

**Håndtering af nyopstået dyspepsi i almen praksis – følger vi
retningslinjerne?
Et auditbaseret studie i almen praksis**



Marie Byrjalsen
Sofie Machado
Suganthini Satheeswaran

Hold 58
Vejleder: Hans Christian Kjeldsen

Indholdsfortegnelse

Introduktion.....	3
<i>Formål</i>	<i>4</i>
Metode	4
<i>Karakteristik af praksis.....</i>	<i>4</i>
<i>Mål med vores audit</i>	<i>4</i>
<i>Dataudtræk</i>	<i>5</i>
<i>Flowcharts med inkluderede patienter</i>	<i>7</i>
Resultater	8
<i>Patienter < 45 år</i>	<i>8</i>
<i>Patienter ≥ 45 år</i>	<i>10</i>
Diskussion	12
<i>Opsummering af resultaterne</i>	<i>12</i>
<i>Diskussion af egne resultater</i>	<i>13</i>
<i>Styrker</i>	<i>14</i>
<i>Svagheder</i>	<i>14</i>
<i>Selektionsbias:.....</i>	<i>14</i>
<i>Opsætning af audit:.....</i>	<i>15</i>
<i>Fremtidig forskning</i>	<i>15</i>
<i>Klinisk implikation</i>	<i>16</i>
Konklusion	16
Referenceliste:	17
Bilag 1	18
Bilag 2	19

Introduktion

I Danmark er prævalensen af dyspepsi 25-40%, heraf er 20-25% inficeret med *Helicobacter pylori* [1] Ca 15% af de inficerede bliver syge eller i sjældne tilfælde dør af infektionen. Bakterien er associeret med peptisk ulcussygdom, non-cardia ventrikeltumor og MALT-lymfom i ventriklen [2].

Dyspeptiske gener defineres som et symptomkompleks, hvor kardinalsymptomet er vedvarende eller recidiverende smerter eller ubehag lokaliseret til epigastriet, herunder kvalme, tidlig mæthedsfornemmelse, oppustethed, alment ubehag samt halsbrand og sure opstød. Hvis de to sidstnævnte symptomer er de dominerende, defineres det som gastroøsofageal refluks sygdom.

I 2021 er der kommet en ny klinisk vejledning fra DSAM omhandlende udredning og behandling af dyspepsi. I denne vejledning skelnes der efter aldersgruppe ($\geq$ / $<$ 45 år) og der screenes for alarmsymptomer. Hvis der er alarmsymptomer eller patienten er $\geq$ 45 år med debut eller væsentlig ændring af kendte dyspepsisymptomer, skal der henvises til gastroskopi, såfremt det ikke er udløst af NSAID/ASA forbrug. Hos patienter $<$ 45 år uden alarmsymptomer (simpel dyspepsi), lægges der vægt på initial udredning med *Helicobacter pylori* test samt relevant behandling og kontrol heraf. Når *Helicobacter pylori* er udelukket/behandlet, skelnes der mellem funktionel dyspepsi og refluks. Patienter med refluks anbefales forsøgt behandlet med PPI-kur i 2-4 uger og herefter opfølgning. Ved effekt håndteres sygdommen som gastroøsofageal refluks og hvis ikke, klassificeres det som funktionel dyspepsi. Se flowchart vedlagt i bilag 1.

Undersøgelser har vist, at det er både sikkert og omkostningseffektivt at benytte udredning for *Helicobacter pylori* primært, frem for gastroskopi, hos patienter uden faresignaler [3].

Efter vi i vores hoveduddannelsesforløb er kommet tilbage i almen praksis, stiller vi spørgsmålstegn ved, om vi udreder vores patienter efter gældende retningslinje [1], både hvad angår henvisning til primær gastroskopi samt udredning af simpel dyspepsi. Vi har indtryk af, at vi ser mange patienter i PPI-behandling, både som empirisk PPI-kur og som længerevarende behandling, der ikke nødvendigvis har fulgt gældende kliniske vejledning med initial *Helicobacter pylori* test-and-treat strategi. Ligeledes viser en rapport fra

Sundhedsdatastyrelsen udgivet i 2022, at forbruget af PPI fortsat stiger i vores samfund [4].

Formål

Vi ønsker i denne opgave at sammenholde gældende kliniske retningslinje med data fra vores kliniske praksis for at undersøge, om der er forbedringspotentiale i udredningen af patienter fra 18 år med dyspeptiske gener, med fokus på om der adspørges til alarmsymptomer, henvises til primær gastroskopi, behandles med empirisk PPI-kur samt om der foretages *Helicobacter pylori* test-and-treat.

Metode

Karakteristik af praksis

For at belyse opgavens formål har vi foretaget en audit-undersøgelse i 3 almen praksis i Midtjylland. Alle 3 er kompagniskabspraksis med 4 kapaciteter med patientantal fra 6000 til 7600 patienter. Brædstrup Lægehus har en bred sammensat patientgruppe med en stor gruppe ældre og kronikere. Lægerne 3øst har et bredt patientgrundlag, repræsentativt for en middelstor by som Horsens. Østbirk Lægehus er en landpraksis med en blandet patientgruppe.

Mål med vores audit

Vi ønskede med vores audit at undersøge,

1. Om vi får spurgt ind til alarmsymptomer og om vi i relevant grad får henvist til primær gastroskopi.
2. Om der er forsøgt empirisk PPI-kur (selvstændig PPI behandling, uden det er en del af f.eks. *Helicobacter pylori* eradikationskur eller anbefalet efter gastroskopi) samt om der foretages PPI-kontrol med henblik på behandlingseffekt og stillingtagen til eksempelvis fortsat behandling, seponering eller henvisning til gastroskopi senere i forløbet.
3. Om der er foretaget *Helicobacter pylori* test samt hvis positiv test, om den er kontrolleret efter eradikationskur.

Disse effektmål er valgt for at kunne sammenholde udredningen i almen praksis med flowchart for udredning af dyspepsi udgivet af DSAM (se bilag 1).

Dataudtræk

Af tidsmæssige hensyn har vi fra start lagt os fast på at inkludere 25 patienter fra hver praksis. Vi har derfor stoppet journalgennemlæsningen, når vi har opnået dette antal.

For at identificere patienter i praksis med dyspepsi valgte vi af praktiske formål at fremsøge patienter med PPI-behandling. Dataindsamling er foretaget d. 11/5, 25/5 og 2/6 2023 via XMO i Brædstrup Lægehus (n_1 = patient 0-25 i vores auditskema) og Lægerne 3øst (n_2 = patient 26-50), og via Novax i Østbirk Lægehus (n_3 = patient 51-75).

