

Bilag 3:

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

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 koloskopi.

Uddannelse

Det anbefales, at en koloskopør har gennemført en speciallægeuddannelse i intern medicin: gastroenterologi og hepatologi eller i kirurgi for at opfylde kravene til kompetence i koloskopi.

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 skal være tilstrækkeligt til at sikre en fyldestgørende eksponering af de kliniske problemstillinger inklusiv den relevante litteratur.

Kognitive aspekter

Krav til demonstration af kompetence i koloskopi:

- En bred viden om indikationer for og kontraindikationer til koloskopi
- Passende uddannelse i og viden om sedation til koloskopi
- Kendskab til acceptable og potentielt foretrukne alternativer til koloskopi
- Passende forberedelse af patienten (profylaktisk brug af antibiotika, forholdsregler vedrørende patienter i antikoagulerende behandling)
- Passende forberedelse af udstyr
- Kende og overholde forebyggende foranstaltninger
- Beherskelse af de tekniske aspekter af koloskopi
- 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 koloskopi:

- Evaluering af billeddiagnostisk undersøgelse af en abnormitet der sandsynligvis vil være klinisk signifikant, såsom en fyldningsdefekt eller forsnævring.
- Evaluering af uforklarlig gastrointestinal blødning
- Uforklarlig jernmangelanæmi
- Screening og overvågning for kolo-rektal neoplasi
- Kronisk inflammatorisk tarmsygdom af tyktarmen, hvis en mere præcis diagnosticering eller bestemmelse af omfanget af aktivitet af sygdommen
- Klinisk signifikant diaré af uforklarlig oprindelse

- Intraoperativ identifikation af en læsion (fx polypektomisted eller lokalisation af en blødning)
- Behandling af blødninger fra læsioner såsom vaskulær misdannelse, ulceration, neoplasi og polypektomysteder (f.eks elektrokoagulation heater probe, laser, argon plasma koagulation, klips eller injektions terapi)
- Fjernelse af fremmedlegeme
- Polypektomi
- Dekompression af akut (non toksisk) megacolon eller sigmoideum volvulus
- Ballon dilatation af stenoserende læsioner (f.eks anastomose strikturer)
- Palliativ behandling af stenotisk eller blødende neoplasi (fx laser, elektrokoagulation og stent)
- Markering af en svulst for lokalisering under laparoskopisk operation

Tekniske aspekter

Teknisk kompetence ved rutine koloskopi kan evalueres efter 150 procedurer (udførelse af et bestemt antal procedurer er ikke ensbetydende med kompetence). Det anbefales at dokumentation af kompetence baseres på mindst 100 selvstændigt gennemførte procedurer.

En kompetent koloskopør skal kunne intubere til caecum i mindst 85 til 90% af alle procedurer samt i mindst 95% af procedurer ved screening af raske voksne. Den gennemsnitlige proceduretid skal være ca. 30 minutter med fokus på metodisk og omhyggelig tilbagetrækning (det anerkendes af visse terapeutiske procedurer kan tage længere tid). Tilbagetrækningstid skal være minimum 7 min.

Optimering af succesrate/kompetence forbedres bedst ved højt volumen, specielt i de første år efter afsluttende træning/kompetencemåling (speciallægeuddannelse). Der anbefales et minimalt vedligeholdelsesvolumen er på 100 til 200 procedurer per år. Det anbefales at der gøres fotodokumentation af caecal intubation (kvalitetssikring, udløse anden undersøgelses modalitet ved ikke komplet koloskopi, mindske risikoen for overset højresidig patologi).

Når koloskopi udføres for kræftscreening, bør adenomer opdages hos mindst 25 % af mænd og hos mindst 15 % af kvinder ældre end 50 år (lavere detektionsrate bør vække bekymring om "missed lesions" eller indikere at procedurer er blevet udført på en uhensigtsmæssig indikation).

Kompetence i koloskopi kræver evne til at udføre passende diagnostiske og terapeutiske indgreb under den samme procedure. Mindst 30 kontrollerede slyngepolypektomier, udført uden hjælp, bør være tærskel for kompetencen.

Komplikations rater bør være sammenlignelige med de i litteraturen rapporterede (perforation på mindre end én ud af 500 for alle patienter og mindre end én ud af 1000 for patienter, der gennemgår screening). Postpolypektomi blødninger på mindre end 1%.

Ikke tekniske aspekter

Ikke-tekniske komponenter af kompetence (viden om forventet patologi, evalueringer vedrørende biopsi og terapi, indikationer, kontraindikationer, informeret samtykke, sedation og umiddelbar post procedurehåndtering) 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 koloskopi i klinisk praksis.

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