

Koloskopier registrert i Gastronet i 2018

Gert Huppertz-Hauss

20.5.19

Tabell 1. Antall koloskopier registrert per behandlingssted

RHF	HF	Behandlingssted	Antall koloskopier
Sør-Øst	AHUS	Lørenskog	898
		Ski	
		Kongsvinger	
	Diakonhjemmet	Diakonhjemmet	480
	Lovisenberg	Lovisenberg	
	OUS	RH	713
		Ullevål	2278
	Siv	Tønsberg	1747
		Larvik	167
	Sykehuset Innlandet	Elverum	357
		Gjøvik	
		Hamar	38
		Lillehammer	
		Tynset	
	Sykehuset Telemark	Kragerø	1180
		Skien	1560
		Notodden	823
	Sykehuset Østfold	Kalnes	1942
		Moss	459
		screening Moss	713
	Sørlandet Sykehus	Arendal	1050
		Flekkefjord	500
		Kristiansand	1630
	Vestre Viken	Bærum	1390
		screening Bærum	845
		Drammen	470
		Kongsberg	518
	Ringerike		
	Haraldsplass Diak. Sykehus	Haraldsplass Diak. Sykehus	1
Vest	Helse Bergen	Haukeland	789
		Voss	561
	Helse Fonna	Haugesund	225
		Odda	45
		Stord	437
	Helse Førde	Førde, Lærdal, Nordfjord	
	Stavanger US	Stavanger US	1945
Midt	Helse Møre og Romsdal	Kristiansund	667
		Molde	1103

		Volda	259
		Ålesund	867
	Helse Nord-Trøndelag	Namsos	
		Levanger	
	St. Olavs Hospital	Orkdal	
		Trondheim	
Nord	Finnmarkssykehuset	Alta	
		Hammerfest	374
		Karasjok	
		Kirkenes	
	Helgelandssykehuset	Mo i rana	
		Mosjøen	338
		Sandnessjøen	426
	Nordlandssykehuset	Bodø	463
		Gravdal	
		Stokmarknes	170
	UNN	Harstad	666
		Narvik	12
	Tromsø	818	
Private		Aleris Helse Oslo	22
		Kanalspesialistene Bergen	3761
		IBSEN Sykehuset Porsgrunn	
		Moelv Mage-Tarm-Senter	611
		Ringvollklinikken Oslo	
		Spesialistsenter Karasjok	189
Sum			34507

Vi har registrert en betydelig økning (34507 vs. 23510) av koloskopier rapportert til Gastronet i 2018 sammenlignet med 2017. Av de 59 offentlige behandlingsstedene har 39 (66%) rapportert til Gastronet. I tillegg har flere privat praktiserende gastroenterologer begynt å melde inn koloskopier. Tallene indikerer dog fortsatt at en stor del av sentrene registrerer bare en del av koloskopiene sine. Av de sentrene som ikke har meldt inn koloskopier i 2018 har flere begynt å gjøre det i 2019.

Kvaliteten av koloskopidata som presenteres i de følgende figurene er sterkt avhengig av fullstendig rapportering. Data fra sentre med få registrerte prosedyrer er derfor meget usikre.

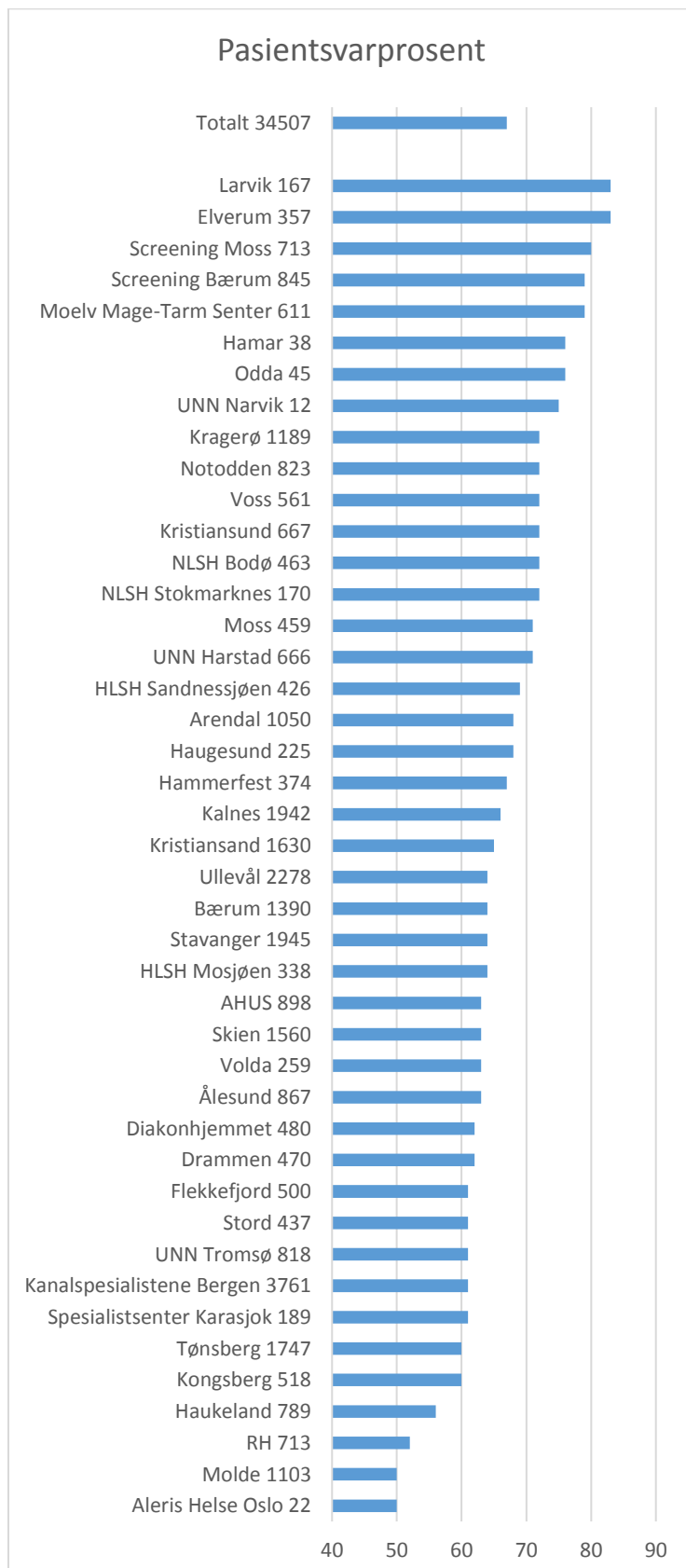
Tab. 2 Utvikling av dekningsgraden 2014 til 2018