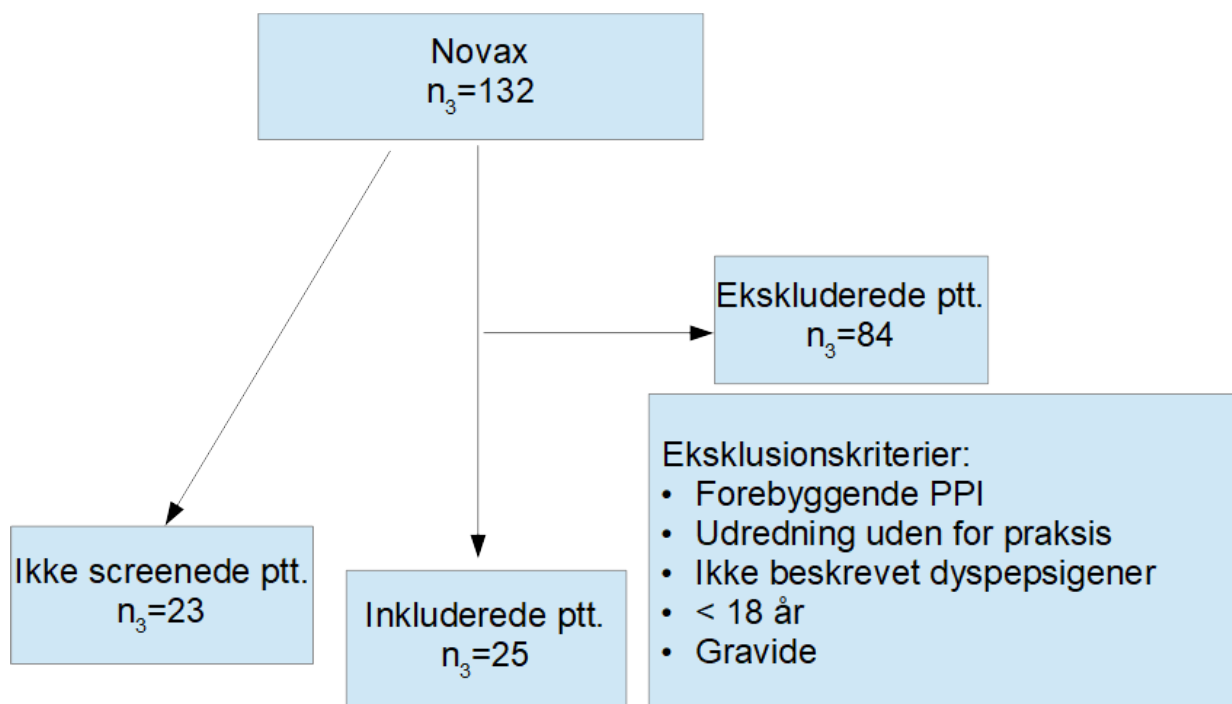
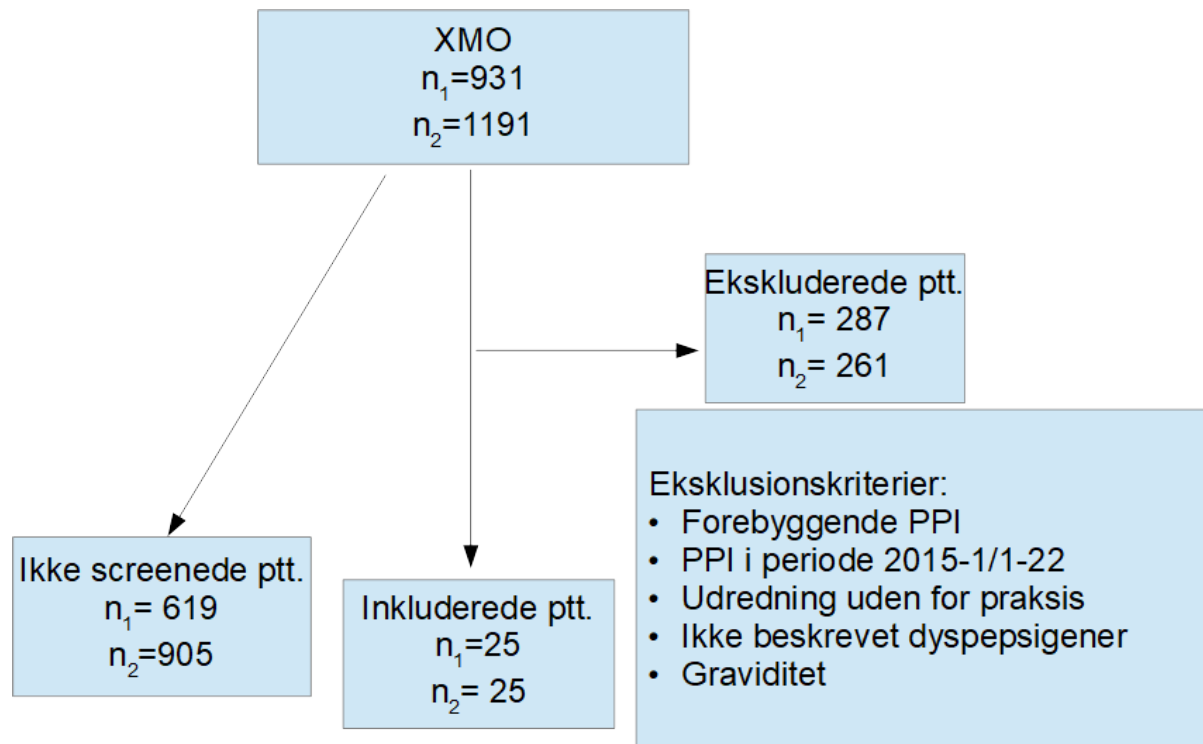
Efterfølgende har vi d. 16/6 genlæst de inkluderede patienters journaler med henblik på at identificere forløbskarakteristika, se auditskema bilag 2.

I XMO brugte vi patientstatistikmodulet og fremsøgte ATC-kode A02BC for perioden 01-04-2022 til 11-05-2023. Vi har inkluderet patienter født frem til 01-04-2004 (> 18 år), og listerne fremstod kronologisk efter CPR-nummer. I Brædstrup Lægehus gav dette 931 patienter og hos Lægerne 3øst gav det 1191 patienter. Herefter lavede vi fortløbende journalgennemgange, hvor patienterne blev ekskluderet, hvis der ikke var beskrevet nyopståede dyspepsigener fra d. 01-01-2022. Denne skæringsdato er valgt, da vi ønskede at kigge på patientforløb efter udgivelsen af den nye DSAM-vejledning om dyspepsi i 2021. Derudover blev patienter ekskluderet i tilfælde af PPI som forebyggende ved NSAID eller ASA-behandling, tidligere PPI inden for de seneste 7 år (efter 2015), hvis udredningen blev initieret et andet sted end i egen lægepraksis, hvis patienten fik PPI alene på grund af reflux under graviditet, eller hvis der ikke er dokumenteret noget omkring ordinationen af PPI.

I Novax brugte vi det "avancerede statistikmodul" og søgte på ATC-koden A02BC i perioden 01-04-2022 til 11-05-2023. Vi fremsøgte patienter, der havde fået første recept på PPI fra d. 01-04-2022 og frem til d. 11-05-2023, dette gav 132 patienter. Vi ekskluderede patienter under 18 år og herudover benyttede vi samme eksklusionskriterier som beskrevet ved XMO.

