

Handläggning av dyspepsi på Fröslunda vårdcentral gentemot riktlinjerna från Svensk Gastroenterologisk Förening

En retrospektiv kvantitativ journalstudie på Fröslunda vårdcentral

Fanar Matti

ST-läkare

Fröslunda Vårdcentral

VT 2018

Handledare:

Henrietta Norman

Med. dr. ST-läkare i Allmänmedicin

PrimUS (Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sörmland)

Sammanfattning:

Bakgrund: Dyspepsi är en relativt vanlig kontaktorsak inom primärvården både som en huvudkontaktorsak, eller som ett sekundärt besvär. Hur de här patienterna handläggs kan skilja sig bland olika läkare i primärvården trots att det finns tydliga nationella riktlinjer sedan 2016 för handläggning av dyspepsi. Därför är det av intresse att studera hur dessa patienter handläggs på Fröslunda vårdcentral.

Metod: Retrospektiv kvantitativ journalgranskning av vuxna patienter (≥ 18 år) som sökt för dyspepsi under perioden 2015-01-01 till 2016-12-31. Statistiken hämtades via Cross rapport, statistikprogram. Urvalet var patienter som fick diagnoserna dyspepsi (ICD 10 kod K30.9), gastrit ospecificerad (K29.7), och Smärtor i övre delen av buken (R10.1) vid besöket. Patienterna fördelades i två grupper utifrån åldern (18–49 år och ≥ 50 år). Sedan utfördes en individuell journalgranskning av patienterna i urvalet med fokus på förekomst av alarmsymtom (enligt nationella riktlinjernas definition), utredningsalternativ och given behandling. Informationen dokumenterades i Exceltabeller som visade de olika handläggningsvarianter vilka sedan utvärderades i förhållande till de nya nationella riktlinjerna publicerades 2016 på uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förenings styrelse i samarbete med Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Resultat: Samtliga 281 patienter kunde ingå i analysen utan bortfall. Även patienterna med otillräcklig information om symtombilden i deras journal studerades för att kunna analysera symtomdokumentationen och symtomprevalensen i urvalet. Resultatet visade att 27 % (n=75) handlades enligt riktlinjerna. Den vanligaste avvikelserna var att man inte remitterade patienterna till gastroskopi när detta var indicerat. Denna avvikelse var vanligast hos de 77 patienter < 50 år med alarmsymtom där endast 18 % (n=14) som remitterades till gastroskopi enligt rekommendationerna. Motsvarande avvikelse gällande de 96 patienter ≥ 50 år var 22 % (n=21). Av 108 patienter < 50 utan alarmsymtom blev 38 % (n=40) behandlade enligt riktlinjerna med *test and treat*. Av 42 patienter som hade en aktuell behandling med NSAID fick endast 10 % (n=4) rekommendation att avsluta denna behandling.

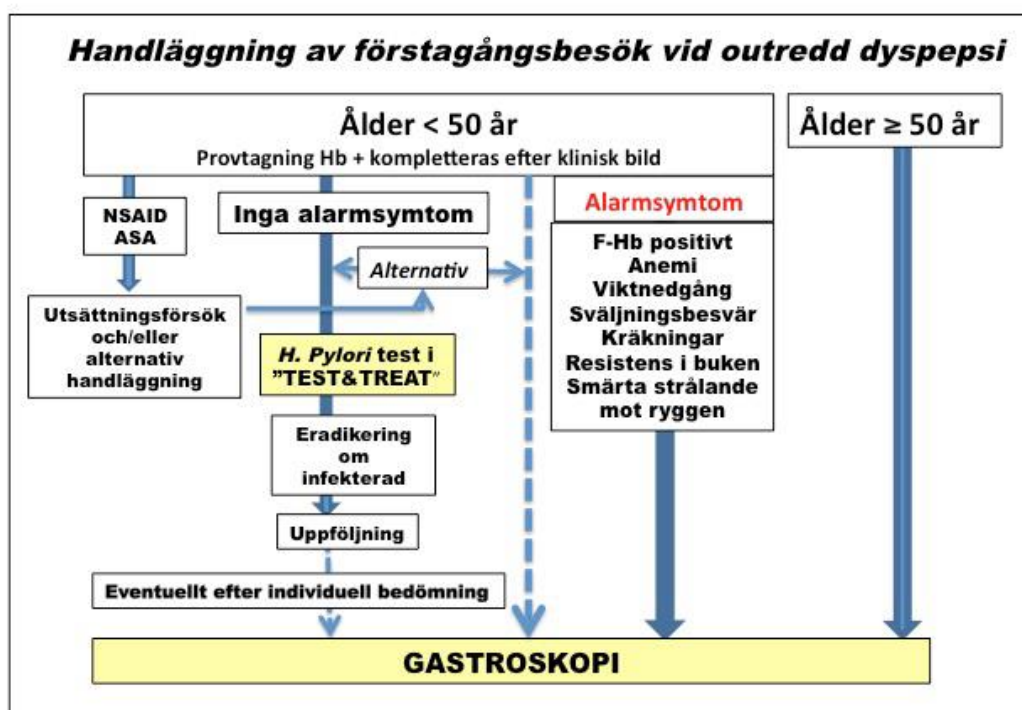
Slutsats: Studieresultaten indikerar att det finns utrymme till förbättring avseende följsamheten till de nationella riktlinjerna för handläggning av outhärdad dyspepsi på Fröslunda vårdcentral. Endast 27 % av patienterna som ingick i studien handlades i enlighet med riktlinjerna. 80 % av patienterna som borde utredas med gastroskopi blev inte det.

