

Fordøyelsessykdommer

Prioriteringsveileder: Veiledertabell, mars 2009

- 1 Lovmessig grunnlag og ansvar for rettighetstildeling i spesialisthelsetjenesten
- 2 Fagspesifikk innledning - fordøyelsessykdommer
- 3 Synlig GI-blødning med jernmangelanemi
- 4 GI blødning uten anemi
- 5 Friskt blod på toalett papiret uten anemi eller jernmangel
- 6 Klinisk signifikant ikke forklart vekttap
- 7 Uforklart endring i avføringsmønster hos pasient <45 år
- 8 Uforklart endring i avføringsmønster hos pasient
 - a) Alder >55 år
 - b) Alder 45-55 år
- 9 Kronisk diaré uten blødning eller klinisk signifikant vekttap
- 10 Refraktær/intraktabel obstipasjon
- 11 Dysfagi og odynofagi
 - a) Alder > 40 år
 - b) Alder < 40 år
- 12 Dyspepsi hos voksne pasienter yngre enn 50 år uten alarmsignaler
- 13 Dyspepsi hos voksne pasienter over 50 år
- 14 Ikterus
- 15 Klinisk betydelige magesmerter - nylig oppståtte (mindre enn 12 mnd) og vedvarende (mer enn 6 uker)

Lovmessig grunnlag og ansvar for rettighetstildeling i spesialisthelsetjenesten

Alle henvisninger som mottas i spesialisthelsetjenesten¹ skal vurderes i forhold til prioriteringsforskriften for å kunne avgjøre om:

- pasienten har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til prioritert helsehjelp
- pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når hvert av følgende vilkår er oppfylt:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Pasienter som får rett til prioritert helsehjelp skal få en medisinsk forsvarlig frist for når helsehjelpen senest skal starte. Det er denne fristen som er angitt i veiledertabellen.

Veiledertabellen er ment å dekke 75–80% av henvisningene innenfor fagområdet. Andre tilstander skal også vurderes i forhold til prioriteringsforskriften, men de er ikke innbefattet i veiledertabellen.

Det betyr ikke at pasienter med disse tilstandene er lavere prioritert.

Helsehjelpen som er angitt i veiledertabellen er den som ligger til grunn for anbefalingen av rett og frist. Når helsehjelpen skal ytes, kan naturligvis også andre effektive tiltak benyttes. Veiledertabellen er ikke en faglig retningslinje, men en prioriteringsveileder.

Bak anbefalingene om rettighet og frist som er angitt for hver tilstand ligger det en vurdering og gradering av hvert av vilkårene i prioriteringsforskriften. Graderingen er gjengitt i veiledertabellen. Det er fire graderingsalternativer som angir styrken av oppfyllelsen av vilkårene:

Tilstanden/helsehjelpen

- anses å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv
- anses sannsynligvis å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv
- anses under tvil å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv
- anses ikke å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv

For hver tilstandsgruppe gir veiledertabellen en oversikt over mulige **individuelle forhold** som kan tillegges vekt utover dem som generelt beskriver tilstandsgruppen. Eventuelle andre relevante forhold skal også tas i betraktning. Individuelle forhold kan tilsi at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

