

# Revurderingsoppdraget

---

*Fagområdet øvre endoskopi*

## Innhold

1.	Innledning .....	3
2.	Bakgrunn.....	3
3.	Status øvre endoskopi ved oppstart .....	4
4.	Diskusjon.....	6
5.	Anbefalinger .....	10
6.	Oppsummering .....	11
	Referanser.....	12
	Vedlegg .....	12

## 1. Innledning

På interregionalt fagdirektørmøte i november 2023 ble det vedtatt å revurdere bruk av øvre endoskopi (gastroskopi) i Norge. Dette skulle gjøres som et prosjekt, og en nasjonal faggruppe med kompetanse innen fagfeltet fordøyelsessykdommer hvor alle helseregioner var representert ble etablert. I tillegg deltok representanter for avtalespesialister, allmennleger og Norsk Gastromedisinsk Forening (NGF). SKDE hadde en viktig sekretær- og støttefunksjon og bidro spesielt med tallgrunnlag for endoskopi.

Prosjektets hovedmål var å foreslå et nasjonalt målnivå for aktivitet og målrettede tiltak for å redusere antall undersøkelser med lav sannsynlighet for funn av patologi.

Faggruppen innen øvre endoskopi ble etablert 19.06.24 og bestod av følgende medlemmer:

<b>Kristin Matre Aasarød (Leder)</b>	Spesialist i Fordøyelsessykdommer, Avdelingssjef, St. Olavs hospital
<b>Jan Magnus Kvamme</b>	Spesialist i Fordøyelsessykdommer, Seksjonsleder, Universitetssykehuset i Nord- Norge
<b>Marijn Randersma-Van Den Akker</b>	Spesialist i Fordøyelsessykdommer, Helse Fonna
<b>Kim Vidar Ånonsen</b>	Spesialist i Fordøyelsessykdommer, Oslo Universitetssykehus
<b>Skjalg Klomstad</b>	Spesialist i Fordøyelsessykdommer, avtalespesialist, Bergen
<b>Ståle Onsgård Sagabråten</b>	Spesialist i allmennmedisin, fastlege Nesbyen legesenter
<b>Mikkel Høiberg</b>	Endokrinolog, Sørlandet sykehus

Faggruppen vil benytte anledningen til å takke andre som har bidratt i arbeidet, både med foredrag, innspill og nødvendig grunnmateriale.

## 2. Bakgrunn

AD-møtet vedtok i sak 003-2023 organisering av revurderingsarbeidet i RHF-ene. Arbeidet er organisert med det interregionale fagdirektørmøtet som styringsgruppe og prosesseier, en nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR) og faggrupper knyttet til det enkelte fagområdet som revurderes.

Styringsgruppen skal være mottaker av leveranser fra revurderingsarbeidet i form av forslag fra NOR om behandlingsmetoder og diagnostiske prosedyrer som anbefales revurdert. De mottar en sluttrapport fra de enkelte faggruppene arbeid med forslag om

tiltak for aktivitetsreduksjon og anbefalte mål for aktivitetsnivå. Representantene fra de regionale helseforetakene i NOR skal sikre styringsmessig forankring.

NOR skal utarbeide forslag til styringsgruppen om hvilke behandlingsmetoder og diagnostiske prosedyrer som anbefales revurdert. De skal sikre at relevante faggrupper for behandlingsmetoder og diagnostiske prosedyrer som skal revurderes oppnevnes fra foretakene. Videre skal NOR utarbeide mandat og følge opp arbeidet med faggruppene. NOR har også ansvar for å følge opp iverksatte tiltak i HF-ene og rapportere status for dette til styringsgruppen.

Nasjonal operativ gruppe for revurdering har i løpet av prosjektperioden bestått av:

