

Koloskopidata per endoskopisenter

Gastronet i 2019

20.05.20

Tab. 1. Antall koloskopier registrert per behandlingssenter

RHF	HF	Behandlingssted			
			Gastronet 2018	NPR 2018	Gastronet 2019
Sør-Øst	AHUS	Lørenskog	898	2032	1719
		Ski		1153	343
		Kongsvinger		1133	
	Diakonhjemmet	Diakonhjemmet	480	1709	546
	Lovisenberg	Lovisenberg		939	190
	OUS	RH	713	1126	807
		Ullevål	2278	2893	2569
	SIV	Tønsberg	1747	3318	2657
		Larvik	167	80	118
	Sykehuset Innlandet	Elverum	357	510	435
		Gjøvik		837	61
		Hamar	38	826	499
		Lillehammer		1021	930
		Tynset		125	
	Sykehuset Telemark	Kragerø	1180	1248	967
		Skien	1560	2058	1725
		Notodden	823	888	749
	Sykehuset Østfold	Kalnes	1942	2026	2257
		Moss	459	1266	74
		screening Moss	713		740
	Sørlandet Sykehus	Arendal	1050	1167	1090
		Flekkefjord	500	557	449
		Kristiansand	1630	1816	1692
	Vestre Viken	Bærum	1390	2521	1831
		screening Bærum	845		707
		Drammen	470	1746	600
		Kongsberg	518	546	510
	Ringerike		902	33	
Vest	Haraldsplass Diak. Sykehus	Haraldsplass Diak. Sykehus	1	820	501
	Helse Bergen	Haukeland	789	1318	811
		Voss	561	733	557
	Helse Fonna	Haugesund	225	1107	884
		Odda	45	151	156
		Stord	437	619	180
	Helse Førde	Førde, Lærdal, Nordfjord		1650	1010
	Stavanger US	Stavanger US	1945	3136	2388

RHF	HF	Behandlingssted			
			Gastronet 2018	NPR 2018	Gastronet 2019
Midt	Helse Møre og Romsdal	Kristiansund	667	763	552
			1103	1158	1014
		Molde			
		Volda	259	660	428
		Ålesund	867	987	712
	Helse Nord-Trøndelag	Namsos		528	
		Levanger		1244	
	St. Olavs Hospital	Orkdal		598	
	Trondheim		3797		
Nord	Finnmarkssykehuset	Alta			
		Hammerfest	374		246
		Karasjok	189		161
		Kirkenes			
	Helgelandssykehuset	Mo i rana		641	483
		Mosjøen	338	388	348
		Sandnessjøen	426	504	448
	Nordlandssykehuset	Bodø	463	1142	916
		Gravdal		408	
		Stokmarknes	170	405	302
	UNN	Harstad	666	771	657
		Narvik	12	327	311
		Tromsø	818	1599	1583
	Sum offentlige sykehus		30113	59897	38946
Private		Aleris Helse Oslo	22	2452	
		Kanalspesialistene Bergen	3761	ingen data	5693
		IBSEN Sykehuset Porsgrunn		259	293
		Moelv Mage og Tarm	611	ingen data	1059
		Ringvollklinikken Oslo		86	11
Sum			34507		45984

Tabellen viser antall polikliniske koloskopier per behandlingssted meldt inn i Gastronet 2018 og 2019. I tillegg antall polikliniske koloskopier meldt enten inn i Norsk Pasientregister (NPR) eller i Gastronet. Sistnevnte er de totalt utførte koloskopiene i Norge.

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%. Når man antar at det er en 10% økning av antall gjennomførte koloskopier i Norge i 2019 ligger dekningsgraden for offentlige sykehus for dette året knapt under 60%. Vi kan bare estimere dekningsgraden på denne måten fordi vi i år ikke vil få tilgang til NPR data. Dekningsgraden er svært ulik blant sentrene. **Det er en del sentre som har rapportert kun et fåtall av sine koloskopier. Kvalitetsindikatorer som vises nedenfor må i disse tilfellene tolkes med stor forsiktighet. Noen sentre har meldt inn såpass få undersøkelser at en tolkning av data ikke er mulig.**

Tab. 2. Utvikling av innrapportering

Koloskopier i Gastronet per år						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019***
Koloskopier*	14725	16221	22593	23715	34507	45984
Dekningsgrad (%) **	28,5	29,2	36,5	39,5	49,7	59

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 foreligger ikke. Tallet er estimert under antakelsen av at antallet koloskopier per år i landet øker med 10% sammenlignet med 2018.

Tabell 3. Gjennomsnittresultater i Gastronet per år

	CIR /missing (%)	PDR ≥5mm (%)	BBPS ≥6 /missing (%)	Sterke smerter (%)	Andel coloskopier 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

CIR: Cøcumintubasjonsrate; PDR_{≥5}: polyppdeteksjonsrate over 5mm; BBPS: Boston Bowel Preparation Score, tilfredsstillende ved verdier på 6-9, minst 2 per segment; missing: resultat ikke angitt.

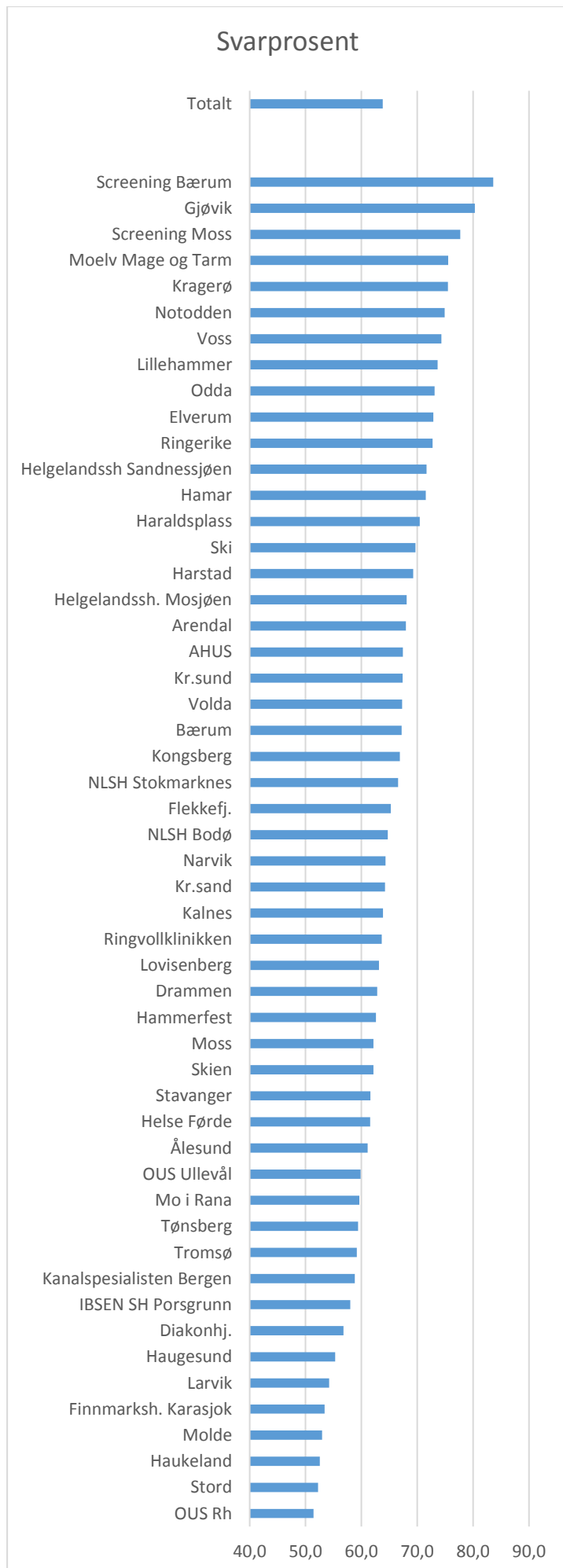
Tabell 3 viser utviklingen av gjennomsnittlige verdier av viktige kvalitetsindikatorer i løpet av de siste årene.