Bakgrund:

Termen dyspepsi används för att beskriva besvär från magsäcken eller tolvfingertarmen, och innefattar ett spektrum av symtom som postprandiell uppkördhet, tidig mättnad, epigastrisk smärta och brännande känsla (1). Dyspepsi förekommer i perioder hos 20–40 % av den vuxna befolkningen (2), och därför kan man betrakta det som en relativt vanlig kontaktorsak eller bisymtom bland patienterna som söker till primärvården, och utgör ca 3 % av läkarbesöken på vårdcentralerna (2). Svensk gastroenterologisk förening publicerade i 2016 riktlinjer gällande handläggning av outhärdad dyspepsi, okomplicerade duodenal- och ventrikelsår, samt funktionell dyspepsi (3). Nyckelbudskap i handläggning av outhärdad dyspepsi enligt gällande riktlinjer är:

- Symtomdebut ≥ 50 års ålder ska alltid gastroskoperas.
- Symtomdebut < 50 års ålder med alarmsymptom ska gastroskoperas.
- Symtomdebut < 50 års ålder utan alarmsymptom ska testas och behandlas ”Test& treat” mot *Helicobacter pylori* infektion utan att genomgå gastroskopi (3).

Figur 1: Handläggning av förstagångsbesök vid outhärdad dyspepsi (3)



Alarmsymtomen enligt riktlinjerna är: anemi, ikterus, förekomst ockult blod i avföringen, resistens i buken, kräkningar, aptitlöshet eller aversion mot viss mat, ofrivillig viktnedgång, smärta som strålar ut mot ryggen och sväljningsbesvär, samt även ”nyttillkommen tidig mättnadskänsla senaste tre veckorna” (3).

Följsamheten av ovanstående riktlinjerna kan variera inom primärvården, särskilt när det gäller gruppen <50 år utan alarmsymtom. En del av de här patienterna, som skulle utredas egentligen med gastroskopi för att utesluta malignitet, behandlas med protonpumpshämmare (PPI) i flera år utan att erbjudas någon utredning eller eradikeringsbehandling av *H. pylori*. En annan del remitteras i onödan till en besvärlig, resurs- och tidskrävande gastroskopiundersökning. Riktlinjernas värde är att kunna identifiera patienterna som ska utredas vidare med gastroskopi, och de som kan utredas och behandlas med enklare metoder. Test & treat konceptet baseras på att testa med enkla, specifika, sensitiva, och kostnadseffektiva metoder som ska kunna påvisa eller utesluta *H. pylori* infektion, och därmed erbjuda eradikeringsbehandling när sådan är indicerad utan att undergå en gastroskopi (3). Av de här enkla proverna föredras i riktlinjerna två prover som har tillräckligt hög sensitivitet och specificitet: urea breath test (UBT) och fekal *Helicobacter Pylori*-Antigen ELISA (f-Hp) som båda cirka 95 % sensitivitet och specificitet (3,4). Inom primärvården i Sörmland är f-Hp mer förekommande då är det enklare att utföra på vårdcentralerna och billigare och kostar 243,18 kr jämfört med UBT som är betydligt dyrare (5).

Syfte och frågeställningar:

Att klarlägga följsamheten till de svenska riktlinjerna på Fröslunda Vårdcentral vid handläggning av patienterna som söker för outhärdad dyspepsi och övre buksmärter.

