

Primärvårdsinriktat vårdprogram:

Förbättrat omhändertagande av patienter med dyspepsi

En arbetsgrupp med gastroenterologiskt intresserade allmänläkare från nio länder har lanserat ett underlag till vårdprogram för dyspepsi. Gruppen rekommenderar att primärvårdsläkare handlägger dyspepsi i en strukturerad, stegvis process som utgår från det mest dominerande symtom som föreligger i det enskilda fallet.

Dyspepsi, dvs ospecifika, återkommande matsmältningbesvär med sura uppstötningar, uppkördhet och illamående, är ett vanligt och ofta presenterat symtom i allmänläkarpraxis. Besvären är i flertalet fall medicinskt ofarliga men – på grund av sin återkommande natur – ändå svåra att handlägga och behandla på ett för patienten effektivt och tillfredsställande sätt.

– Dyspeptiska symtom orsakar inte bara lidande för individerna utan innebär också en stor belastning på sjukvården, både i form av kostnader för läkemedel och för specialistutredningar, kommenterar Johan Brun, distriktsläkare i Hudiksvall och svensk representant i en internationell arbetsgrupp som funderat över hur primärvården bäst omhändertar patienter med besvär från övre mag-tarmkanalen.

Vanligt besvär med oklara orsaker

Arbetsgruppen – International Gastro Primary Care Group (IGPCG) – samlar gastroenterologiskt intresserade primärvårdsläkare från Italien, Nederländerna, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland, Österrike, Australien och USA.

Gruppens arbete stöds av läkemedelsföretaget Janssen-Cilag. Johan Brun framhåller att den vetenskapliga

diskussionen bedrivs autonomt från sponсорn.

Det handlägningsprogram för dyspepsi som arbetsgruppen utvecklat presenterades offentligt vid 3:e europeiska kongressen för familjedoktorer och primärvårdsläkare (Wonca) i Stockholm i juli.

– Epidemiologisk forskning visar att 40–50 procent av befolkningen i västvärlden, av och till, har problem av dyspeptiska symtom. Samtidigt har det saknats bra modeller för hur patienter med besvär från övre mag-tarmkanalen skall handläggas inom primärvården.

– Allmänläkarens handläggning kompliceras bl a av att det finns en liten, men ändå objektiv risk för att det som ter sig som »bara» matsmältningsrubbing i själva verket är tidiga symtom på allvarlig sjukdom. Detta osäkerhetsmoment är alltid närvarande i konsultationen och besvärar ofta både doktorn och patienten, säger Johan Brun.

Kostnadseffektiv handläggning

– Vi har bedömt det som en angelägen uppgift att utveckla ett åtgärdschema som är specifikt primärvårdsanpassat. Vårdprogrammet har vuxit fram under många och långa diskussioner mellan gastroenterologiskt intresserade primärvårdsläkare i nio olika länder, och samtidig nära dialog med frontlinjeforskare inom gastroenterologi.

Johan Brun påpekar att dyspepsi är en diagnos som tolkas och används på varierande sätt. IGPCG föreslår att dyspepsi skall användas som ett samlingsnamn för *alla* de besvär och obehag som en individ kan uppleva från övre mag-tarmkanalen och som föranleder ett läkarbesök.

– Symtombilden och dess intensitet har stora individuella variationer. Kliniskt sett utgörs dyspepsi av en mängd olika symtom som kan ha vitt skilda för-

klaringar. Allmängiltig etiologi och samordning saknas.

Vårdprogrammet försöker, med sikte inställt på allmänläkarens vardag, specificera en medicinskt genomtänkt och samtidigt kostnadseffektiv handläggning:

– En viktig fråga som vi vill förtydliga gäller hur länge en patient med dyspeptiska besvär kan handläggas inom primärvården, dvs när skall patienten remitteras vidare till specialist?

