

Koloskopidata per endoskopisenter

Gastronet i 2020

29.04.21

Tabell 1. Antall koloskopier per behandlingssenter

RHF	HF	Behandlingssted				
			Gastronet 2018	NPR 2018	Gastronet 2019	Gnet 2020
Sør-Øst	AHUS	Lørenskog	898	2032	1719	2120
		Ski		1153	343	827
		Kongsvinger		1133		
	Diakonhjemmet	Diakonhjemmet	480	1709	546	948
	Lovisenberg	Lovisenberg		939	190	780
	OUS	RH	713	1126	807	752
		Ullevål	2278	2893	2569	2070
	SiV	Tønsberg	1747	3318	2657	2860
		Larvik	167	80	118	55
	Sykehuset Innlandet	Elverum	357	510	435	485
		Gjøvik		837	61	253
		Hamar	38	826	499	833
		Lillehammer		1021	930	1077
		Tynset		125		
	Sykehuset Telemark	Kragerø	1180	1248	967	783
		Skien	1560	2058	1725	1219
		Notodden	823	888	749	631
	Sykehuset Østfold	Kalnes	1942	2026	2257	2090
		Moss	459	1266	74	
		screening Moss	713		740	633
	Sørlandet Sykehus	Arendal	1050	1167	1090	1334
		Flekkefjord	500	557	449	469
		Kristiansand	1630	1816	1692	1561
	Vestre Viken	Bærum	1390	2521	1831	1597
		screening Bærum	845		707	351
		Drammen	470	1746	600	517
		Kongsberg	518	546	510	555
		Ringerike		902	33	940

Tabell 1

RHF	HF	Behandlingssted	Gnet 2018	NPR 2018	Gnet 2019	Gnet 2020
Vest	Haraldsplass Diak. Sykehus	Haraldsplass Diak. Sykehus	1	820	501	698
	Helse Bergen	Haukeland	789	1318	811	975
		Voss	561	733	557	554
	Helse Fonna	Haugesund	225	1107	884	1046
		Odda	45	151	156	111
		Stord	437	619	180	181
	Helse Førde	Førde, Lærdal, Nordfjord		1650	1010	1043
	Stavanger US	Stavanger US	1945	3136	2388	1755
Midt	Helse Møre og Romsdal	Kristiansund	667	763	552	589
		Molde	1103	1158	1014	1061
		Volda	259	660	428	444
		Ålesund	867	987	712	601
	Helse Nord-Trøndelag	Namsos		528		
		Levanger		1244		
	St. Olavs Hospital	Orkdal		598		
		Trondheim		3797		2036

Tabell 1.

RHF	HF	Behandlingssted	Gastronet 2018	NPR 2018	Gastronet 2019	Gnet 2020
Nord	Finnmarkssykehuset	Alta				
		Hammerfest	374		246	19
		Karasjok	189		161	26
		Kirkenes				16
	Helgelandssykehuset	Mo i rana		641	483	452
		Mosjøen	338	388	348	267
		Sandnessjøen	426	504	448	445
	Nordlandssykehuset	Bodø	463	1142	916	977
		Gravdal		408		
		Stokmarknes	170	405	302	204
	UNN	Harstad	666	771	657	669
		Narvik	12	327	311	155
	Tromsø	818	1599	1583	1396	
	Sum offentlige sykehus		30113	59897	38946	41460
Private	Kanalspesialistene Bergen		3761	ingen data	5693	5797
	IBSEN Sykehuset Porsgrunn			259	293	376
	Moelv Mage og Tarm		611	ingen data	1059	1007
	Ringvollklinikken Oslo			86	11	1122
	Ålesund Mage og Tarmklinik					1186
	Privatklinikken Skien					229
Sum			34507		45984	51177

Tabell 1 viser antall polikliniske koloskopier per behandlingssted meldt inn i Gastronet 2018, 2019 og 2020. I tillegg antall polikliniske koloskopier meldt enten inn i Norsk Pasientregister (NPR) og/eller i Gastronet i 2018, altså antallet utførte koloskopier i Norge. Dette tallet benyttes til å beregne Gastronets dekningsgrad. NPR tall fra 2019 og 2020 foreligger ikke. Vi har registrert en økning av rapporterende sentre og en økning av rapporterte koloskopier fra mange sentre. Gastronets dekningsgrad av koloskopier i offentlige sykehus i 2018 beregnes på det grunnlaget å være 50%. Man kan estimere at denne dekningsgraden ligger mellom 60 og 65% for 2020. En eksakt dekningsgradanalyse vil være tilgjengelig i løpet av høsten. Nærmest alle offentlige sykehus rapporterer nå til Gastronet. Dekningsgraden varierer dog fortsatt betydelig og det er kun få private endoskopører som registrerer sine

koloskopier. I tillegg rapporterer ikke alle sykehusleger fullstendig. Målet vårt er en dekningsgrad over 80%.

Kvaliteten av koloskopiene vurderes med hjelp av kvalitetsindikatorer som beregnes med hjelp av de foreliggende data. Kvaliteten av de koloskopiene som ikke blir registrert i Gastronet kan ikke bedømmes.

Koloskopisentrene som har underrapportert i vesentlig grad til Gastronet er markert med gul. Det er sentrer der store deler (under 60% av alle gjennomførte koloskopier i forhold til NPR tall fra 2018) av gjennomførte koloskopier i 2020 ikke er registrert. Resultater av disse sentrene må derfor tolkes med stor forsiktighet. Noen sentre har meldt inn såpass få undersøkelser at en tolkning av kvalitetsdata ikke er mulig.

Resultatene fra endoskopienheten i Moss ble hovedsakelig registrert under Kalnes.

Tabell 2. Utvikling av innrapportering

	Koloskopier i Gastronet per år						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Koloskopier*	14725	16221	22593	23715	34507	45984	51117
Dekningsgrad (%) **	28,5	29,2	36,5	39,5	49,7	?	?

Det har vært en betydelig økning av koloskopier som innrapporteres årlig til Gastronet. Vi har vært så heldig at flere private aktører rapporterer med Kanalspesialistene og Moelv Mage og tarm i spissen. Det er vi glad for.

*

Total antall koloskopier rapportert til Gastronet, altså offentlige sykehus, private klinikker og avtalespesialister.

**

Dekningsgraden som er framstilt her er beregnet kun for de offentlige sykehus fordi vi ikke har bedrevet systematisk rekruttering av private aktører. Det foreligger ingen faglig begrunnelse for det, kun kapasitetsgrunner i Gastronet. Dette vil endre seg så snart en elektronisk rapporteringsmulighet er på plass.

En dekningsgradanalyse for 2019 og 2020 foreligger ikke, men dekningsgradanalysen for 2020 kommer i løpet av 2021.

Tabell 3 Utvikling av viktige kvalitetsindikatorer

Gjennomsnittresultater i Gastronet per år					
	CIR /missing (%)	PDR \geq 5mm (%)	BBPS \geq 6 /missing (%)	Sterke smerter (%)	Andel koloskopier med pasientsvar (%)
2014	91,1/3,3	27,3	Ikke målt	11,6	72
2015	89,1/6	28,2	Ikke målt	12,4	71
2016	87,6/7,3	27,4	83,5/8,4	11,6	70
2017	88,3/6,7	28	84/8	10,4	69
2018	87,8/4,2	28,6	83/8,6	10,3	67
2019	91,3/4,2	28,9	86/5,2	9,8	64
2020	94,3/1,7	30,3	91,9/1,2	9,7	60

CIR: Cøcumintubasjonsrate; PDR \geq 5: polyppdeteksjonsrate over 5mm; BBPS: Boston Bowel Preparation Score, tilfredstillende ved verdier på 6-9, minst 2 per segment; missing: resultat ikke angitt.