För att kunna klarlägga följsamheten ställdes de följande frågorna:

- Vilka och hur många av de här patienterna remitterades till gastroskopi?
- Vilka och hur många patienter som utreddes med f-Hp utan gastroskopi?
- Vilka och hur många patienter som fick eradikeringsbehandling och vilka och hur många som fick behandling endast med PPI?
- Hur ofta frågade läkarna om alarmsymtom och beaktade dem vid handläggningen?

Metod och material:

Studiedesignen var en retrospektiv kvantitativ studie där urvalet var de vuxna patienter som erhöll diagnoserna dyspepsi (ICD 10 kod K30.9), gastrit ospecificerad (K29.7), Smärter i övre delen av buken (R10.1) på Fröslunda vårdcentral under tidperioden 2015–2016. Patienterna delades upp via Cross-rapport statistikprogram till två grupper baserad på åldern (<50 år, ≥50 år). Därefter gjordes en sökning inom de här grupperna för att få andelen patienter som blev remitterade till gastroskopi, andelen som testades med f-Hp på vårdcentralen, andelen som fick eradikeringsbehandling med Nexium® HP efter testning, andelen som fick det efter en gastroskopiundersökning, andelen som behandlades med PPI, och andelen som hade en pågående behandling med NSAID. Sedan granskades anamnesen och handläggningen av de

här patienterna i journalen individuellt för att se hur riktlinjerna följdes. Granskningen utgick från förekomst av alarmsymtomen enligt riktlinjernas definition (anemi, ockult blod i avföringen, ikterus, resistens i buken, ofrivillig viktnedgång, kräkningar, aptitlöshet eller aversion mot viss mat, smärta som strålar ut mot ryggen och sväljningsbesvär, samt även ”nyttillkommen tidig mättnadskänsla senaste 3 veckorna) (3), behandling med NSAID, utredningen som är gjort (remiss till gastroskopi, f-Hp, annat) och behandlingen (eradikeringsbehandling med Nexium® HP, PPI, annat). Informationen i varje åldersgrupp matades in i en Excel tabell (se bilaga 1). I den tabellen kunde man även se prevalensen av de vanligaste alarmsymtomen, och hur ofta förekomst-/avsaknad av alarmsymtomen dokumenterades. Därefter matades det samlade resultatet i en ny detaljerad tabell (se bilaga 2). Grönfärgade celler markerar åtgärden som stämmer överens med riktlinjerna. Resultatet räknades i antal och i procent till varje grupp och till totalen.

Variablerna som undersöktes i bägge åldersgrupperna var:

1-Förekomst eller avsaknad av alarmsymtom (10 alarmsymtom enligt ovan)

2-f-Hp och dess resultat om patienten är testad.

3-Gastroskopiundersökning

5-Eradikationsbehandling

6-Behandling med PPI.

Patienterna som erhöll ett aktuellt recept på NSAID granskades separat där för att se om en rekommendation om att avsluta behandlingen journalfördes.

Alarmsymtom:

För att kunna undersöka förekomst av alarmsymtomen gjordes en definition för vad som räknas som en godkänd dokumentation:

1. Anemi: genom att ha aktuellt Hb värde på Lab listan från de senaste 6 månaderna. Värde <130 g/l för män och 120 g/l för kvinnor definierades i den aktuella studien som anemi.
2. Förekomst av blod i avföring: Dokumenterad aktuell f-Hb. Utryck som ”inget blod i avföring”, ”Avföring ua”. Däremot uttryck som ”inga besvär med magen” bedömdes som icke relevant.
3. Kräkningar: Specifika påståenden som ” Inga kräkningar”.
4. Aptitlöshet: Påståenden som ”ingen aptitlöshet” eller ”Inget besvär med maten”.
5. Viktnedgång: Specifika uttryck som ”ingen vikt nedgång” eller ”stabil i vikt”. Däremot uttryck som ”inget besvär med maten” godkändes ej i detta sammanhang.
6. Smärta mot ryggen: Specifika påstående eller uteslutande påstående som ” Smärtan strålar inte ut” eller ” Smärta endast i övre delen av magen”.
7. Resistens i buken: positivt specifikt fynd vid bukstatus.
8. Dysfagi: ”Svårighet att svälja” i anamnesen.
9. Ikterus: Analyserad Bilirubin de senaste 3 månaderna. ”Ingen gulsot” i anamnesen.
10. Tidig mättnad: Förekomst av ”Tidig mättnadskänsla” eller motsvarande i anamnesen.