Dekningsgrad 2014-2018 (i prosent)					
	2014	2015	2016	2017	2018*
Koloskopi					
H Sør-Øst	41,4	40,9	48,9	52,3	63,7
H Vest	9,5	18,4	14,6	16,2	47,3
H Midt	20,6	21,4	22,3	31,1	30,8
H Nord	10	8,3	34	42,8	47,1
Private s.h.	10,8	4,5	12,1	4,4	
Total	28,5	29,2	36,5	39,4	49,7

*Estimert etter NPR (Norsk pasientregister) data fra 2017

Et kvalitetskrav for norske kvalitetsregistre i helsevesenet er en dekningsgrad helst over 80%. Vi har altså fortsatt en vei å gå. Vi regner med at innføring av økonomiske incentiver for registrering i Gastronet fra 1.1.2019 vil føre til ytterligere forbedring.

Fig. 1 Prosentandelen av koloskopier der pasientene besvarte pasientspørreskjemaet

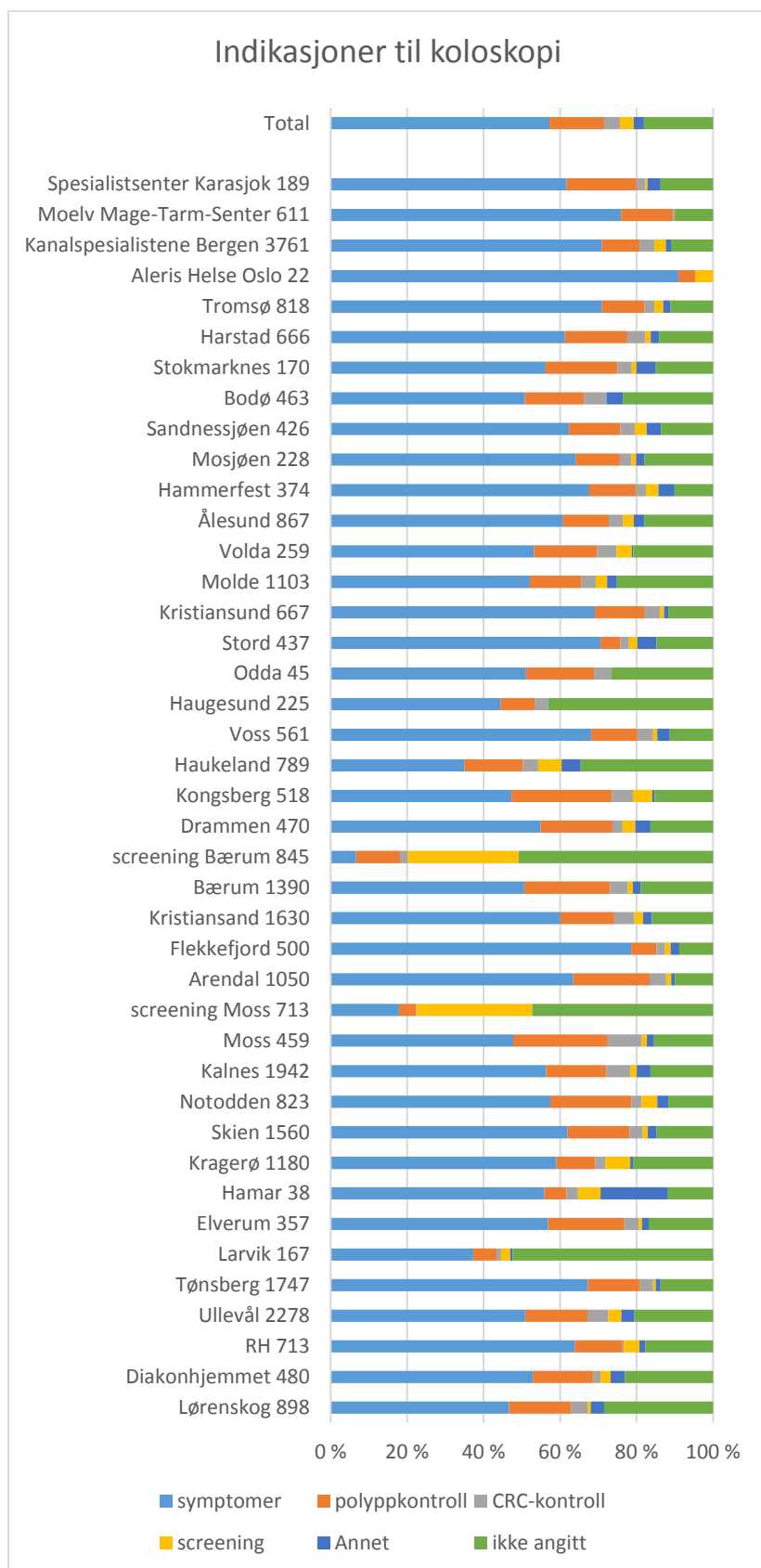


Gjennomsnittlig 67% av alle pasienter registrert med koloskopi i Gastronet, har besvart pasientspørreskjemaet om opplevelsen av koloskopien og informasjonen rundt den. Dette er et godt resultat. Variasjonen er dog stor mellom sentrene. Det oppfordres til å utlevere spørreskjemaet til alle pasienter. Høyere svarprosent gir mer korrekt resultat.

Flere sentre har innlevert færre koloskopiskjemaer enn vi har fått pasientsvar. Det tyder på at koloskopiskjema ikke blir fylt ut og innsendt av alle leger.

Tallene bak senternavnet representerer antall registrerte undersøkelser i Gastronet. Variasjonen av disse tallene gjenspeiler til dels variasjon i senterstørrelse, men også variasjon i registreringen i Gastronet som er til dels veldig lav.