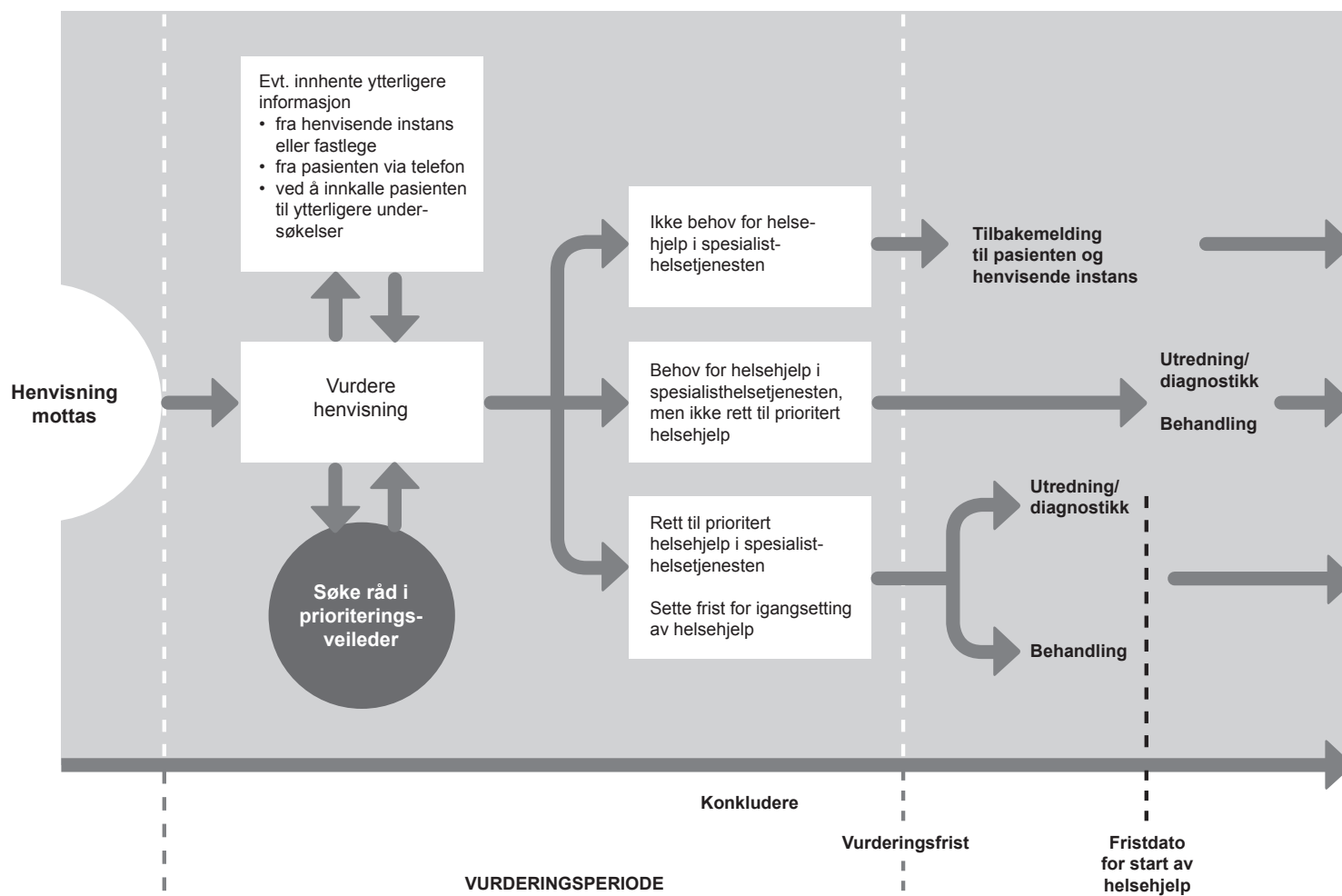
Veiledertabellen er ment som beslutningsstøtte. **Spesialisten er ansvarlig for vurderingene og avgjørelsene om rettighetsstatus og frist for start helsehjelp for den enkelte pasient.**

Slik bruker du veiledertabellen

1. Vurder henvisningen.
2. Vurder om henvisende instans eller pasienten skal kontaktes for ytterligere opplysninger eller om pasienten skal innkalles til undersøkelser før beslutning om rettighetsstatus fattes. Dette må i så fall skje innen vurderingstidens utløp.
3. Finn den tilstandsgruppen som passer best for henvisningen.
4. Gjør en selvstendig vurdering av pasientens tilstand i forhold til alle tre vilkårene i prioriteringsforskriften og sammenlikne med veiledertabellen.
5. Foreta en helhetlig, individuell vurdering av pasienten og konkluder med ett av følgende utfall for hver pasient:
 - pasienten har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
 - pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til prioritert helsehjelp
 - pasienten har ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
6. Dersom det gis rett til prioritert helsehjelp, avgjør hva som er medisinsk forsvarlig frist for når helsehjelp senest skal starte.
7. Gi en dato for når pasienten skal møte opp. For rettighetspasienter må denne datoen være tidligere enn fristdatoen.