Etiska överväganden:

Den här studien genomförts i utbildningssyfte som en del av ST utbildning. Studien har inneburit en journalgranskning av patienterna som i sin tur innebar att sekretessen och autonomiprincipen bryts. Patienterna är avidentifierade och kan inte spåras på något sätt. Endast demografiska, statistiska och medicinska uppgifter har använts. Vården och integriteten av patienterna som ska granskas i studien kommer inte att påverkas negativt på något sätt av det. Däremot kan studien förbättra kvalitet på vården för patienterna med liknande besvär i framtiden, genom att identifiera avvikelser från riktlinjerna. Studien har inte varit avsedd att publiceras i en tidskrift men kan komma att diskuteras lokalt i utbildningssyfte på vårdcentralen och lokalt med ST-gruppen inom landstiget i Sörmland. Studien har utförts efter godkännande av verksamhetschefen och handledaren. Därför har en ansökan om etisk prövning inte ansetts vara nödvändig.

Resultat:

Totalt identifierades 281 patienter som sökt på Fröslunda vårdcentral där de erhöll de ovannämnda diagnoserna under den valda tidperioden, varav 96 patienter ≥ 50 år (34 %) och 185 < 50 (66 %) år. Resultatet fördelades till två grupper utifrån åldern som skiljer handläggnings sätt enligt riktlinjerna och till slut presenteras det sammantagna resultatet:

A: Patienter ≥ 50 år:

Av 96 patienter ≥ 50 år hade 25 (26 %) alarmsymtom av någon sort. Av de här 96 patienterna remitterades 21 (22 %) patienter till gastroskopiundersökningen i enlighet med riktlinjerna (3). 38 (40 %) patienter utreddes med f-Hp. Fyra av de som testades var positiva och fick behandling med Nexium® HP. 76 patienter (79 %) fick behandling med någon PPI.

Förekomsten av alarmsystemen bland 96 patienterna ≥ 50 år var enligt tabell 1 nedan:

Symtom	Frekvens	%
Kräkningar	9	9
Anemi	7	7
Blod i avföring	6	6
Viktnedgång	6	6
Aptitlöshet	5	5
Smärta mot ryggen	4	4
Dysfagi	1	1
Ikterus	1	1
Tidig mättnad	1	1
Resistens i buken	0	0

Tabell 1: Förekomstfrekvensen av alarmsystem bland 96 patienterna ≥ 50 år

Av de här 96 patienterna saknades dokumentation om alarmsymtomen hos 14 (15 %) patienter. Medan det dokumenterades förekomst, eller avsaknad av minst ett av alarmsymtomen hos de resterande 82 patienterna. Även den dokumenterade frånvaron av alarmsymtomen i journalen undersöktes. Resultatet visas i tabell 2 nedan:

Symtom	Antal tillfrågade patienter	%
Anemi	65	68
Blod i avföring	55	57
Kräkningar	47	49
Vikt nedgång	25	26
aptitlöshet	16	17
Ikterus	12	13
Smärta mot ryggen	9	9
Dysfagi	7	7
Tidig mättnad	6	6
Resistens i buken	0	0

Tabell 2: Den dokumenterade frånvaron av alarmsymtom bland 96 patienterna ≥ 50 år

Tjugoen av 96 (22 %) av de äldre handlades enligt gällande riktlinjer.

B: Patienter <50 år:

Av 185 patienter <50 år hade 77 (42 %) **minst ett alarmsymtom**. Av de 77 patienterna utreddes 37 (48 %) patienter med f-Hp, varav 19 (25 %) var positiva. Av dem fick 14 (18 %) patienter eradikeringsbehandling efter ett positivt test, Av de 77 patienter <50 år som hade alarmsymtom remitterades 14 (18 %) patienter till gastroskopi enligt riktlinjerna.

Av 185 patienter <50 år hade 108 patienter (58 %) **inga alarmsymtom** dokumenterade. Av dem fick 43 (40 %) patienter lämna ett fekalt prov enligt riktlinjerna, varav 14 (13 %) var positiva. Av dem fick 11 (10 %) patienter eradikeringsbehandling. 12 (11 %) patienter av de som inte hade något alarmsymtom remitterades för en gastroskopiundersökning.

171 patienter (92 %) erhöll behandling med någon PPI.