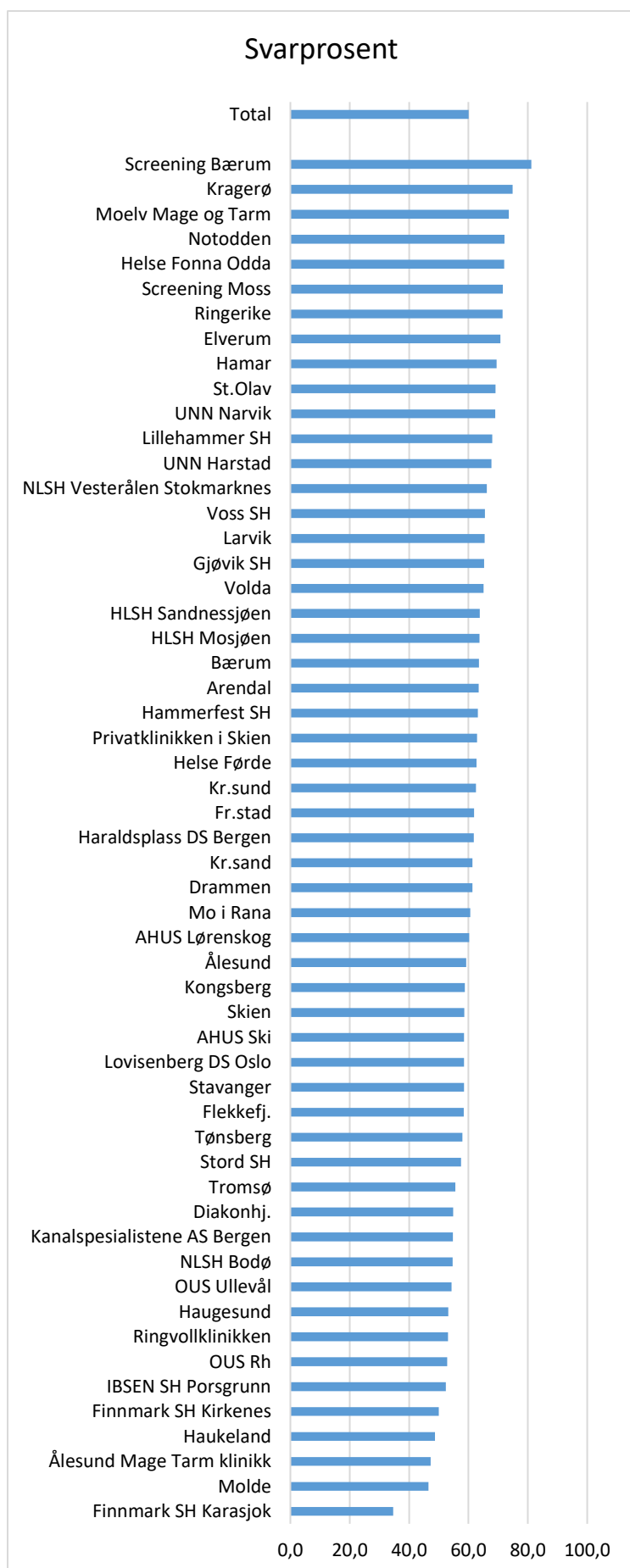
Denne tabellen viser gjennomsnittlige resultater av viktige kvalitetsindikatorer i løpet av de siste årene.

Cøcumintubasjonsraten (andelen av fullstendige koloskopier) har steget igjen. En av årsakene er at raten for missing data for denne indikatoren har blitt betydelig mindre. Det gledelig at en så stor andel av undersøkelser er fullstendige. Anbefalt målverdi fra den Europeiske gastroenterologiske endoskopiforeningen (ESGE) er 90%.

Andelen av koloskopier med minst en polypp med en diameter på 5 mm eller mer (PDR \geq 5mm) har økt litt. Anbefalt måltall her er 20% blant alle koloskopier. Denne indikatoren er en surrogatparameter for adenomdeteksjonsraten (ADR) som er den foretrukne indikatoren. Registrering av ADR ville dog forutsette en tilleggsregistrering av vevsundersøkelser etter polyppfjerning. Dette ville medføre betydelig merarbeid for endoskopørene som ville sprengte tidsrammen. Undersøkelser i screeningpilotprosjektet har vist at PDR \geq 5 mm og ADR ga sammenliknbare resultater.

Andelen av koloskopier der tarmforberedelsen gav tilstrekkelig god tømming av tarmen har økt og andelen av manglende opplysninger har falt. Det betyr at datakvaliteten har generelt økt. De koloskopiene der en bedømming av hele tarmen ikke var aktuell, for eksempel etter fjerning av tarmdeler er tatt ut av beregningen.

Andelen av pasienter som opplever koloskopien som sterk smertefull faller videre til nå 9,7 %. Måltallet vi selv har satt er 10%. En viss usikkerhet på resultatet foreligger fordi pasientenes svarprosent i 2020 har falt igjen til nå 60%. Det kan ikke med sikkerhet utelukkes at andelen av koloskopier med sterke smerter er høyere blant pasienter som ikke har sendt en tilbakemelding. Det er derfor særs viktig å motivere pasientene til å svare på spørreundersøkelsen.



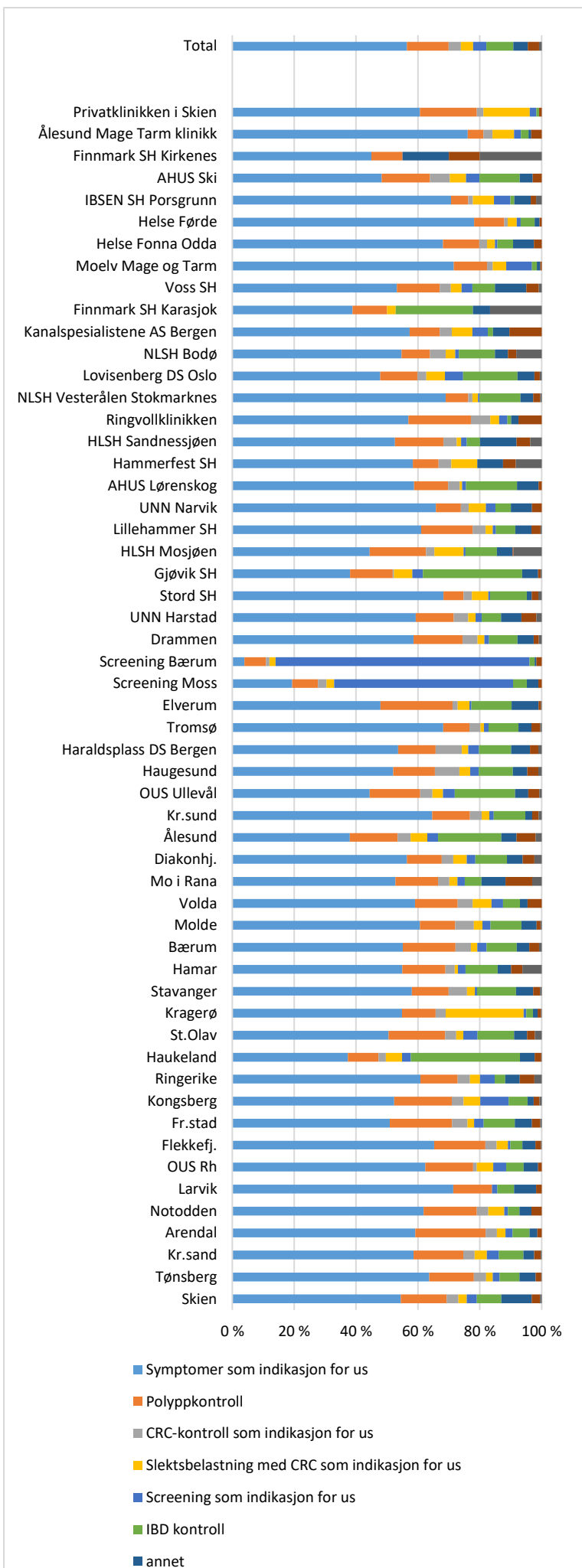
Figur 1. Prosentandelen av koloskopier med besvart pasientspørreskjema

Ca 60 % av pasientene besvarte og sendte inn pasientspørreskjemaet. Dette er en fortsettelse av tilbakegangen de siste årene fra 72% i 2014 via 67% i 2018. Årsakene kan være mange. Samfunnet blir bombardert med henvendelser om tilbakemelding i mange sammenheng. Folk kan gå lei av å svare. I en travel endoskopihverdag kan det bli glemt å utlevere skjemaet til pasienten.