¹ Gjelder som hovedregel ikke pasienter som allerede er i et forløp som forutsettes å være medisinsk forsvarlig, se utfyllende tekst i Prioriteringsveileder, generell del, kap 4

Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsetting av rettigheter og frist for start helsehjelp



Fagspesifikk innledning - Fordøyelsessykdommer

Om utvalget av tilstander i veiledertabellen

Tilstandene i veiledertabellen for fordøyelsessykdommer er ment å dekke de vanligste og viktigste henvisningsproblemstillingene. De fleste tilstandene definerer henvisningskategorier som bør gis rett til prioritert helsehjelp. Det er også tatt med enkelte tilstander som i utgangspunktet ikke bør gi rett til prioritert helsehjelp, for eksempel ukomplisert dyspepsi hos pasient <50 år. Samlet skal veiledertabellen være en beslutningsstøtte for de som vurderer henvisningene.

Vurderingsgrunnlaget

Mistanke om fordøyelsessykdom

Mange av henvisningene til grensespesialiteten fordøyelsessykdommer vil inneholde opplysninger om symptomer, tegn og evt. prøveavvik. Samlet kan disse opplysningene gi mistanke om en diagnose. Hvis ytterligere undersøkelser eller opplysninger i vurderingsperioden kan avklare tilstanden bør dette gjøres. Dersom dette ikke er mulig vil tilstanden på dette tidspunkt fremtre som uavklart. De forhold som er beskrevet i prioriteringsveileder, generell del, kap 6.2, skal da tas i betraktning.

For å sikre individuell vurdering av hver enkelt pasient, er det for hver tilstand utarbeidet forslag til individuelle faktorer som må vurderes. Alder, arv, miljøpåvirkninger, tidligere sykdommer kan være viktige faktorer i denne sammenheng.

Alarmsymptomer og fastsettelse av frist

Alarmsymptomer er assosiert med langt høyere risiko for alvorlig sykdom enn vanlige symptomer. Dette er nærmere beskrevet i de underliggende vurderingsskjema (Excel-filer) som arbeidsgruppen har utarbeidet for hver tilstandsgruppe. Disse ligger på Helsedirektoratets nettsider:

www.helsedirektoratet.no/prioritering

I den grad det ikke er samsvar mellom vurderingsskjemaene og de nasjonale prioriteringsveilederne, vil det være prioriteringsveilederne som gjelder. Bakgrunnen for dette er at enkelte endringer i forbindelse med avsluttende revisjon av prioriteringsveilederne ikke er tilbakeført til Excel filene.

Når en tilstand er basert på tilstedeværelse av alarmsymptomer vil en nyansering i første rekke få betydning for fastsettelse av frist. For eksempel vil jernmangelanemi i forbindelse med verifisert tarmlørdning tilsi høyere prioritet og kortere ventetid enn usikker påvisning av okkult tarmlørdning uten jernmangel eller anemi. I begge tilfeller gis rett til prioritert helsehjelp.

Vurderingen av vanlige symptomer med hensyn til rett til prioritert helsehjelp

Når det foreligger nye vanlige symptomer (ikke alarm) vil vurderingen på gruppenivå bli annerledes. F.eks. er dyspepsi ved alder <50 år i utgangspunktet vurdert å gi "behov for helsehjelp uten rett", mens pasienter med dyspepsi og alder >50 år gis "rett". Her er det den alderavhengige sannsynlighet for alvorlig underliggende sykdom som ligger bak differensieringen. Den individuelle vurderingen av en henvisning vil kunne få et annet utfall.

Det er definert en tilstandsgruppe for betydelige abdominalsmerter for å skille slike symptom bilder fra dyspepsi, som inkluderer lette til moderate smerter i øvre abdomen. Underliggende cancer pancreas er en av flere årsaker til at en separat tilstandsgruppe er definert. For å unngå at grensen mot dyspepsi blir for vag er det for denne tilstandsgruppen definert hva som menes med betydelige magesmerter.