**Panchakulasingam Kandiah/ Kim Andre Loftheim Noremark** (Helse Vest RHF)

**Ole Tjomsland** (Helse Sør-Øst RHF)

**Helena Bertilsson/Sunniva Rognerud/Halvor Langeland** (Helse Midt-Norge RHF)

**Randi Spørck/Ola Jøsendal/Synøve Kalstad/Christina Drewes** (Helse Nord RHF)

**Eva Stensland** (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE))

**Marit Herder** (SKDE)

**Elisabeth Pedersen** (SKDE)

**Line Strømhaug Grongstad** (SKDE)

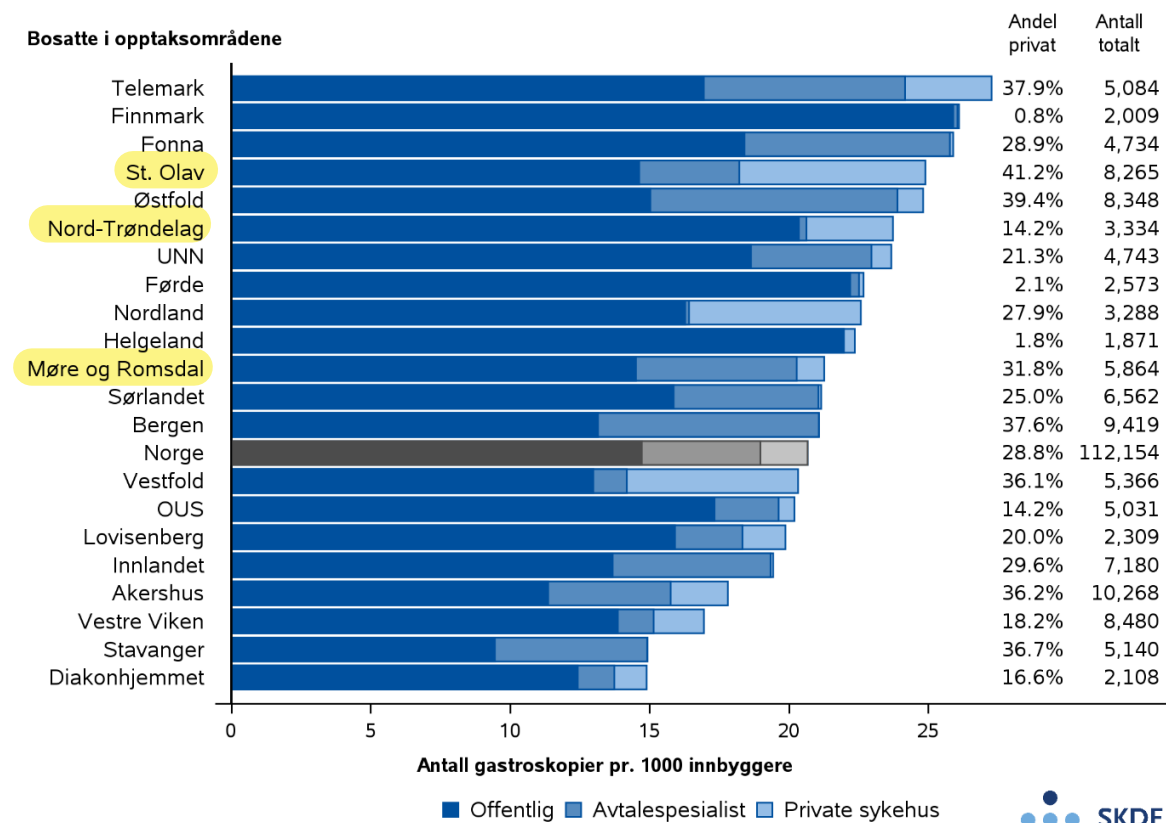
RHF-enes representanter i NOR er i den faglige styringslinjen i RHF-ene, fortrinnsvis på assisterende fagdirektørnivå. Erfaringer fra arbeid med blant annet medisinske kvalitetsregistre tilsier at representasjon på dette nivået vil være avgjørende for å lykkes med tilstrekkelig forankring i RHF-ene og derved også til styringslinjen for det enkelte HF.

NOR har brukt følgende tre hovedkriterier for å prioritere hvilke prosedyrer som anbefales revurdert: risiko for pasient, kostnad og volum. I tillegg har man tatt utgangspunkt i internasjonale erfaringer fra arbeid med å identifisere lavverditjenester, som for eksempel The Evidence-Based Interventions Programme (EBI) i England. Basert på disse kriteriene anbefalte NOR å gjennomføre en revurdering innen øvre endoskopi.

