HØRINGSUTKAST

Revisjonen er begrenset til den fagspesifikke innledningen for hvert fagområde (33), innledningsavsnittet kalt «Utdypende forklaring på tilstand» under hver tilstand (i 33 veiledere), og punktlisten «Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter» under hver tilstand.

Helsedirektoratet er kjent med at deler av fagmiljøene ønsker en grundigere revisjon, men i denne revisjonen etterspør vi innspill om oppdraget som er gjengitt over.

Revisjonen omfatter som hovedregel ikke endring av aktuelle tilstander, herunder rettighetsstatus og frister for nødvendig helsehjelp. Der det allikevel er gjort slike endringer, fremgår disse i tilknytning til den aktuelle tilstanden i teksten med spørsmål om innspill.

Lungesykdommer

Fagspesifikk innledning

Fagområdet og pasientgrupper som kan være aktuelle for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Fagområdet lungemedisin omfatter utredning, behandling, rehabilitering og forebygging av sykdommer i luftveier, lunger, pleura og mediastinum og andre respirasjonsrelaterte sykdommer. Vanlige diagnoser innen fagområdet er astma, lungekreft, KOLS, lungefibrose, lungeinfeksjoner og søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser. I tillegg dekker fagområdet utredning av symptomer som knytter seg til luftveier, for eksempel dyspnè og hoste. Respirasjonssvikt er eksempel på en tilstand der fagområdet har ansvar for utredning og behandling.

Avgrensning av fagområdet til andre fagområder i spesialisthelsetjenesten

Fagområdet har spesialkompetanse på lungesykdommer. Symptomer fra luftveiene har ikke alltid sin årsak i lungesykdom. Sykdommer i både hjertet, nyrer og revmatologiske sykdommer med flere, kan gi symptomer fra luftveiene. Disse bør utredes og behandles av respektive fagområde, eventuelt i samarbeid med fagområdet lungemedisin.

Utredning og behandling av lungesykdommer i spesialisthelsetjenesten foregår ofte i tett samarbeid med andre fagområder som blant annet radiologi, patologi, thoraxkirurgi, mikrobiologi og onkologi. Eksempler på dette er utredning av lungekreft og interstitielle lungesykdommer, der man er avhengig av at flere fagområder jobber tverrfaglig rundt hver enkelt pasient for best utredning og behandling.

Pasientgrupper som vanligvis kan gis tilstrekkelig helsehjelp i kommunen

Ved de fleste kroniske lungesykdommer kan pasienter med mild og stabil sykdom gis tilstrekkelig helsehjelp i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Astma og KOLS utredes og behandles hovedsakelig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det finnes gode og konkrete retningslinjer for både utredning og behandling av begge tilstandene på dette tjenestenivået.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å gjøre en individuell vurdering av behovet for og retten til nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tilstander

2.1. Astma

Astma – kontrollert (ikke rett)

Utdypende forklaring på tilstand

Astma med god symptomkontroll med standard medikasjon.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Nei

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- allergi
- usikker diagnose
- grad av dyspnè
- anfallsfrekvens og behov for anfallsmedikasjon
- rask progresjon
- forverring av lungefunksjon
- miljøeksponering
- tidligere akutte sykehusinnleggelser

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

Astma – delvis kontrollert med moderate symptomer (veiledende frist 16 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Astma med moderate symptomer til tross for igangsatt behandling.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

16 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- allergi
- usikker diagnose
- grad av dyspnè
- anfallsfrekvens og behov for anfallsmedikasjon
- rask progresjon
- forverring av lungefunksjon
- miljøeksponering
- tidligere akutte sykehusinnleggelser

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

Astma – ukontrollert og uavklart med betydelige symptomer (veiledende frist 4 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Astma med betydelige symptomer til tross for medikamentell behandling.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

4 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- alvorlig allergi
- usikker diagnose
- grad av dyspnè
- anfallsfrekvens og behov for anfallsmedikasjon
- rask progresjon
- miljøeksponering
- tidligere akutte sykehusinnleggelser