Cøcumintubasjonsraten (andelen av fullstendige coloskopier) ligger for første gang på flere år gjennomsnittlig over 90%, som er den fra den Europeiske gastroenterologiske endoskopiforeningen (ESGE) anbefalte målverdien. Spesielt gledelig er i denne sammenhengen at andelen av undersøkelser der denne informasjonen mangler har falt gjennom de siste årene. Det betyr at datakvaliteten blir bedre.

En sakte forbedring kan registreres for pasientrapporterte sterke smerter under coloskopiene. I 2019 har under 10% av pasientene opplevd sterke smerter under en coloskopi, denne verdien ligger under måltallet vi selv har satt oss. En viss usikkerhet rundt disse data oppstår fordi andelen av undersøkelser der pasientene gir en tilbakemelding har falt kontinuerlig. Det er et fenomen som ikke bare Gastronet opplever. Det kan ikke med sikkerhet utelukkes at andelen av undersøkelser med sterke smerter er høyere blant de pasientene som ikke sender inn svarskjemaet. Det er derfor viktig at pasientene får utlevert spørreskjemaet etter koloskopien og blir gjort oppmerksom på betydningen av å svare på det.

Deteksjonsraten for polypper med en størrelse på 5 mm eller mer (PDR_{≥5}) har vært konstant over de siste årene og ligger over vårt måltall på 25%. Dette er jo en surrogatparameter for adenomdeteksjonsraten (ADR) som har sine svakheter, for eksempel fordi vurdering av polyppstørrelsen kan være endoskopøravhengig. Undersøkelser fra screeningpiloten har dog vist lignende resultater for PDR_{≥5} og ADR. Utover det ville registrering av ADR i Gastronet utgjøre et uoverkommelig merarbeid for endoskopørene slik at vi fortsetter som hittil.

Andelen av pasienter med tilfredsstillende tarmtømming har vært ganske konstant over de siste årene med en liten forbedring i 2019. Også her har andelen av missing data falt slik at datakvaliteten blir bedre.



Figur 1. Prosentandelen av koloskopier med besvart pasientspørreskjema

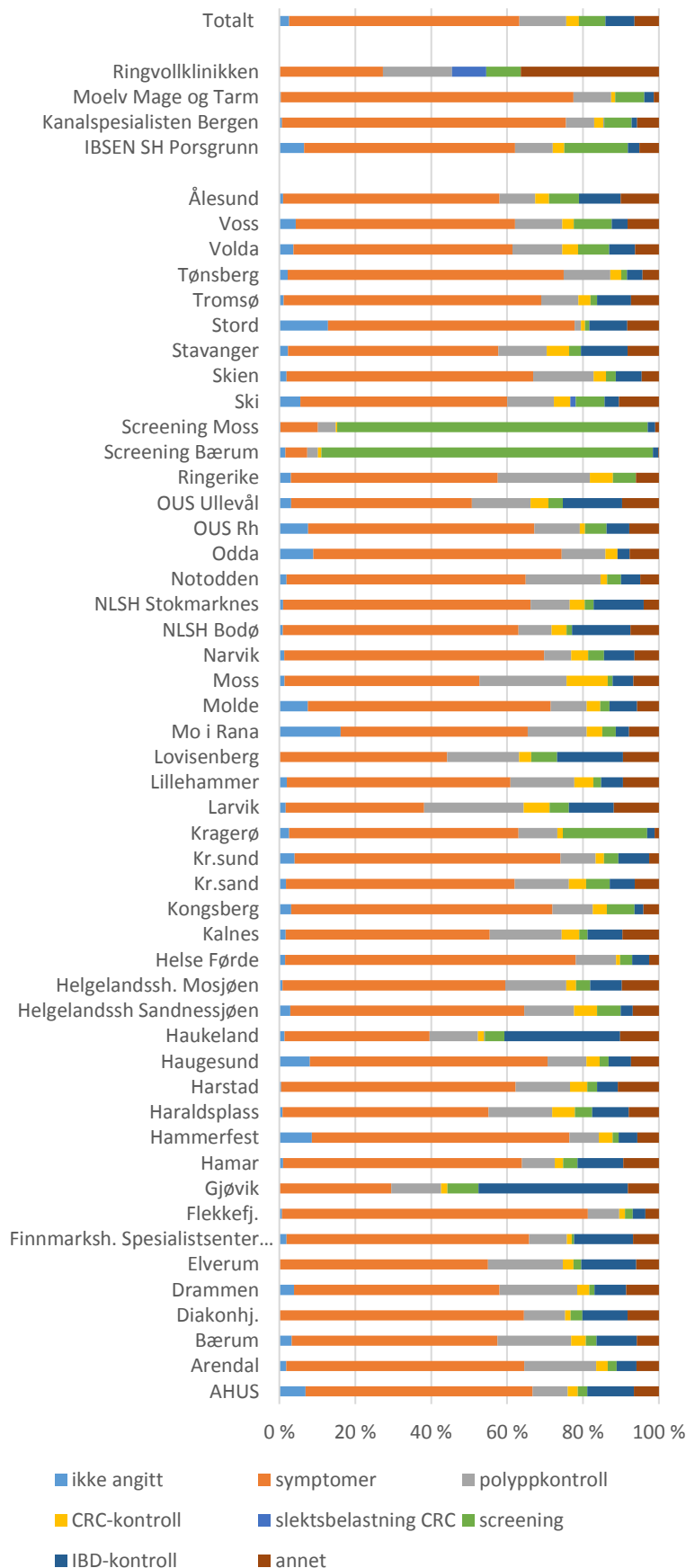
Ca 64 % av pasientene besvarte og sendte inn pasientspørreskjemaet. Dette er en fortsettelse av tilbakegangen de siste årene fra 72% i 2014 via 67% i 2018. Årsakene kan være mange. Samfunnet blir bombardert med henvendelser i mange sammenheng. Folk kan gå lei av å svare. I en travel endoskopiverdag kan 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.

Vi anbefaler derfor å utlevere skjemaet til alle pasienter før koloskopien.

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

Indikasjoner til coloskopi



Figur 2. Indikasjoner til koloskopi

Endoskopisentrene er ordnet alfabetisk, private sentre er samlet på toppen av figuren

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

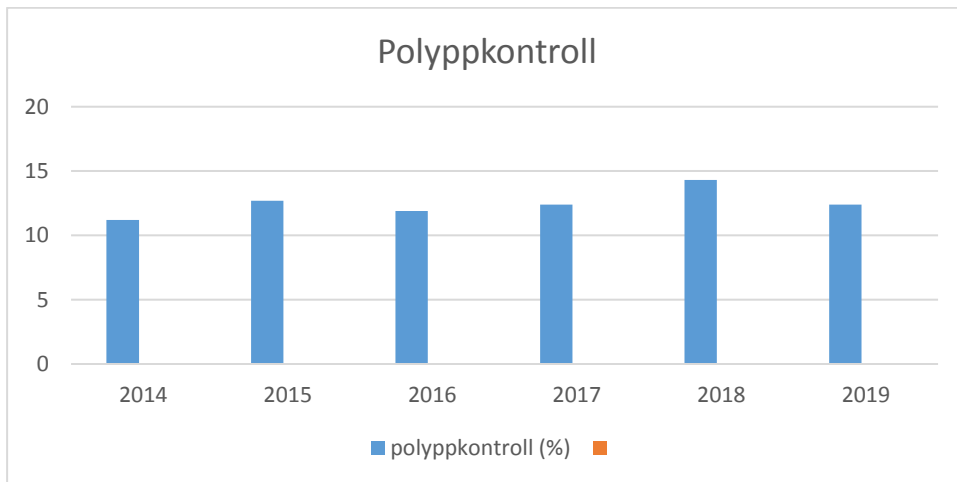
Screeningsentrene i Bærum og Moss må ses adskilt i denne sammenhengen.

Der hvor det er angitt flere indikasjoner for koloskopien, er det den som er vurdert å være viktigst som er valgt. Rangeringen ved prioritering av én indikasjon er som følger: Symptomer>CRC kontroll> polyp kontroll>IBD kontroll>slektbelastning>annet>screening.