Förekomsten av alarmsymtomen bland 185 patienterna <50 år var enligt tabell 3 nedan:

Symtom	Frekvens	%
Kräkningar	39	21
Blod i avföring	14	8
Viktnedgång	12	6
Anemi	11	6
Aptitlöshet	11	6
Smärta mot ryggen	8	4
Dysfagi	3	2
Tidig mättnad	2	1
Ikterus	1	0,5
Resistens i buken	0	0

Tabell 3: Förekomstfrekvensen av alarmsymtom bland 185 patienterna <50 år

Den dokumenterade frånvaron av alarmsymtomen undersöktes. Resultatet visas i tabell 4 nedan:

Symtom	Antal tillfrågade patienter	%
Anemi	116	63
Kräkningar	91	49
Blod i avföring	78	42
Viktnedgång	47	25
Ikterus	29	16
Aptitlöshet	17	9
Smärta mot ryggen	11	6
Dysfagi	8	4
Tidig mättnad	5	3
Resistens i buken	0	0

Tabell 4: Den dokumenterade frånvaron av alarmsymtom bland 185 patienterna <50 år

Antalet unga **utan larmsymptom** som utreddes med f-Hp enligt *test and treat* (enligt riktlinjerna) var 43 av 108 (40 %). Av dessa var 14 positiva, men bara 11 av de positiva fick behandling (79 % av de som är positiva). Det vill säga av de patienter som handlades rätt i första steget (testades) fick 3 f-Hp positiva patienter inte eradikeringsbehandling (avvikelse i andra steget av handläggningen). 43–3=40 av 108 patienter (37 %) som handlades i enlighet med riktlinjerna genom hela processen.

Det sammantagna resultatet oavsett åldersgruppen visar att av 281 patienter ≥ 18 år som sökte för outredd dyspepsi hade 105 patienter (37 %) något larmsymtom. 47 patienter (17 %) utreddes med gastroskopi. 108 patienter (38 %) fick lämna ett fekalt prov. Totalt fick 247 patienter (88 %) behandling med någon PPI. En stor del av dem som inte fick behandling med PPI hade fått istället behandling med andra alternativ t.ex. Novalucol® eller Gaviscon®.

Frekvensen av de olika larmsymtomen för alla patienter visas i tabell 5 nedan:

Symtom	Frekvens	%
Kräkningar	48	17
Blod i avföring	20	7
Viktnedgång	18	6
Anemi	18	6
Aptitlöshet	16	6
Smärta mot ryggen	12	4
Dysfagi	4	1
Tidig mättnad	3	1
Ikterus	2	0,7
Resistens i buken	0	0

Tabell 5: Frekvensen av de olika larmsymtomen för alla patienter oavsett ålder

Den dokumenterade frånvaron av alarmsymtom bland alla patienter oavsett ålder visas i tabell 6 nedan:

Symtom	Antal tillfrågade patienter	%
Anemi	181	64
Kräkningar	138	49
Blod i avföring	133	47
Vikt nedgång	72	26
aptitlöshet	33	12
Ikterus	41	15
Smärta mot ryggen	20	0,7
Dysfagi	15	5
Tidig mättnad	11	4
Resistens i buken	0	0

Tabell 6: Den dokumenterade frånvaron av alarmsymtom bland alla patienter oavsett ålder

Det sammantagna resultatet av patienterna som handlades enligt riktlinjerna oavsett åldern var 21 (patienter ≥ 50 år) +40 (patienter < 50 år utan alarmsymtom) +14 (patienter < 50 år med alarmsymtom) =75 av 281 (27 %). Av alla patienter hade 42 patienter aktuell NSAID behandling. Bara 4 (10 %) fick rekommendation att sluta med NSAID. Var av två patienter < 50 år och två patienter ≥ 50 år. 29 av de 37 patienter som testades positiva fick behandling med Nexium® HP (78 %). 247 patienter fick behandling med PPI (88 %).