Dataudtræk er foregået ved at gennemse FMK-modulet med nuværende og tidligere ordinationer med henblik på eksklusion samt at identificere initiale PPI ordinationsdato. Derefter, har vi guidet af ordinationsdatoen gennemlæst journaler med henblik på at identificere udredning og forløb, herunder henvisninger og epikriser. Vi har desuden screenet mikrobiologien for, om der er foretaget *Helicobacter pylori* test. Når der var inkluderet 25 patienter fra hver praksis stoppede vi med at gennemgå journaler og den resterende gruppe på hhv. 619 (Brædstrup Lægehus), 905 (Lægerne 3øst) og 23 (Østbirk Lægehus) betegnede vi "ikke screenede".

Flowcharts med inkluderede patienter:



Resultater

Vi har inkluderet 75 patienter i vores undersøgelse, heraf er 33 patienter < 45 år og 42 patienter er ≥ 45 år. Patientpopulationen består af 40 mænd og 35 kvinder i en alder fra 19-83 år, gennemsnitsalderen er 51,3 år.

Vi har samlet vores data i et auditskema, hvor det fremgår, hvilken udredning patienterne har fået foretaget (se bilag).

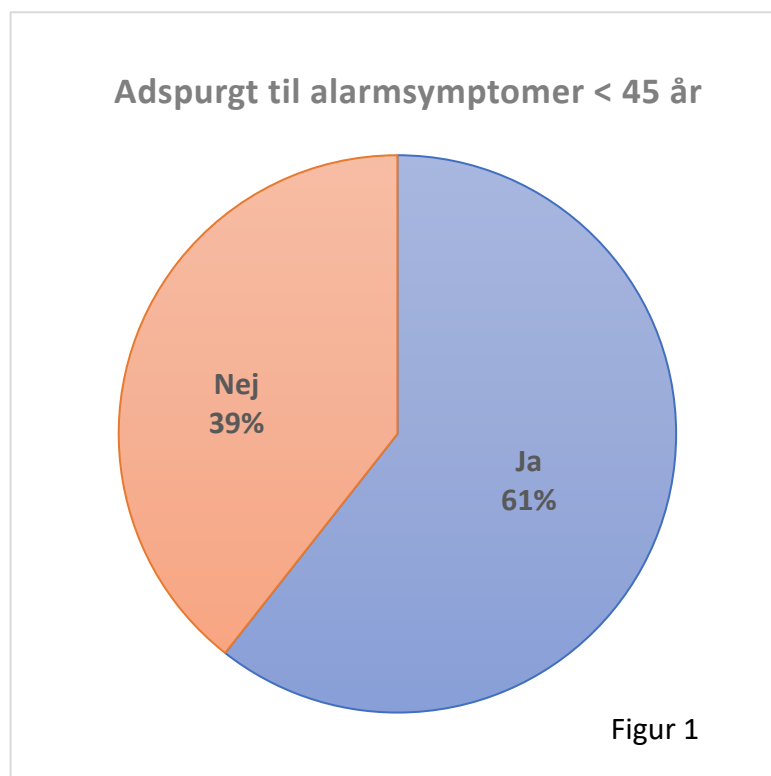
For at kunne sammenholde udredningen af patienterne med DSAM's flowchart, har vi valgt at aldersstratificere patienterne i to grupper, hhv. < 45 år og ≥ 45 år.

Gennemsnitsalderen i gruppen < 45 år er 31,3 år, og i gruppen ≥ 45 år er den 66,8 år.

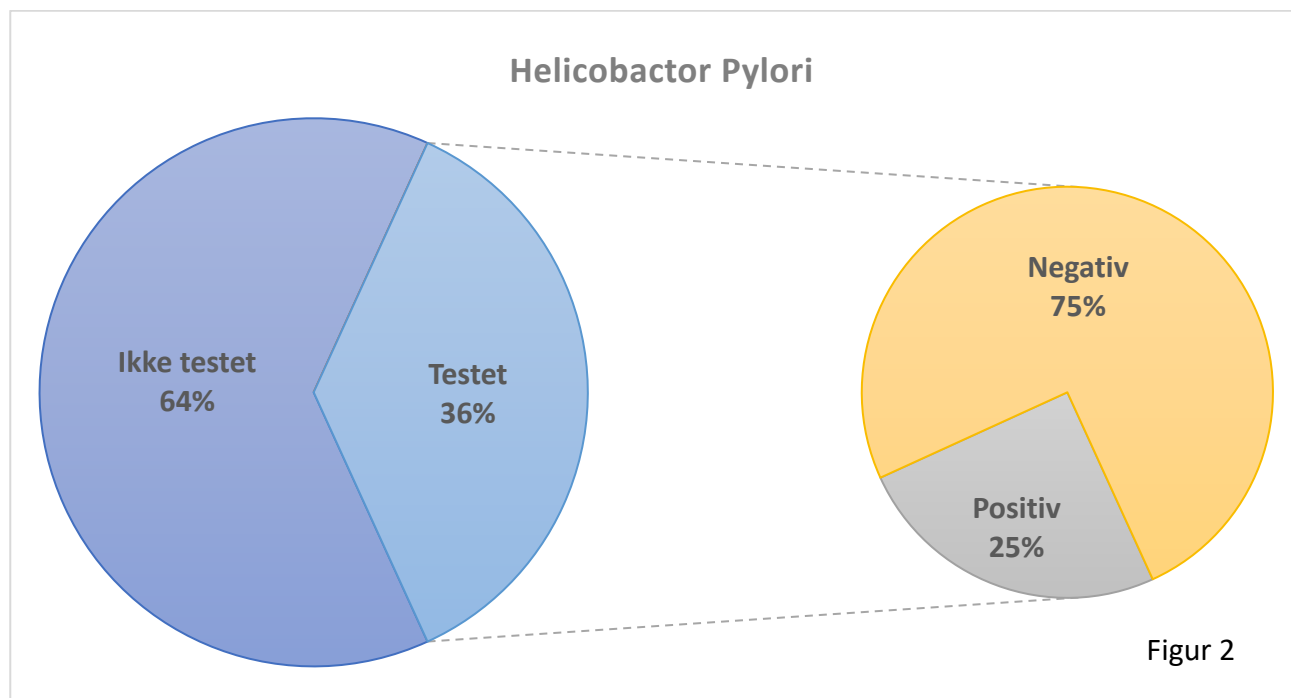
Patienter < 45 år

Ud af 33 patienter er der i 21 tilfælde registreret, om der er adspurgt til alarmsymptomer, se figur 1.