CRC betyr kolorektal cancer (tarmkreft)

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

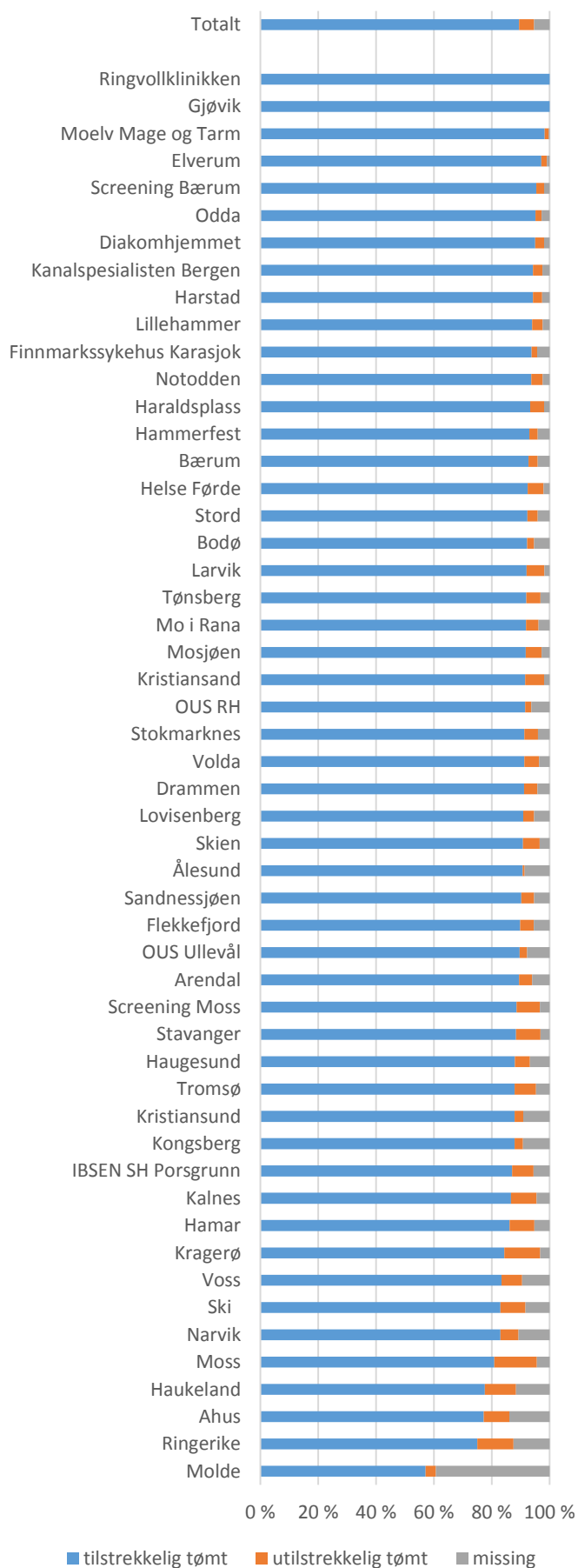
Figur 3. Indikasjon polyppkontroll



Figuren viser andelen av koloskopier som ble utført kun til kontroll etter tidligere påviste polypper. Det har vært en bekymring at denne andelen øker og vil etter hvert sprengende endoskopikapasiteten. Andelen har dog holdt seg konstant over de siste årene.

Man må dog regne med at denne andelen vil øke etter innføring av tarmkreftscreeningprogrammet.

Andel coloskopier med tilfredsstillende tarmtømming



Figur 4. Koloskopier med tilfredsstillende tarmtømming.

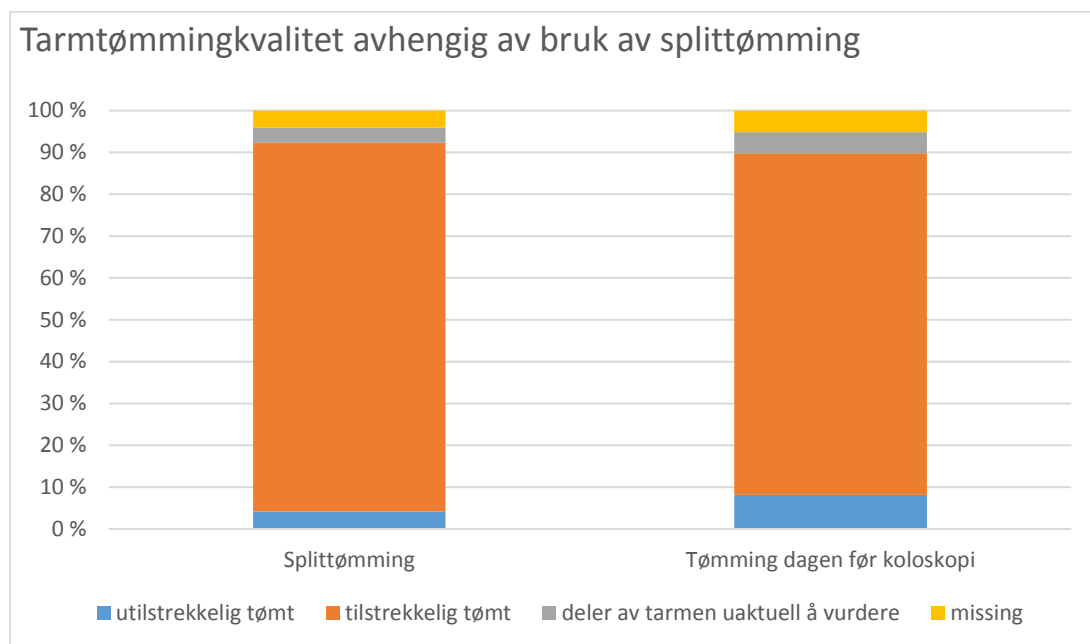
Boston Bowel preparation scale (BBPS) gir et mål hvor mye av tarmslimhinnen kunne bli vurdert under en koloskopi. En score på 6 eller høyere (2+2+2) anses å være tilfredsstillende. Dette avhenger av at tarmen er tilstrekkelig tømt, målet er at dette er tilfellet i minst 90% av undersøkelsene.

Figuren viser at andelen ligger under 90% i mange sentre. 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. Her må data tolkes med forsiktighet. Datakvaliteten avhenger av fullstendig rapportering.

Dette gjelder også for data fra sentre som har innrapportert svært få koloskopier.

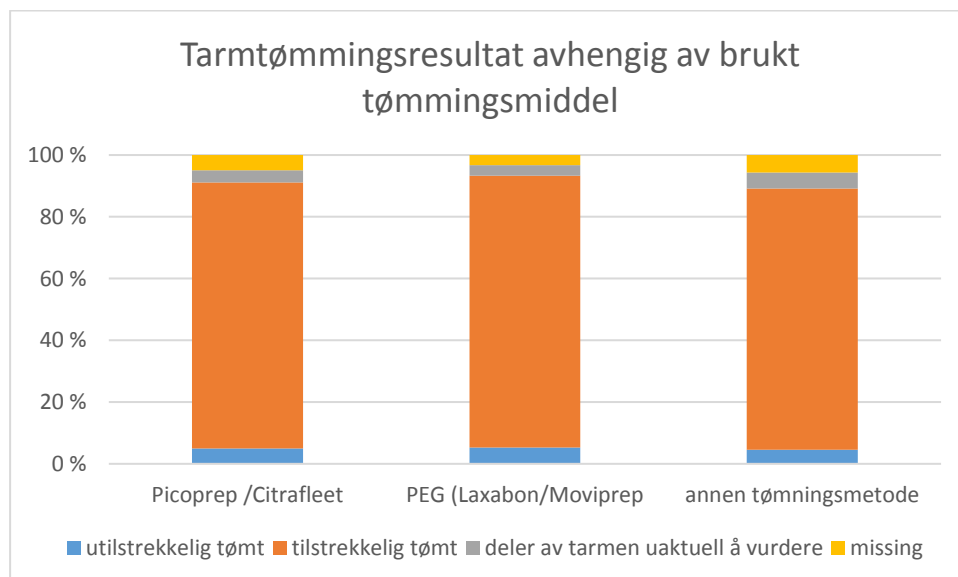
Figur 5.