Vi vet dog fra tidligere studier at tendensen til å glemme utleveringen av skjemaet øker når koloskopier er vanskelig, når komplikasjoner (for eksempel blødninger etter polypektomi) skjer etc.. Våre data tyder på at andelen av pasientene som får utdelt skjemaet varierer mellom sentrene.

Det er viktig at alle pasienter får utlevert spørreskjemaet og blir informert om betydning av undersøkelsen for kvalitetsforbedringsarbeidet.

Prosenttallene i denne figuren må settes i relasjon til antallet innrapporterte koloskopier. Relevans av data er tvilsom eller fraværende ved sentre med få koloskopier.



Figur 2. Indikasjoner til koloskopi

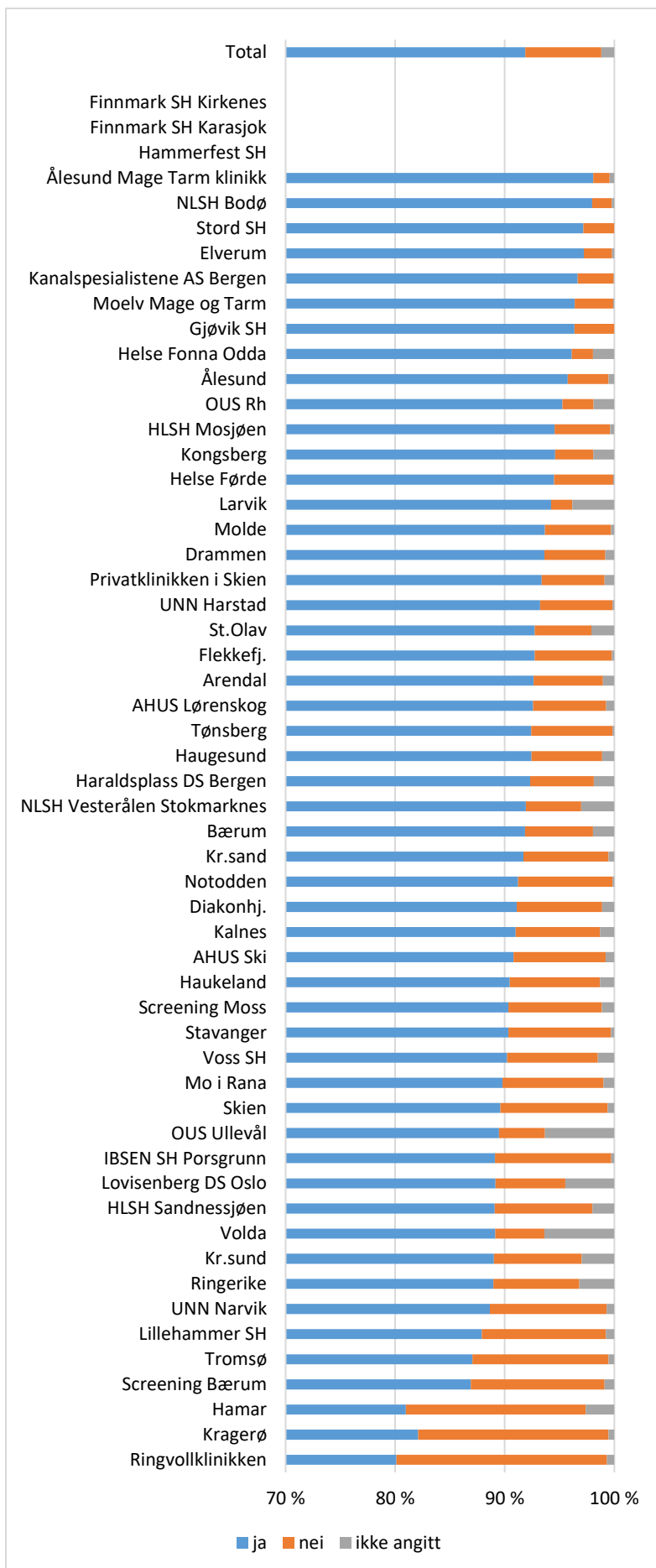
Endoskopisentrene er ordnet alfabetisk.

Figuren viser fordeling av indikasjoner til koloskopi. Bildet har vært vesentlig uforandret over mange år med ca. 60% koloskopier utført pga symptomer – uten at symptomene er nærmere spesifisert.

Screeningsentrene i Bærum og Moss må ses adskilt i denne sammenhengen. Koloskopiene her utføres i stor grad grunnet funn av blod i avføringen.

CRC betyr kolorektal cancer (tarmkreft)

IBD betyr «inflammatory bowel disease», dvs. kronisk tarmbetennelse (Morbus Crohn og ulcerøs kolitt)



Figur 3. Koloskopier med tilfredsstillende tarmtømming.

Boston Bowel preparation scale (BBPS) gir et mål hvor mye av tarmslimhinnen kunne bli vurdert under en koloskopi. En score på 6 eller høyere (2+2+2) anses å være tilfredsstillende. Dette avhenger av at tarmen er tilstrekkelig tømt, målet er at dette er tilfellet i minst 90% av undersøkelsene.

Figuren viser at andelen ligger under 90% i en del av sentrene. Årsaken til at tømmingskvaliteten varierer mellom sentrene er usikker. Bruk av ulike tømmingsmetoder, mangelfull informasjon av pasientene om bruk av tømmingsmiddelet og ulik vurdering av tømmingsgraden kan være aktuelle årsaker. Dersom god tømming ikke nås i minst 90% av endoskopiene bør et senter endre tømmingsregimet eller bruksanvisningen for pasienten.

Fortsatt mangler det informasjon om tømmingsgraden i betydelig grad fra noen sentre, selv om andelen er mindre enn i tidligere år. Her må data tolkes med forsiktighet. Datakvaliteten avhenger av fullstendig rapportering.

Sentrene helt øverst har innrapportert svært få koloskopier slik at data derfra ikke blir rapportert.

Tabell 4. Tarmtømmingscore avhengig av om splittømming er brukt

Splittømming brukt	N	Mean BBPS score	95% konfidensintervall	
			Lower bound	Upper bound
Ja	36740	8,17	8,16	8,19
Nei	7952	7,77	7,73	7,80

Tabell 5. Tilfredsstillende tarmtømming avhengig av om splittømming er brukt

		BBPS_tilfredsstillende	
		nei	ja
Splittømming	ja	5,0%	95,0%
	nei	9,5%	90,5%

Boston Bowel preparation scale (BBPS) gir et mål hvor mye av tarmslimhinnen kunne bli vurdert under en koloskopi. En score på 6 eller høyere (minst 2 i hvert av tre tarmavsnitt) anses å være tilfredsstillende. En optimal tømt tarm gir en maksimal score på 9.

Tabellene viser tarmtømmingsresultatet avhengig av bruken av splittømming som ble brukt av overveiende flertallet av pasientene.