Fig. 2 Indikasjoner til koloskopi



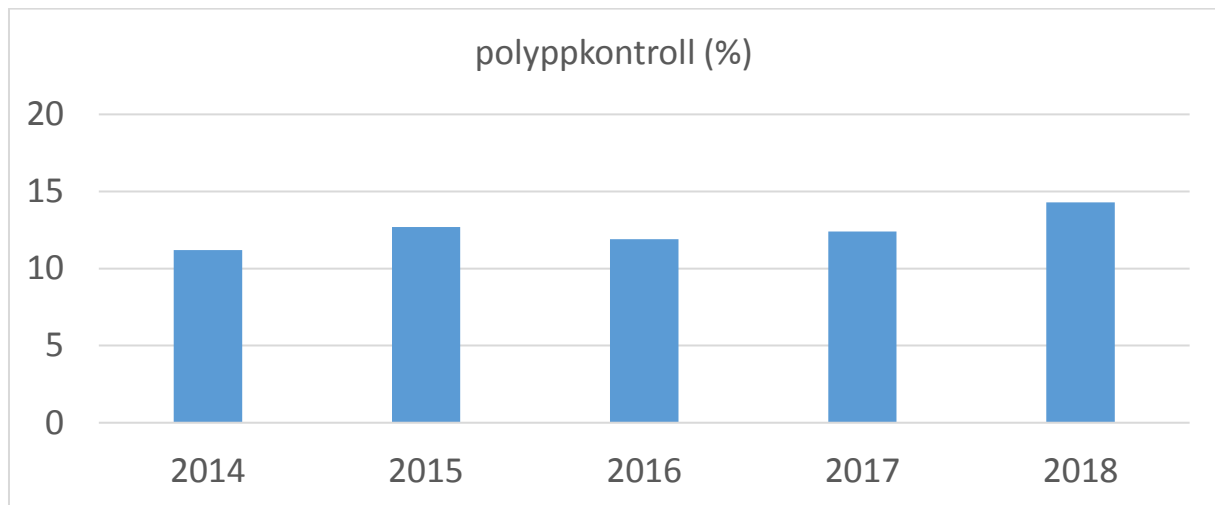
Figuren viser fordeling av indikasjoner til koloskopi. Bildet har vært vesentlig uforandret over mange år med ca. 60% undersøkt pga symptomer – uten at symptomer er nærmere spesifisert.

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 > polypp kontroll > IBD kontroll > screening > annet. CRC betyr kolorektal cancer (tarmkreft)

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

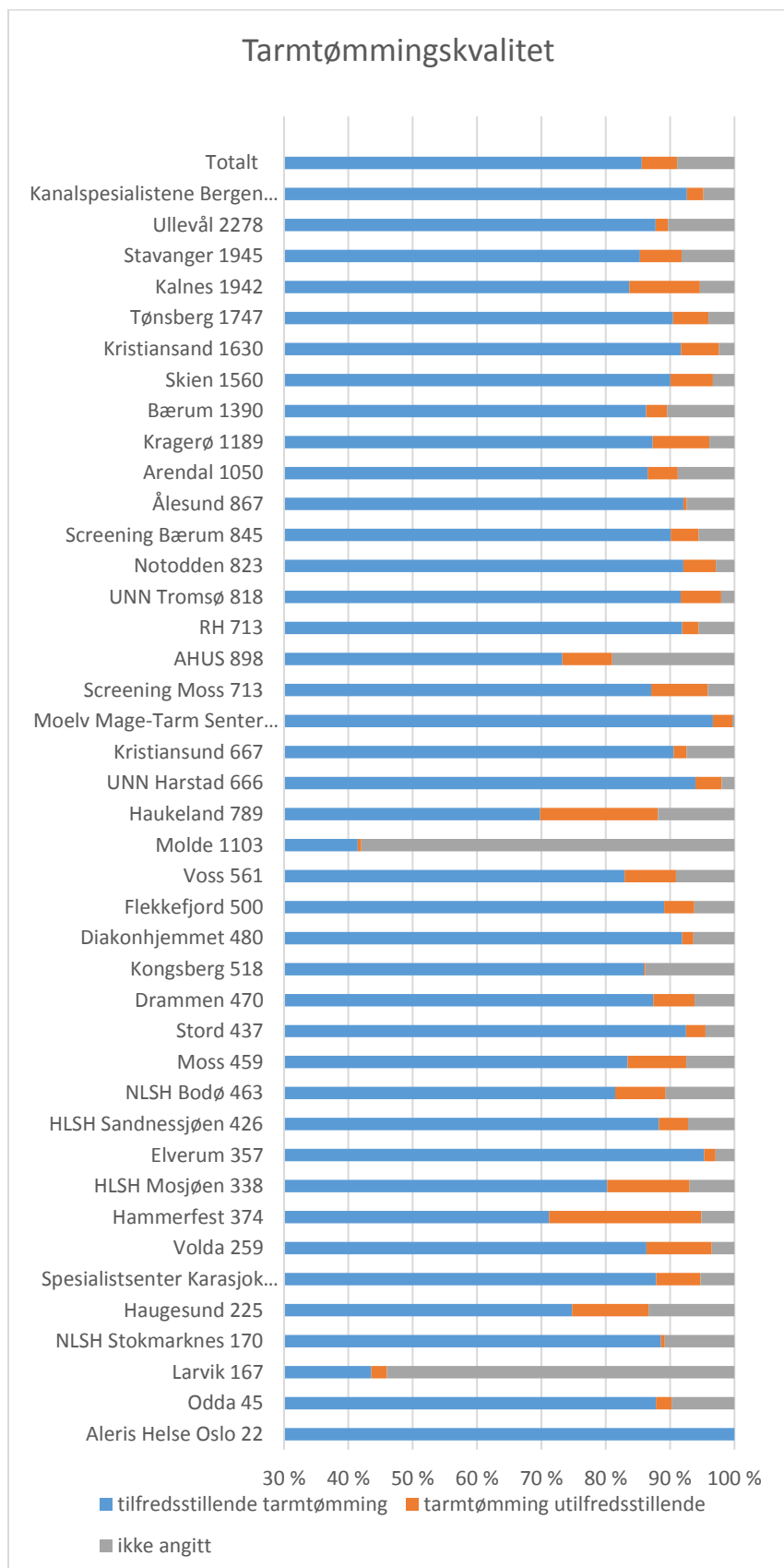
Fig. 3 Indikasjon «polyppkontroll» - utvikling 2014-2018



Andelen av polyppkontroller blant alle koloskopiindikasjoner har vært i stor grad konstant i løpet av de siste 5 årene. Det må regnes med at denne andelen kan stige etter innføring av nasjonalt screeningprogram for kolorektal cancer.