Studier har vist at man oppnår et bedre tarmtømmingsresultat hvis man deler væsken man drikker i to porsjoner (splittømming). Man bruker gjerne den første porsjonen kvelden før, den andre 4-5 timer før undersøkelsen. Ved koloskopier om kvelden kan man drikke den første porsjonen tidlig på morgenen.

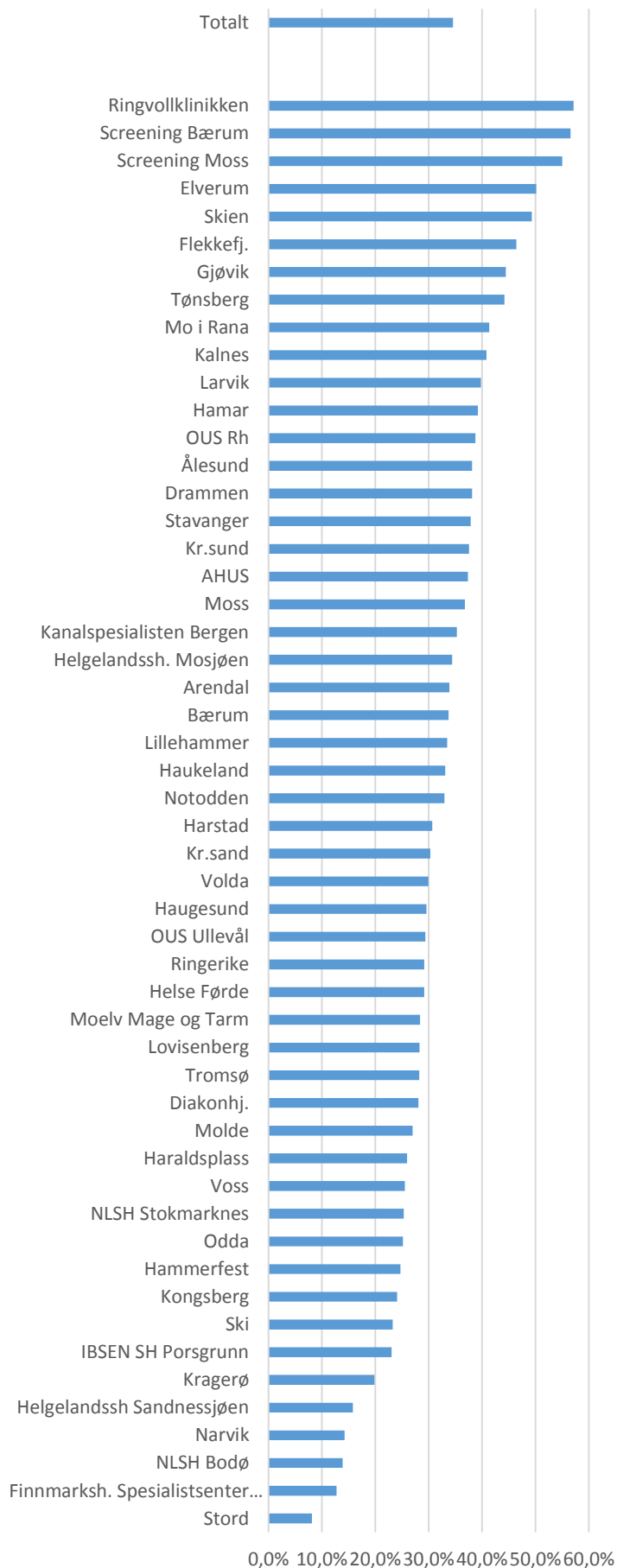
Diagrammet viser at det ble flere tilfredsstillende og færre tilfredsstillende tømmingsresultater når tømmingsprosedyren ble utført fullstendig dagen før koloskopien. God pasientinformasjon om tømmingsmetoden er altså viktig.

Figur 6.



Vi fant ingen sammenheng mellom brukt tømmingsmiddel og tømmingsresultatet

PDR_≥5mm (pasienter 50 år og eldre)



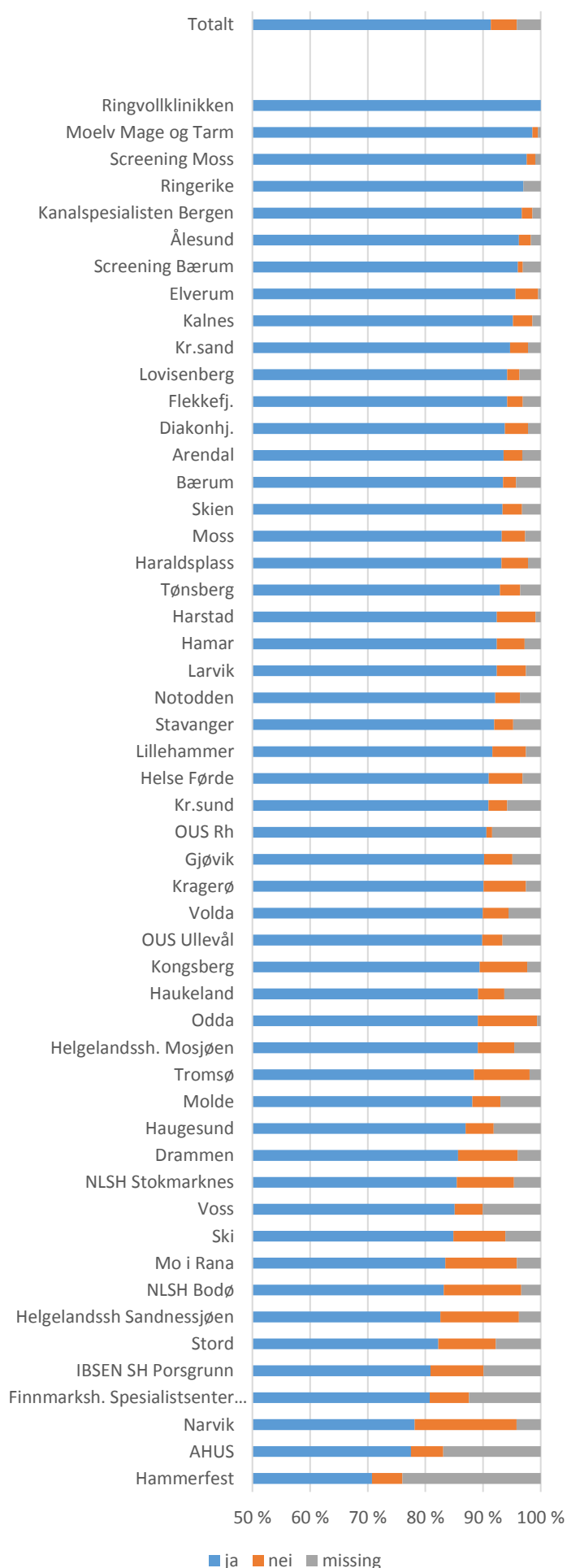
Figur 7.

viser andelen av koloskopier der det ble funnet minst en polyp 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 polyper 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 34,6. 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

Cøkumintubasjonsrate (CIR)