### 3. Status øvre endoskopi ved oppstart

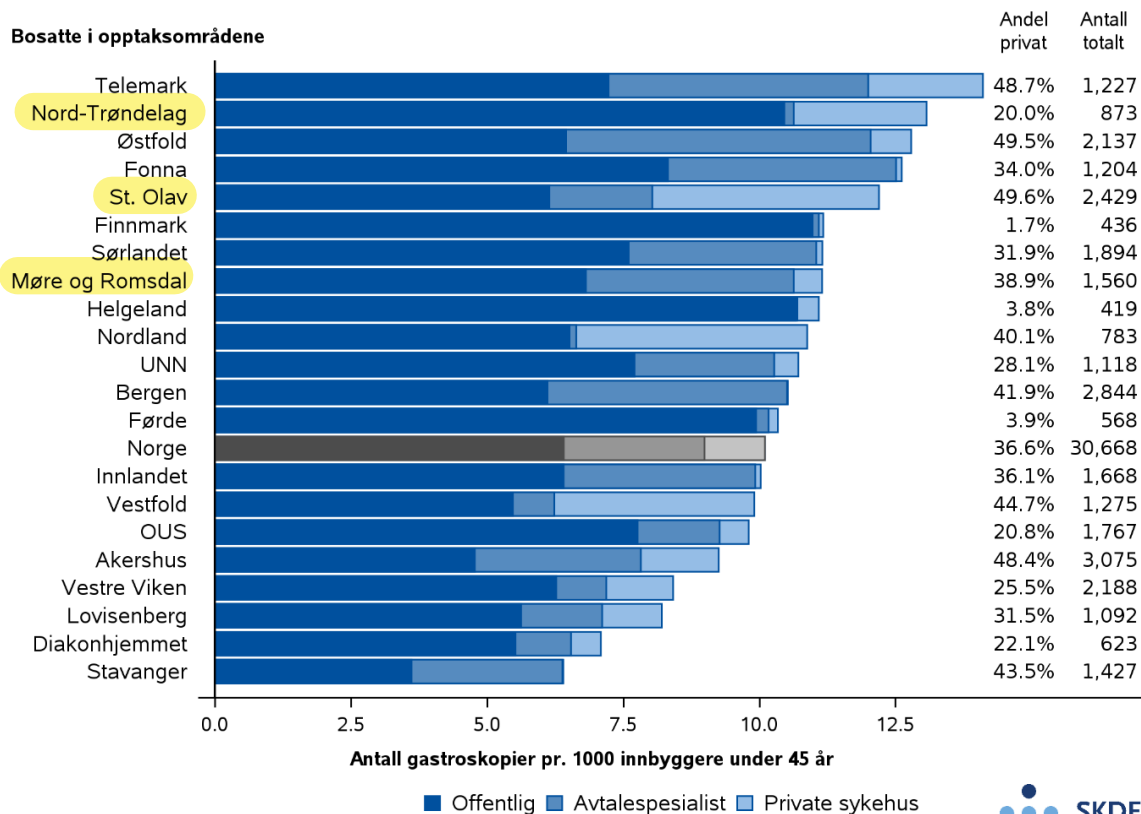
Øvre endoskopi er en av prosedyrene det gjøres mest av i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge, og står for et høyt ressursbruk. Dette er en undersøkelse som brukes ved mistanke om sykdom i øvre del av mage-tarmtraktus som for eksempel kreft, sår i magesekk, tolvfingertarm- og reflukssykdom. Det har de senere år vært en nedgang i forekomst av magesekk-kreft og magesår og spesielt hos yngre pasienter forekommer disse sykdommene sjeldent. I denne aldersgruppen er øvre endoskopi nyttig til diagnostisering av cøliaki, samt sjeldne tilstander som Crohns sykdom i øvre gastrointestinaltraktus. I de fleste tilfeller finner man ikke patologi ved gastroskopi i denne pasientgruppen. I land som

Storbritannia og Australia arbeides det med å redusere øvre endoskopier hos de under 55 år. I Norge har imidlertid prioriteringsveilederen anført at det er hos pasienter under 45 år en henvisning eventuelt kan avvises etter bestemte kriterier. Pakkeforløp for kreft i øvre gastrointestinaltraktus har også en aldersgrense på 45 år. I 2022 ble det gjort cirka 112 000 øvre endoskopier i Norge (figur 1).



Figur 1: Antall gastrokopier pr 1000 innbyggere fordelt på opptaksområde i 2022

Prosedyrer på pasienter under 45 år og 55 år utgjorde henholdsvis 27 % og 41 % av det totale antallet i 2022 (figur 2). Det er store geografiske forskjeller i Norge som ikke kan forklares i ulik sykkelighet eller alderssammensetning i befolkningen. Forbruksrater for denne prosedyren hos pasienter under 45 år er for eksempel nesten dobbelt så høy i opptaksområde Telemark som i Stavanger. Slike store forskjeller kan oppfattes som uønsket variasjon og sannsynligvis indikasjon på overforbruk.