Hva prioriteringsveilederen ikke gir svar på

Prioriteringsveilederen gir ikke svar på hvilke undersøkelser og hva slags behandling det er riktig å gi den enkelte pasient. Dette er faglige vurderinger som til enhver tid følger "beste praksis", nasjonale og lokale retningslinjer basert på vitenskapelig dokumentasjon og erfaringsbasert kunnskap. Det er i egen kolonne antydnet hva slag helsehjelp som kan bli aktuell. Kolonnen er ikke fullstendig, men skisserer de vanligste utredninger og behandlinger.

3

Synlig GI blødning med jernmangelanemi

a) Alder >40 år

b) Alder <40 år og klinisk lav risiko for malignitet

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> Listen er ikke uttømmende |
|---|--|---|---|--|
| <p>Synlig GI blødning med jernmangel/anemi</p> <p>a) Alder >40 år</p> <p>b) Alder <40 år <u>og</u> klinisk lav risiko for malignitet</p> | <p>Utredning av GI traktus mhp blødningsfokus, spesielt mht. malign sykdom, evt. andre blødningsårsaker</p> <p>Endoskopier, evt. rtg., CT/MR modaliteter, scintigrafi m.v.</p> | <p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist: a) 2 uker b) 4 uker</p> | <ul style="list-style-type: none"> • risikoen øker ved alder >45 år og særlig ved alder >55 år • arvelig disposisjon for colorectal neoplasi, herunder familiære typer av polyppsykdom • blødning over tid og observasjon av mørkt blod • allmennsymptomer, nedsatt matlyst og tretthet • vekttap • komorbiditet pga alvorlig sykdom i vitale organer, særlig kombinert med høy alder, vil gi økt komplikasjonsrisiko i forbindelse med diagnostikk og behandling • tidlig påvisning av eventuelt tarmkreft har betydning i forhold til overlevelse og palliasjon |

Definisjon:

Ved jernmangel/anemi alene vises det til prioriteringsveileder innen hematologi - blodsykdommer. Jernmangel/anemi ved okkult GI blødning se tilstandsgruppe 2.

4

GI blødning uten anemi

a) Alder >40 år

b) Alder <40 år og klinisk lav risiko for malignitet

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|---|---|---|--|---|
| GI blødning uten anemi a) Alder >40 år b) Alder <40 år <u>og</u> klinisk lav risiko for malignitet | Utredning av GI traktus mhp blødningsfokus, spesielt mht. malign sykdom, evt. andre blødningsårsaker Endoskopier, evt. rtg., CT/MR modaliteter, scintigrafi m.v. | Tilstanden anses å være alvorlig Helsehjelpen anses å være nyttig Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv | Rett til prioritert helsehjelp Maksimumsfrist: a) 4 uker b) 6 uker | <ul style="list-style-type: none"> risikoen øker ved alder >45 år og særlig ved alder >55 år arvelig disposisjon for colorectal neoplasi, herunder familiære typer av polyppsykdom blødning over tid og observasjon av mørkt blod allmennsymptomer, nedsatt matlyst og tretthet jernmangel/anemi øker alvorlighet, se tilstandsgruppe 1, s. 3 vekttap komorbiditet pga alvorlig sykdom i vitale organer, særlig kombinert med høy alder, vil gi økt komplikasjonsrisiko i forbindelse med diagnostikk og behandling tidlig påvisning av eventuelt tarmkreft har betydning i forhold til overlevelse og palliasjon |

Krav til positiv blodtest i avføring for påvisning av okkult GI blødning:

Minst 5 tester. Alle positive=GI blødning

>0 og <5 positive: Nye tester (5) under kostrestriksjon. >2 positive=GI blødning

1-2 positive, nye tester (5) under kostrestriksjon. Minst 1 positiv=GI blødning

For vurderingsgrunnlag, se tilstandsgruppe 1, s. 3.