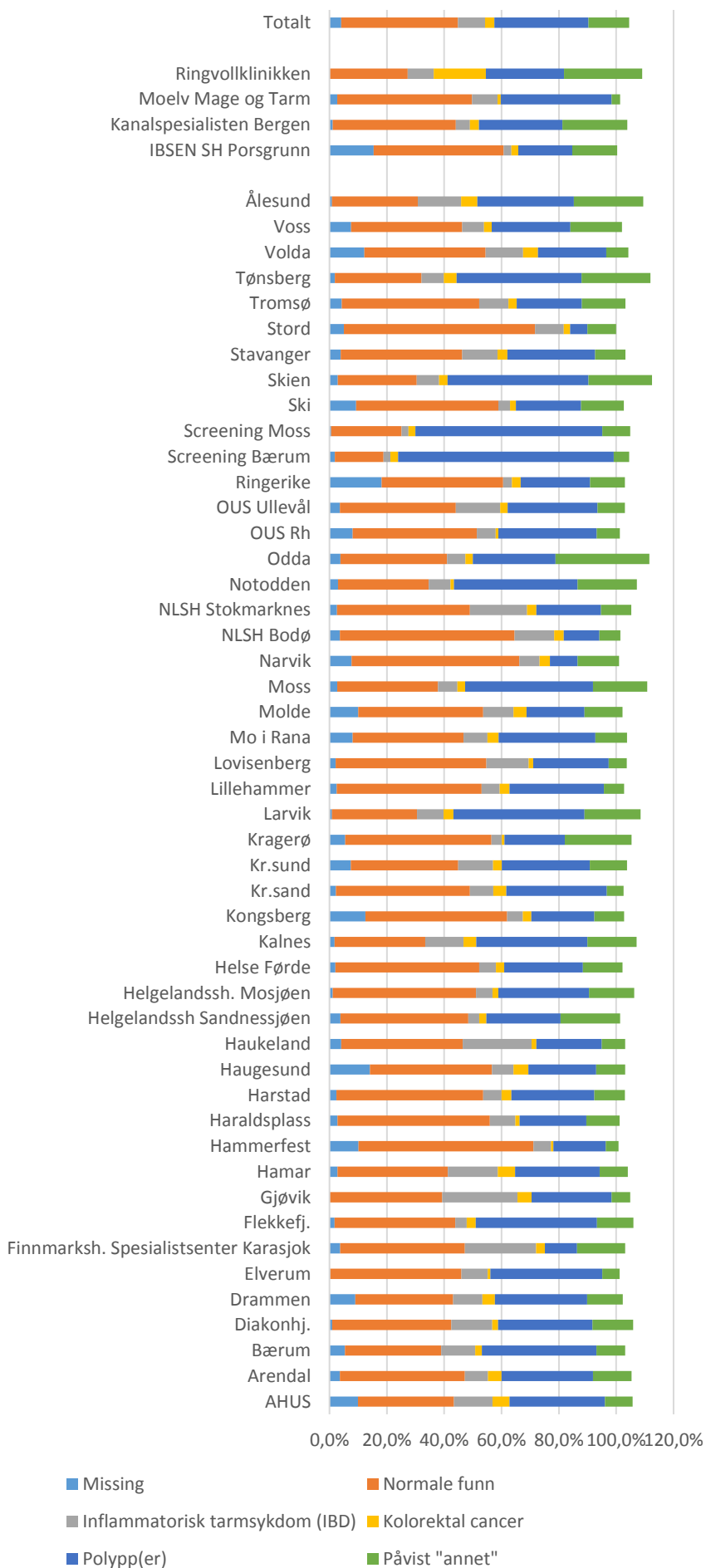
Figur 8.

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. For eksempel er en CIR på 100% praktisk ikke mulig fordi noen pasienter vil alltid være dårlig tømmt, andre vil ha innsnevring, slik at en fullstendig undersøkelse er umulig.

Funn ved koloskopi

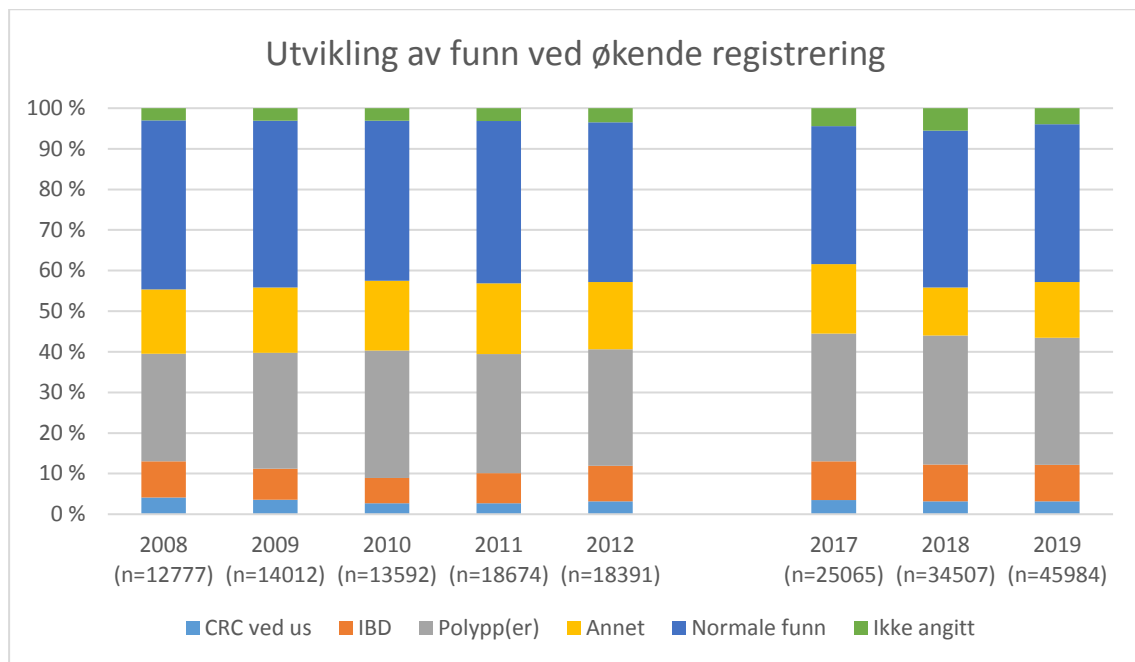


Figur 9.

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 polypfunn.

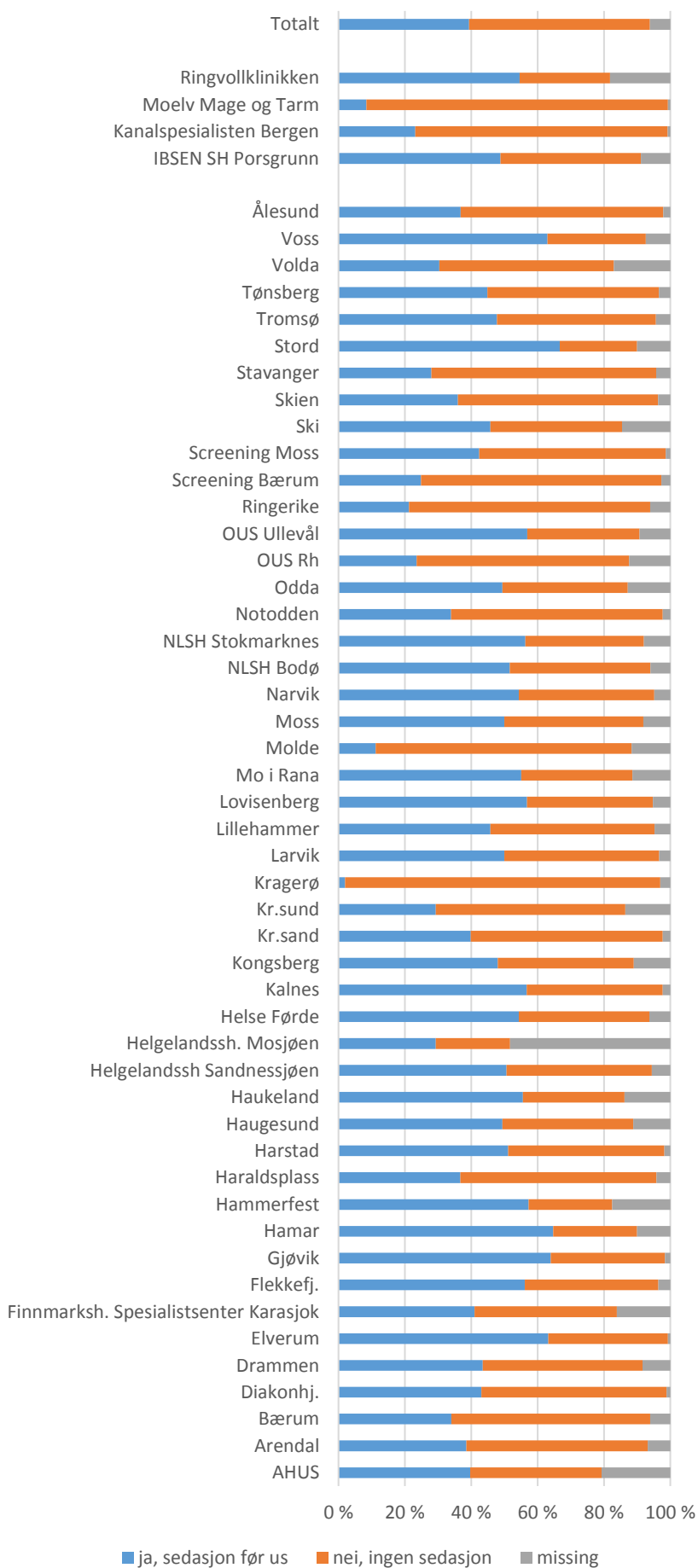
Totalsummen av funnene kan overskride 100% fordi noen pasienter har fått påvist flere sykkelige forandringer.