Figur 2: Antall gastroskopier pr. 1000 innbyggere under 45 år fordelt på opptaksområde i 2022

I de fleste delene av Norge utgjør pasienter under 45 år en noe større andel av pasientene hos avtalespesialistene/private sykehus enn ved de offentlige sykehusene sammenlignet med det totale forbruket av gastroskopi i Norge. Årsaken til dette er trolig en risikostratifisering gjort i primærhelsetjenesten, hvor eldre pasienter vurderes å ha større risiko for alvorlig underliggende patologi, og derfor i større grad henvises til helseforetak.

## 4. Diskusjon

Faggruppen har gjennomført ni møter i løpet av prosjektet, hvorav fire var fysiske og fem digitale. På et av møtene holdt fagperson fra Nasjonalt kompetansesenter for funksjonelle mage-tarmsykdommer ved Haukeland universitetssykehus et innlegg.

Målet med arbeidet var å få ned antall unødvendige øvre endoskopier, primært ved å få ned antall henvisninger fra primærhelsetjenesten med svak indikasjon. Når en henvisning først er sendt, er det vanskeligere å avise denne fordi det hos pasienten er etablert en forventning om å bli undersøkt. Under følger en oppsummering av det som har blitt diskutert i møtene.

### **Aldersgrense for å redusere øvre endoskopi**

Det har vært flere diskusjoner i gruppen angående aldersgrense der endoskopi anses å ha liten helsegevinst. Aldersgrenser varierer mellom land og mellom studier. Faggruppen har hatt diskusjoner rundt dette og er kommet frem til at så lenge 45 år er aldersgrensen i både prioriteringsveilederen og pakkeforløp for spiserørs- og magesekkreft, ønsker man ikke å foreslå en høyere grense.

### **Ønsket aktivitetsnivå**

Det har blitt forsøkt å finne rater på øvre endoskopier fra sammenlignbare land. Tall fra Australia og Sveits har vært diskutert, men siden deres helsesystemer er ulike det norske ble de ansett som ikke sammenlignbare. Det har vært gjort forsøk på å få tak i rater fra andre nordiske land, men det har dessverre ikke vært mulig å anskaffe i løpet av prosjektperioden.

Faggruppen synes det er vanskelig å komme med en konkret anbefaling til nasjonalt aktivitetsnivå. De fleste øvre endoskopier som utføres på pasienter under 45 år er berettiget. Den geografiske variasjonen indikerer imidlertid at det er behov for en likere praksis, og prosjektet ved Sørlandet sykehus har vist at det er mulig å få til en reduksjon i antall gastroskopier.

### **Generelt om henvisningskriterier**

Henvissende leger forholder seg i stor grad til Helsedirektoratet prioriteringsveiledere og til Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) for indikasjoner for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsveilederen for fordøyelsessykdommer er fra 2015 og på flere områder ikke oppdatert i forhold til dagens evidens og praksis. Helsedirektoratet presiserer at prioriteringsveilederen kun er ment som et hjelpemiddel med tanke på rettighetsvurdering og ikke som faglige eller nasjonale retningslinjer. Imidlertid oppleves det som vanskelig å avvike fra veilederen da både henvissende leger og spesialister forholder seg til den. Det er planlagt en oppdatering av veilederen, som imidlertid kun vil gi mindre justeringer og ikke større endringer. Dette er et problem når man skal forsøke å få ned antall unødvendige øvre endoskopier. Det er også i dagens prioriteringsveileder angitt at pasienter under 45 år med lett og ukomplisert dyspepsi ikke nødvendigvis skal ha rett til helsehjelp.

Informasjon om funksjonell dyspepsi og øvre endoskopi i NEL bør også oppdateres. Det finnes flere sider om lignende tema knyttet til øvre endoskopi, og noe av informasjonen er motstridende og utdatert. Siden NEL er et verktøy som brukes mye av fastleger når de skal henvise til spesialisthelsetjenesten er det viktig at sidene deres er oppdaterte og oversiktlige.