Friskt blod på toalettpapiret uten anemi eller jernmangel

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|---|--|---|--|---|
| <p>Friskt blod på toalettpapiret uten anemi eller jernmangel, hvor rektal eksplorasjon og anorectoskopi er utført med normale funn</p> | <p>Utredning</p> | <p>Tilstanden anses ikke å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses under tvil å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Ikke rett til prioritert helsehjelp</p> | <p>Listen er ikke uttømmende</p> <ul style="list-style-type: none"> tumorsuspekt funn ved anorectalus hos primærlege arvelig disposisjon for colorectal neoplasi, herunder familiære typer av polyppsykdom nedsatt allmenntilstand smarter, følelse av innkomplett tømning ved defekasjon nyoppstått forstoppelse strålebehandling av bekkenet tidligere lignende episoder |

6

Klinisk signifikant ikke forklart vekttap

a) Alder ≥ 40 år

b) Alder < 40 år og klinisk lav risiko for malignitet

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|--|---|---|---|---|
| Klinisk signifikant ikke forklart vekttap a) Alder ≥ 40 år b) Alder < 40 år <u>og</u> klinisk lav risiko for malignitet | Andre effektive behandlingsmetoder kan være aktuelle Utredning mht. underliggende sykdom Innbefatter endoskopier av GI traktus, vevsprøver, visualiserende billeddiagnostikk, laboratorieanalyser m.v. Styres av klinikk og funn | Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig Helsehjelpen anses under tvil å være kostnadseffektiv | Som hovedregel: Rett til prioritert helsehjelp Maksimumsfrist: a) 2 uker b) 4 uker | Listen er ikke uttømmende <ul style="list-style-type: none"> cancer risiko ved alder > 45 år, og særlig ved alder > 55 år komorbiditet følgende ko-faktorer øker alvorlighet: <ul style="list-style-type: none"> tap av matlyst asteni redusert almenntilstand mono- eller multiorgan dysfunksjon rask progresjon av vekttap SR > 17mm, hvite > 10T, temp > 37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning slanking og andre forhold som kan forklare vekttapet |

Definisjon av vekttap:

- > 5 % av kroppsvekt ila 6 måneder
- > 2 kg ila siste 4 (6) uker, økt risiko.
- > 3 kg ila siste 4(6) uker, betydelig økt risiko.

Uforklart endring i avføringsmønster hos pasient <45 år

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|--|---|--|--|---|
| <p>Uforklart endring i avføringsmønster hos pasient <45 år</p> | <p>Undersøkelse av primært tykktarm, evt. tynntarm, bukspyttkjertel, lever og galleveier avhengig av klinikk og funn</p> <p>Det kan også være nødvendig med mer omfattende indremedisinsk utredning</p> | <p>Tilstanden anses sannsynligvis ikke å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Ikke rett til prioritert helsehjelp</p> | <ul style="list-style-type: none"> den positive prediktive verdi av alarmsignaler for kreft øker ved alder >45 år genetisk disposisjon for colorectal cancer gir økt risiko også ved alder < 45 år (FAP og HNPCC) følgende ko-faktorer øker alvorlighet: <ul style="list-style-type: none"> tap av matlyst asteni reduert allmenntilstand SR>17mm, hvite>10T, temp>37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning luftplager, vekslende avføring som vanlig mønster og 1. grads slektning med IBS reduserer risikoen for tarmkreft kjent tarmsykdom og arvelige tilstander som disponerer for tarmkreft komorbiditet særlig kombinert med høy alder irritabelt tarmsyndrom/angst/depresjon økt prediktiv verdi hos menn (flere vil vise seg å ha tarmkreft) |

Definisjon:

- 6 uker eller lenger som ikke har sammenheng med tarminfeksjon eller kjent tarmsykdom
- Endring til diaré og økt avføringsfrekvens er best dokumentert som cancerrelatert
- Innbefatter ikke endringer i avføringsmønster som følge av endringer i vannkvalitet, næringsinntak, fysisk aktivitet, bytte av bosted eller utenlandsreise.
- Hos pasienter med irritabel tarmsyndrom er endringer i avføringsmønster del av tilstanden. Endring som ligger innenfor den variasjon pasienten opplever over tid anses som "forklart" og faller utenfor denne kliniske tilstand.

