

Bilag 1:

Anbefalinger til vurdering af kompetence i diagnostisk og ikke-avanceret terapeutisk GASTROSKOPI.

Formålet med disse anbefalinger er at give en ramme, som vil gøre det muligt for afdelinger/hospitaler/institutioner at vurdere uddannelse og kompetence af læger der skal udføre oesofago-gastro-duodenoskopi (OGD, gastroskopi, øvre gastrointestinal endoskopi).

Uddannelse

Det anbefales, at en gastroskopør har gennemført en speciallæge uddannelse i intern medicin: gastroenterologi og hepatologi eller i kirurgi for at opfylde kravene til kompetence i OGD.

Læger i andre specialer skal have mulighed for at tilegne sig specialiseret viden ud over den tekniske træning. Den nødvendige tid til uddannelse af non-gastroenterologer og non-kirurger er ikke klart defineret, men det skal være tilstrækkeligt til at sikre en tilstrækkelig eksponering af de kliniske problemstillinger inklusiv den relevante litteratur.

Kognitive aspekter

Krav til demonstration af kompetence i OGD:

- En bred viden om indikationer for og kontraindikationer til OGD
- Passende uddannelse i og viden om sedation til OGD
- Kendskab til acceptable og potentielt foretrukne alternativer til OGD
- Passende forberedelse af patienten, herunder profylaktisk brug af antibiotika og antikoagulation
- Passende forberedelse af udstyr
- Kende og overholde forebyggende foranstaltninger
- Beherskelse af de tekniske aspekter af OGD
- Fortolkning af resultater/fund
- Kunne integrere resultaterne i patientbehandlingen
- Beherskelse af de tekniske aspekter af basale terapeutiske interventioner
- Undgå, anerkende og håndtere komplikationer
- Vurdere og vejlede patienten efter proceduren

Indikationer for OGD:

Indikationerne for OGD omfatter bl.a. gastrooesofageal reflukssygdom, dysfagi, dyspepsi, mavesår, *Helicobacter pylori* diagnostik og en række andre øvre gastrointestinale sygdomme.

OGD anvendes ofte som første valg i et undersøgelsesprogram i diagnostikken af mistænkt øvre benign eller malign gastrointestinal sygdom eller der foreligger en indikation for en øvre gastrointestinale terapeutisk intervention.

Terapeutiske indikationer:

Elektive interventioner

- Dilatation for strikturer eller akalasi
- Slynge polypektomi
- Botulinumtoksin injektioner for akalasi
- Endoskopisk ligatur og skleroterapi af oesofagus varicer
- PEG anlæggelse

Akutte eller fremskyndede interventioner

- Fremmedlegeme eller mad bolus fjernelse
- Endoskopisk ligatur og skleroterapi af oesofagus varicer
- Behandling af nonvariceal øvre gastrointestinal blødning (injektion, klips, laser, elektrokoagulation, termokoagulation, argon plasma koagulation)

Endoskoperende læger der skal udføre ovenstående terapeutiske interventioner skal være opmærksom på, at supplerende uddannelse er nødvendig ud over den nødvendige kompetence i diagnostisk OGD. Kompetence til terapeutisk OGD omfatter kendskab til indikationerne for og kontraindikationer til proceduren samt kendskab til alternative, mindre invasive muligheder. Skal kende risici og komplikationer til proceduren og kende behandlingen af negative følgetilstande. Kompetencen bør være baseret på publicerede retningslinjer, der er relevante for håndteringen af dyspepsi, gastrooesophageal reflukssygdom, Barretts oesofagus, oesophageal striktur, variceal og nonvariceal øvre gastrointestinal blødning, oesophagus og ventrikelkræft, enteral ernæring samt, samt håndtering af antikoagulation under endoskopiske procedurer.

Tekniske aspekter

Teknisk kompetence til OGD kan vurderes efter 150 procedurer, men det anerkendes, at et bestemt antal procedurer ikke kan sikre kompetencen.

Kompetence i OGD kræver teknisk kunnen på flere områder, herunder hånd-øje koordination, endoskop tip manipulation ved hjælp af manøvredelels drejehjul, erkendelse af anatomiske landemærker og iagttagelse af patologi samt forskellige terapeutiske manøvrer. Endvidere bør proceduren ikke udføres unødigt langsomt eller længe og bør udføres med minimal patient ubehag. Rutinemæssig OGD procedure bør sjældent overstige 15 min.

Det anbefales, at dokumentation af kompetence bør være baseret på gennemførelse af mindst 100 selvstændigt gennemførte procedurer. Kompetente endoskopører bør være i stand til at intubere andet stykke af duodenum i næsten alle tilfælde. En metodisk, grundig inspektion af den øvre gastrointestinale tarmkanal skal dokumenteres og det anbefales at der foretages fotodokumentation af duodenal intubation og retroflexion i ventriklen, samt al patologi til sikring af kvaliteten af proceduren.

Der foreligger ikke data om den optimale inspektionstid eller antal tilbagetrækningsgange, men behovet for flere biopsier i for eksempel spiserøret ved Barretts overvågning kan forlænge proceduren.

Komplikations rater bør være sammenlignelige med de i litteraturen publicerede rater (umiddelbare (under proceduren) komplikations rater for diagnostisk OGD bør være mindre end én ud 1000 procedurer).

Kompetence i OGD forudsætter evnen til at udføre alle standard diagnostiske og terapeutiske interventioner, når det behøves. Mindst 20 procedurer, uden supervision, bør udføres for hver af disse procedurer: nonvariceal blødning, variceal blødning, PEG og dilatation af oesophagus striktur.

Det er sandsynligt, at succesraten for OGD vil være større for endoskopører, der udfører mindst 100 til 200 procedurer årligt.

Ikke tekniske aspekter

Ikke-tekniske komponenter af kompetence (viden om forventede patologi, evalueringer vedrørende biopsi og terapi, indikationer, kontraindikationer, informeret samtykke, sedation og umiddelbar post procedure håndtering) bør være erhvervet gennem et uddannelsesprogram af seks til 12 måneders varighed.

Selv om endoskopiske simulatorer kan forkorte den tidlige fase af teknisk kompetence, er det ikke klart, hvordan den hurtige erhvervelse af synlige kompetencer ved hjælp af en simulator giver sig udslag i kompetence på OGD i klinisk praksis.

Institutioner, der udfører OGD bør tilskyndes til at udvikle et endoskopisk rapporteringssystem og/eller database, således at gastrokopører selv kan overvåge kvaliteten af deres praksis og virkning af forbedringer, hvis de identificerer fejl og mangler, og således opretholde en OGD proceduremæssig høj kompetence.