



*En Fagmedisinsk Forening under
Den norske Lægeforening*

**Norsk Forening for
Otorhinolaryngologi
Hode- og Halskirurgi**

Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo.
www.legeforeningen.no/onh
Org.nr. 990 008 523
Kto: 6215.05.71435

Bergen, 04.06.2007

NASJONALT RÅD FOR KVALITET OG PRIORITERING SAK 19/07 SØVNAPNOESYNDROM.

Norsk Forening for Otorhinolaryngologi, Hode- og Halskirurgi (ØNH) vil innledningsvis vise til at Legeforeningen i Norge allerede for over 5 år siden sendte ut en orientering om diagnostikk og behandling av søvnrelatert respirasjonsbesvær hos voksne og barn: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=9856&subid=0>. ØNH utarbeidet i 2004 i tillegg prioriteringskriteringer for hele fagområdet vårt (inkludert OSAS, mild OSAS og sosial snorking): <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=79798&subid=0>


Det er derfor beklagelig at ingen norsk øre nese hals lege fra det kirurgiske fagmiljø / søvnapnoemiljøet var involvert/invitert med på arbeidet i rapporten "Obstruktivt søvnapnoesyndrom, diagnostikk og behandling utarbeidet av The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care.

Våre norske fageksperter innehar stor klinisk og vitenskapelig kompetanse og har langvarig kjennskap til fagfeltet.

Det er viktig at man erkjenner det kontinuerlige sykdomsspennet fra snorking via UARS til fullminant OSAS når søvnrelaterte pustelidelser (SRBD) diskuteres. Utredning og behandling må ta hensyn til denne divergens i pasientmaterialet. Slik ØNH ser det, er de norske retningslinjer som er tidligere laget for utredning og behandling av SRBD langt på vei utmerkede (OSAS defineres her riktig som AHI på mer enn 5). Det står feil i rapporten om diagnostiske kriterier (det skal foreligge minimum 5 apneer/hypopneer per time kombinert med uttalt dagtrettet. Uforklarlig er galt og noen pustepauser er uriktig).

Det blir ikke rett når man sammenligner antall snorkeoperasjoner for sosial snorking med behandlinger av Obstruktivt søvnapnoesyndrom for søvnapnoe i rapporten.

Det er ingen faglig uenighet om at alvorlig, verifisert søvnapnoe behandles best med **CPAP**. Men med en CPAP-compliance, i henhold til internasjonale studier, på ca. 40-50 %, og brukbare resultat for kirurgi i pasientgruppen med lettere OSAS og sosialsnorking, bør **kirurgi**, slik vårt fagmiljø ser det, være et alternativ for denne gruppen pasienter. Rapporten har også fått hard kritikk fra flere av våre ØNH kollegaer i Sverige fordi den totalt underkjenner effekten av kirurgi. Da det også er mange unge pasienter 30-40 år med snorking, uten uttalt dagtrettet, er det for denne gruppen et dårlig alternativ å skulle bruke CPAP resten

	<p style="text-align: center;"><i>En Fagmedisinsk Forening under Den norske Lægeforening</i></p>	<p style="text-align: center;">Norsk Forening for Otorhinolaryngologi Hode- og Halskirurgi</p> <p>Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo. www.legeforeningen.no/onh Org.nr. 990 008 523 Kto: 6215.05.71435</p>
--	--	---

av livet. I rapporten vises det til subjektive langtidsubehag som klumpfornemmelse og heshet etter operasjon. Dette er heller ikke godt dokumentert (ikke evidens based gr 1 eller 2).

Rapporten omtaler heller ikke kirurgi hos barn. Adenotomi med eller uten tonsillectomi har stor medisinsk effekt for barn med søvnapnesyndrom.

Vi mener at **snorke/bittskinne** er en god alternativ behandling til kirurgi for mange, men antallet har vært relativt lite i Norge på grunn av manglende refusjonsordning. Pasienten betaler selv 5.000-12.000 for bittskinne. Antallet i rapporten fra 2003 antas allikevel å være betydelig lavere enn det reelle tallet, da det ikke er noe sentral registrering av disse prosedyrene. En refusjonsordning for bittskinne ble i sin tid tatt opp av ØNHF, men avslått. Tilpassing av bittskinner bør, etter ØNHF mening, bli refusjonsberettiget også i Norge.

Om man skal sammenligne behandlinger må indikasjonsstillingen for behandlingen også være den samme. I tillegg er det betydelige forskjeller på egenbetaling og refusjonsordninger for både pasient og lege for forskjellige behandlingsalternativ ikke bare innen vårt eget land, men også mellom de nordiske land. Det er åpenbart at finansiering innvirker på pasientens og legens valg av behandling.

Vår konklusjon er at denne uensartede pasientgruppen krever forskjellige behandlingstilbud, CPAP, kirurgi eller bittskinne. Indikasjonsstillingen for behandling må være klare, fattet ut fra standardisert utredningsprosedyrer. En bør sikre seg at spesialisthelsetjenesten i og utenfor sykehus, samt private aktører, har den nødvendige kompetanse og at egenandeler og betaling / refusjon til lege/institusjon for selve behandlingen fra det offentlige ikke er det som avgjør metodevalg.

Vi vil for øvrig beklage den korte høringsfristen Dnlf har gitt oss i denne saken!

Med vennlig hilsen

Stein Helge Glad Nordahl
 Leder - Norsk Forening for Otorhinolaryngologi, Hode- og Halskirurgi (ØNHF)
 Dr.med., overlege
 Øre nese Hals avdelingen
 Haukeland Universitetssykehus
 5021 Bergen
 TEL: 55 97 27 00 / 91 13 13 32
 mail: stein.nordahl@ore.uib.no
www.legeforeningen.no/onh