Fig. 4 Tarmtømmingskvalitet per senter (Boston Bowel

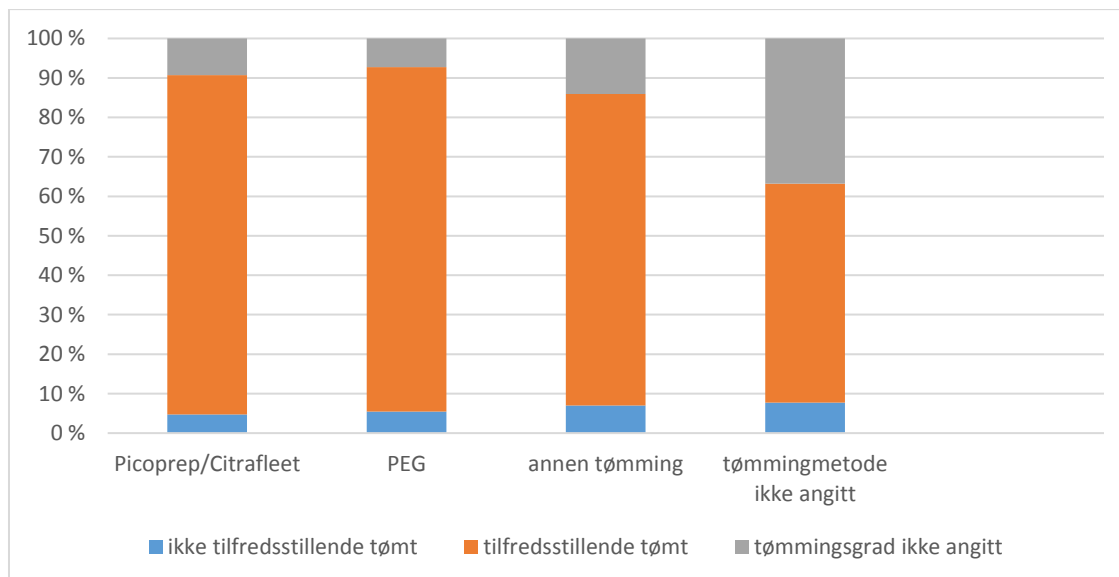
Preparation Scale)



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. Dersom dette ikke nås i minst 90% av endoskopiene ved et senter, bør senteret endre tømmingsregimet eller bruksanvisningen for pasienten. Figuren viser at andelen ligger under 90% ved mange sentre. Samtidig er denne informasjonen ikke angitt i forbindelse med en rekke koloskopier. Den andelen er spesielt høy ved noen sentre.

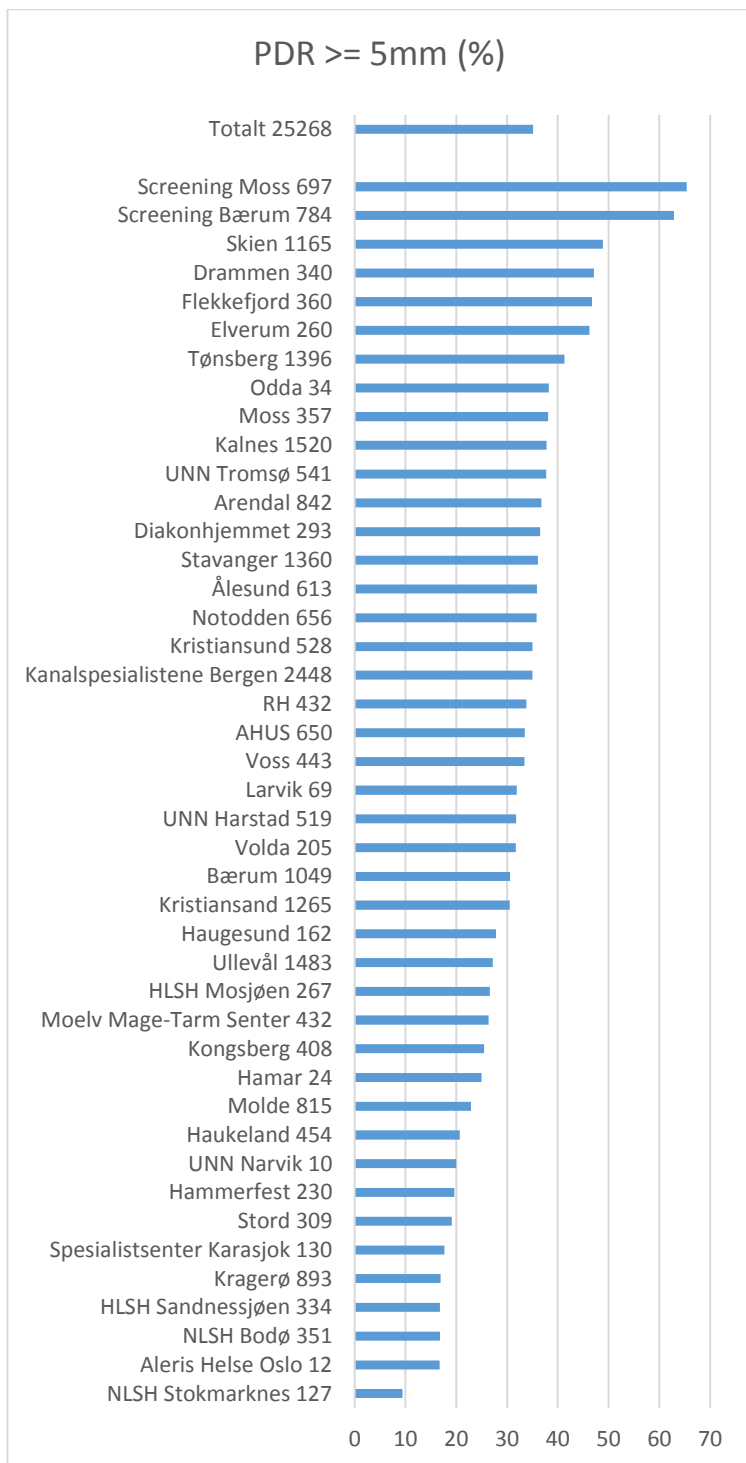
Dette viser at datakvaliteten avhenger av fullstendig rapportering.