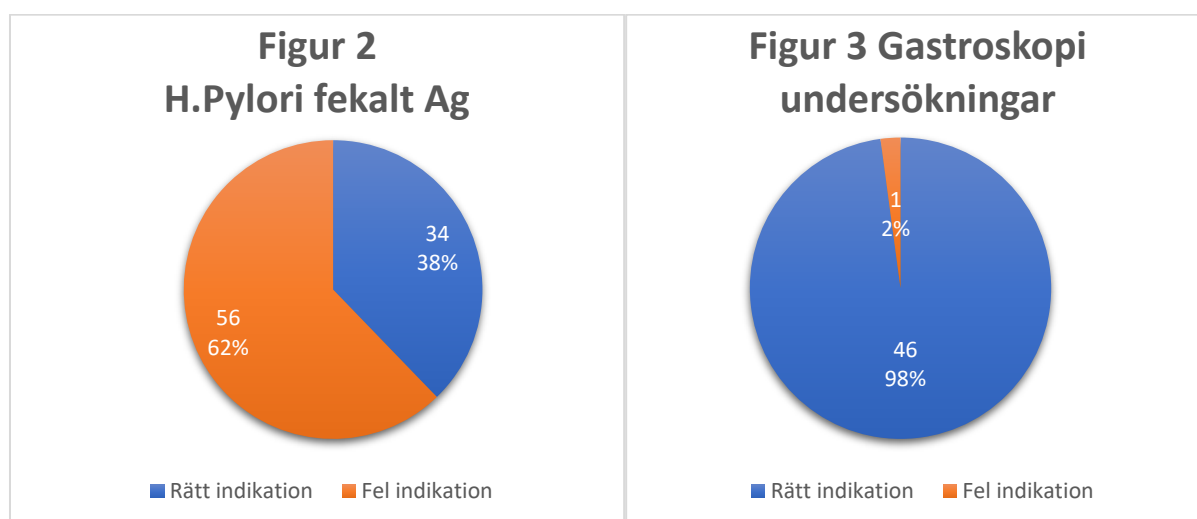
Diskussion:

Huvudfrågeställningen i den här studien var följsamheten till de nationella riktlinjerna för handläggning av outredd dyspepsi på Fröslunda vårdcentral. Slutresultatet visade att riktlinjerna följdes endast i 27 % av fallen. Detta varierade mellan 37 % i fall av patienter < 50 år utan alarmsymtom till 22 % vid patienterna som är ≥ 50 år och lägst var det med patienterna < 50 år med alarmsymtom som låg på 18 %. Följsamheten till riktlinjerna var allmänt lågt.

Endast 35 av de 173 patienter som borde ha utretts med en gastroskopiundersökning blev remitterade (20 %), medan 138 av de 173 inte blev det (80 %). Kostnaden för de gastroskopiundersökningar som borde ha utförts är ca 408480 kr enligt nationella taxan på (gastroskopipris 2 960 kr) (2,3). Å andra sidan remitterades 43 patienter för ett f-Hp prov av de 108 patienter som borde bli det (40 %) och 63 patienter blev inte det (58 %).

Den vanligaste utförda undersökningen var gastroskopi där 80 % av gastroskopiundersökningar som borde genomföras inte blev det. Gällande f-Hp har denna inte utförts på 58 % av patienterna. Att läkarna remitterade för få patienter till gastroskopi var oförväntad, och motsätter den förmodade föreställning att det skrevs för mycket remisser till gastroskopi i onödan.

65 av 108 beställda f-Hp (60 %) gjordes på bristande indikation, och patienterna borde egentligen ha utretts med en gastroskopiundersökning om man hade följt riktlinjerna. Den totala kostnaden för dessa f-Hp prover beräknas till ca 15807 kr (kostar ca 243,18 kr) (5). Totalt remitterades 47 patienter till gastroskopi varav 35 var oundvikbara enligt riktlinjerna på grund av förekomst av alarmsymtom. Däremot var 12 av dessa 47 unga patienter utan alarmsymtom, och kunde teoretisk handläggas med *test & treat* enligt riktlinjerna. Vid journalgranskningen av de här 12 patienterna så var det ändå indicerat med en gastroskopiundersökning i 11 av de 12 fallen. Orsaken bakom remisserna var utebliven förbättring trots behandling eller kvarstående symtom trots negativ f-Hp. Sammantaget var endast 1 av 47 gastroskopiundersökningar gjord på bristande indikation.



Det vanligaste förekommande alarmsymtomet hos samtliga patienter var kräkningar följt av blod i avföringen och sedan viktnedgång (se tabell 5). Detta mönster ser man i samtliga grupper förutom patienterna ≥ 50 år där kommer anemi efter kräkningarna följt av blod i avföringen och sedan vikt nedgång (se tabell 1).

Läkarna verkade fråga aktivt mest om anemi, följt av kräkningar och sedan blod i avföringen. Mönstret stämmer på alla subgrupperna förutom patienterna ≥ 50 år som blev tillfrågade mest om anemi följt av blod i avföring och sedan kräkningar. De övriga alarmsymtom som tidig mättnad, dysfagi, smärta mot ryggen, aptitlöshet och viktnedgång är av stor vikt i bedömningen och bör efterfrågas aktivt och dokumenteras.