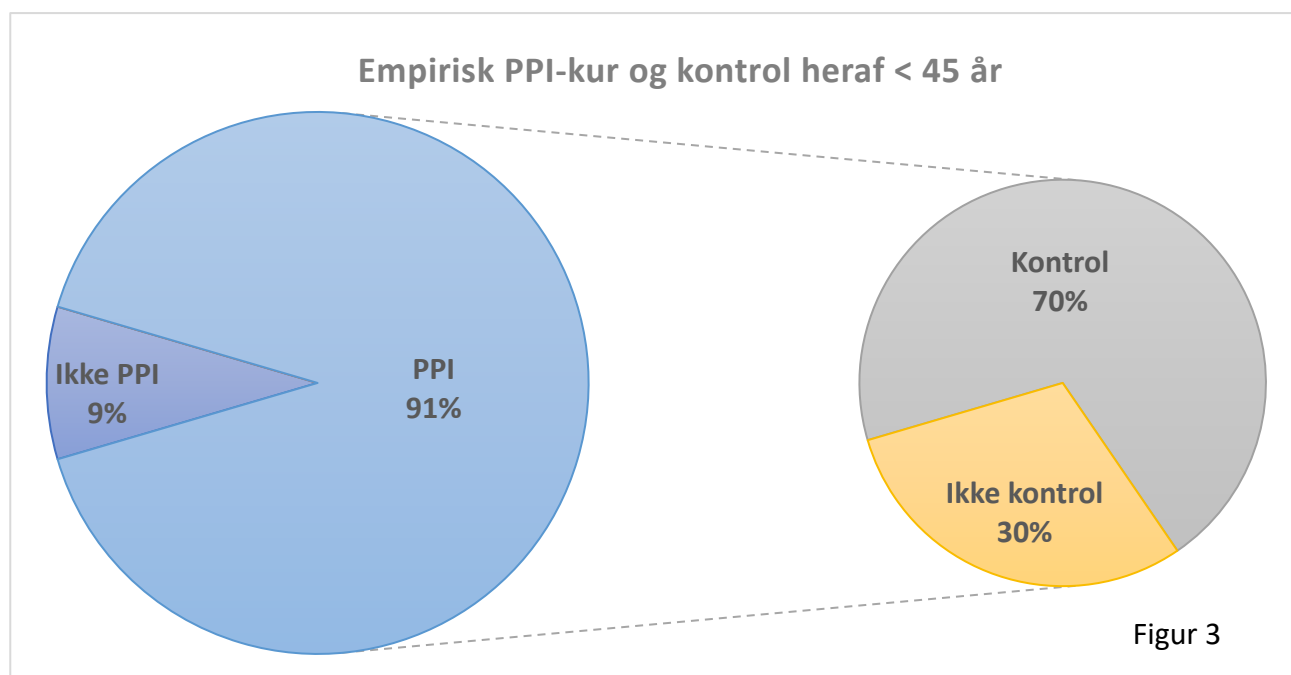
I denne gruppe er der ingen, der er henvist til primær gastroskopi.



12 ud af 33 patienter har fået foretaget *Helicobacter pylori* test, heraf er 3 positive, se figur 2. Alle 3 positive tilfælde er kontrolleret efter eradikationskur. Dog fremkom 1 kontrol igen positiv, hvor patienten efter ny eradikationskur ikke har fået foretaget den journaldokumenterede anbefalede kontrol.

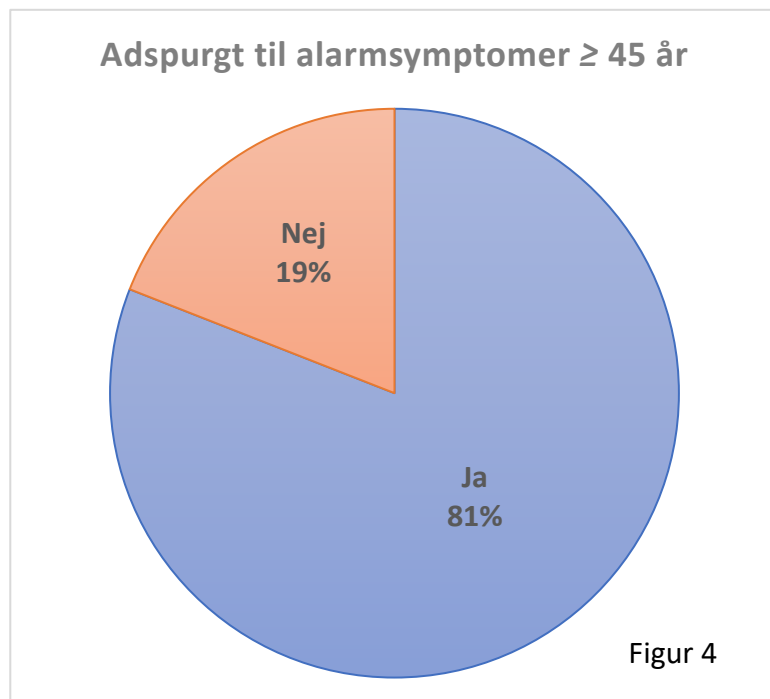


30 ud af 33 patienter fik en empirisk PPI-kur, hvoraf der er dokumenteret opfølgning hos 21 patienter, se figur 3. 8 af de 33 patienter blev henvist til gastroskopi senere i forløbet.

