ikke påvirke nevneverdig av typen av undervisning.

KONKLUSJON

Det vi mener å ha vist her er at en representativ studentgruppe med AV-undervisning gjør det omtrent like godt til eksamen som den øvrige gruppen som går på foreles-

ninger. Ingen av våre funn tyder på at AV-undervisningen gir bedre eksamensresultater i faget generell patologi. Studentenes mangel på trivsel ved AV-undervisningen synes å ha vært betydelig. Forbruk av ressurser i form av penger og lærerinnsett pr. student var høyere ved AV-undervisningen. Ved en samlet vurdering av pedagogikk, trivsel og økonomi finner vi det ikke berettiget å basere større deler av den fremtidige undervisning i vårt fag på AV-programmer. Slike systemer vil bare bli brukt på begrensede felter, for eksempel som repetitorium.

*God
Sommer*

A.D.A.—Normert DENTALGULL

Med riktig struktur, gehalt og pris.

KAR-GULL med klar, vakker og riktig gullfarge.

ALFA Type A, mykt.

BETA » B, medium.

GAMMA » C, hårdt.

DELTA » D, ekstra hårdt.

KAR-GULL har varedeklarasjon og stemplet,
riktig gehalt.

KAR-GULL kan ikke sammenlignes med legeringer
med lavere eller ukjent gehalt.

KAR-GULL er billig! Bruk ikke gull med lav
gehalt — De sparer lite, men risikerer
meget.

KAR-GULL er norsk og har vært solgt av
dentaldepotene gjennom årrekker.

Vi kan daglig gi alle opplysninger om de stadige
prissvingninger i markedspriser for edelmetaller.

KA Rasmussen HAMAR A/S

GULL · SØLV · PLATINA

Postboks 295 — 2301 Hamar

Telefon 065 - 21 160



Over 60 år i tannlegens tjeneste!

Og sist – men ikke minst viktig –
vårt telefonnr. 24 88 13

Du er alltid velkommen til et
besøk i vår nye utstilling i

Sørkedalsveien 257
Røa/Oslo 7
(500 m før Bogstad Camping)

Her vil du finne det siste av
KaVo-utstyr og instrumenter.



- *for kvalitet og presisjon*

KaVo føres av de ledende
dental-depoter i Norge.

Representant
for Norge:

FINN B. RASMUSSEN A/S

Postboks 97,
ROA, OSLO 7