Splittømming betegner en oppdeling av tømmingsprosedyren der første halvparten drikkes minst 4 timer før andre delen, inntak av siste porsjonen skal være inntatt 4-5 timer før koloskopien. Studier har vist at splittømming gir bedre tømmingsresultater enn å drikke hele tømmingsvæsken samlet.

Tabell 4 bekrefter disse resultatene. BBPS score etter splittømming er bedre enn etter inntak av tømmingsvæsken uten pause. Samtidig ble andelen av koloskopiene med tilstrekkelig rensset slimhinne noe høyere etter splittømming (tabell 5).

Splittømming bør derfor brukes dersom dette lar seg gjøre.

Tabell 6 Tarmtømmingscore avhengig av brukt tømmingsmiddel

	N	Mean BBPS score	95% konfidensintervall	
			Lower Bound	Upper Bound
Picoprep /Citrafleet	30347	7,9980	7,9815	8,0145
PEG (Laxabon/ Endofalk)	2780	8,0241	7,9689	8,0793
annen tømnings metode	1949	8,0836	8,0200	8,1473
Plenvu/ Moviprep	11553	8,3820	8,3588	8,4052
Total	46629	8,0983	8,0853	8,1113

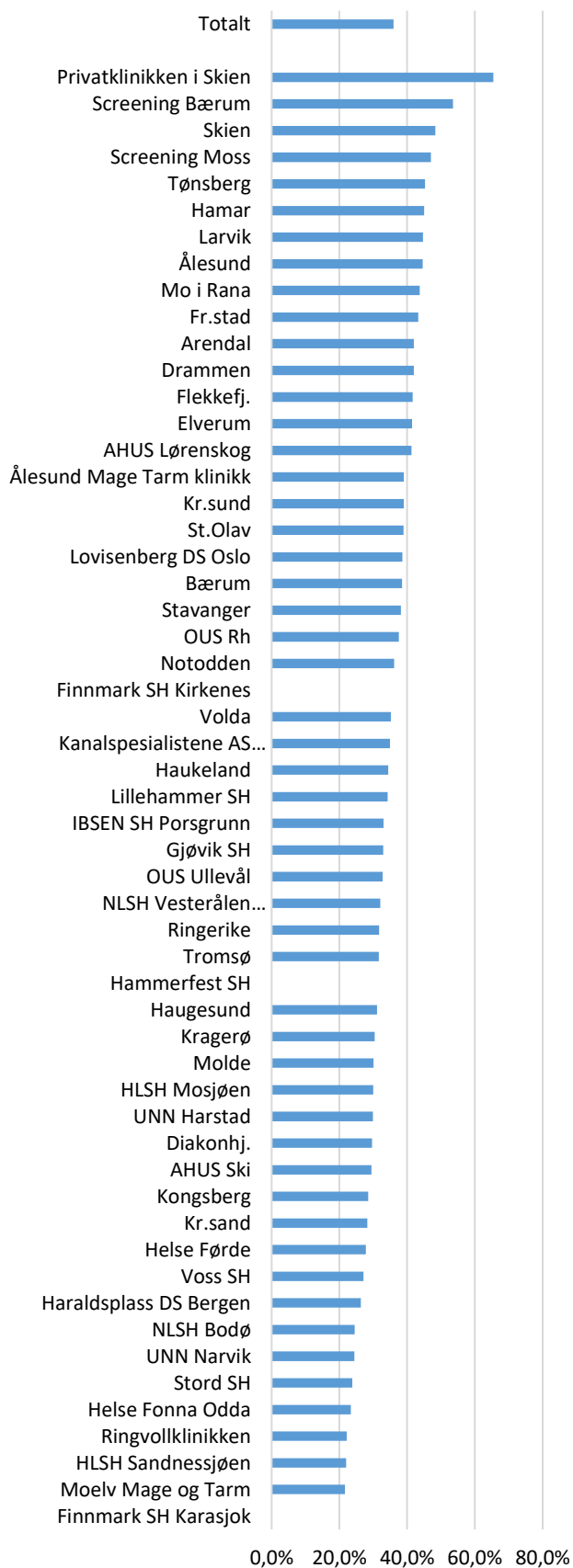
Tabell 7. Tilfredsstillende tarmtømming avhengig av brukt tømmingsmiddel

		BBPS_tilfredsstillende	
		nei	ja
Tømmings middel	Picoprep /Citrafleet	6,5%	93,5%
	PEG (Laxabon/ Endofalk)	5,7%	94,3%
	annen tømnings metode	5,8%	94,2%
	Plenvu/ Moviprep	4,1%	95,9%
	Total	5,8%	94,2%

Tabellene 6 og 7 viser gjennomsnittlig BBPS score og andelen av koloskopier med tilfredsstillende tarmtømming avhengig av brukt tømmingspreparat.

Det overveiende flertallet av pasienter brukte pikosulfat preparater (Picoprep/Citrafleet) fulgt av lavvolum Makrogol preparater (Plenvu/Moviprep). Sistnevnte har i vår populasjon ført til noe høyere BBPS score. Samtidig har alle tømmingsmidler ført til en like stor andel koloskopier med tilfredsstillende tømt tarm. Det må presiseres at tømmingsmetoden ble valgt av endoskopisentrene, dette er ingen randomisert studie. Resultatene må derfor vurderes med forsiktighet.

minst 1 polypp \geq 5mm (pasienter 50 år og eldre)



Figur 4.

Polyppdeteksjonsrate

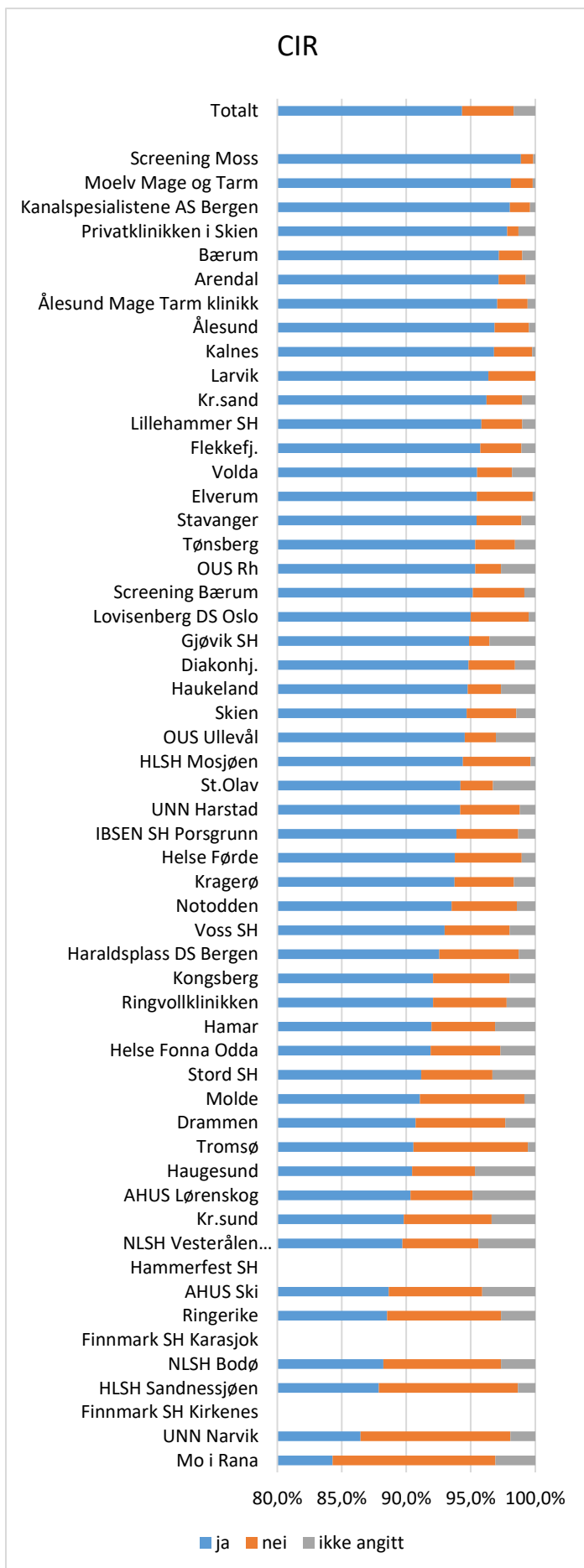
viser andelen av koloskopier der det ble funnet minst en polypp med en diameter på 5mm eller større hos pasientene som er minst 50 år (anbefalt adenomdeteksjonsrate i litteraturen baserer seg på pas. over 50 år).