Flödesschema för handläggningen

Handlägningsprogrammet för allmänläkare finns sammanfattat i ett pedagogiskt uppställt flödesschema. Den bärande rekommendationen är att den kliniska handläggningen av dyspepsi i primärvård bör utgå från en konsekvent och noggrant genomförd *symtomgruppning*: Den enskilde patientens symtom och deras kliniska hemvist kartläggs i en stegvis process.

Johan Brun påpekar att arbetsgruppen bl a vill bryta med den kliniska tradition som innebär att patienter med magbesvär delas in i avgränsade »kategorier» av symtombärare:

– Det är ju exempelvis mycket vanligt att man beskriver »patienter med ulcusliknande symtom» som vore det fråga om en klart avgränsad klinisk subgrupp. I realiteten är det sällan så välstrukturerat som att dyspepsi är lika med en viss typ av magbesvär och sedan ingenting annat. Dyspeptiska patienter kan representera tiotals olika symtomgrupper – sett över tid och med hänsyn till att deras symtom varierar och förändras.

– Folk med »dålig mage» kommer sällan till vårdcentralen med en definierad sjukdom, utan med mer eller mindre diffusa *symtom* från mag-tarmkanalen. Samtidigt saknas markörer som tydliggör orsakerna till dyspeptiska

INTERVJU

BO LENNHOLM

symtom. Varken blodprov, röntgen, endoskopi eller något annat test kan, med omedelbar verkan, verifiera och säkerställa vad som förorsakar dyspeptiska besvär i det enskilda fallet.

– Den kliniska hanteringen av dyspepsi på *individnivå* har alltid en viss karaktär av erfarenhets- och sannolikhetsdiagnos. Läkaren är hänvisad att stegvis – på basen av anamnes och symtombild och efterföljande undersökningar, inklusive utvärdering av insatt behandling – bygga upp ett klargörande svar. Det är därför strategiskt välbetänkt att utgå från det mest domine-

rande symtom som föreligger i det enskilda fallet.

Systematiserat förlopp

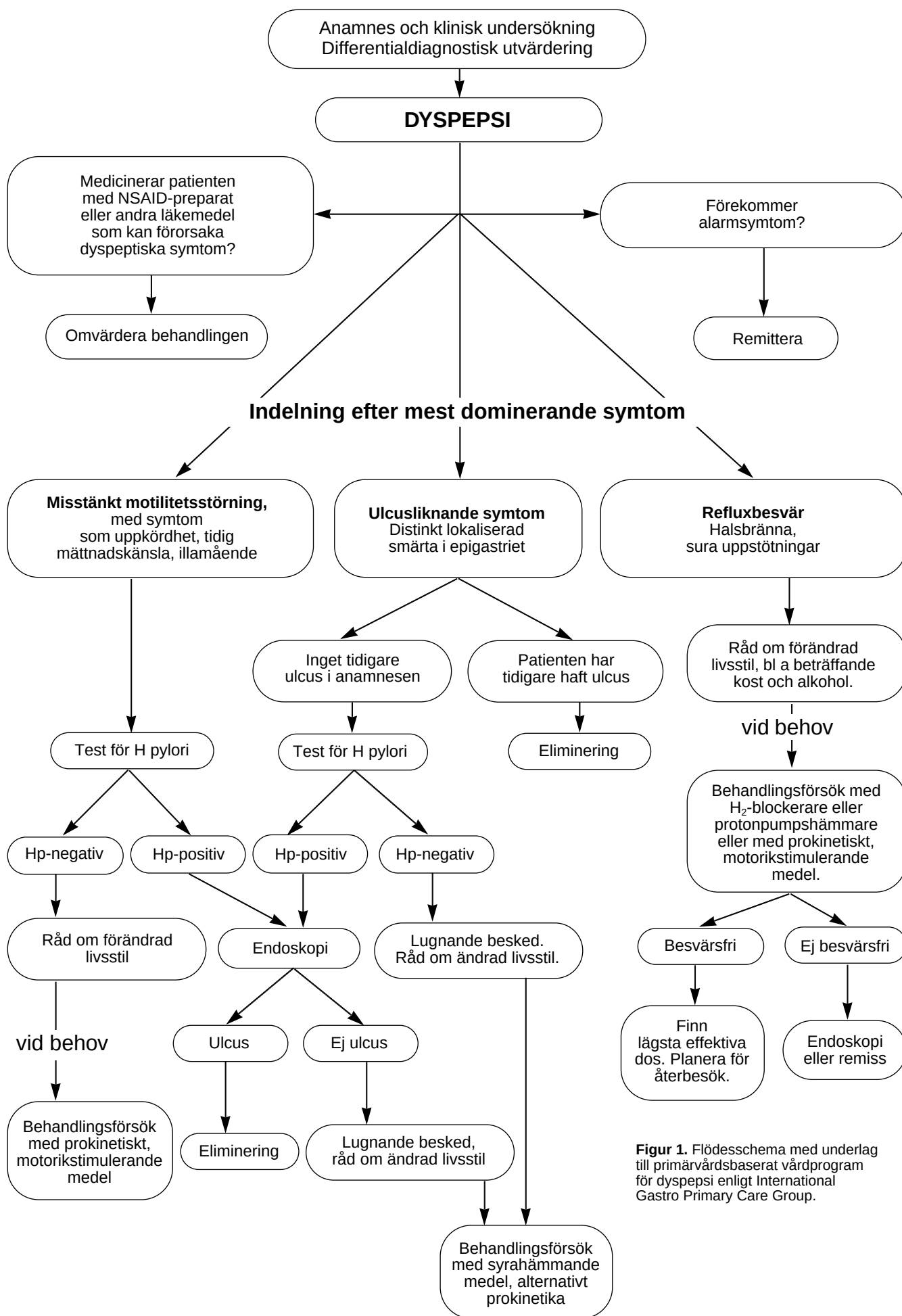
IGPCGs åtgärdsschema försöker efterlikna och systematisera en typisk dyspepsikonsultation i primärvård.