### **Tilbakemelding til og veiledning av henvisere**

Sørlandet sykehus har et pågående prosjekt for å redusere antall øvre endoskopier hos personer under 45 år. Et av tiltakene i dette prosjektet var å kontakte legene som henviser mest, og både vise dem statistikk over hvordan deres henvisningsrater ligger an i forhold til andre fastleger og tilby dem hospitering ved sykehuset. De har også laget et standardisert avvisningsbrev som sendes ut til henvisere dersom henvisningen anses som lite hensiktsmessig.

### **Forslag til informasjonsskriv**

Faggruppen har tatt utgangspunkt i avvisningsbrevet fra Sørlandet sykehus og laget et **standardisert informasjonsskriv** til henvisere som vedlegg til en avvist henvisning (se vedlegg 1).

### **Flytskjema for utredning av dyspepsi**

Faggruppen har også utarbeidet et **flytskjema for utredning av dyspepsi** som hjelp til henvisere basert på lignende flytskjemaer fra Nederland og Sverige (se vedlegg 2). Da det ikke finnes egne norske retningslinjer for utredning av dyspepsi, baseres flytskjemaet på britiske, europeiske og amerikanske retningslinjer (1-3). Flytskjema bør publiseres på en relevant nettside slik at det er mulig å legge ved lenke til det i informasjonsbrevet. Faggruppen har også diskutert muligheten for å inkludere henvisningsprosedyre for dyspepsi inn i Metodebok. Siden noen da må stå ansvarlig for teksten i Metodebok er det foreslått å forankre det via Norsk gastroenterologisk forening.

I forbindelse med utviklingen av flytskjemaet har faggruppen hatt en diskusjon om anbefaling av test-and-treat av *Helicobacter pylori*. I utgangspunktet anbefales ikke dette i norske retningslinjer med begrunnelse i risiko for antibiotikaresistens. Test-and-treat-strategien anbefales derimot i andre lands retningslinjer, blant annet i Sverige, i retningslinjene til American College of Gastroenterology (2) og British Society of Gastroenterology (1). Tungtveiende argumenter for eradikasjon er at pasienter som går lang tid med ubehandlet *H. pylori* er vist å ha økt risiko for utvikling av både malignitet og ulcus. **Faggruppen mener at økt bruk av test-and-treat for *H. pylori* vil kunne redusere unødvendige gastroskopier, og anbefaler det som et ledd i utredning av dyspepsi i allmennpraksis.**

Gruppen har vært opptatt av at en **reduksjon i antall gastroskopier ikke skal føre til en økt bruk av protonpumpehemmere (PPI)**. Dette er medikamenter som kan gi alvorlige bivirkninger hvis brukt over tid. PPI i korte kurer inngår i alle retningslinjene for dyspepsi, og gruppen har valgt å ta det med i flytdiagram og informasjonsskriv. De understreker imidlertid at det skal gis kort, utprøvende kur, og ikke fast behandling uten gastroskopi.

Det vises i både avvisningsbrev og flytskjema til RELIS' KUPP-brosjyre om protonpumpehemmere, som gir grundig informasjon om fornuftig bruk av PPI.

### **Felles mottak for vurdering av henvisninger**

Noen helseforetak har innført felles henvisningsmottak for både avtalespesialister, sykehus og eventuelt offentlig finansiert kjøp av private helsetjenester innenfor noen fagområder. Dette kan også være et verktøy for å få ned antall pasienter som tas inn til endoskopiske undersøkelser og sørge for et mer likeverdig tilbud. Henvisningsmottaket vil da vurdere pasientens rettigheter og henvisningen sendes videre dersom det konkluderes med at pasienten har rett til behandling. Felles henvisningsmottak er blant annet innført i Helse Midt-Norge. Det knyttes noen juridiske utfordringer til hvorvidt offentlige sykehus har rett til å vurdere henvisninger til avtalespesialister.

### **Differensierte takster**

Et annet initiativ for å redusere antallet pasienter under 45 år hos private er å innføre differensierte takster, slik at taksten for å utføre en øvre endoskopi på en pasient over 45 år er høyere enn om pasienten er under 45 år. Gruppen mener dette er en lite hensiktsmessig strategi, da unge pasienter med god indikasjon for gastroskopi, ofte nettopp endoskoperes privat da de sjelden har komorbiditet eller trenger tilrettelegging.

