



26.mars 2022

Høring – Gjør Kloke Valg: Norsk gastroenterologisk forening

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) gratulerer Norsk gastroenterologisk forening med sine første Gjør Kloke Valg anbefalinger. En hovedtanke bak Gjør Kloke Valg er å se på hva man selv kan gjøre for å redusere undersøkelser og behandlinger som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade. Anbefalingene kunne derfor vært enda mer tydelig rettet mot egen fagekspertise. Mange er direkte rettet mot allmennleger som tar imot den uselekterte pasienten og avgjør videre utredning og eventuelt henvisning. NFA er derfor takknemlige for muligheten til å gi innspill til anbefalingene.

Noen av anbefalingene er språklig sett litt tunge å lese, og kunne kanskje vært forenklet uten at budskapet tapes.

1. Unngå koloskopi av pasienter med forstoppelse hvis de er under 40 år og ikke har alarmsymptomer eller tykk- og endetarmskreft i nær familie

Begrunnelse:

Forstoppelse er et vanlig symptom i befolkningen og beslaglegger kapasitet i helsetjenestene. Pasienter med alarmsymptomer som rektalblødning, okkult gastrointestinal blødning, vekttap eller jernmangelanemi bør undersøkes med koloskopi. Hos pasienter under 40 år som ikke har alarmsymptomer eller tykk- og endetarmskreft i nær familie er sannsynligheten svært lav for å finne organisk sykdom, og koloskopi bør derfor unngås.

Foreslått endret til (samme innhold, men noe endret rekkefølge og tatt ut «alarmsymptom»):

Begrunnelse:

Forstoppelse er et vanlig symptom i befolkningen og beslaglegger kapasitet i helsetjenestene. Hos pasienter under 40 år som ikke har alarmsymptomer eller tykk- og endetarmskreft i nær familie er sannsynligheten svært lav for å finne organisk sykdom, og koloskopi bør derfor unngås. Pasienter med rektalblødning, okkult gastrointestinal blødning, vekttap eller jernmangelanemi bør undersøkes med koloskopi.

NFA har diskutert problemstillingen og undrer oss over at dette er et prioritert råd. Er det slik at det henvises mange pasienter under 40 år med forstoppelse til koloskopi?

2. Unngå å ta avføringsprøve for å påvise blod hvis en pasient med jernmangelanemi eller mage-tarm-symptomer selv har observert friskt blod i avføringen

Begrunnelse:

Fekalt okkult blod-test (FOBT) ble utviklet for masseundersøkelse av asymptomatiske pasienter med gjennomsnittlig risiko for tykk- og endetarmskreft. Pasienter med jernmangelanemi og/eller rektalblødning bør uansett utredes med tanke på organisk sykdom. FOBT ved disse problemstillingene er ikke hensiktsmessig da det uansett er behov for utredning. Tilleggsundersøkelser som FOBT vil kunne forsinke denne. Positive FOBT tatt på feil premisser fører også til unødvendige endoskopier, med den risiko og belastning det medfører.

Foreslått endret til:

Begrunnelse:

Fekalt okkult blod-test (FOBT) ble utviklet for masseundersøkelse av asymptomatiske pasienter med gjennomsnittlig risiko for tykk- og endetarmskreft. Pasienter med jernmangelanemi og/eller rektalblødning bør utredes med tanke på organisk sykdom. FOBT ved disse problemstillingene er ikke hensiktsmessig, og videre utredning skal ikke forsinkes.

Foreslått tatt ut, da det ikke passer med rådet (hvor de skal henvises uavhengig av FOBT):
«Positive FOBT tatt på feil premisser fører også til unødvendige endoskopier, med den risiko og belastning det medfører.»

NFA har inntrykk av at de som utfører FOBT gjør dette lokalt som ledd i utredning uten at det er et forsinkende ledd. Dersom en pasient presenterer med jernmangelanemi vil FOBT ofte være en del av utredningen av en rekke differensialdiagnoser, en utredning som undersøker flere løp parallelt. En slik bruk av FOBT vil kunne forhindre unødvendige koloskopier, der en negativ FOBT vil minske sannsynligheten for GI-patologi, særlig dersom utredningen samtidig resulterer i andre funn som kan forklare jernmangelanemi.

NFA har lenge vært opptatt av hvilke tester som tas for å undersøke okkult blod i fæces, og har i flere år sendt innspill til våre takstforhandlinger slik at takster kan understøtte riktig bruk av testene. Mange fastleger undersøker fortsatt med HemoFec. Både de immunologiske testene og kombinasjonstestene har stort sett høyere sensitivitet og spesifisitet enn HemoFec, og burde være foretrukne analysemetoder i allmenntmedisin. NFA håper fortsatt på en endring av takstene slik at vi får best mulig kvalitet på undersøkelsene i allmenntmedisin og benytter anledningen til å be om Norsk gastroenterologisk forenings støtte i dette arbeidet.

3. Unngå å kontrollere Barretts øsofagus hyppigere enn anbefalt i nasjonale retningslinjer

Begrunnelse:

Barretts øsofagus (intestinal metaplasi) er en relativt vanlig premalign tilstand som oppstår som følge av reflukssykdom. Risikoen for kreftutvikling avhenger av slimhinneforandringenes lengde og tilstedeværelsen av dysplasi eller fokale forandringer. Hyppige kontroller medfører et stort antall unødvendige undersøkelser.

Nasjonalt handlingsprogram for spiserørskreft gir anbefalinger om håndtering av Barretts øsofagus. Unngå å kontrollere Barretts øsofagus hyppigere enn anbefalt i retningslinjene.

Innspill:

Denne anbefalingen er tydelig rettet til gastroenterologer og vi støtter å følge de nasjonale retningslinjene for oppfølging.

4. Unngå å gjenta koloskopier hyppigere enn det som anbefales i nasjonale retningslinjer***Begrunnelse:***

Koloskopi, med eller uten polyppektomi, er en invasiv undersøkelse med en liten, men ikke ubetydelig risiko for komplikasjoner som perforasjon eller blødning. Kontrollkoloskopier beslaglegger mye av endoskopikapasiteten, og det er viktig at tilbudet gis til de som trenger det mest og der sjansen for å forebygge tykktarmskreft er størst.

Nasjonalt handlingsprogram for tykk- og endetarmskreft gir anbefalinger om intervallet til kontrollkoloskopi etter fjerning av polypper.

Innspill:

Støttes.

5. Unngå å utrede pasienter med dyspepsi med gastroskopi hvis de er yngre enn 45 år og ikke har alarmsymptomer***Begrunnelse:***

Dyspepsi er et vanlig symptom i befolkningen og beslaglegger kapasitet i helsetjenestene.. Hos pasienter under 45 år uten alarmsymptomer eller tilleggsfaktorer, er sannsynligheten svært lav for å finne organisk sykdom og gastroskopi anbefales derfor ikke.

Helsedirektoratets prioriteringsveileder for fordøyelsessykdommer gir anbefalinger for utredning av dyspepsi.

Innspill:

Støttes (kun ett punktum for mye i første setning).

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen

leder

Ingvild Vatten Alsnes

styremedlem