Screeningsentrenes resultater må sees på adskilt fra de andre fordi pasientene som ble koloskopert der har fått påvist blod i avføringen eller adenomer i en sigmoidoskopi på forhånd.

PDR \geq 5 bør ligge over 25% hvis man regner med at 80% av polypper med denne størrelsen er adenomer. En adenomdeteksjonsrate (ADR) under 20% øker sannsynligheten for senere coloncancer.

PDR \geq 5mm for alle koloskopier i denne aldersgruppen er 35,9 %. Variasjonen mellom sentrene er dog stor. Dersom PDR ligger under 25% bør forbedringstiltak vurderes.

Resultater av de sentrene som har rapportert inn få undersøkelser må tolkes med stor forsiktighet fordi vi ikke vet om de innmeldte koloskopiene er representativt for alle utførte. Tre sentre har innlevert så få data at en presentasjon av resultatene ikke er meningsfylt.



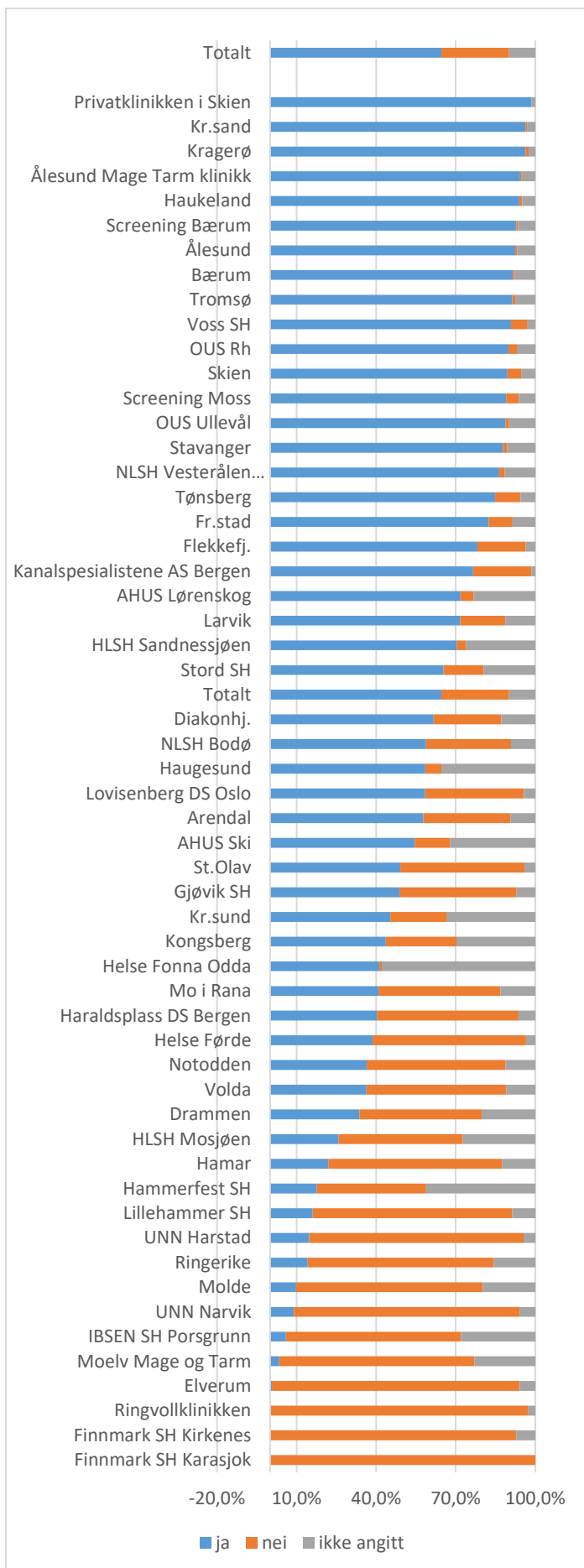
Figur 5.
Cøkumintubasjonsrate

Andel av koloskopiene der cøkum ble intubert og inspisert (blå kolonner). Dette er et mål for fullstendige undersøkelser. Denne andelen bør ligge over 90%, helst over 95%. Ved lavere CIR enn 90% er det fare for at viktige funn, f. eks. cancer eller polypper ikke blir oppdaget. Sentrene er rangert etter fallende CIR. Lave verdier kan være forårsaket av reell lav CIR (orange) og/eller en høy andel av undersøkelser der CIR ikke er angitt (grå).

Uansett bør forbedringstiltak iverksettes dersom CIR ligger under 90%.

For sentre med få registrerte prosedyrer kan resultatet være misvisende.

Resultater av tre sentre med meget få rapporterte koloskopier blir ikke presentert fordi resultatene er meget usikre.



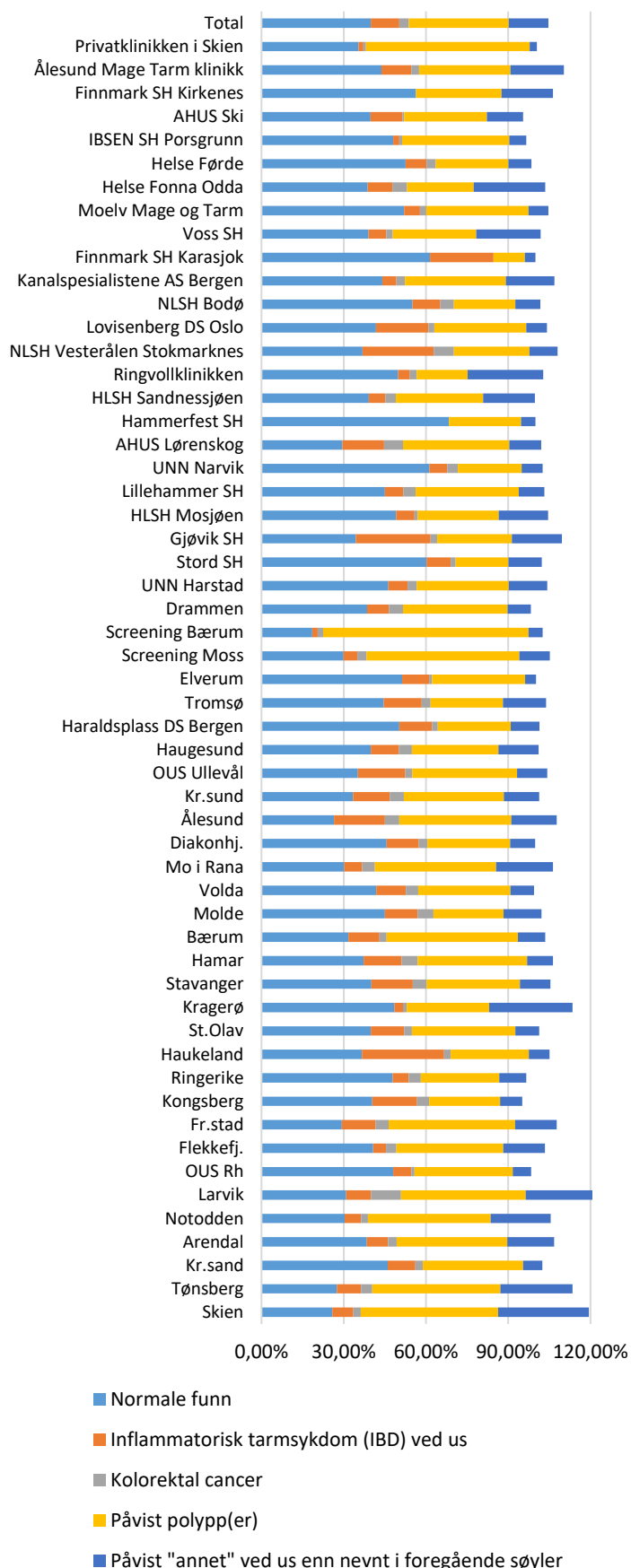
Figur 6. Andel av koloskopier der cøcum ble fotodokumentert