Fig. 5 Tømmingsresultat avhengig av tømmingsmetode (legesvar-skjemaversjon 47)



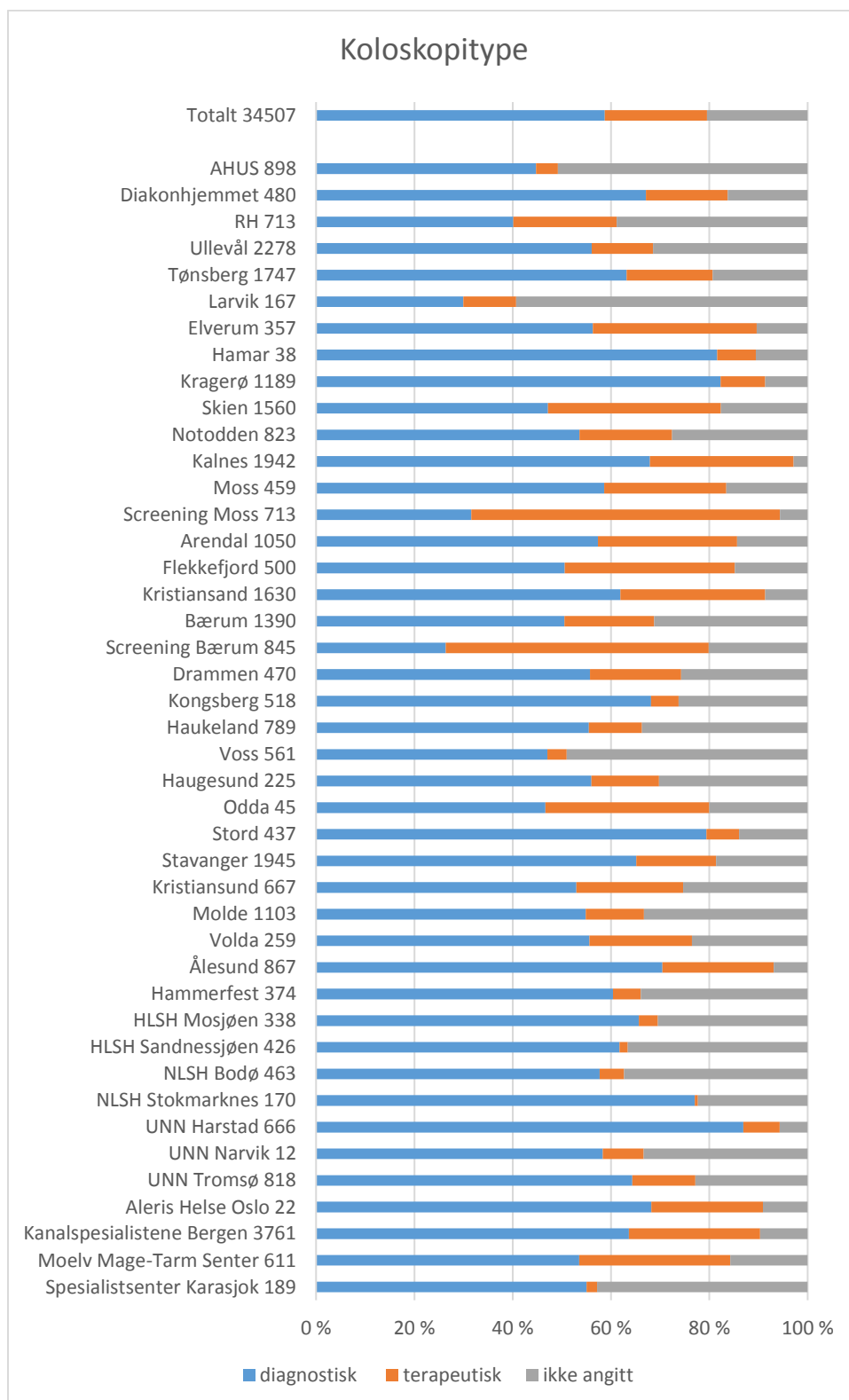
I dette diagrammet ble bare de undersøkelsene tatt med som ble registrert med siste versjon av koloskopikjemaet (versjon 47). Flertallet av pasientene (15454) brukte Picoprep/Citrafleet til tarmtømming, mot 4575 som brukte Polyetylenglykol (PEG) og 1223 som brukte alternative og ikke nærmere beskrevne metoder. Tømmingsresultatet for Picoprep/Citrafleet og PEG var like tilfredsstillende.

Fig. 6 Polyppdeteksjonsrate (PDR, polypper \geq 5mm, pas. \geq 50 år)