Konsultationen inleds med anamnestagning. Patienten beskriver sina besvär och berättar om hur länge symtomen funnits.

Läkaren bör i ett tidigt skede försöka få grepp om två viktiga saker.

För det första: Kommer symtomen verkligen från magen eller finns diffe-

Johan Brun, distriktsläkare i Hudiksvall, är svensk representant i en internationell arbetsgrupp som tagit fram ett nytt vårdprogram som underlättar primärvårdens omhändertagande av patienter med dyspepsi. Brun är även knuten till institutionen för allmänmedicin i Uppsala, där han arbetar med en avhandling om metodfrågor vid kliniska läkemedelsprövningar i primärvården.



Figur 1. Flödesschema med underlag till primärvårdsbaserat vårdprogram för dyspepsi enligt International Gastro Primary Care Group.

rentialdiagnostiska faktorer som påverkar, t ex kärlkramp bakom det som ser ut som halsbränna eller reflux?

För det andra: Har besvärerna karaktär av alarmsymtom som antyder cancer eller någon annan allvarlig sjukdom som kräver omedelbar utredning/remiss, t ex viktnedgång, blodiga kräkningar, utpräglad matleda etc?

Besvär av medicinering

Johan Brun framhåller att läkaren tidigt även måste klarlägga om symtomen beror på biverkningar från NSAID-preparat, dvs antiinflammatoriska läkemedel som ibuprofen och acetylsalicylsyra.

– Medicinering med sådana läkemedel kan i ett förvånansvärt stort antal fall förklara patientens dyspeptiska besvär.

Nästa steg blir – enligt IGPCG-schemat – en indelning efter mest dominerande symtom och fortsatt handläggning på basen av detta:

– I samråd med patienten försöker man identifiera det stora problemet? Vad är det som gör mest ont? Vad är det som oroar mest?

Tre handläggningsgrupper

I de allra flesta fall kommer det huvudsakliga symtom som sällas fram att innebära handläggning längs en av tre vägar:

1. Patienter med refluxliknande besvär, halsbränna och sura uppstötningar som huvudsymtom.

– Av dessa patienter kan cirka hälften beräknas ha en inflammatorisk orsak till symtomen, medan den andra hälften inte har några endoskopiskt påvisbara förändringar, kommenterar Johan Brun.