En fullstendig undersøkelse av tykktarmen har stor betydning for pasientens risiko for senere tarmkreftsykdom. Derfor anbefaler Europeisk selskap for gastroenterologisk endoskopi (ESGE) at man fotodokumenterer fullstendig inspeksjon av cøcum (blindtarmen).

Figuren viser andelen av koloskopier rapportert til Gastronet der dette ble gjennomført. Statistikken viser at denne anbefalingen ikke blir fulgt likt overalt.

Her gjelder det å legge om sin praksis. Vi er overbevist at fotodokumentasjon bidrar til en forbedring av koloskopikvaliteten.

Funn ved koloskopien



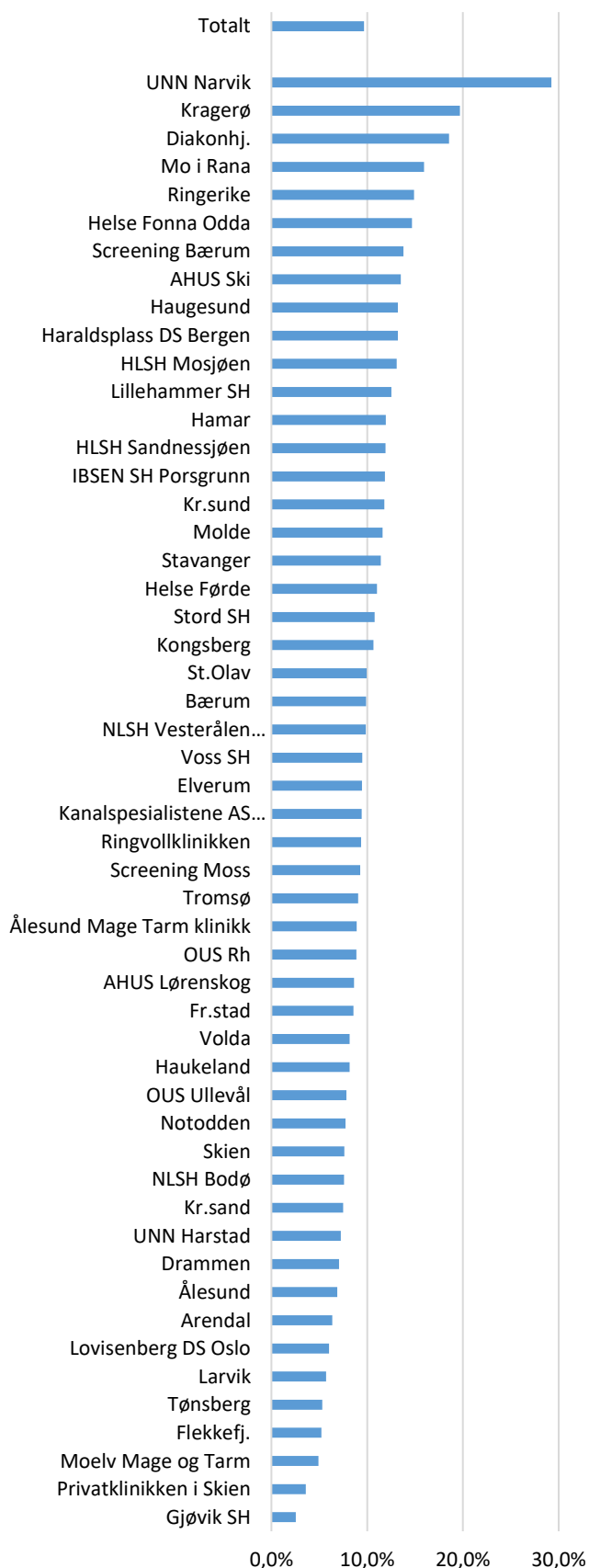
Figur 7.

viser andelen av koloskopier med normale funn og med funn av polypper, inflammatoriske tarmsykdommer (IBD), cancer eller andre ikke nærmere spesifiserte funn. Fordelingen av disse funnene varierer ikke stort mellom sentrene bortsett fra at screeningsentrene har – som forventet – en høyere andel av koloskopier med polyppfunn.

Totalsummen av funnene kan overskride 100% fordi noen pasienter har fått påvist flere sykelige forandringer.

Andelen av koloskopier der man finner forandringer av betydning, i stor grad polypper, har holdt seg stabilt i mange år. Bak betegnelsen «annet» gjemmer seg noen pasienter med divertikler. Divertikler er et nærmest vanlig funn spesielt blant eldre pasienter. Derfor anser mange endoskopører ikke disse som sykelig per se med mindre det oppstår komplikasjoner som for eksempel en betennelse.