### **Funksjonell dyspepsi**

Unge pasienter med ukompliserte refluksplager eller dyspepsi uten tilleggsfaktorer vil sjelden ha behov for gastroskopi. Norsk gastroenterologisk forening har som en av sine Gjør Kloke Valg-anbefalinger at man skal unngå å utrede pasienter med dyspepsi med gastroskopi hvis de er yngre enn 45 år og ikke har alarmsymptomer. Dette begrunner de med at dyspepsi er et vanlig symptom og beslaglegger kapasitet i helsevesenet. Hos de under 45 år uten alarmsymptomer eller tilleggstilstander er sannsynligheten for å finne organisk sykdom svært lav.

Funksjonell dyspepsi forekommer relativt hyppig, men er et ukjent sykdomsbegrep for mange. I Nederland finnes e-læringskurs om funksjonell dyspepsi for pasienter, og også Sverige har noe informasjonsmateriell om sykdommen. Dette mangler i Norge. Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for funksjonelle mage-tarmsykdommer planlegger å lage informasjons- og opplæringsmateriell for funksjonell dyspepsi for både fastleger og pasienter, men mangler ressurser.

Faggruppen har også diskutert muligheten for å innføre et annet navn på funksjonell dyspepsi, som er mer beskrivende og lettere forståelig for befolkningen generelt. Det ville også gjort det lettere for pasienter å søke opp informasjon om sykdommen. «Følsom mage» har blitt foreslått brukt. Innvendingene er at dette kan bli vanskelig med tanke på

at funksjonell dyspepsi er uttrykket som brukes internasjonalt, og at å endre navn dermed kan føre til forvirring.

### **Kommunikasjon ut til fastleger og sykehus**

For å få til en endring er det viktig at informasjon om dette prosjektet kommuniseres ut til fagmiljøene. Dette kan gjøre på flere måter. Det foreslås å skrive en sak om dette i nyhetsbrev fra Norsk gastroenterologisk forening og Norsk forening for allmenntmedisin. Det har også vært foreslått at noen av deltakerne i faggruppen kan bidra til en podkastepisode av Legeprat.

### **Andre tiltak som har vært diskutert**

Faggruppen har drøftet at det kan argumenteres for at de under 45 år som henvises til øvre endoskopi bør undersøkes ved de offentlige sykehusene, og ikke sendes til avtalespesialist eller helprivate aktører. Dette anses som for komplekst å gjennomføre og faggruppen vil dermed ikke anbefale dette. Dersom felles henvisningsmottak innføres, vil dette punktet uansett omfattes av det.

## **5. Anbefalinger**

Faggruppen har hatt mange diskusjoner rundt mulige anbefalinger og tiltak, og ikke alle er like aktuelle i de ulike regionene. Nedenfor presenteres anbefalingene faggruppen har blitt enig om. Det påpekes at de ikke er satt i prioritert rekkefølge.

Anbefalinger fra gruppen kan deles opp i tre hovedområder:

1. Tiltak knyttet til pasientforløp
2. Styringsverktøy
3. Prosessledelse

### **Tiltak knyttet til pasientforløp**

- Faggruppen anbefaler at de ulike helseforetakene oppretter felles henvisningsmottak for pasienter som søkes til gastromedisinske undersøkelser.
- Faggruppen anbefaler at et standardisert informasjonsskriv (se vedlegg 1) som vedlegg til en avvist henvisning med lenke til flytskjema for behandling av ukomplisert dyspepsi (se vedlegg 2) tas i bruk. Flytskjema bør publiseres på en relevant nettside slik at det er mulig å legge ved lenke til det i informasjonsbrevet.
- Det er ønskelig med en revisjon og oppdatering av prioriteringsveileder for fordøyelsessykdommer. Dette krever engasjement fra Helsedirektoratet.
- Det bør utarbeides opplæringsmateriell om funksjonell dyspepsi for både pasient og henviser. Det foreslås at Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for

funksjonelle mage-tarmsykdommer forespørres om å utarbeide dette. Det bør da sørges for at nettverket har tilstrekkelig med ressurser for å få utarbeidet dette raskt.

- Henvisningsrutiner for øvre endoskopi bør oppdateres i NEL, samt forankres via Norsk gastroenterologisk forening i Metodebok.