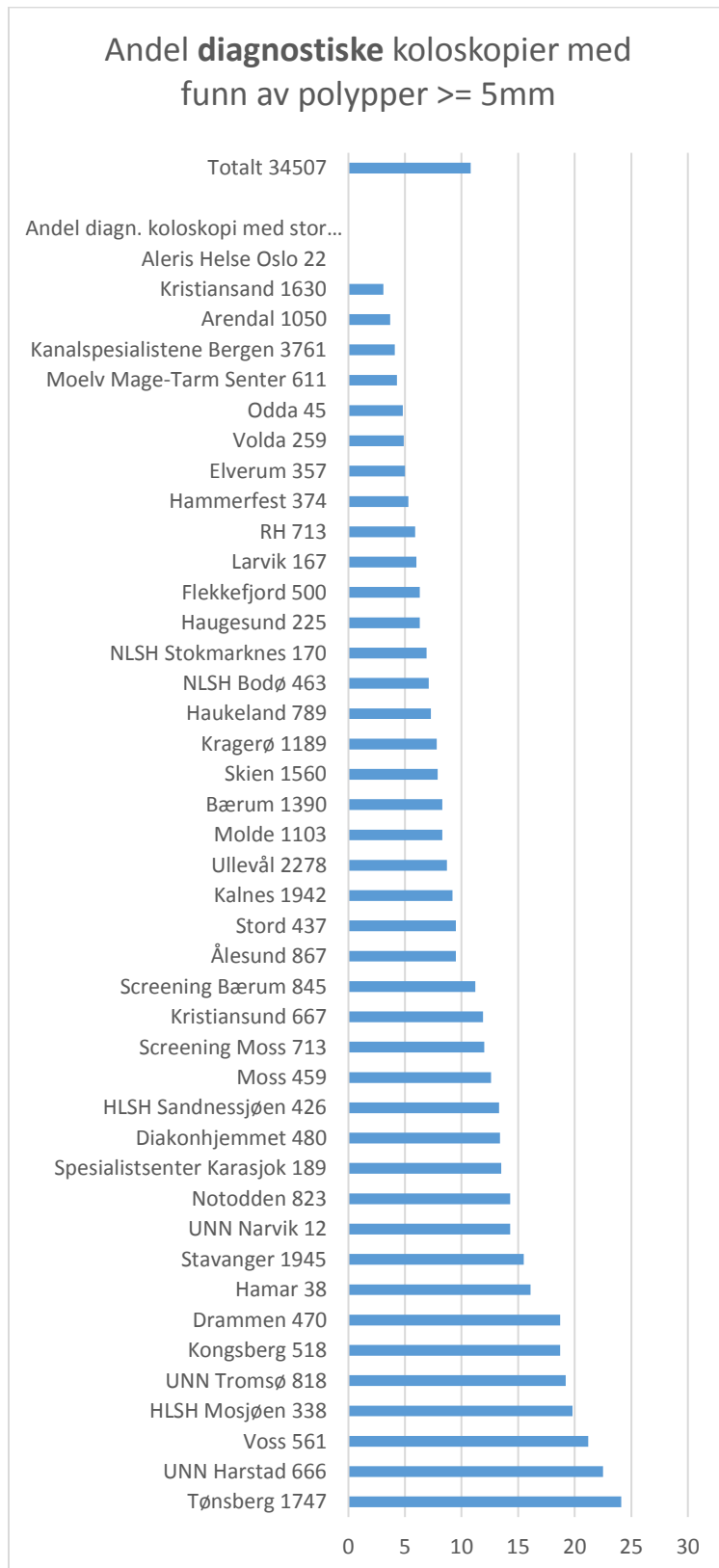
Figuren viser andelen av koloskopier der det ble funnet minst en polypp med en diameter på 5mm eller større hos pasientene som er minst 50 år (anbefalt adenomdeteksjonsrate i litteraturen baserer seg på pas. over 50 år) Screeningsentrenes resultater må sees på adskilt fra de andre fordi pasientene som ble koloskopert der, har fått påvist blod i avføringen eller adenomer i en sigmoidoskopi på forhånd. PDR 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.

Fig. 7 Koloskopitype – diagnostisk eller terapeutisk



Terapeutisk koloskopi: Koloskopi med en eller annen form for behandling, for det meste fjerning av polyper. **Diagnostisk koloskopi:** Koloskopi uten terapi, men det tas ofte biopsier (vevsprøver) ved diagnostisk koloskopi. Ved screeningsentre er andelen av terapeutiske koloskopier som forventet høyere enn ved kliniske sentre.

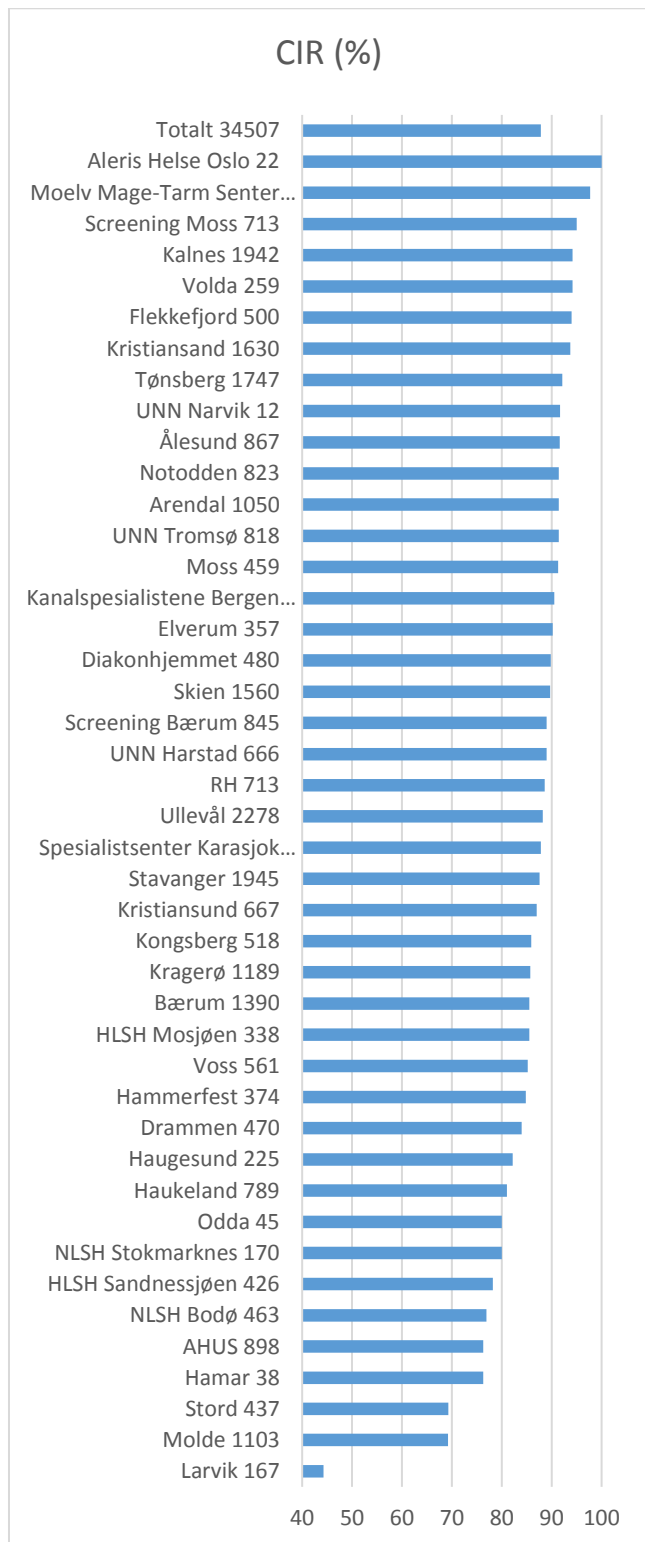
Fig 8 Andel diagnostiske koloskopier med funn av store polypper



Polypper med en diameter over 3mm skal fjernes med slynge for å unngå ufullstendig fjerning. Det betyr at koloskopiundersøkelser med funn av store polypper i utgangspunktet er terapeutiske med mindre man bestemmer seg for å behandle disse polyppene senere.