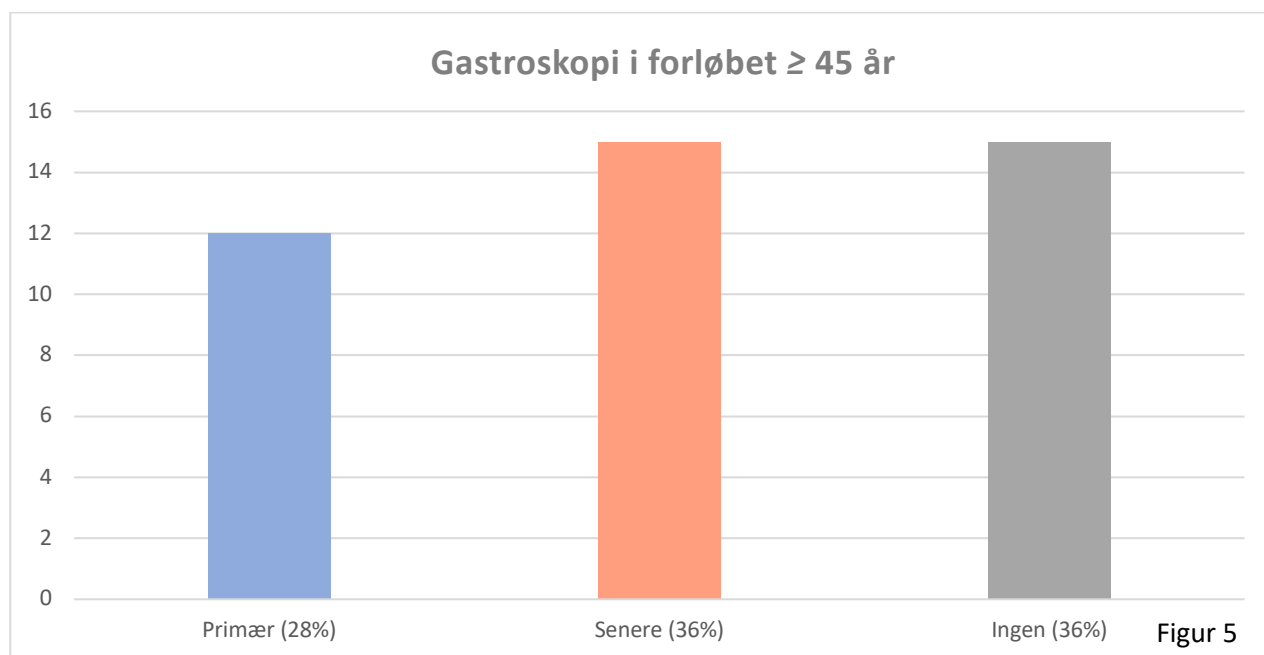


Patienter ≥ 45 år

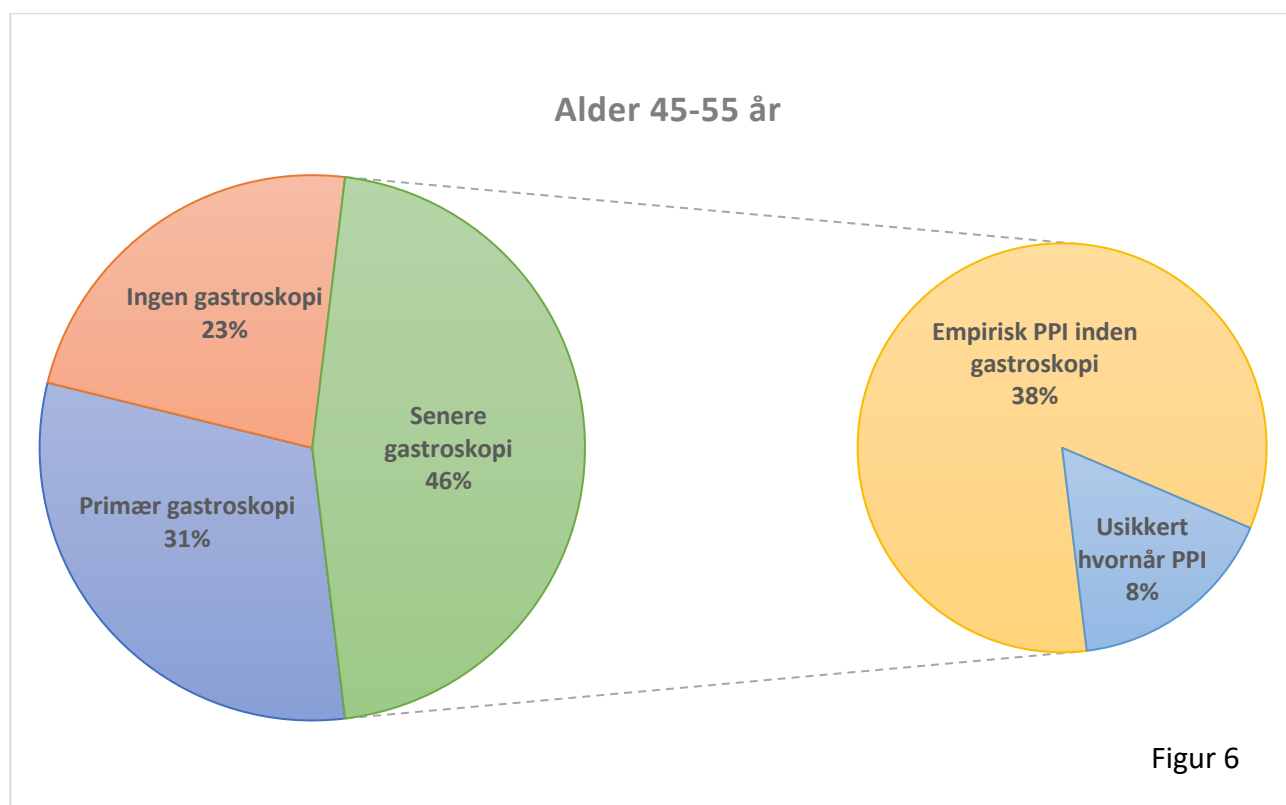
Ud af 42 patienter er der i 34 tilfælde registreret, at der bliver adspurgt til alarmsymptomer i udredningsforløbet, se figur 4.



12 af de 42 patienter er henvist til primær gastroskopi, mens 15 af de 42 patienter er henvist til gastroskopi senere i forløbet, se figur 5.

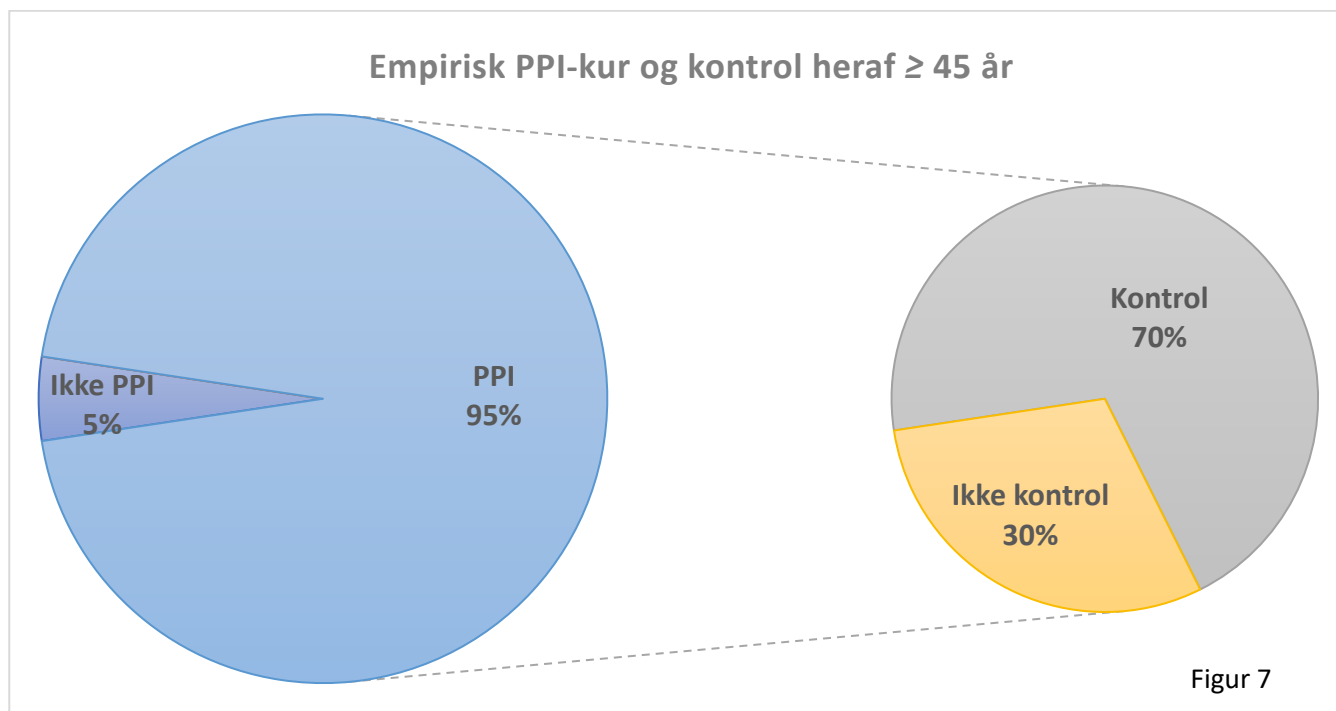


Særligt for patienter fra 45 til 55 år ser vi en fordeling hvor 4 ud af 13 patienter henvises til primær gastroskopi. 3 patienter gastroskoperes ikke. De sidste 6 patienter af de 13 patienter i aldersgruppen henvises senere i udredningsforløbet til gastroskopi. Heraf er 5 ud af de 6 empirisk behandlet med PPI inden henvisningen. Den sidste af de 6 har fået empirisk PPI, men vi kan i vores audit skema ikke sikkert aflæse, hvornår det er givet ift. gastroskopihenvisningen. Se figur 6.



