

Fra: [Rongve, Arvid](#)
Til: [Postmottak DMP](#)
Kopi: [REDACTED]

Emne: Høringsutkast vedrørende rekvirering av lecanemab og donanemab - saksnummer 26/13856
Dato: mandag 27. april 2026 09:06:16
Vedlegg: [Outlook-t2jpx2tl.png](#)

Hei, jeg sender mitt innspill her på mitt eget initiativ og uavhengig av hva Helse Vest og Helse Fonna senere måtte gi av innspill til dette høringsutkastet:

Vi viser til høringsnotat datert 24.04.2026 om forslag til utleveringsbestemmelse for lecanemab og donanemab, der det foreslås at legemidlene kun kan rekvireres av spesialist i nevrologi eller geriatri.

Vi støtter fullt ut behovet for strenge risikominimeringstiltak ved bruk av disse legemidlene. Behandling med anti-amyloid-legemidler ved tidlig Alzheimers sykdom er krevende, forbundet med risiko for alvorlige bivirkninger og forutsetter behandling i sykehus, strukturert pasientutvelgelse, tett MR-oppfølgning og høy spesialistkompetanse hos forskriver.

Samtidig mener vi at forslaget til hvem som gis rekvireringsrett ikke er tilstrekkelig tilpasset hvordan demensutredning og -behandling faktisk er organisert i Norge i dag.

I praksis er det svært få nevrologiske poliklinikker som over tid utreder, behandler og følger opp personer med demens. Med unntak av enkelte større miljøer som AHUS og St. Olavs hospital, er nevrologisk virksomhet i hovedsak rettet mot pasienter under 65 år når det gjelder kognitiv svikt og demens. Dette utgjør en liten andel av pasientene med Alzheimers sykdom som vil være aktuelle for behandling med lecanemab eller donanemab. Mange av disse yngre pasientene blir etter initial vurdering ved nevrologi uansett videresendt til alderspsykiatri eller geriatri for videre behandling og oppfølging selv om de er under 65 år. Nevrologiske poliklinikker har heller ikke så langt levert data til vårt nasjonale kvalitetsregister NorKog, og vi ser for oss at NorKog vil være et viktig verktøy for både kvalitetssikring og forskning på hvem som mottar denne nye behandlingen og andre fremtidige behandlinger samt deltar i klinisk utprøving fremover. Vi mener derfor at deltagelse i NorKog må være en forutsetning for at en poliklinikk skal kunne gi denne typen behandling uavhengig om det er innen nevrologi, geriatri eller alderspsykiatri - og som kjent har flere sykehus nå hukommelsespoliklinikker der flere spesialiteter jobber sammen i samme organisatorisk enhet.

Ved mange sykehus er det alderspsykiatriske enheter som har det mest komplette tilbudet for demensutredning. Dette inkluderer tilgang til MR bilder av hjernen, nevropsykolog, strukturert bruk av biomarkører, deltakelse i NorKog, tverrfaglige team med lang erfaring i differensialdiagnostikk av demenssykdommer og ansvar for langvarig oppfølging av pasientene samt inklusjon i kliniske utprøvinger. Alderspsykiatriske miljøer har også bred erfaring med vurdering av komorbiditet, polyfarmasi, sårbarhet for bivirkninger og samtykkekompetanse hos pasienter med kognitiv svikt.

En sentral forutsetning for trygg bruk av lecanemab og donanemab er forskriverens erfaring med biologiske markører, spinalpunksjoner, MR-tolkning med fokus på ARIA, håndtering av

alvorlige bivirkninger og gjennomføring av behandling innenfor strenge protokoller. Flere alderspsykiatriske miljøer i Norge har dokumentert kompetanse og praktisk erfaring på dette området, også gjennom deltakelse i kliniske studier. I Helse Fonna er alderspsykiatri og geriatri samlet i en felles eldremedisinsk avdeling, hvor alderspsykiater har klinisk ansvar og leder nasjonal legemiddelutprøving i ANeED-studien. Dette miljøet har etablert kompetanse på avansert diagnostikk og krevende behandling hos sårbare pasientgrupper.

Dersom rekvireringsrett begrenses til kun spesialist i nevrologi eller geriatri, vil dette etter vårt syn kunne føre til utilsiktede og uheldige konsekvenser. Pasienter som allerede er utredet og følges opp i høyt kompetente alderspsykiatriske miljøer kan få forsinket eller manglende tilgang til behandling. Ansvar for videre oppfølging kan bli fragmentert, og etablerte fagmiljøer med størst volum og kontinuitet i demensomsorg risikerer å bli ekskludert, til tross for at de i praksis ivaretar hele behandlingsforløpet.

Vi mener derfor at også spesialist i psykiatri med arbeid innen demens og spesialist i psykiatri med fordypningsområde i alderspsykiatri bør gis rett til å rekvirere lecanemab og donanemab, forutsatt at behandlingen skjer i sykehus, som del av et tverrfaglig team, og i tråd med kravene i kontrollert tilgangsprogram og gjeldende opplæringsmateriell. Vi mener at praksis og erfaring her er viktigere enn spesialitet, og at retningslinjene for rekvirering må ta høyde for dette.

En mer hensiktsmessig utleveringsbestemmelse vil etter vårt syn være at legemidlene kan rekvireres av spesialist i nevrologi, geriatri eller psykiatri med dokumentert kompetanse innen demensutredning og -behandling, inkludert alderspsykiatri.

En slik løsning ivaretar pasientsikkerheten, sikrer etterlevelse av vilkårene i markedsføringstillatelsen og reflekterer dagens kliniske praksis og kompetansestruktur i Norge.

Med vennlig hilsen

Arvid Rongve

Avdelingsoverlege ved Avdeling for Eldremedisin og Eldremedisinsk Poliklinikk, Medisinsk Klinikk, Helse Fonna
Leder ANeED-studiene og Eldremedisinsk forskningsgruppe, Avdeling for forskning og innovasjon, Helse Fonna
Professor II ved Klinisk Institutt 1, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Bergen

[Eldremedisinsk forskningsgruppe - Helse Fonna HF](#)