Figur 10.



Antallet koloskopier i Norge øker fra år til år. Det har ført til en mistanke om at det gjennomføres mange helt unødvendige undersøkelser. Til tross for en nesten 4-dobling av registreringer i Gastronet i løpet av de siste årene har andelen av koloskopier uten vesentlige patologiske funn vært konstant. Det taler for at henvisninger til koloskopier i stor grad er relevante.

Andelen av pasienter som fikk beroligende eller smertedempende medikamenter

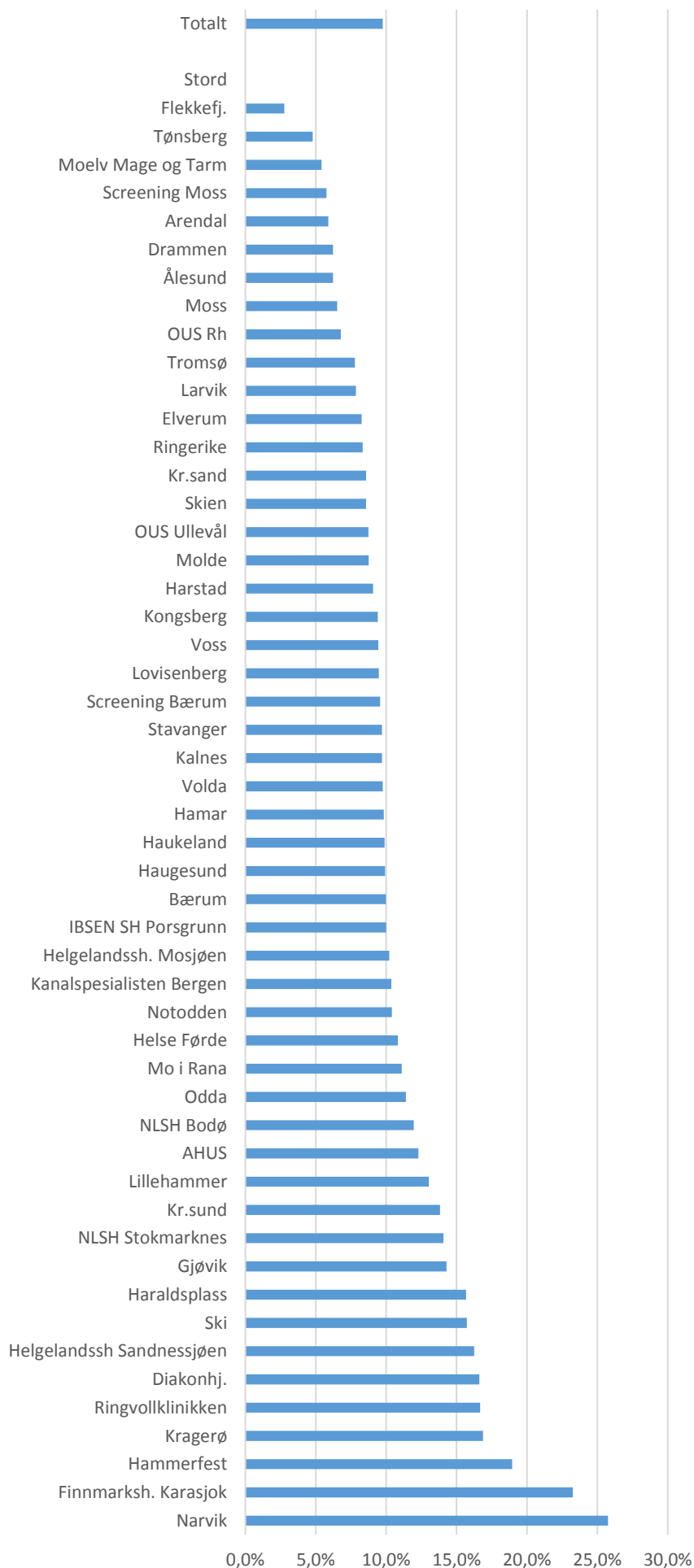


Figur 11

Bruken av beroligende eller smertedempende medikamenter før eller under en koloskopi varierer mellom sentrene.

Også komplettheten av leverte data varierer i stor grad. Dette forringer datakvaliteten betydelig.

Andel coloskopier med sterke smerter

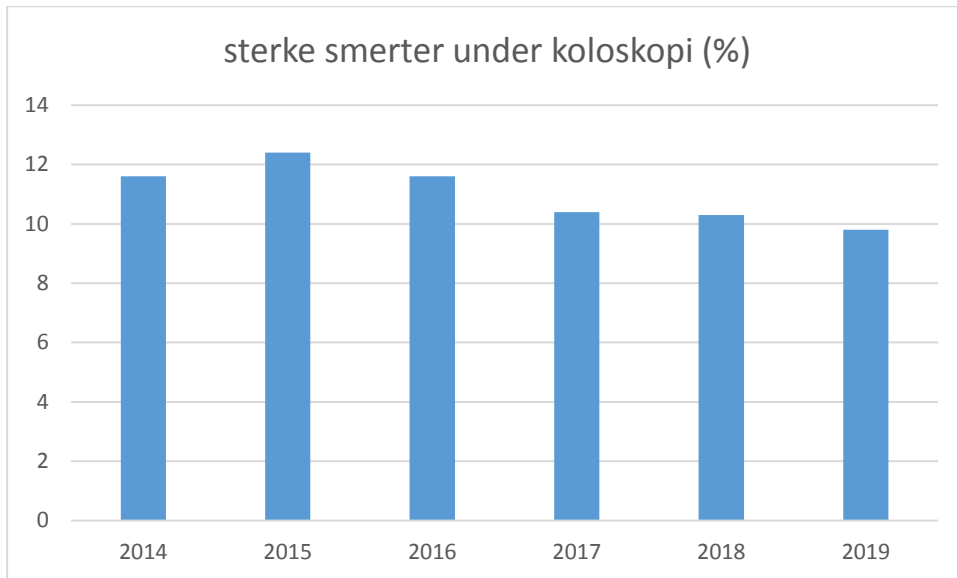


Figur 12

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.