15 patienter i aldersgruppen ≥ 45 år er testet for *Helicobacter pylori*, heraf er 2 positive og den ene er kontrolleret efter eradikationskur.

40 patienter har fået en empirisk PPI-kur, hvoraf der er dokumenteret PPI-opfølgning hos 28 patienter, se figur 7.



Diskussion

Opsummering af resultaterne

I vores studie finder vi som hovedresultater i gruppen < 45 år, at 36 % får foretaget *Helicobacter pylori* test. I samme gruppe er der dokumenteret adspurgt til alarmsymptomer hos 61%, mens ingen er sendt til primær gastroskopi. Altså må man forvente, at der ud fra vejledningen burde have været testet for *Helicobacter pylori* i markant højere grad [1].

I gruppen ≥ 45 år sendes 28% til primær gastroskopi. 36 % sendes til gastroskopi senere i udredningsforløbet. Set i forhold til vejledningen ville vi forvente markant højere andel af henvisning til primær gastroskopi. Dette set i forhold til, at vi har ekskluderet patienter med NSAID- eller ASA-forbrug.

Når vi ser på andelen af patienter, der har fået empirisk PPI-kur, ses i gruppen < 45 år og i gruppen ≥ 45 år henholdsvis 91 % og 95 %. I begge grupper er der dokumenteret opfølgning af PPI hos 70 % af patienterne. Dette støtter vores hypotese om et højt PPI-

forbrug samt at empirisk PPI-kur anvendes i udbredt grad i dyspepsiudredningen. I kommentarerne tilknyttet auditskemaet ser vi, at empirisk PPI-kur anvendes i forskellige stadier af udredningen i modsætning til anbefalingerne fra DSAM's vejledning.

Diskussion af egne resultater

Vores undersøgelse viser en tendens til, at vi som praktiserende læger ikke i anbefalet grad får prioriteret at foretage *Helicobacter pylori* test-and-treat i udredningsforløbet af patienter < 45 år med nyopståede dyspeptiske gener. Adskillige patienter får empirisk PPI-kur i stedet for *Helicobacter pylori* test eller forud for en sådan. En del af forklaringen kan være forventninger hos patienten om øjeblikkelig lindring af deres ubehagelige symptomer eller tidligere tradition for empirisk PPI-behandling.

Ifølge DSAM's vejledning skal patienter ≥ 45 år med nyopstået dyspepsi eller væsentlige ændringer i dyspepsi henvises til primær gastroskopi, fraset patienter der får ASA/NSAID med svind af symptomer efter seponering heraf. Sidstnævnte gruppe er ekskluderet i vores undersøgelse. Derfor overrasker det os, at vi alene finder 28% i aldersgruppen der henvises til primær gastroskopi. Mulige forklaringer herpå: 2 patienter har fået tilbudt henvisning til primær gastroskopi, men har selv takket nej (se kommentarer i auditskema). En enkelt havde kun symptomer ved indtagelse af rødvin, hvorfor han reducerede indtaget og supplerede med pn PPI ved vinindtag, uden han opsøgte læge med yderligere dyspeptiske klager. Denne patient kan formentlig sidestilles med gruppen, der alene havde symptomer under ASA eller NSAID-behandling og dermed jf. DSAM's vejledning ikke blev anbefalet henvisning til gastroskopi.

P.S Phull et al. argumenterer i 2006 for, at alderskriteriet for primær gastroskopi kan hæves fra 45 til 55 år, da øvre GI-malignitet er usædvanligt i aldersgruppen < 55 år samt at der generelt er alarmsymptomer i aldersgruppen, hvis der er malignitet [5]. Ved journalgennemlæsning ser vi, at en del får empirisk PPI-behandling forud for henvisning. Specifikt for aldersgruppen 45-55 år ser vi, at minimum 50 % (mindst 5 ud af 10 gastroskoperede) får empirisk PPI-behandling forud for gastroskopihenvisning. Dette kan til dels forklares af ovenstående forskning. Derudover kan man forestille sig, at der blandt praktiserende læger er en tendens til at forsøge behandling i primærsektor før henvisning.

Den lave henvisningsrate sammenholdt med det høje forbrug af empirisk PPI kan også skyldes den "nemme" behandlingsvej, med en hurtigt indsættende effekt og lave bivirkningsprofil på lægemidlet. Faren herved er, at man som læge forsinker diagnosen af en potentielt alvorlig sygdom. Vores audit viser, at der er en tydelig tendens til at afvige fra alderskriteriet, hvor patienter ≥ 45 år med nyopstået dyspepsi/ændring af symptomer bør henvises til primær gastroskopi. Vi får hverken henvist nok patienter til gastroskopi eller tilstrækkelig hurtigt i udredningsforløbet. Desuden kunne man forestille sig, at nogle patienter har fået håndkøbspræparater i form af PPI eller antacida med umiddelbar effekt på deres symptomer og henvender sig med henblik på udstedelse af recept fremfor yderligere udredning. Denne gruppe bør dog stadig vejledes og tilbydes udredning efter retningslinjerne.

Styrker

Audit er lavet ud fra et for Horsens kommune repræsentativt praksisgrundlag. Samlet antal tilknyttede patienter er ca. 18.000-20.000. Heraf er via statistikmodulerne i journalsystemerne fremsøgt 2254 PPI-brugere, inden der tilfældigt er udvalgt 75 patientcases. Vi anser dem som repræsentative for praksis. En styrke ved studiet er, at det er patient- og praksisnært. Udredningen og overvejelserne er dagligt indhold i praksis. Ud fra vores undersøgelse ser vi som antaget, at der er et klart forbedringspotentiale i udredningen af disse patienter.

Svagheder

Selektionsbias:

I dataudtrækket i statistikmodulerne er søgt på ATC-koderne for PPI. Dette vil medføre en skævvridning, hvor vi ikke ser de patienter med dyspepsi, som ikke har fået PPI i det angivne tidsrum for søgningen. Herved forventer vi at misse patienter < 45 år med negativ *Helicobacter pylori* test og uden refluksymptomer, som dermed karakteriseres som funktionel dyspepsi. Ligeledes vil vi misse de patienter, der henvender sig med alarmsymptomer og sendes til primær gastroskopi, uden der anbefales PPI. Det betyder, at vores data kan fremkomme med et relativt for stort PPI-forbrug og vi underestimerer andelen af relevant *Helicobacter pylori* udredning, da en negativ test hos patienter uden refluks i udgangspunktet ikke skal have PPI.