Uforklart endring i avføringsmønster hos pasient

a) Alder >55 år

b) Alder 45-55 år

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> Listen er ikke uttømmende |
|---|---|---|--|--|
| <p>Uforklart endring i avføringsmønster hos pasient</p> <p>a) Alder >55 år</p> <p>b) Alder 45-55 år</p> | <p>Undersøkelse av primært tykktarm, evt. tynntarm, bukspyttkjertel, lever og galleveier avhengig av klinikk og funn</p> <p>Det kan også være nødvendig med mer omfattende indremedisinsk utredning</p> | <p>Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist:</p> <p>a) 4 uker b) 6 uker</p> | <ul style="list-style-type: none"> den positive prediktive verdi av alarmsignaler for kreft øker ved alder ≥ 45 år og øker markert ved alder >55 år genetisk disposisjon for colorectal cancer diaré følgende ko-faktorer øker alvorlighet: <ul style="list-style-type: none"> tap av matlyst asteni reduert allmenntilstand SR>17mm, hvite>10T, temp>37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning luftplager, vekslende avføring som vanlig mønster og 1. grads slektning med IBS reduserer risikoen for tarmkreft kjent tarmsykdom og arvelige tilstander som disponerer for tarmkreft komorbiditet særlig i høy alder irritabelt tarmsyndrom/angst/depresjon økt prediktiv verdi hos menn (flere vil vise seg å ha tarmkreft) |

Definisjon:

- 6 uker eller lenger som ikke har sammenheng med tarminfeksjon eller kjent tarmsykdom
- Endring til diaré og økt avføringsfrekvens er best dokumentert som cancerrelatert
- Innbefatter ikke lettere endringer i avføringsmønster som følge av endringer i vannkvalitet, næringsinntak, fysisk aktivitet eller bytte av bosted / utenlandsreise.
- Hos pasienter med irritabel tarmsyndrom er endringer i avføringsmønster del av tilstanden. Endring som ligger innenfor den variasjon pasienten opplever over tid anses som "forklart" og faller utenfor denne kliniske tilstand.

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|--|---|--|--|--|
| Kronisk diaré uten blødning eller klinisk signifikant vekttap | Undersøkelse av primært tykktarm og tynntarm, bukspyttkjertel, lever og galleveier avhengig av klinikk og funn Det kan også være nødvendig med mer omfattende indre medisinsk utredning | Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig Helsehjelpen anses å være nyttig Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv | Som hovedregel: Rett til prioritert helsehjelp Maksimumsfrist: 6 uker | <ul style="list-style-type: none"> • nattlig diaré • vedvarende p.t.a. seponering av medikamenter som kan gi diaré • nær familiær forekomst av cøliaki eller inflammatorisk tarmsykdom • avvik i laboratorieprøver (for eksempel jernmangel, B12-mangel) • opiatbruk • tidligere cholecystectomi og strålebehandling mot abdomen |

Definisjon:

Må ha vart >6 uker uten sikker bedring. Jevnt over vandig til grøtaktig konsistens. Økt avføringsvolum og frekvens (>3 tømninger daglig).

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|--|--|--|--|---|
| Refraktær/intraktabel obstipasjon | <p>Undersøkelse av primært endetarm og tykktarm, både med visualiserende metoder og funksjonstester</p> <p>Det kan også være nødvendig med mer omfattende indremedisinsk utredning</p> | <p>Tilstanden anses under tvil å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist: 26 uker</p> | <ul style="list-style-type: none"> • kjent kronisk eller medfødt nerve- eller muskelsykdom • sykdommer som disponerer for autonom nevropati/nevropatier med bakenforliggende tilstand (for eksempel diabetes mellitus, B12 og/eller folinsyreangel osv.) • kjent divertikkelsykdom, særlig episoder forenlig med divertikulitt • bruk av medikamenter med kjent hemmende effekt på tarmperistaltikk (for eksempel opiater, ca-blokkere eller psykofarmaka med antikolinerg virkning) • følgende ko-faktorer øker alvorligheten: <ul style="list-style-type: none"> • tap av matlyst • asteni • redusert almenntilstand • SR>17mm, hvite>10T, temp>37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning • tverrsnittlesjon • strukturelle forhold som ikke lar seg korrigere operativt, og mange tidligere abdominalinngrep • medfødte eller ervervete kroniske glattmuskel, eller nervesykdommer • fysisk aktivitetsnivå |