Om läkarna skulle ha följt riktlinjerna skulle det ha inneburit extra 138 gastroskopiundersökningar under 2 års period som skulle ha kostat ca 408 480 kr.

Behandling med PPI var den vanligaste behandling/åtgärd i hela processen bland alla patientkategorier i studien med 88 %. Många av de här patienterna får den här behandlingen i månads- och års tal utan någon strukturerad uppföljningsplanering, och i många fall utan någon hänsyn till interaktionsprofil med patienternas övriga mediciner.

Läkarna var även aktiva när det gäller eradikeringsbehandling där 78 % av patienterna med positivt f-Hp test erhöll en sådan. 88 % av patienterna som sökte för dyspepsi under studieperioden fick behandling med någon PPI.

Studien visade att riktlinjerna följdes i minoriteten av fallen vilket kan tyda på att handläggningen av patienter med dyspepsibesvär har varit individuell i majoriteten av fallen.

Antibiotikaförskrivningen och resistensutveckling är en annan aspekt som förtjänar uppmärksamhet. 13 % av patienterna som ingick i studien borde behandlas med eradikeringsbehandling om riktlinjerna har följts. Resistensen mot H. Pylori ökar internationellt och försök med nya antibiotikakombinationer pågår redan (1,6,7). Att resistensen är fortfarande låg i Sverige (1,8) kan förändras så småningom med tanke på invandringen till Sverige från hela världen å ena sidan och den ökade förskrivningen av eradikeringsbehandlingen om de nationella riktlinjerna ska följas å andra sidan. Eradikeringsbehandlingen består oftast av en kombination av 2 sorters antibiotika och en PPI. De här antibiotika påverkar inte bara H. pylori utan har en relativt bredd spektrum som även kan påverka normala floran i kroppen och även i miljön. Därför kan resistens mot andra bakterier bli ett bekymmer i framtiden om förskrivningen ökar.

Styrkor och svagheter:

Att analysera ett relativt stort material med ganska många variabler har inte varit komplikationsfritt. Många fallgröpar kan ha försvårat datasamlingen och analysen. Att hitta alla patienter i urvalet som sökt för dyspepsi har inte varit enkelt då dessa patienter i slutändan kan få olika diagnoskoder som t.ex. buksmärtor UNS vilket inte blivit undersökt i den här studien pga. låg specificitet med tanke på att många patienter som söker för lägre intestinala buksmärtor också får denna diagnos. Detta innebar att det finns en del patienter med dyspepsi som inte ingick i studien. Det finns även patienter som uteblivit från gastroskopiundersökningar i studien. Detta förändrar inte slutsatsen att läkaren bedömde att en gastroskopiundersökning är befogad. En annan aspekt är att om ett labvärde (t.ex. Hb, f-Hb, Bilirubin) finns i Lab listan 3 månader före besöket betyder inte direkt att läkaren hade sett de här värden, eller att de togs till hänsyn vid bedömningen.

Läkarna har inte alltid journaldokumenterat alla uppgifter och tankegångar. Breda och svårdefinierade uttryck har ibland förekommit vid journalföringen. Detta gäller när någon information saknas i anamnesen. Det förekommer att läkaren hade frågat om symtomen men inte dokumenterat det i journalen. Vid datasamlingen gick inte direkt att ta till hänsyn till ordningen som vissa utredningssteg är gjorda. I enstaka fall hade patienterna varit på

gastroskopiundersökning av andra anledningar för några månader före besöket, sedan tog man en f-Pylori prov efter de har sökt för dyspepsi.

Styrkan i studien är att den gav en övergripande uppfattning om handläggningen av outredd dyspepsi på Fröslunda vårdcentralen, som är syftet med studien från början. Trots små felkällor var datainnehåll och datasamling representativ och noggrann. Patienturval var så representativ som möjligt. Vid journalgranskningen användes väldefinierade, objektiva och konkreta kriterier i analysen för att få en representativ uppfattning på läkarnas handläggning. Studien kunde även visa ett mönster om vilka alarmsymtom som läkarna dokumenteras oftare och vilka som sällan dokumenteras. Man kan även se de vanligaste alarmsymtom som patienterna har vid dyspepsibesvär.