2. Patienter med ulcusliknande symtom som går att lokalisera till en viss punkt i magen.

– Handläggningen inriktas i första hand på att identifiera om det är ett äkta ulcus eller inte.

3. Patienter med symtom som talar för en motilitetsstörning i tarmens peristaltik, ofta manifesterat som uppkördhet, tidig mättnadskänsla, »magen står i fyra hörn» och illamående som kommer och går.

– Också i dessa fall gäller att det bara hos ett begränsat antal individer går att påvisa en egentlig motorikstörning. Det speciella problemet i den här gruppen är att det inte finns några metoder för att mäta och verifiera motorikstörningar i tarmen. Diabetiker är en av få patientgrupper där man säkert vet att det kan föreligga en reell motorikstörning.

Restriktiv attityd till endoskopi

De kliniska åtgärder som arbetsgruppen förordar framgår av den schematiska skissen. Schemat påminner i

vissa avseenden om ett etablerat vårdprogram som en annan internationell arbetsgrupp utvecklat och som bl a finns med i Läkemedelsbokens avsnitt om dyspepsi. Vari består skillnaden?

Johan Brun svarar att vårdprogrammet från IGPCG bl a förespråkar större restriktivitet vad gäller användning av endoskopi:

– Eftersom det på många ställen finns långa köer till endoskopi och undersökningen kostar en hel del pengar finns det, principiellt sett, anledning att minimera det totala antalet endoskopier.

– Det gäller samtidigt att verkligen bemöda sig om att identifiera de fall där endoskopi behövs, framför allt bland patienter som har alarmsymtom, de som är positiva för H pylori och som inte blivit bedömda tidigare samt människor med svårbehandlad och envist återkommande refluxsjukdom.

Oegentliga behandlingsmodeller

– En annan viktig ambition med vårt program är att vi vill rensa i den flora av allehanda, ibland medicinskt helt oegentliga behandlingsmodeller som förekommer. Fortfarande används, förmodligen på grund av missuppfattning, förvånande mycket syrahämmande medel vid behandling av misstänkta motilitetsstörningar. Men det finns ingen logisk grund till tron på att syrahämmande medel skulle kunna hjälpa.

– Det är enligt min mening synnerligen tveksamt med den alltmer utbredda vanan att t ex ordinera protonpumpshämmare mot dyspeptiska symtom som inte har samband med ett klart verifierat syraöverskott, syraöverkänslighet eller för att komplettera antibiotika vid ulcussjukdom.

Enligt IGPCG bör patienter med återfall i symtom som motsvarar, eller ger misstanke om, magsår erbjudas behandling mot *Helicobacter pylori*. Behandlingsschemat inkluderar screening för H pylori också av patienter med motilitetsstörning:

– Detta är lämpligt eftersom symtomen ibland kan gå i varandra och vara diffusa. H pylori-test innebär en säkerhet för att man inte skall missa de patienter som kan ha objektiv nytta av medicinering mot H pylori.

Refluxbesvär

Behandling av störningar i magsäck eller matstrupe med reflux och återringning av magsaft upp i matstrupen och åtföljande halsbränna bör, enligt IGPCG, ske som ett terapeutiskt test där man bl a kan pröva nyttan med olika syrahämmande medel.

Johan Brun anser att det, sjukvårdsekonomiskt sett, finns anledning att

fundera en del över vilket preparat som väljs:

– Ett balanserat försök till kostnadseffektiv behandling kan vara att man bemödar sig om att försöka särskilja de patienter med reflux som kan antas ha otvetydigt bättre nytta av protonpumpshämmare. Och låta övriga patienter med mildare symtom använda billigare syrahämmare eller syraneutraliserande läkemedel.

– Svenska allmänläkare har hittills inte haft några stränga krav på sig om kostnadseffektiv förskrivning, men en ändring är på gång och frågan om kostnadseffektivitet kommer med säkerhet i fokus i samband med den reform av läkemedelskommittéernas arbete som inleddes 1997.