Andelen av koloskopier som ble opplevd som sterk smertefull



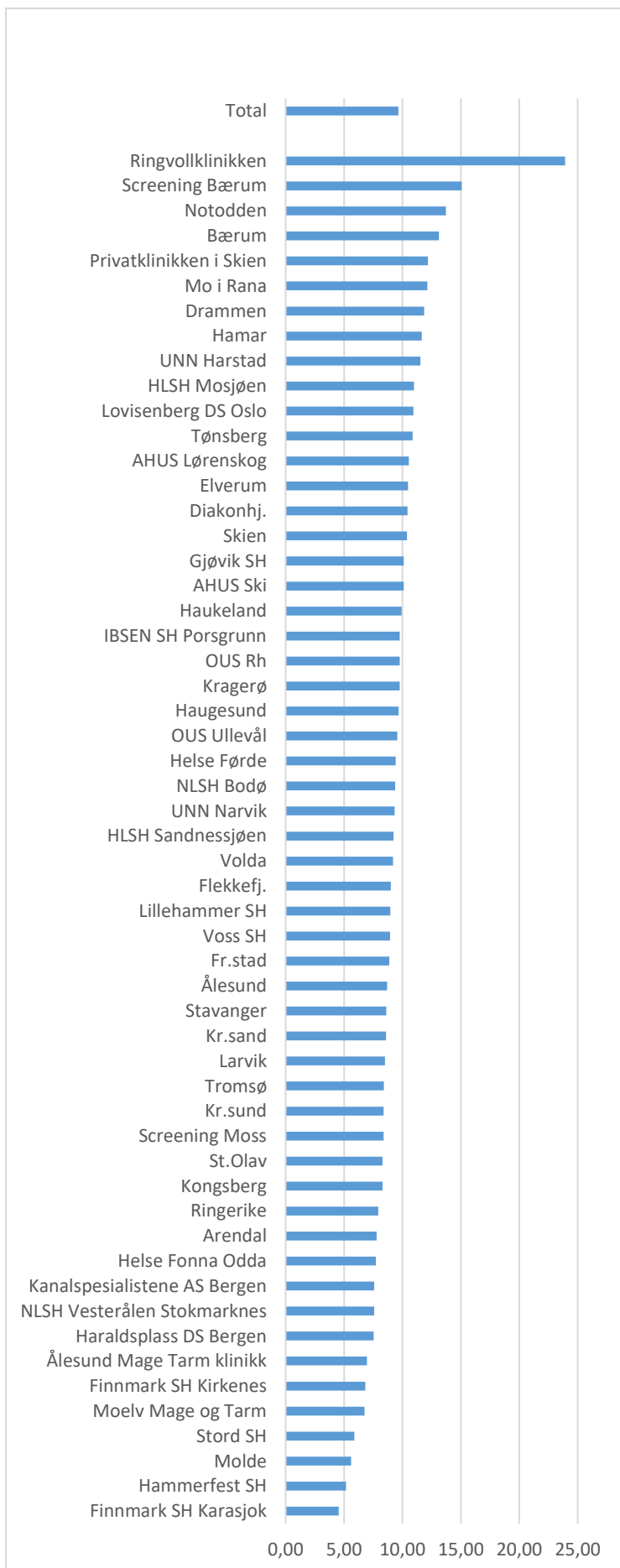
Figur 8

I en viss andel av koloskopiundersøkelser opplever pasienter sterke smerter. Denne andelen skal ligge under 15%, helst under 10%. Forbedring av koloskopiteknikken og riktig bruk av sedativa/analgetika under koloskopien hjelper å redusere denne andelen.

Det er stor variasjon av pasientopplevde sterke smerter blant koloskopisentrene. Som hovedårsaken til denne variasjonen anses forskjeller i endoskopørens tekniske ferdigheter. Det antas også at risikoen for smertefulle undersøkelser øker dersom «timeslots» for koloskopiene blir for korte.

Utover det har studier vist at kvinner som tidligere har gjennomgått underlivsoperasjoner er mer utsatt for smertefulle undersøkelser enn andre. Her kan bruk av smertemidler hjelpe. Alle sentre, men spesielt de som ligger over grensen på 15 % bør evaluere endoskopiteknikken og medikamentbruken!

NB: resultater av sentre med mindre enn 30 pasient tilbakemeldinger blir ikke presentert.



Figur 9 gjennomsnittlig tilbaketrekkingstid fra cøkum til anus (minutter).

Inspeksjonen av tarmslimhinnen skjer hovedsakelig på veien fra cøkum og ut. Studier har vist at risikoen å overse viktige forandringer i tarmen øker dersom inspeksjonstiden av tarmslimhinnen blir for kort. Dette er tilfellet dersom man bruker mindre enn 6 minutter for tilbaketrekking uten at man tar med tiden for vevsprøver og andre inngrep.

Vi har i denne sammenheng undersøkt den gjennomsnittlige tilbaketrekkingstiden per koloskopisenter for kun diagnostiske koloskopier uten biopsier. Det viste seg at de fleste endoskopisentre bruker gjennomsnittlig over 6 minutter for inspeksjon av tarmen.

Tabell 8. PDR \geq 5mm og tilbaketrekkingstid

Cut off tilbaketrekkingstid	Odds ratio Minst 1 polypp \geq 5mm	95% konfidensintervall
6 minutter	1,456	1,274 – 1,664
8 minutter	1,084	1,036 – 1,134

Justert for alder og kjønn

Tabell 8 viser at sannsynligheten å oppdage minst en polypp \geq 5mm var 1,4 ganger høyere ved koloskopier utført i de sentra med en gjennomsnittlig tilbaketrekkingstid over 6 minutter (uten biopsi) enn med en gjennomsnittlig tilbaketrekkingstid under 6 minutter. Sannsynlighetsforskjellen over og under 8 minutter var ikke like stor.

Dette bekrefter tidligere studier. Likevel må våre resultater tolkes forsiktig fordi kun 4 sentra med totalt 455 diagnostiske koloskopier uten biopsier hadde en gjennomsnittlig tilbaketrekkingstid under 6 minutter sammenliknet med 51 sentra med 15003 koloskopier over 6 minutter.

Tabell 9. Fornøydhets med informasjon og behandling

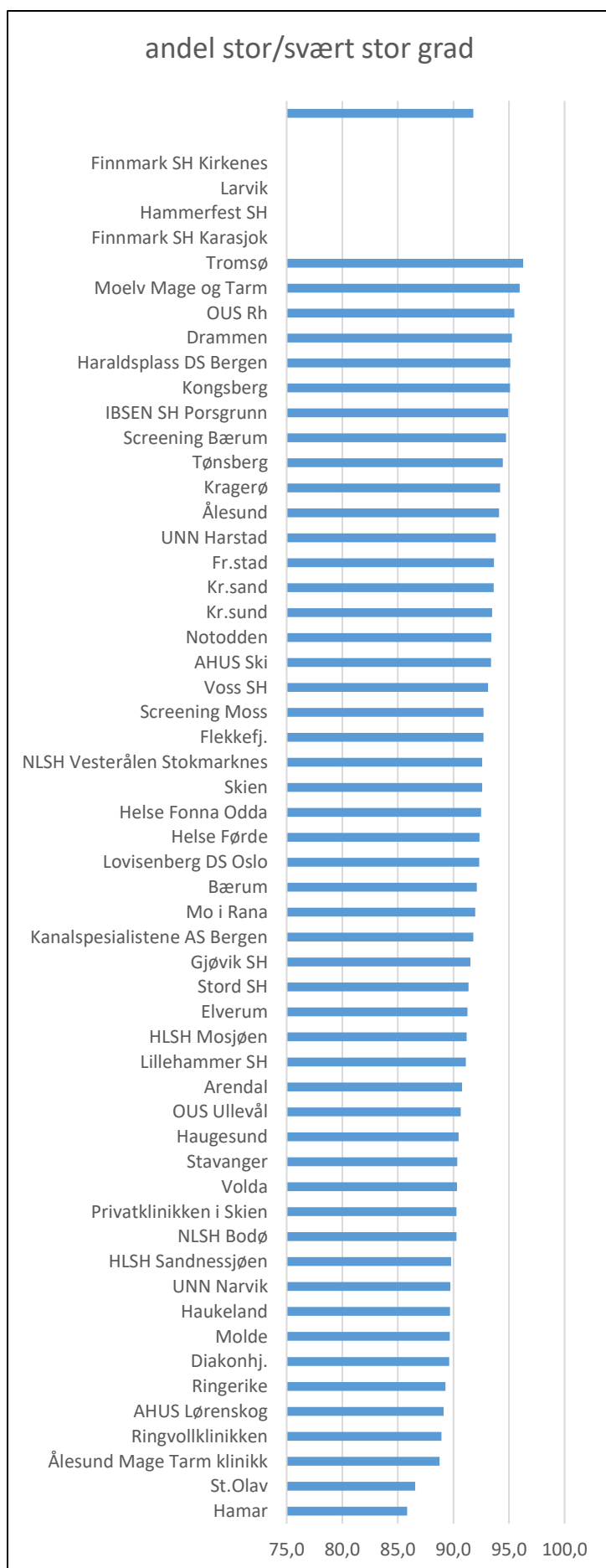
	Skriftlig informasjon	Muntlig informasjon av lege	Muntlig informasjon av sykepleier	personalets faglige dyktighet	informasjon etter koloskopien	ble du godt ivaretatt?	avdelingen godt organisert?
ikke besvart	1,3	1,6	2,1	1,2	1,1	1,7	3,1
i svært stor grad	54,9	70,1	73,3	77,1	63	80,3	69,4
i stor grad	36,9	23,5	21,2	19,7	27,7	15,9	23,9
I stor eller svært stor grad	91,8	93,6	94,5	96,8	90,7	96,2	93,3

Pasientene får i spørreskjemaet som skal besvares dagen etter koloskopien følgende spørsmål:

1. Var du fornøyd med skriftlig informasjon som du fikk før undersøkelsen?
2. Var du fornøyd med muntlig informasjon som ble gitt ved undersøkelsen av:
 - a. Lege
 - b. Sykepleier
3. Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?
4. Fikk du tilstrekkelig informasjon etter koloskopien?
5. Følte du deg godt ivaretatt ved koloskopien?
6. Opplevde du at organisasjonens arbeid var godt organisert?