Slutsats:

Det finns utrymme till förbättring avseende följsamheten av de nationella riktlinjerna vid handläggning av outredd dyspepsi på Fröslunda vårdcentral. Endast 27 % av 281 patienter som ingick i studien handlades i enlighet med riktlinjerna. Majoriteten av patienterna som borde utredas med gastroskopi blev inte det (80 %). Däremot var följsamheten bättre när det gäller behandlingen med 78 % av patienterna som hade en positiv H-Pylori test fick Nexium® HP. Majoriteten av patienterna handlades utifrån den individuella läkarens uppfattning av bedömning.

Referenser:

1. SBU. Dyspepsi och reflux. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU-rapport nr 185. ISBN 978-91-85413-17-1.
2. Agreus L, Borgquist L. The cost of gastrooesophageal reflux disease, dyspepsia and peptic ulcer disease in Sweden. *Pharmacoeconomics* 2002; 20:347-55.
3. Svensk Gastroenterologisk Förening. Dyspepsi-handläggning av outredd dyspepsi, okomplicerade duodenal- och ventrikelsår samt funktionell dyspepsi. 2016. Tillgänglig vid: http://www.svenskgastroenterologi.se/sites/default/files/pagefiles/vardprogram_outredd_dyspepsi_2016.pdf
4. Dzierzanowska-Fangrat K, Lehours P, Megraud F, Dzierzanowska D. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infektion. *Helicobacter*. oktober 2006;11 Suppl 1:6-13.
5. Unilabs analyspriser 2016. Unilabs.
6. Vakil N, Megraud F. Eradication Therapy for *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology* 2007;133:985-1001.
7. Egan B. J., Katicic M., O'Connor H. J., O'Morain C. A. Treatment of *Helicobacter pylori*. *Helicobacter* 2007;12 (Suppl.1): 31-37.
8. Storskrubb T, Aro P, Ronkainen J, Wreiber K, Nyhlin H, Bolling-Sternevald E, Talley NJ, Engstrand L, Agréus L. Antimicrobial Susceptibility of *Helicobacter pylori* Strains in a Random Adult Swedish Population. *Helicobacter* 2006;11: 224-230.

Bilaga 1: Datasamlings tabell.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Personnummer ▾	Namn ▾	Anemi ▾	Ekterus ▾	f-Hb ▾	Kräkningar ▾	Appetitlöshet ▾	Viktnedgång ▾	Smärta mot ryggen ▾	Dysfagi ▾	Tidig måtnad ▾	Risk faktor antal ▾	Gastro ▾	test ▾	Nexium HP ▾	PPI ▾
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20	Total															
21	Ja															
22	Nej															

Bilaga 2: Resultat sammanfattning. <div>■</div> Avviker från riktlinjerna. <div>■</div> Enligt riktlinjerna																							
281 patienter																							
Ålder																							
<50									≥50														
185									96														
Alarm symtom									Alarm symtom														
Nej					Ja				Nej					Ja									
108					77				68					28									
Gastroskopi					Gastroskopi				Gastroskopi					Gastroskopi									
Nej			Ja		Nej			Ja	Nej			Ja		Nej			Ja						
96			12		63			14	57			11		18			10						
Fekalt prov			Fekalt prov		Fekalt prov			Fekalt prov	Fekalt prov			Fekalt prov		Fekalt prov			Fekalt prov						
Nej	Ja		Nej	Ja	Nej	Ja		Nej	Ja		Nej	Ja		Nej	Ja		Nej	Ja					
63	33		2***	10		36	27		4	10		47	10		4	7		12	6		5	5	
	-	+		-	+		-	+		-	+		-	+		-	+						
	22+1	10		6	4		13+3	11		2	8		7+1	2		6	1		6	0		3+1	1
Eradikering			Eradikering		Eradikering			Eradikering	Eradikering			Eradikering		Eradikering	Eradikering			Eradikering	Eradikering				
0	1**	8	0	3*	3	0	0	9	1	0	5	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	1
PPI			PPI		PPI			PPI	PPI			PPI		PPI	PPI			PPI	PPI				
54	23	9	2	6	4	32	16	11	4	2	8	35	8	0	4	6	1	10	4	0	4	3	1
86			12		59			14	43			11		14			8						
98					73				54					22									
171 (92,43%)									76 (79,16%)														
247 (87,90%)																							
RESULTAT																							
40 av 108 (37,96%) enligt RL					14 av 77 (18,18%) enligt RL				21 av 96 (21,875 %) enligt RL														
40+14+21 =75 av 281 (26,69 %) TOTALT ENLIGT RL																							