Definisjon av intraktabel obstipasjon:

- Kronisk som har vart over 6 måneder eller nyoppstått og tiltagende.
- Hard avføring (konsistens), frekvens < 3 ggr per uke.
- Liten eller ingen effekt av vanlig behandling (kostholdstiltak, laktulose etc., avføringsmidler som bisokadyl), som skal være prøvd.
- Ledsages av plagsomme abdominalsymptomer. Pasienter med symptomfri lav avføringsfrekvens inngår ikke.

Tilstander som kan ligge bak:

- Benign striktur i colon, for eksempel sekundært til divertikkelsykdom eller adheranse
- Anatomiske/strukturelle forhold i det lille bekken
- Nevromuskulær dysfunksjon av en rekke årsaker
- Tverrsnittlesjon, vil være kjent i de fleste tilfeller.

Dysfagi* og odynofagi**

a) Alder > 40 år

b) Alder < 40

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|---|--|---|--|--|
| Dysfagi* og odynofagi** a) Alder > 40 år b) Alder < 40 | <p>I første rekke undersøkelse av spiserør, svelgfunksjon og spiserørsfunksjon</p> <p>Undersøkelser av nervesystemet kan også være aktuelt</p> | <p>Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist:</p> <p>a) 4 uker b) 6 uker</p> | <p>Listen er ikke uttømmende</p> <ul style="list-style-type: none"> • alkoholbruk, særlig brennevin • langvarig reflukssykdom og Barretts øsofagus • kroniske reflukssymptomer (halsbrann) som plutselig forsvinner uten behandling • eksponering for risikofaktorer • spiserørskreft er vanligere hos menn enn kvinner og ses sjelden under 40-årsalder • alvorlig reflukssykdom hos yngre voksne • SR>17mm, hvite>10T, temp>37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning øker risikoen for tarmkreft • smerter ved svelging og svelgebesvær • høy alder • vekttap og allmenntilstand • røyking • komorbiditet • tidligere blokkering/kirurgi |

Definisjon:

* = svelgvansker

** = smerter ved svelging

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> Listen er ikke uttømmende |
|--|--|--|--|---|
| Dyspepsi* hos voksne pasienter yngre enn 50 år uten alarmsignaler | <p>Undersøkelse av GI traktus, i første rekke øvre segmenter som spiserør, magesekk og tynntarm, evt. lever, galleveier og bukspyttkjertel. Mer omfattende utredning kan i sjeldne tilfeller være aktuelt.</p> <p>Tilstanden kan behandles av primærhelsetjenesten</p> | <p>Tilstanden anses ikke å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen forventes sannsynligvis å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv</p> | Ikke rett til prioritert helsehjelp | <ul style="list-style-type: none"> • nattlige symptomer • høy symptomintensitet • tidligere strålebehandling og behandling med medikamenter som kan skade spiserør (for eksempel alendronat) eller magesekk og tolvfingertarm (for eksempel ASA, NSAID, steroider) • SR>17mm, hvite>10T, temp>37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning øker risikoen for tarmkreft • helicobakter pylori kolonisering og tidligere ulcus i sykehistorien øker risikoen • komorbiditet • typiske halsbrannsymptomer med forverring etter måltider og i liggende stilling • svingende kronisk residiverende forløp over tid med varierende symptomer |

Definisjon:

* Dyspepsi her definert som smerter og ubehag i øvre del av abdomen med eller uten halsbrann og sure oppstøt. Samme definisjon som NICE.