– Vi får en svensk anpassning till ett spartänkande som redan är etablerat i många andra länder. Ett tydligt exempel finns i det nya brittiska försäkringssystemet med s k fundholding doctors. De anslutna allmänläkarna har ett budgettak på det totala värdet av de subventionerade läkemedel som de förskriver.

Behandlingstraditionerna har nationella särdrag

Johan Brun berättar att behandlings-traditionerna vid dyspepsi kan variera ganska mycket i olika länder.

– I Sverige försöker vi i allmänhet utreda patientens besvär utan att omedelbart satsa på en farmakologisk behandling, och genom att ge en försäkran om att dyspepsi i sig inte är farlig och att det gäller att också rent mentalt försöka lära sig att leva med att man har en känslig mage.

– I flera andra europeiska länder finns en benägenhet att i stället satsa på omedelbar behandling med läkemedel. På andra håll väljer man kanske i stället att inleda extensiva utredningar, ibland närmast bara för att traditionen så påbjuder eller för att patienten förväntar sig det.

– Motsatt finns även exempel på mycket försiktiga och strikta attityder till valet av läkemedel. Detta gäller ibland i USA där man fortfarande använder förvånansvärt mycket äldre preparat, som t ex cimetidin och ranitidin, istället för protonpumpshämmare mot syraöverskott.

– Även handläggningen av *Helicobacter pylori* varierar stort i olika länder. Den nuvarande svenska modellen med frikostig bakteriescreening tillämpas inte på samma sätt ens ute i Europa, ibland beroende på att man saknar resurser för att genomföra screening inom primärvården.

Vårdprogrammet från IGPCG utgör en internationell kompromiss som inte inkluderar alla de nationella särdrag

som kan föreligga ifråga om klinisk handläggning av dyspeptiska besvär.

Johan Brun betonar att handläggningsschemat över huvud taget bör tolkas med eftertanke och urskillning.

– Det är ett förenklat, pragmatiskt handledningsprogram som självfallet inte kommer att passa 100 procent av alla patienter som går på mottagningen, men som är tänkt att fungera som en pedagogiskt uppbyggd stomme och utgångspunkt för handläggningen.

– Det finns också anledning påminna om att patienter som behandlats för dyspepsi ibland återkommer efter ett tag med andra, »nya» symtom från magen.

Nyhetsbrev planeras

Johan Brun berättar att vårdprogrammet blev väl mottaget och fick god kollegial kritik på Wonca-konferensen.

– Många kollegor från ett antal olika länder anmälde sitt intresse för att delta i den fortsatta diskussionen om dyspeptiska besvär. Det finns möjlighet att bli associerad medlem i IGPCG och vi planerar bl a att förse intresserade kollegor med kontinuerligt uppdaterad information via ett regelbundet nyhetsbrev. Vi har även tagit fram ett utbildningspaket som är speciellt anpassat för att hjälpa allmänläkare att hantera dyspepsi. Materialet innehåller både faktaavsnitt och kliniskt åskådliggjorda fallbeskrivningar.

Allmänläkarens klassiska dilemma

Johan Brun säger i en konkluderande, personlig kommentar att problemet dyspepsi – i ett nötskal – rymmer mycket av det som är allmänläkarens klassiska dilemma:

– Specialisterna tar hand om sjukdomar som man kan se och verifiera. Primärvårdsläkaren tar hand om sjukdomar och krämpor som ibland inte alls låter sig verifieras i exakta diagnoser, men där läkaren *ändå* förväntas kunna handlägga, behandla och trösta.

Bo Lennholm

Gastroenterolog kommenterar vårdprogrammet:

Gott initiativ men med flera oskarpa detaljer

Läkartidningen bad biträdande professor Åke Danielsson, sektionen för gastroenterologi och hepatologi, institutionen för medicin vid Umeå universitet, kommentera vårdprogrammet för dyspepsi. Danielsson skriver i sitt svar att arbetsgruppen genomfört en värdefull insats men att förslaget om en mer restriktiv hållning till gastroskopi står i kontrast till studier som talar för det motsatta.