Et overveldende flertall av pasientene som har gitt en tilbakemelding har vært fornøyd i stor grad eller i meget stor grad. Langt over 90 % av pasientene opplevde også at institusjonens arbeid var godt organisert. Vi stilte et tilleggsspørsmål til de som ikke hadde dette inntrykket. Disse pasientene angav i stor grad at tiden i venterommet var for lang. Pasientene setter altså pris på å bli mottatt til riktig tid. Ved større forsinkelser lønner det seg å informere om det tidlig nok.

De følgende figurene gir et inntrykk om forskjeller mellom koloskopisentrene.



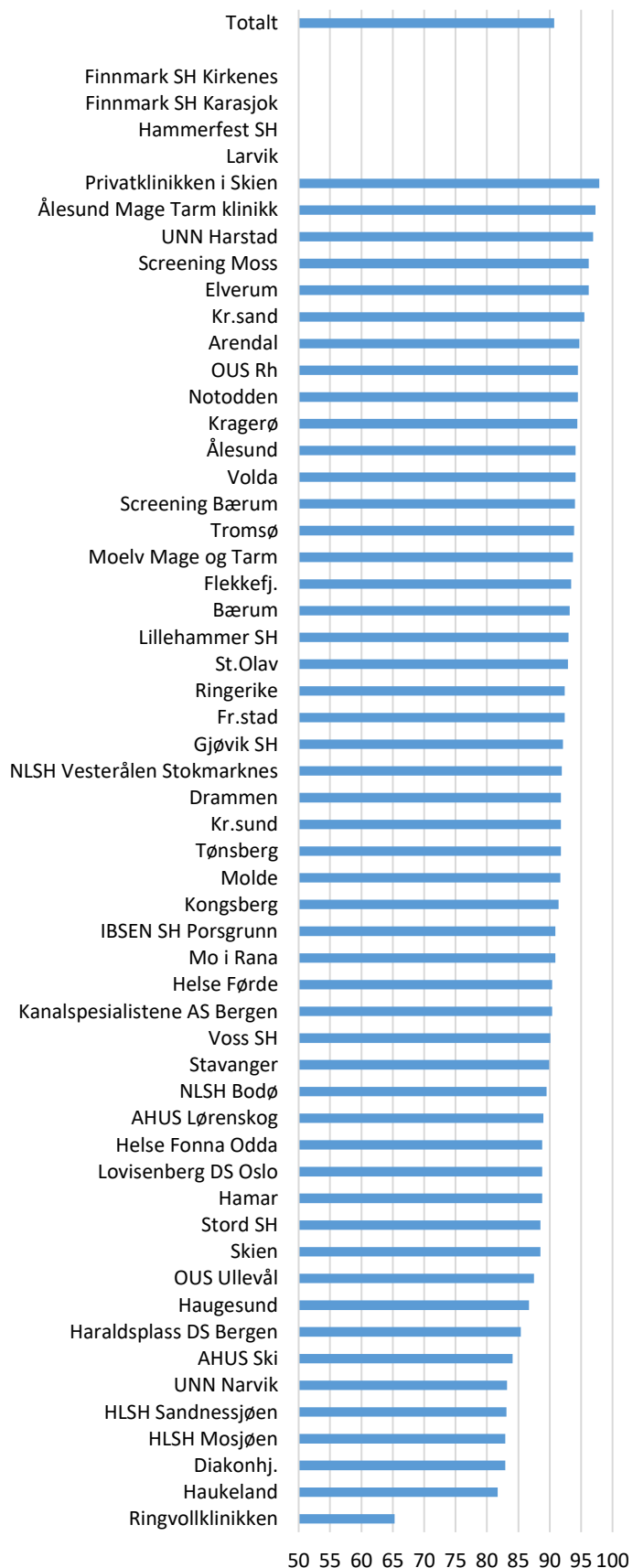
Figur 10. Andel pasienter som var fornøyd med skriftlig informasjon før undersøkelsen i stor eller i svært stor grad

Pasienter får tilsendt skriftlig informasjon om gjennomføring av koloskopien og andre informasjoner. Det er mye nytt å ta innover seg når man ikke er vant til å lese slike informasjonsskriv fra helsevesenet. Det gjelder å ha en god struktur i brevet og informasjonen må være klar og lett å forstå.

Selv om de fleste pasientene var godt fornøyd med denne informasjonen finnes det variasjoner mellom koloskopisentrene. Det er forventet at store deler av pasientgruppen vil være fornøyd uansett. Ligger andelen av pasientene som var godt fornøyd under 90% bør man vurdere en revisjon av informasjonsskrivet.

Det presenteres ingen data fra sentre som har fått mindre enn 30 pasientsvar.

Fornøyd i stor eller svært stor grad med informasjonen etter koloskopien



Figur 11. Andel pasienter som var fornøyd i stor eller i svært stor grad med informasjonen etter koloskopien

Veldig mange pasienter er meget fornøyd med informasjonen som de har fått etter koloskopien. Det forventes fordi vi vet at pasientene har en tendens til å være fornøyd med helsevesenet.

Likevel viser figuren at det finnes en senterrelatert variasjon. Sentrene hvor under 90% av pasientene var godt fornøyd med informasjonen bør vurdere forbedringstiltak. Det kan for eksempel være at tiden ikke er tilstrekkelig for en grei informasjonssamtale etter koloskopien. Det er også mulig at romforholdene ikke er egnet til en kort, men grundig samtale.

Tabell 10. Komplikasjoner etter koloskopien

Andeler i prosent (svar fra 30742 pasienter)

	Feber etter koloskopi	Magesmerter etter koloskopi	Blødning etter koloskopi	Kontakt med helsevesen etter koloskopi	Innleggelse etter koloskopi
Ja	1,1	4	4	0,8	0,4
Nei	97,1	94,2	94,4	97,3	95,2
ikke angitt	1,8	1,8	1,7	1,9	4,4

Få pasienter opplever alvorlige komplikasjoner etter en koloskopi. For pasientene kan dog også heller harmløse plager etter undersøkelsen (feber, smerter, lettere blødninger etter polypektomi eller biopsier) være skremmende. En god informasjon om slike fenomener vil gi pasientsikkerhet.

Pasientspørreskjemaet inneholder også spørsmål om blodoverføringer, nye koloskopier eller operasjoner som måtte gjennomføres som følge av en komplikasjon. Dessverre har mange pasienter misoppfattet dette spørsmålet og blandet inn behandlinger som følge av funnene som ble gjort (for eksempel karsinomer). Derfor kan disse data ikke presenteres.

En svakhet i registreringen er at komplikasjoner som opptrer senere enn dagen etter koloskopien ikke blir fanget opp. Dette vil bli bedre når elektronisk registrering er på plass. Planen er at spørreundersøkelsen i forbindelse med komplikasjoner vil bli gjennomført 4 uker etter koloskopien.

Hyppighet av pasientregistrerte komplikasjoner har holdt seg ganske konstant.

Tabell 11. Komplikasjoner 2018-2020

Andeler i prosent

	Feber etter koloskopi	Magesmerter etter koloskopi	Blødning etter koloskopi	kontakt med helsevesenet etter koloskopi
2018	1,1	6,4	3,1	1,1
2019	1,5	9,6	4,7	0,9
2020	1,1	4	4	0,8