### Styringsverktøy

- Faggruppen mener at man må jobbe for å redusere den geografiske variasjonen i forbruk av gastroskopi hos de under 45 år, og at de opptaksområdene som ligger over nasjonalt gjennomsnitt bør redusere sitt forbruk til dagens landsgjennomsnitt. En evaluering anbefales etter et år.
- Det foreslås å skrive en sak om denne rapporten i nyhetsbrev fra Norsk gastroenterologisk forening og Norsk forening for allmenntmedisin. Noen av deltakerne i faggruppen kan også bidra til en podkastepisode av Legeprat.

### Prosessledelse

- Helseforetakene må sørge for at tolkning av prioriteringsveiledere er lik både innad og mellom helseforetak.

## 6. Oppsummering

For faggruppen har dette vært et spennende, men også krevende prosjekt å gjennomføre. Det er første gang det er etablert en interregional faggruppe med fokus på revurdering av dagens praksis innen bruk av øvre endoskopi hos pasienter under 45 år. Det har vært en lærerik prosess hvor det ble avdekket både kjente og nye utfordringer, både nasjonalt, men også lokalt hva angår praksis i de ulike RHF. En av faggruppens suksessfaktorer har vært svært høy kompetanse og dedikerte medlemmer.

Prosjektets hovedmål var å foreslå et nasjonalt målnivå for aktivitet og anbefale målrettede tiltak for å redusere forbruk av øvre endoskopi.

Faggruppen har kommet frem til flere anbefalinger og tiltak, og det blir nå opp til styringsgruppen å vurdere hvilke av disse som skal tas til følge.

## Referanser

1. Black CJ, Paine PA, Agrawal A, Aziz I, Eugenicos MP, Houghton LA, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut*. 2022;71(9):1697–723.
2. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(7):988–1013.
3. Wauters L, Dickman R, Drug V, Mulak A, Serra J, Enck P, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J*. 2021;9(3):307–31.

## Vedlegg

1. Informasjonsbrev ved avvist henvisning
2. Flytskjema dyspepsi <45 år

## Vedlegg 1: Informasjonsbrev ved avvist henvisning

### Tilbakemelding ved avvist henvisning til gastroskopi

[Individuell tilbakemelding]

Symptomer fra den øvre mage-tarm-kanalen er vanlige og sannsynligheten for å finne alvorlig sykdom ved gastroskopi av pasienter under 45 år uten alarmsymptomer eller risikofaktorer (se vedlagt flytskjema) er svært liten.

Her følger noen råd som kan bidra til en trygg henvisningspraksis, og kan være til nytte i kommunikasjon med pasienten for håndtering av mageplager uten gastroskopi:

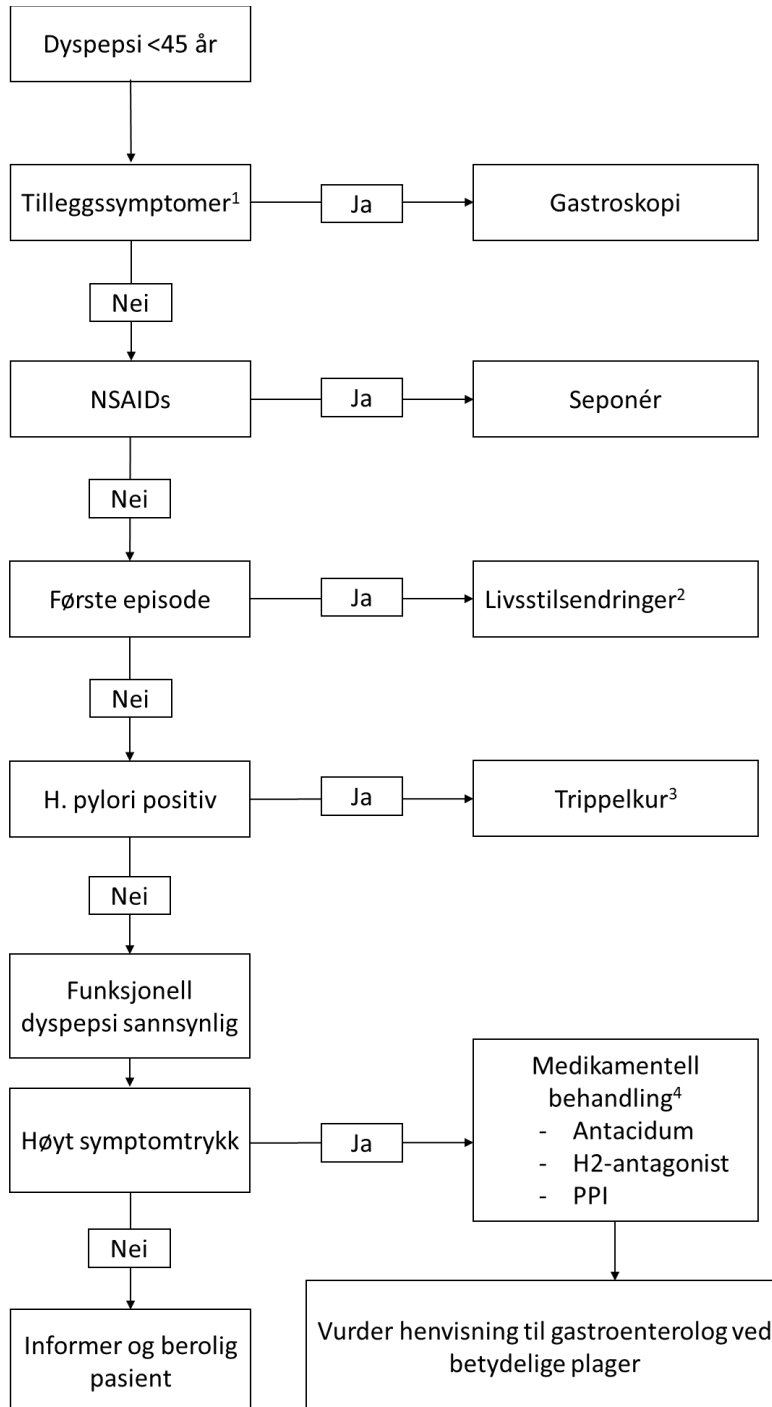
- Livsstiltak og seponering av eventuelt NSAIDs skal forsøkes først i alle grader av dyspepsi og refluks hos yngre pasienter.
- Hos pasienter under 45 år kan *Test og behandle*-strategi av *Helicobacter pylori* forsøkes før man henviser til gastroskopi.
- Pasienter under 45 år med refluks og dyspepsi kan forsøke en kortvarig kur med H2-blokker eller PPI uten gastroskopi, dersom livsstiltak ikke har ført frem. Fast bruk av PPI i denne gruppen uten gastroskopi anbefales ikke.
- Viser ellers til flytskjema for vurdering av dyspepsi.

Nyttige ressurser:

- Vedlagt flytskjema
- [Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter \(KUPP\) for Riktigere bruk av Protonpumpehemmere](#)
- [Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for funksjonelle mage-tarmsykdommer](#)

Om det er tvil, kan enkelttilfeller gjerne diskuteres med gastroenterolog per telefon eller dialogmelding.

## Vedlegg 2: Flytskjema dyspepsi <45 år



### <sup>1</sup>Tilleggssymptomer:

- Positiv cøliakiserologi
- Hematemese
- Anemi eller jernmangel
- Tegn til malabsorpsjon
- Ufrivillig vektnedgang
- Svelgeproblemer
- Vedvarende oppkast
- Abdominal oppfylling
- Nedsatt appetitt og tidlig metthet
- Familiær risiko for kreft i øvre gastrointestinaltraktus

### <sup>2</sup>Livsstilsendringer:

- Små, hyppige måltider
- Unngå kullsyreholdig drikke, sterke krydder og fettrik mat, eller annen mat som gir symptomer
- Unngå kaffe og andre koffeinholdige drikker
- Unngå sitrusfrukter
- Røykestopp
- Ved hovedsakelig refluks:
  - Vekttap ved overvekt/fedme
  - Unngå måltid rett før leggetid,
  - Hev hodeenden
  - Unngå peppermynte

### <sup>3</sup>Trippelkur:

- OBS viktig med compliance
- Kontroller eradikasjon med antigenest i feces to måneder etter endt kur
- Eventuell effekt på symptomer kan komme flere måneder etter eradikasjon av H. pylori

### <sup>4</sup>Medikamentell behandling:

- Antacidum/H2-blokker ved behov
- Hvis PPI: Kortvarig behandling på 1-2 uker
- Informer om rebound hypersekresjon ved PPI
- Se [brosjyre fra RELIS om PPI-bruk](#)

For ytterligere informasjon anbefales [Helse Bergens nettside om funksjonell dyspepsi](#)