I gruppen ≥ 45 år forventer vi at misse patienter der henvises til primær gastroskopi jf. vejledningen, men ikke i forløbet PPI-behandles. Det kan både dreje sig om patienter med malign sygdom, samt patienter med funktionel dyspepsi, der ikke anbefales PPI ved gastroskopien. Dette medfører, at vi underestimerer andelen af patienter henvist til primær gastroskopi.

Vi drøftede denne selektionsbias forud for dataudtræk. Grundet opgavens rammer, inkonsekvent brug af diagnosekoder og journalsystemernes begrænsede søgevariable i statistikmodulerne, valgte vi alligevel at benytte ATC-koden som screening. Med forbehold for ovenstående mener vi fortsat, at data er repræsentative for gruppen af nydiagnosticerede voksne med dyspepsi, der PPI-behandles under eller efter udredning.

En svaghed i studiet er, at vi har set på retrospektive data fra journalføringer fra kolleger og os selv, hvor der ikke kan udelukkes mistolkning i dataudtrækket. Dette særligt ift. hvorvidt der er adspurgte til alarmsymptomer, samt om vi potentielt har ekskluderet patienter, da vi ikke har kunne se sikkert beskrevet dyspeptiske gener. Generelt kan man sige, at der kan være problemer med at tolke på et lægeligt arbejdsredskab udført af forskellige kollegaer, som patientjournalen er, fremfor målrettet dataindsamling i forskningsøjemed.

Opsætning af audit:

I vores auditundersøgelse har vi dokumenteret, hvorvidt der er adspurgte til alarmsymptomer, men ikke om alarmsymptomerne var til stede eller ej. Dermed kan vi ikke med sikkerhed udtale os om, hvorvidt det er patienter med alarmsymptomer, der bliver henvist til primær gastroskopi.

Derudover har vi dokumenteret, om der er givet en empirisk PPI-kur, men ikke hvornår i udredningsforløbet den er givet. Dermed kan vi ikke med sikkerhed udtale os om, hvorvidt der er foretaget eventuel gastroskopi eller *Helicobacter pylori* test forinden.

Fremtidig forskning

Vores auditundersøgelse viser en tendens til, at der i aldersgruppen <45 år med nyopstået dyspepsi ikke i tilfredsstillende grad laves *Helicobacter pylori* test-and-treat primært, samt at der i aldersgruppen fra 45 år ikke i tilstrækkelig grad henvises til primær gastroskopi. Til

gengæld ses i begge grupper en tendens til stor brug af empiriske PPI-behandlinger. Det kunne i fremtidige studier være relevant at screene patienter ud fra symptomkomplekset fremfor ordineret medicin. Herved ville man kunne få en mindre skævvridning af data. Ligeledes kunne det være spændende at undersøge sammenhængen mellem alarmsymptomer/nyopståede eller ændrede dyspeptiske gener hos patienter fra 45 år og henvisning til primær gastroskopi. Dette for at få et klart overblik over, hvilke patienter der henvises og hvilke grupper vi ikke henviser hurtigt nok, for at kunne forbedre daglig praksis. Det kunne også være interessant at undersøge, hvornår i udredningsforløbet der gives empirisk PPI med henblik på at klarlægge, om forbruget kan gøres mere rationelt.

Klinisk implikation

Ud fra vores auditundersøgelse ser vi et markant forbedringspotentiale i udredningen af patienter med dyspepsi i almen praksis. Vi påtænker en undervisningsseance i vores respektive praksis med gennemgang af data og inddragelse af DSAM's vejledning inkl. flowchart. Dette med henblik på at øge vores fokus på udredningsalgoritmen, særligt vedrørende *Helicobacter pylori* test-and-treat og primær henvisning til gastroskopi hos personer fra 45 år. Hvis prøvesvar er uddelegeret til praksispersonale, er det vigtigt, at der er undervisning af personalet omkring forholdsregler og relevant opfølgning (f.eks. efter positiv *Helicobacter pylori* test).

Konklusion

Ud fra opgaven kan vi konkludere, at der er forbedringspotentiale i udredningen af patienter med dyspepsi, når vi sammenholder data fra vores praksis med DSAM's vejledning. Vi ser en tendens til, at for få patienter under 45 år udredes med *Helicobacter pylori* test, at for få patienter fra 45 år henvises til primær gastroskopi og mange voksne patienter uafhængig af alder behandles med empirisk PPI-kur.

Referenceliste:

1. Jarbøl D; Zwisler JE; Kjeldsen HC; Hansen JM; Bytzer P. Dyspepsi og gastroøsofageal reflukssygdom hos voksne – udredning og behandling. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2021].
2. Bytzer P. et al: Helicobacter Pylori infektion: Diagnostik og behandling. 2018
3. Eusebi LH, Black CJ, Howden CW, Ford AC. Effectiveness of management strategies for uninvestigated dyspepsia: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2019 Dec 11;367:l6483. doi: 10.1136/bmj.l6483
4. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/laegemidler/mavesyremitter>
5. Phull PS, Salmon CA, Park KG, Rapson T, Thompson AM, Gilbert FJ. Age threshold for endoscopy and risk of missing upper gastrointestinal malignancy data from the Scottish audit of gastric and oesophageal cancer. Aliment Pharmacol Ther. 2006;23:229-33

Bilag 2

	Alder ved første dyspepsi-klager	Køn		Adspurgt til alarmsymptomer		Henvisning til primær gastroskopi	Empirisk PPI	PPI kontrol	Senere henvisning til gastroskopi	Helicobacter pylori test		Kontroltest efter eradikation	Forløbs Kommentarer
Nr	År	M	K	Ja	Nej					Pos	Neg		
1	45	X		X		X							Henvist i kræftpakke. Startet PPI, ikke lavet kontrol.
2	63		X	X			X	X	X				Empirisk PPI-behandling. Kontrol og siden henvisning gastroskopi.
3	62	X		X			X						Empirisk PPI grundet uspecifikke mavesmerter, ikke lavet opfølgning.
4	47		X	X		X	X	X					Henvist i kræftpakke, efterfølgende PPI-behandling.
5	54	X		X									Henvender sig med dyspepsi. Ses an og pt kommer ikke igen.
6	75	X		X		X							Henvist i kræftpakke, herefter kortvarig PPI-kur.
7	83		X	X			X	X					Henvender sig med refluxgener, empirisk PPI.
8	77	X			X		X						Henvender sig med intermitterende reflux, opstartet empirisk PPI, ingen opfølgning.
9	31		X		X		X				X		Fulgt flowchart < 45 år.
10	31		X	X			X		X				Synkeproblemer, henvist til gastroskopi. Efterfølgende symptomstyret PPI.
11	67		X	X			X						Øvre mavesmerter, henvises akutafd. Opstartet kortvarig PPI-kur.
12	48	X			X	X	X						Henvender sig med reflux, henvist til gastroskopi, men kommer aldrig afsted.
13	76		X	X			X		X				Bøvsen og kvalme. Henvist til gastroskopi.
14	47		X	X			X	X	X		X		Øvre mavesmerter, empirisk PPI-kur med opfølgning, hvor der så henvises til gastroskopi.
15	78	X		X		X	X						Henvises i kræftpakke. herefter symptomstyret PPI.
16	55		X	X			X	X	X		X		Empirisk PPI. Ved opfølgning ordineres H.pylori test.
17	34	X			X		X	X					Empirisk PPI-kur, opfølgning.
18	71	X		X			X	X	X	X			Empirisk PPI-kur uden effekt. Herefter eradikationskur, denne netop overstået, derfor ikke kontrol H. pylori test.
19	31		X	X						X		X	Fulgt flowchart < 45 år.