Dyspeptiska symtom är mycket vanliga i befolkningen, men de flesta är av övergående karaktär, behandlas med egenvård och kräver inte läkarkonsultation. Trots detta utgör symtom från övre mag-tarmkanalen en vanlig orsak till kontakt med läkare i primärvården. Dyspepsin kan vara organiskt betingad på grund av benign eller malign sjukdom såsom esofagit, ulcus duodeni och ventriculi eller cancer ventriculi. Sjukdomen ulcus duodeni är nu vanligast och man räknar med att upp mot 10 procent av nordisk befolkning drabbas under sin livstid och att under ett år upp mot 2 procent av populationen har aktivt sår. Dyspepsi utan påvisbar organisk orsak (funktionell dyspepsi) är dock ännu vanligare. Alla patienter som söker för dyspepsi kan inte genomgå avancerad utredning varför en strategi för handläggning behövs. Arbetet, som utförts inom the International Gastro Primary Care Group (IGPCG), är mycket värdefullt om än svårt, då kunskaper om orsaker till funktionell dyspepsi fortfarande är högst begränsade och distinkta symtom som pekar mot en specifik diagnos oftast saknas.

Ej obefintlig risk för malignitet

Risken att malign sjukdom föreligger i ventrikeln för åldersgruppen under 40 år är liten, men inte obefintlig. Därför skall patienter med »alarmsymtom», som t ex viktnedgång, matleda, blodiga kräkningar, naturligtvis utredas adekvat. Man bör också vara liberal med testning för blod i avföringen för påvisande av ockult gastrointestinal blödning. Nyttillkomna symtom hos en patient i åldersgruppen över 40–45 år utgör också indikation för mer aktiv utredning på grund av den med åldern

ökande risken för ventrikelcancer, vilket inte tydligt framgår av flödesschemat och intervjun med Johan Brun.

Divergerande synsätt angående gastroskopi

IGPCGs förslag om en mer restriktiv hållning till gastroskopi står i kontrast till vissa studier där tidig gastroskopi visat sig undanröja oro för allvarlig sjukdom och också reducera behovet av mediciner och ytterligare vårdkontakter för patienter med funktionell dyspepsi. Indikationsområdet för gastroskopi borde tydligt beskrivas och motverka slentrianmässig remiss till gastroskopi samtidigt som potenta syrahämmare förskrivs. För att gastroskopisk undersökning skall bli optimal måste väntetiden vara kort och utföras innan behandling med potenta läkemedel påbörjas. Det är också viktigt att poängtera olikheterna i handläggning av ulcus ventriculi och ulcus duodeni; ventrikelsår måste betraktas som potentiellt maligna tills motsatsen är bevisad. Skillnaden i handläggning av ulcus-sjukdomarna framgår inte tillräckligt i schemat.

Varning för spritt bruk av antibiotika

Indikationen för elimineringsbehandling av *Helicobacter pylori* föreligger enbart vid tidigare verifierat eller aktivt ulcus duodeni och vid *Helicobacter*-positivt ulcus ventriculi. Elimineringssök hos *H. pylori*-positiva patienter med ulcusliknande dyspepsi (eller annan funktionell dyspepsi) har inte visats påverka symtomen.

Det är viktigt att enbart patientgrupper där säker positiv effekt av att eliminera *Helicobacter pylori* har visats vetenskapligt erhåller denna behandling. Ett spritt bruk av antibiotika riskerar att skapa resistent *Helicobacter pylori*-stammar, men än värre kan ge ekologiska effekter med risk för multiresistens hos andra patogena bakterier.

Trots all ny kunskap om patogenes vid ulcussjukdomarna saknas motsvarande kunskaper om den funktionella dyspepsin. Man måste beakta att den senare ofta är en reaktion på yttre stressfaktorer i den sociopsykologiska miljön och primärt inte bör medikaliseras.

Åke Danielsson