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|--|--|--|--|--|
| Dyspepsi* hos voksne pasienter over 50 år | <p>Undersøkelse av GI traktus, i første rekke øvre segmenter som spiserør, magesekk og tynntarm, evt. lever, galleveier og bukspyttkjertel</p> <p>Mer omfattende utredning kan i sjeldne tilfeller være aktuelt styrt ut fra klinikk og alvorlighetsfaktorer</p> | <p>Tilstanden anses under tvil å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist: 6 uker</p> | <p>Listen er ikke uttømmende</p> <ul style="list-style-type: none"> • nattlige symptomer • høy symptomintensitet • tidligere strålebehandling • bruk av medikamenter som kan skade spiserør (for eksempel alendronat) og magesekk og tolvfingertarm (for eksempel ASA, NSAID, steroider) • SR>17mm, hvite>10T, temp>37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning øker risikoen for tarmkreft • komorbiditet • helicobacterinfeksjon • tidligere ulcus i sykehistorien |

Definisjon:

* Dyspepsi her definert som smerter og ubehag i øvre del av abdomen med eller uten halsbrann og sure oppstøt. Samme definisjon som NICE.

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|-----------------------------------|---|--|--|--|
| Ikterus | <p>Primært utredning av lever, galleveier og bukspyttkjertel, med mindre det er grunn til å mistenke blodsykdom</p> <p>Både laboratorieprøver og visualiserende undersøkelser er indisert</p> | <p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses sannsynlig å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist: 2 uker</p> | <p>Listen er ikke uttømmende</p> <ul style="list-style-type: none"> • høy alder • smertefri ikterus • kløe • ufrivillig vekttap og nedsatt matlyst • samtidig ascites • kjent hemolyttisk sykdom (autoimmune tilstander) • bruk av levertoksiske medikamenter eller langvarig eksponering for hepatotoksiner • funn av leverstigmata • hepatitt • prodromalsymptomer • komorbiditet • betydelige avvik i klinisk-kjemiske parametere • allmenntilstand • kronisk sykdom eller cancer |

Klinisk betydelige magesmerter

- nylig oppståtte (mindre enn 12 mnd) og vedvarende (mer enn 6 uker)

| Tilstandsgruppe/ klinisk bilde | Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten | Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften | Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører | Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> |
|---|---|---|--|---|
| <p>Klinisk betydelige magesmerter - nylig oppståtte (mindre enn 12 mnd) og vedvarende (mer enn 6 uker)</p> | <p>I første rekke undersøkelse av magesekk og tolvfingertarm, tykktarm og bukspyttkjertel</p> <p>Undersøkelse mht. tumores for øvrig, sirkulasjon, hormoner og metabolske sykdommer kan bli nødvendig</p> | <p>Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv</p> | <p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist: 4 uker</p> | <ul style="list-style-type: none"> • nattlige smerter • parietale smerter • mistanke om tarmslyng • mistanke om intestinal pseudoobstruksjon • kjent forekomst av kreft i magetarmsystemet i slekten, tidligere fjernet magesekk (BII) • tretthet • feber • nattsvette • ved alder under 35 år er underliggende malign svært lite sannsynlig med mindre det foreligger disponerende faktorer, (for eksempel høy intensitet, crescendo forløp, kronisk pancreatitt) • høyt alkoholforbruk øker sannsynligheten for kronisk pancreatitt • Mb. Crohn og samtidige utfall i blodprøver (B12, folat, ferritin, CRP, SR) • SR>17mm, hvite>10T, temp>37, jernmangel og neoplastisk sykdom hos 1. gradsslektning øker risikoen for tarmkreft • ved alder >50 år øker sannsynligheten for underliggende malign sykdom • komorbiditet • bruk av enkelte psykofarmaka • alkoholforbruk, narkotikaforbruk og eller kronisk opiatforbruk |

Definisjon:

Vedvarende magesmerter med høy og/eller økende intensitet.

Ekskl. akutt abdomen (Ø. hjelp), lette til moderate smerter (dyspepsi) og magesmerter assosiert med alarmsignaler - se veiledere for respektive alarmsymptomer. Har pasienten for eksempel ledsagende vekttap eller GI blødning gis "rett" fortrinnsvis etter disse tilstandene.