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.2. Dyspnè

Dyspnè (veiledende frist 12 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Dyspnè kan ha mange årsaker. Både lungesykdommer, hjertesykdommer, nevromuskulære sykdommer, overvekt og metabolske sykdommer kan gi dyspnè. Psykogene faktorer kan også spille inn på pasientens opplevelse av dyspnè. Før henvisning og ved vurdering av henvisning i spesialisthelsetjenesten er det viktig å styre utredningen raskest mulig mot riktig spor. Feil initial retning på utredningen fører til forsinket diagnostikk. For best mulig vurdering er man derfor avhengig av gode opplysninger i henvisningen. Både sykehistorie, tidligere sykdommer og supplerende undersøkelser som rtg. thorax, spirometri og blodprøver bør foreligge.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

12 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

Følgende punkter kan påvirke og framskynde frist for start helsehjelp ved dyspnè:

- grad av mistanke om alvorlig sykdom
- grad av dyspnè
- progresjon av dyspnè
- funksjonsnivå
- komorbiditet
- tilleggssymptomer
- vektendring
- funn på rtg. thorax
- spirometriske funn
- dyspnèens konsekvenser for dagliglivet (yrke, fritid)

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.3. Hoste

Hoste (veiledende frist 12 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Hoste er et svært vanlig symptom og en hyppig årsak til kontakt med helsetjenesten. Det skyldes oftest infeksjoner som går over uten behov for nærmere utredning. Henvisning til spesialisthelsetjenesten er aktuelt når hosten er kronisk (>8 uker), eller opptrer med tilleggs-symptomer eller funn som gir grunn for videre utredning.

Eksempler på årsaker til langvarig hoste kan være infeksjoner, astma/hyperreaktive luftveier, KOLS, hjertesvikt, bivirkninger av medikamenter, lungekreft, bronkiektasier, interstitielle lungesykdommer, GERD, kronisk sinusitt.

En god henvisningsvurdering er avhengig av at det foreligger en grundig sykehistorie, spirometriverdier, gjerne svar på radiologiske undersøkelser samt pasientens faste medisiner. På bakgrunn av disse opplysningene settes individuell frist for helsehjelp ut fra vurdering av risiko for alvorlig årsak og pasientens symptombyrde.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

12 uker

Individuelle forhold som han endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- symptomvarighet
- røykeanamnese
- tilleggssymptomer, for eksempel vekttap, hemoptyse
- komorbiditet
- tidligere behandlingsforsøk
- miljøeksponering
- konsekvenser for dagliglivet (søvn, fritid, yrke)

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.4. Infeksjoner

Infeksjoner – latent tuberkulose (veiledende frist 12 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Tilstanden i dette kapittel dekker mistenkt latent tuberkulose. Latent tuberkulose kan påvises ved IGRA-test enten ved ankomst Norge som flyktning, som ledd i smitteoppsporing, eller som screening før oppstart av biologisk behandling mot annen sykdom. Pasienten henvises da for vurdering av forebyggende behandling.

Tilstanden dekker ikke kliniske eller radiologiske tegn på akutt infeksjon.

Dersom pasienter med akutt infeksjon er i behov av spesialisthelsetjeneste, må de som hovedregel henvises som øyeblikkelig hjelp. Dette inkluderer mistanke om aktiv lungetuberkulose.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

12 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- funksjonsnivå
- komorbiditet (for eksempel diabetes, immunmodulerende behandling)
- vekttap
- symptomer
- smittefare

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

Infeksjoner – tilbakevendende NLVI/pneumoni uten alvorlige sykdomstegn

Utdypende forklaring på tilstand (veiledende frist 4 uker)

Tilstanden dekker tilbakevendende og behandlingsrefraktære pneumonier.