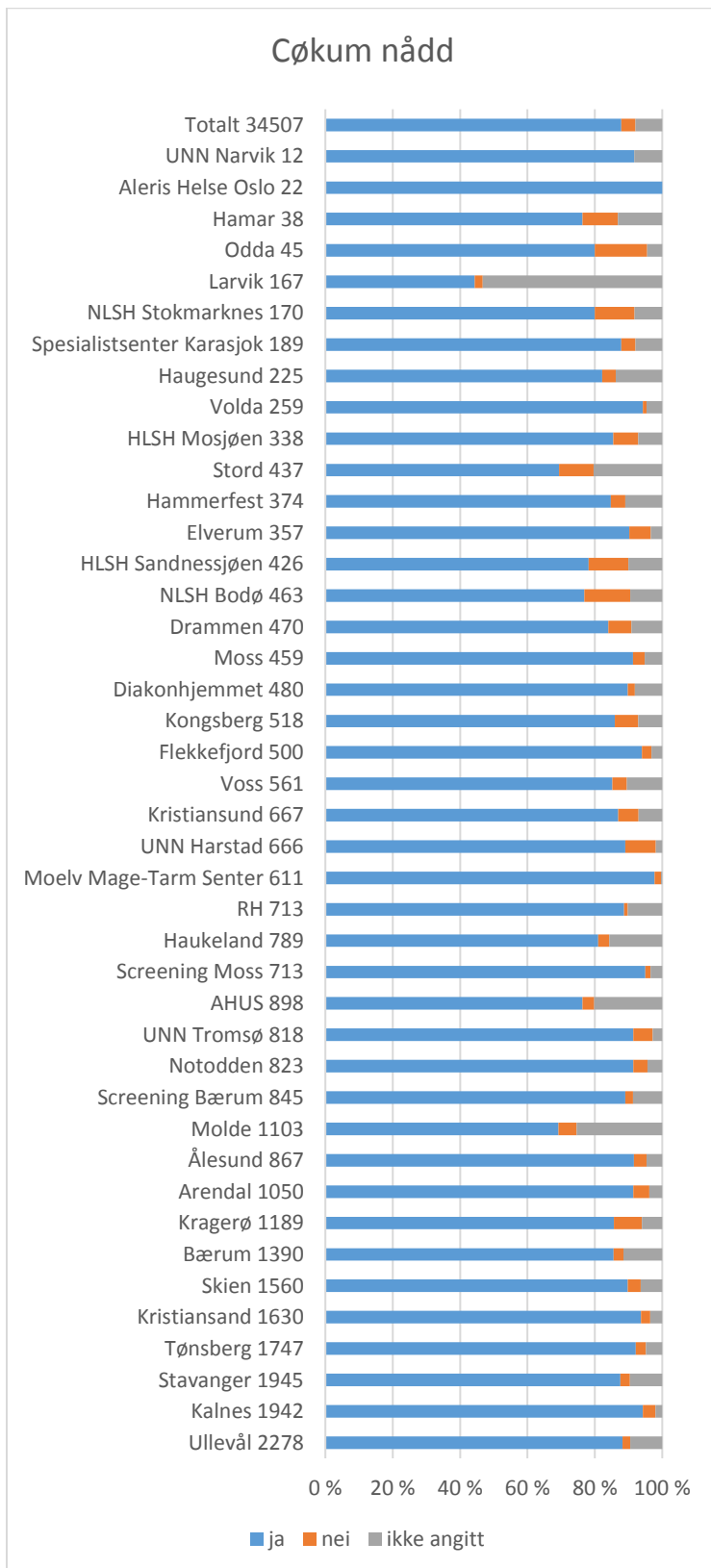
Variasjonen av andelen av diagnostiske koloskopier med funn av store polypper er stor mellom sentrene. Dette kan skyldes feilregistrering. Sentrene må dog også vurdere om polyppektomi-teknikken må evalueres siden funn av store polypper nesten alltid fører til en terapeutisk prosedyre.

Fig. 9 Cøkumintubasjonsrate (CIR) (%)



Andel av koloskopiene der cøkum ble intubert og inspisert. Denne andelen bør ligge over 90%. Ved lavere CIR 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 og/eller en høy andel av undersøkelser der CIR ikke er angitt. Tallene ved siden av senternavn gjengir antall koloskopier registrert i Gastronet. Få registrerte prosedyrer gjør at resultatet er meget usikkert.