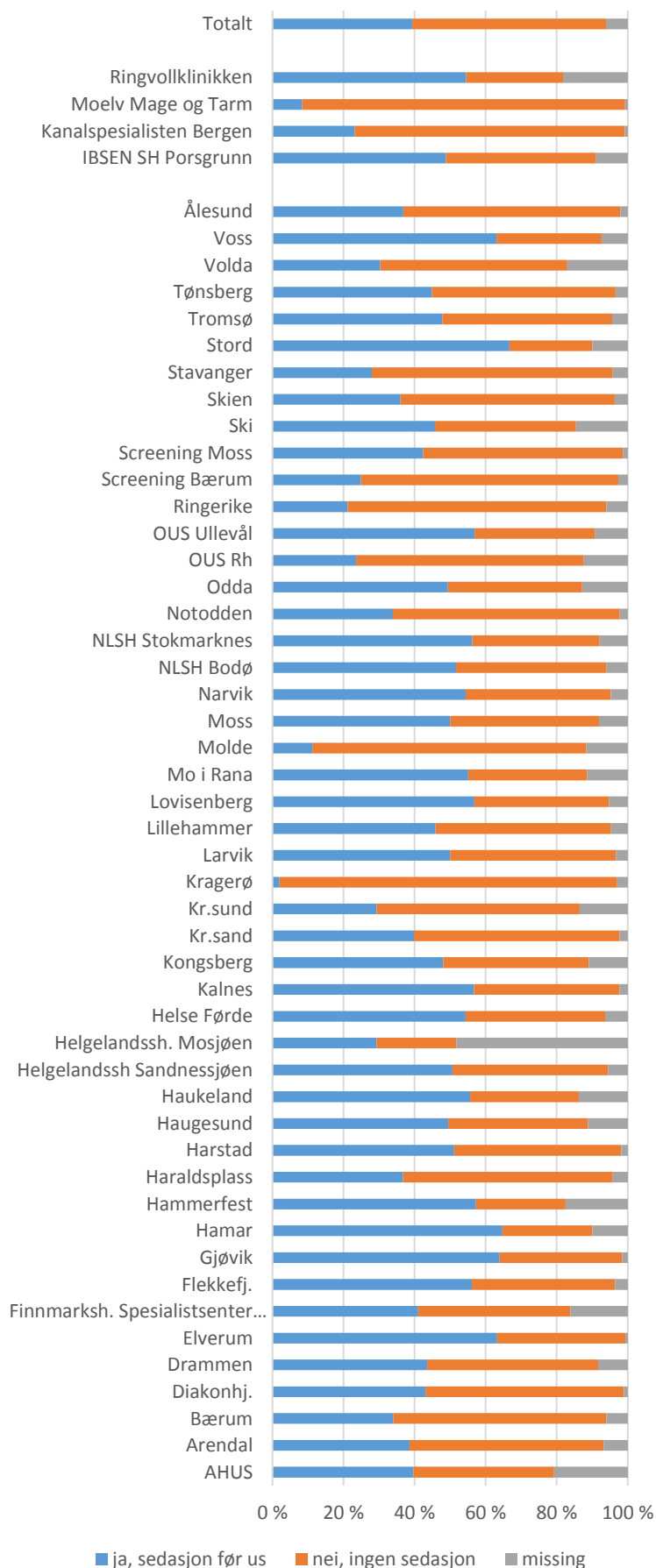
Det er stor variasjon av pasientopplevde sterke smerter blant koloskopisentrene. Alle sentre, men spesielt de som ligger over grensen på 15 % bør evaluere endoskopiteknikk og medikamentbruk!

Figur 13



Andelen av pasienter som innrapporterer sterke smerter under en koloskopi har falt sakte i løpet av de siste årene. Dette taler for at det er større fokus på forbedring av endoskopiteknikken.

Andelen av pasienter som fikk beroligende eller smertedempende medikamenter



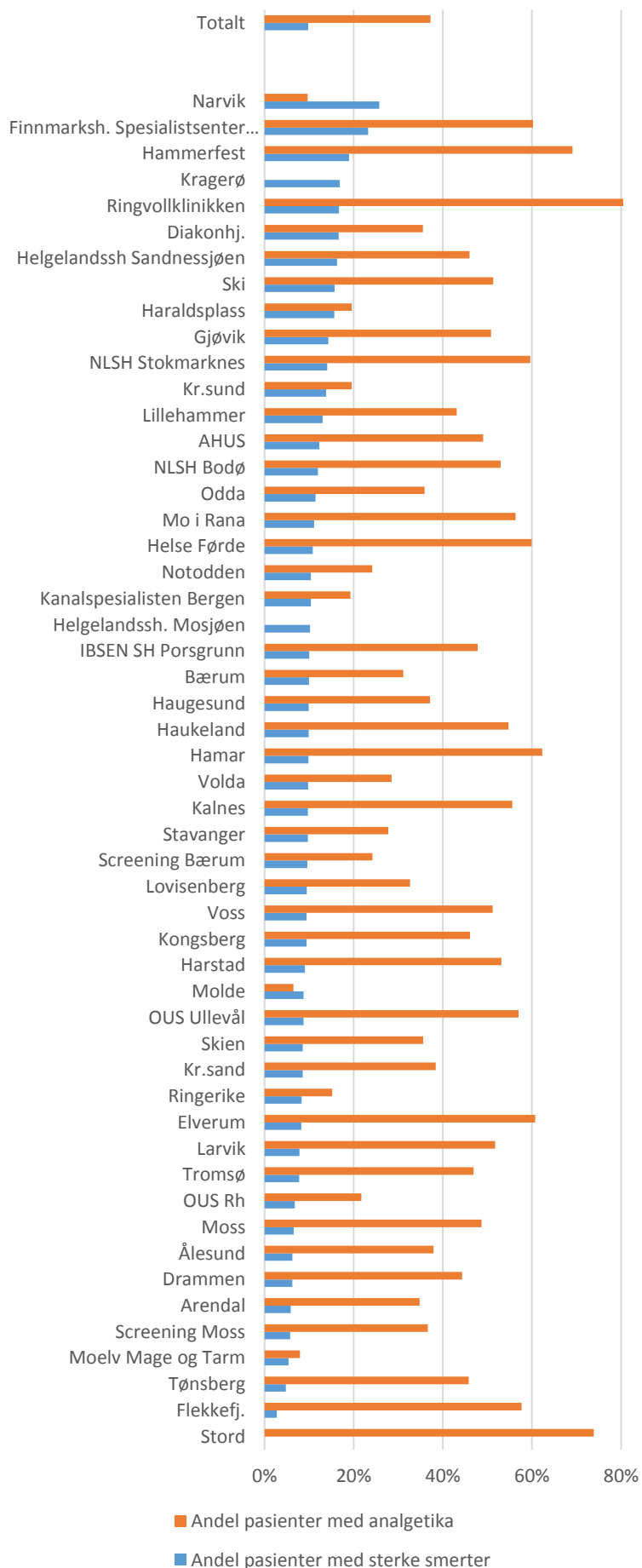
Figur 14

Man kan gi beroligende og/eller smertedempende medikamenter før eller under en koloskopi. Studier har vist at kvinner opplever denne undersøkelsen oftere som smertefull enn menn, spesielt etter en sykehistorie med underlivsoperasjoner.

Bruken av slike medikamenter varierer veldig mellom sentrene. Det er i og for seg ingen mål å øke medikamentbruken og det er ikke enkelt å forutse hvilken pasienter trenger smertestillende.

Se i denne sammenhengen også Figur 15.