Tilbakevendende pneumonier kan forårsakes av malign lungesykdom. Dersom dette mistenkes, må pasienten henvises og vurderes inn i pakkeforløp lungekreft.

Tilstanden dekker ikke kliniske eller radiologiske tegn på akutt infeksjon. Dersom pasienter med akutt infeksjon er i behov av spesialisthelsetjeneste må de som hovedregel henvises som øyeblikkelig hjelp.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

4 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- funksjonsnivå
- allmenntilstand
- symptomer
- vekttap
- komorbiditet

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.5. KOLS

KOLS – stadium 1-2 Lav sykdomsbyrde (veiledende frist 24 uker) (ny tittel – vi ber om innspill)

Utdypende forklaring på tilstand

Diagnosen stilles på bakgrunn av symptomer, eksponering og spirometriverdier, inklusive bronkodilator responstest, og gjøres i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Spirometri skal gjennomføres i habituell fase. Vurdering av behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjøres på bakgrunn av symptombyrde, grad av nedsatt lungefunksjon, hyppighet og alvorlighet av forverringer og komorbiditet.

Ved moderat KOLS-sykdom med lav symptombyrde bør pasientene som hovedregel ivaretas i kommunal helse- og omsorgstjeneste med fokus på forebygging av sykdomsutvikling. Noen pasienter vil også ha nytte av vurdering eller utredning i spesialisthelsetjenesten, særlig ved faktorer nevnt under.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

24 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- usikker/uavklart diagnose
- komorbiditet
- lav O2-metning/respirasjonssvikt
- lav alder
- rask progresjon av symptomer
- høy symptombyrde
- hyppige eksaserbasjoner

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

KOLS – stadium 3-4, og stadium 2 med FEV1 under 60 %, hyppige eksaserbasjoner og tap av FEV1 over 70 ml/år i mer enn 2 år) Høy sykdomsbyrde (veiledende frist 10 uker) (ny tittel – vi ber om innspill)

Utdypende forklaring på tilstand

Alvorlig KOLS med raskt lungefunksjonsfall, mye symptomer og hyppige eksaserbasjoner.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

10 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for noen pasienter

- usikker/uavklart diagnose
- komorbiditet
- lav O2-metning/respirasjonssvikt
- lav alder
- rask progresjon av symptomer
- høy symptombyrde
- hyppige eksaserbasjoner

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.6. Lungefortetninger/hemoptyse

Lungefortetninger/hemoptyse – lungekreft, ved malignitetsmistanke (veiledende frist 2 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Ved mistanke om lungekreft skal pasienten raskt henvises til spesialisthelsetjenesten, og vurdering gjøres i tråd med nasjonale pakkeforløp. Tidsaspektet er viktig fordi tidlig diagnostikk og behandling bedrer prognosen. Ved symptomer som hemoptyse eller vedvarende hoste, bryst-/skuldersmerter, dyspnè, heshet, vena cava superiorsyndrom og tilbakevendende luftveisinfeksjoner bør fastlege rekvirere rtg. thorax eller CT thorax. Pasienten skal henvises spesialisthelsetjenesten dersom rtg. thorax eller CT thorax gir mistanke om lungekreft, også dersom det er et tilfeldig funn. Dersom symptomene nevnt over ikke lar seg forklare ut fra annen utredning bør pasienten også henvises til spesialisthelsetjenesten.

Ved kliniske tegn på vena cava superior bør øyeblikkelig hjelp-henvisning vurderes.