20	42		X	X			X	X	X				Empirisk PPI med opfølgning og siden henvisning til gastroskopi.
21	77		X	X		X	X	X					Henvist i kræftpakke, herefter symptomstyret PPI.
22	50	X		X			X	X	X		X		H.pylori test og efterfølgende henvisning til gastroskopi. Herefter symptomstyret PPI.
23	76	X		X			X						Empirisk PPI, ingen opfølgning.
24	69	X			X		X						Øvre mavesmerter hos alkoholiker. Startet empirisk PPI-kur og henvist til UL abdomen og henv til gastromedicinerne.
25	19		X		X		X	X			X		Fulgt flowchart < 45 år.

Nr	År	Køn		Dokumentation af alarmsymptomer		Henvisning til primær gastroskopi	PPI Test	PPI kontrol	Senere henvisning til gastroskopi	Helikobakter pylori test		Kontroltest efter eradikation	Forløbs Kommentarer
		M	K	Ja	Nej					Pos	Neg		
26	53	X		X			X	X	X	X		X	Følger udredning svt <45 år. Gas ca 3 mdr fra 1. læge henvendelse.
27	31	X		X			X	X	X				Normal biokemi, bedring på 14 dages ppi, Ikke yderligere opfulgt.
28	55	X		X			X	X			X		Bedring på PPI kure. Følger ikke algoritme ift alder.
29	65		X	X			X	X					Pt afvist prim. gas. Forsøgt PPI kur, ikke rekontakt eller ny recept.
30	22	X		X						XX		X %	Anb kontrol h. pyl. ikke fået det lavet efter 2. eradikationskur
31	36		X	X			X						Symp 1 md. 14 dages PPI, ikke ny kontakt. Ikke lavet helicobakter test.
32	28		X	X			X	X	X	X		X	Ender funktionel dyspeksi, med gastroskopi i udredningen. Fint flow.
33	68		X	X		X	X	X					længerevarende dysp. Henvises prim til gas, hiatus hernie. Refluks.
34	22		X	X			X				X		Fulgt vejledning.
35	43	X		X			X	X					Ikke helicobacter
36	27	X		X			X		X		X		Udredt og beh. som refluks. henv gas, pt afbestilt dette.
37	80		X		X		X	X					Hoste, hæshed, og dyspepsi. Tilbudt hurtig udredning. Ikke ønsket.
38	81	X		X			X						Refluks kun ved rødvin

39	19		X	X								Tilbudt helikobaktor, men den er ikke lavet.
40	40	X		X			X	X			X	Følger fint vejledning. Symp bedring.
41	26		X	X			X	X				PPI før tilbudt helikobactor. Denne dog ikke lavet.
42	25		X	X			X	X				Dyspeksi ifm AB, PPI kur herved.
43	49		X	X			X	X	X		X	
44	66		X	X		X	X	X			X	hiatushernie + refluxs. anb fast PPI
45	65	X		X		X	X				X	Helikobaktor test ges gastroskopi
46	31	X		X			X					Efter en uge akut udredt sygehus
47	73	X		X			X	X	X		X	Gas, hiatushernie. Hel. neg ved skopi.
48	23		X	X			X					Henvist til gastromedicin
49	56	X		X			X	X	X		X	D-tour UL og kir vurd obs galdesten inden
50	58		X		X		X	X	X		X	Helikobaktor test ges gastroskopi

	Alder ved første dyspepsi-klager	Køn		Dokumentation af alarmsymptomer		Henvisning til primær gastroskopi	PPI Test	PPI kontrol	Senere henvisning til gastroskopi	Helikobaktor pylori test		Kontroltest efter eradikation	Forløbs Kommentarer
Nr	År	M	K	Ja	Nej					Pos	Neg		
51	43	X			X		X	X	X				Overfladisk refluxsøphagitis Overfladisk gastroduodenitis.
52	64	X		X			X	X	X		X		Hiatus hernie og refluxsøphagitis PPI fast 4 uge, pn derefter.
53	40	X			X		X				X		2 uger kur
54	58	X			X		X						2-4 uger kur
55	21		X		X		X	X					4 uger kur
56	52	X			X		X	X	X		X		Ingen effekt af PPI, gastroskopi: Diskrete tegn på refluxsøphagitis, PPI 40 x 2 1 mdr, derfter pn.
57	44		X	X			X						kur, igen ved behov
58	61	X		X			X	X	X				Gastroskopi: ia Alkoholoverforbrug, bedring af symp. efter reduktion
59	61		X	X		X	X	X					hiatus hernie, fast PPI 30 dage, derefter pn.

60	39	X			X		X	X					2 uger kur
61	58		X	X		X	X	X					tilbagevendende synkebesvær og reflukssymptomer. HIATUS HERNIE, PPI 40 x 2
62	30	X		X			X	X					4 uger kur - igen ved behov
63	25	X			X		X	X	X				2 uger PPI uden effekt, gastrokopi: ja. Anbefalet UL obs galdesten
64	39	X			X		X	X					Slim i halsen, tæt i næsen + reflux i perioder, henvises først til ØNH, set og anbefaler gastrokopi. 4 uger kur, ej gastro
65	30	X			X		X	X	X		X		Manglende effekt af PPI, Ej mødt op til gastro
66	24		X		X		X	X					2 uger kur
67	74		X	X			X	X					4 uger, aftalt ved behov igen
68	70	X		X			X	X	X				4 uger kur - god effekt
69	54		X		X		X	X					4 uger kur - god effekt
70	20	X		X			X	X			X		Kur. Efterfølgende koloskopi grundet frisk blod i afføring
71	63	X		X			X	X					PPI i 4 uger + UL obs, galdesten. Ingen kontakt siden
72	38		X		X		X						4 UGER KUR
73	45		X	X		X	X	X			X		Mindre reaktionsløst hiatus hernie, ellers normal gastrokopi. Henvist til UL obs. galdesten
74	41	X		X			X	X	X		X		Ikke optimalt effekt af PPI, derfor gastro: ja. Siden ingen kontakt til lægehuset
75	38	X		X			X	X					4 UGER KUR
I alt	51,3	40	35	55	20	12	69	48	24	5	22		