Andel pasienter med sterke smerter og bruk av analgetika

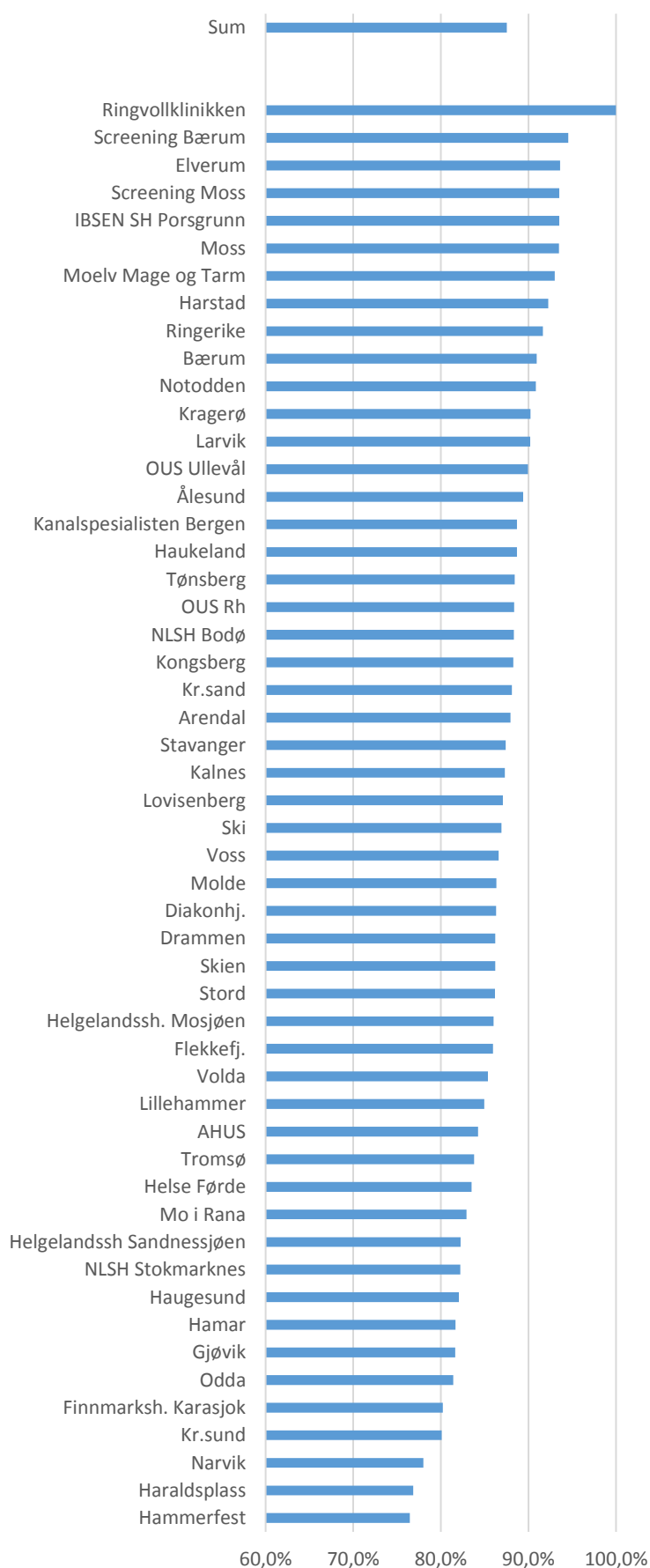


Figur 15

Viser andelen av pasienter som har angitt sterke smerter under koloskopien (blå søyler). De oransje søylene viser andelen av disse pasientene som har fått sterke smertemidler oftest før eller noen ganger under undersøkelsen (Fentanyl, Alfentanil).

Figuren gjør det klart at det foreligger liten sammenheng mellom medikamentell smertebehandling og opplevd smerte. Det er ingen grunn til å tro at noen sentre har en overvekt av «spesielt vanskelige koloskopier». Derfor er det rimelig å anta at endoskopiteknikken er hovedansvarlig for forskjeller i pasientopplevde smerter.

Andel pasienter svært fornøyd med behandlingen

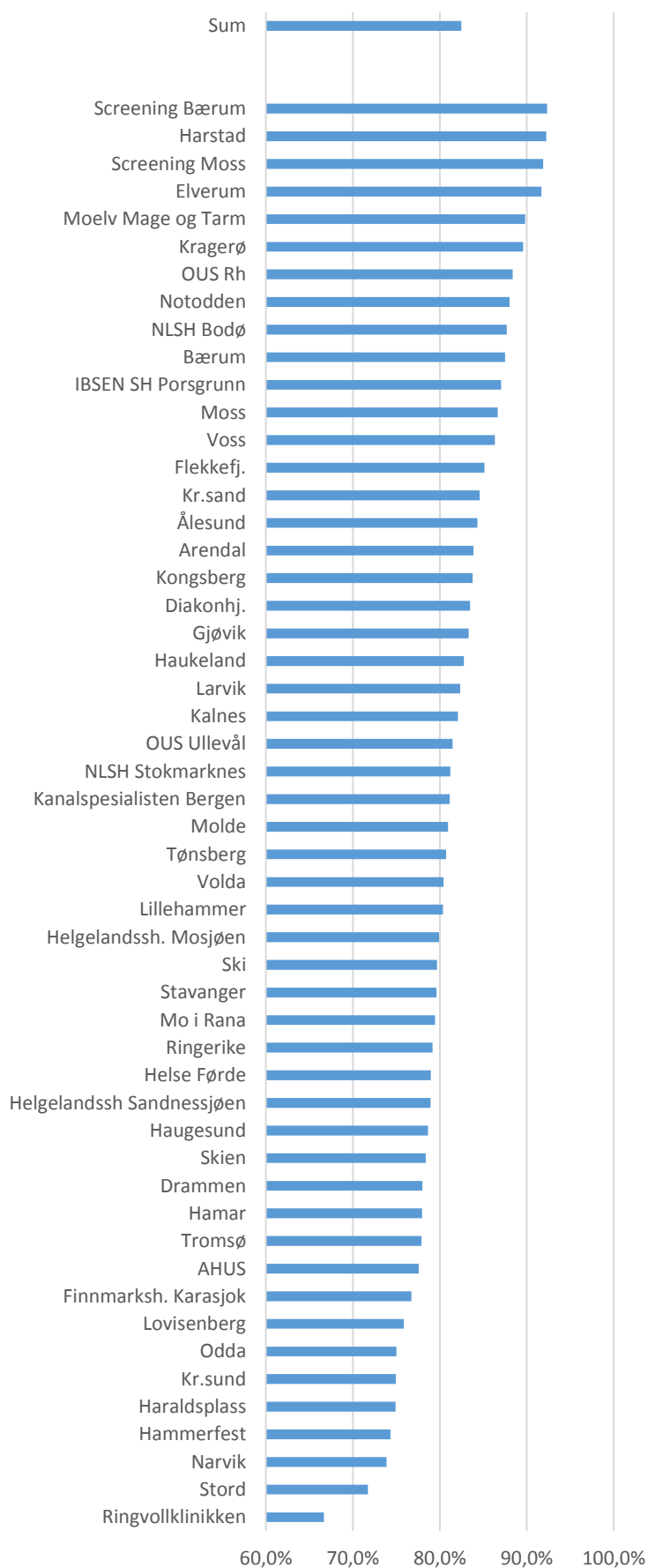


Figur 16

Flertallet av pasientene var svært fornøyd med behandlingen de fikk på koloskopisenteret. Sentre med noe lavere fornøydhetsgrad bør evaluere behandlingsrutinene.

Også i denne sammenhengen er datakvaliteten meget avhengig av innrapporteringen. Resultater av sentre som har registrert veldig få undersøkelser (se Tab.1) eller som har veldig lav pasientsvarprosent (se Fig. 1) er meget usikre. For eksempel er det lite sannsynlig at absolutt alle pasienter er svært fornøyd med behandlingen.

Andel pasienter svært fornøyd med informasjon



Figur 17

Flertallet av pasientene var svært fornøyd med informasjonen de fikk på koloskopisenteret. Sentre med noe lavere fornøydhetsgrad bør evaluere informasjonsrutinene. Dette gjelder både skriftlig informasjon før og etter undersøkelsen samt muntlig informasjon på behandlingssenteret.

Også i denne sammenhengen er datakvaliteten meget avhengig av innrapporteringen. Resultater av sentre som har registrert veldig få undersøkelser (se Tab.1) eller som har veldig lav pasientsvarprosent (se Fig. 1) er meget usikre.

Tab. 3 Uønskete hendelser etter koloskopi – ut fra pasientenes tilbakemeldinger

	Antall	Andel av pasientsvar (%)	
	2019	2019	2018
<i>Feber</i>	435	1,5	1,1
<i>Tarmblødning</i>	1373	4,7	3,1
<i>Magesmerter</i>	2816	9,6	6,4
<i>Kontaktet helsevesenet</i>	270	0,9	1,1

Pasienter kan gi tilbakemelding om plager som har oppstått etter koloskopiundersøkelsen. Tanken bak disse informasjonene er å ha en viss forestilling om komplikasjoner som kan ha oppstått. Alvorlighetsgraden av disse hendelsene gjenspeiles i en viss grad av andelen pasientene som har kontaktet fastlegen eller sykehuset i forbindelse med disse.

En korrekt vurdering av alvorlighetsgraden av komplikasjonene har vi dog ikke gjennomført. Dette er ikke mulig fordi pasienten sender svarskjemaet allerede dagen etter koloskopien. Koblinger mot Norsk pasientregister ble ikke gjort.