Henvisningsrutiner og vurdering av henvisning ved mistanke om lungekreft er grundig beskrevet i Pakkeforløp lungekreft utarbeidet av Helsedirektoratet, samt i Nasjonalt handlingsprogram for lungekreft.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

2 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- funn på CT/rtg thorax
- smerter
- vekttap
- komorbiditet
- mistenkt vena cava superiorsyndrom

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

Lungefortetninger/hemoptyse – ved fibrose/sarkoidose (veiledende frist 4 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Tilstanden dekker funn på CT/ rtg. thorax, men med lav mistanke om kreft. Dette kan være ulike interstitielle lungesykdommer, sarkoidose eller andre inflammatoriske lungesykdommer.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

4 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- grad av dyspnoe
- komorbiditet
- Hyperkalsemi
- kjent interstitiell lungesykdom

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.7. Pleurasykdom

Pleurasykdom (veiledende frist 4 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Pleuravæske kan ha årsaker både i pleura- og lunge sykdom, men er også et vanlig funn ved hjertesvikt og nyresvikt, og kan sees ved ernæringssvikt og abdominale tilstander som for eksempel kronisk pankreatitt.

Tilstanden her dekker pleuravæske av ukjent årsak, og pleurafortykkelse sett på radiologiske undersøkelser. Ved mistanke om mesoteliom skal pasienten vurderes inn i pakkeforløp for kreft.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

4 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- smerter
- dyspnè
- allmenntilstand
- røykeanamnese
- vektendring
- yrkeseksponering
- effekt av tidligere helsehjelp for samme tilstand

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.8. Respirasjonssvikt

Respirasjonssvikt (veiledende frist 12 uker)

Utdypende forklaring av tilstanden

Respirasjonssvikt skyldes oftest lungesykdom, men også hjertesykdommer, nevromuskulære sykdommer og thoraxdeformiteter kan medføre, eller forverre respirasjonssvikt. Årsaken til respirasjonssvikten er viktig for å vurdere riktige tiltak. Denne tilstanden dekker respirasjonssvikt forårsaket av lungesykdom, eller der årsaker utenfor lungene ikke kan optimaliseres på annen måte.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

12 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- tilgrunnliggende sykdom
- rask progresjon av grunnsykdom som ved noen av de nevromuskulære sykdommene
- prognose av grunnsykdom
- komorbiditet
- aktiv røyking/røykeslutt
- om pasienten er i stand til å samarbeide om behandling (for eksempel ventilasjonsstøtte eller O2-behandling)
- alder

- hyppige nedre luftveisinfeksjoner

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.9. Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser

Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser (veiledende frist 24 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser dreier seg om søvnapnè, både obstruktiv søvnapnè og sentrale apnèer under søvn. Utgangspunktet for utredning er dagsymptomer som påfallende dagtrøtthet, konsentrasjonsvansker eller morgenhodepine der man mistenker fragmentert søvn som årsak. Partner kan ofte rapportere om snorking og pustestopp under søvn. Utredning av OSAS for sekundærprofylakse hos pasienter uten symptomer er ikke lenger anbefalt, da behandlingen ikke forebygger primærtilstand. Unntaket er behandlingsrefraktær hypertensjon, der behandling av asymptomatisk OSAS kan ha nytte. For å kunne gjøre en god henvisningsvurdering må det foreligge informasjon om dagsymptomer og medikamentbruk (sentraldempende medisiner). Det er også en forutsetning at pasienten er motivert for, og i stand til, å gjennomføre maskebehandling

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

24 uker (forslag om 26 uker - se ØNH-prioriteringsveilederen – vi ber om innspill)

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- grad av symptomer på dagtid
- alder
- overvekt/BMI
- motivasjon for helsehjelp
- behandlingsrefraktær hypertensjon
- yrke (sjåfør, arbeid med farlige maskiner)

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser - ved nevromuskulær sykdom, BMI over 35, AHI over 30, alvorlig desaturering (veiledende frist 12 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Tilstander ved mistanke om, eller påvist, alvorlig grad av pustestopp eller underventilering under søvn. Dette kan skyldes nevromuskulære sykdommer eller andre tilstander som påvirker respirasjonsarbeidet, alvorlig OSAS eller adipositas hypoventilasjonssyndrom.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

12 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- grad av symptomer på dagtid
- overvekt/BMI
- alder
- yrke
- nevromuskulær sykdom
- kjent lungesykdom/thoraxdeformitet

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.