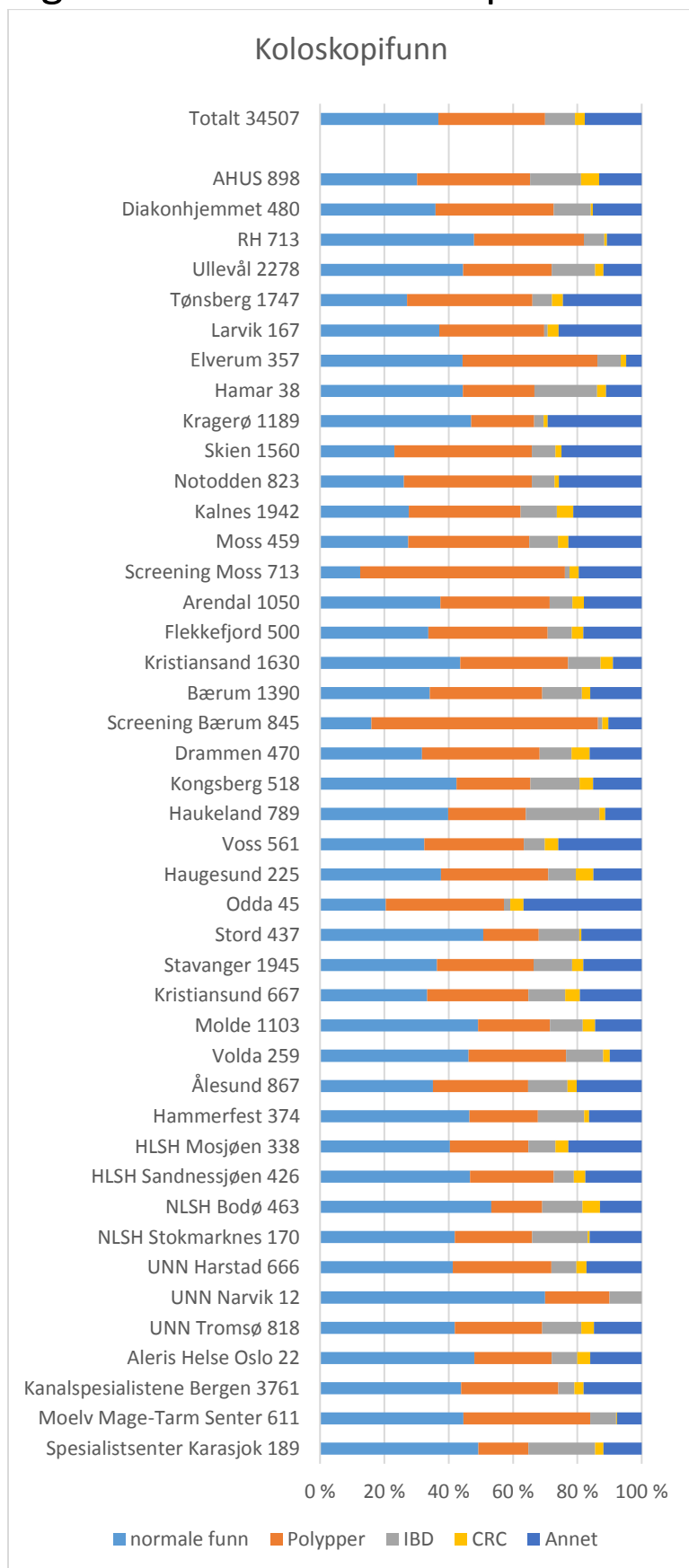
Fig. 10 Cøkumintubasjonsrate (CIR) med «missing values»



Legesvarskjema har blitt utfyllt ufullstendig ved en del sentre. Det reduserer datakvaliteten betydelig.

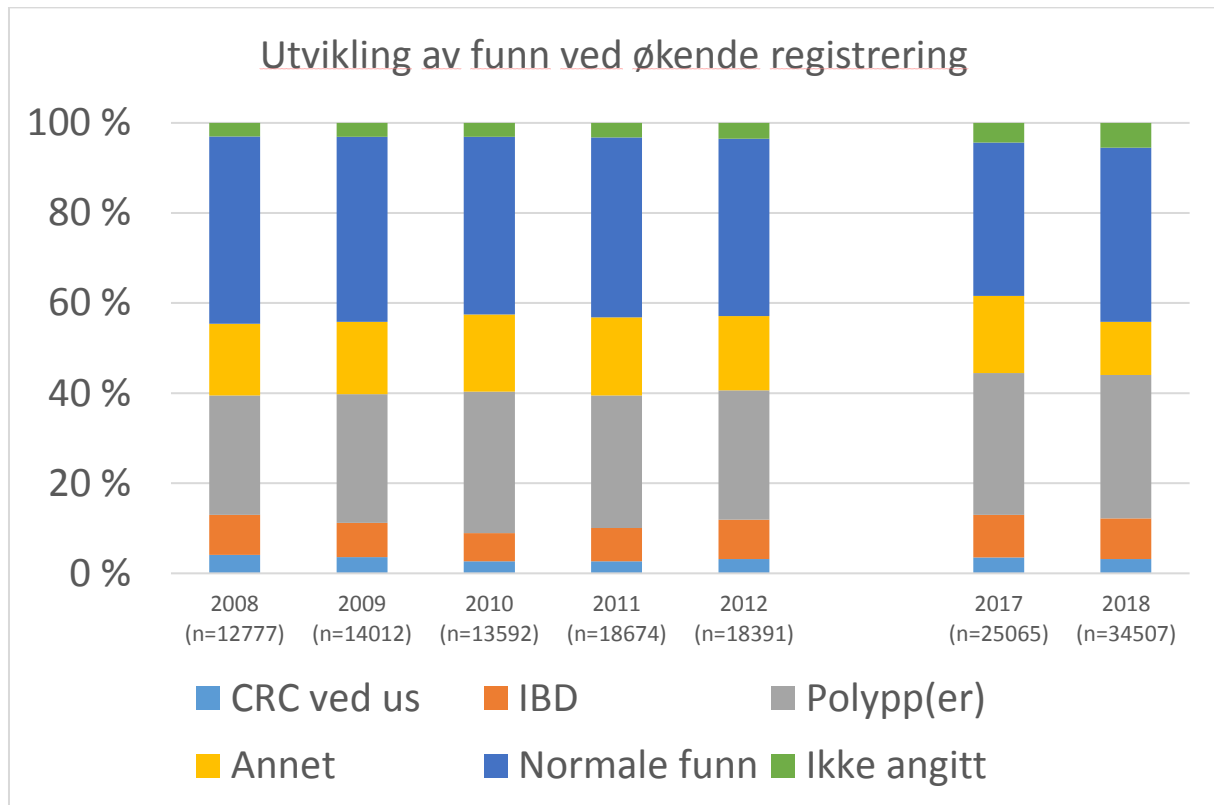
Vi må regne med at andelen av strevsomme og vanskelige koloskopier hvor cøkum ikke ble nådd, er høyere der informasjon om CIR ikke er angitt.

Fig. 11 Funn ved koloskopi



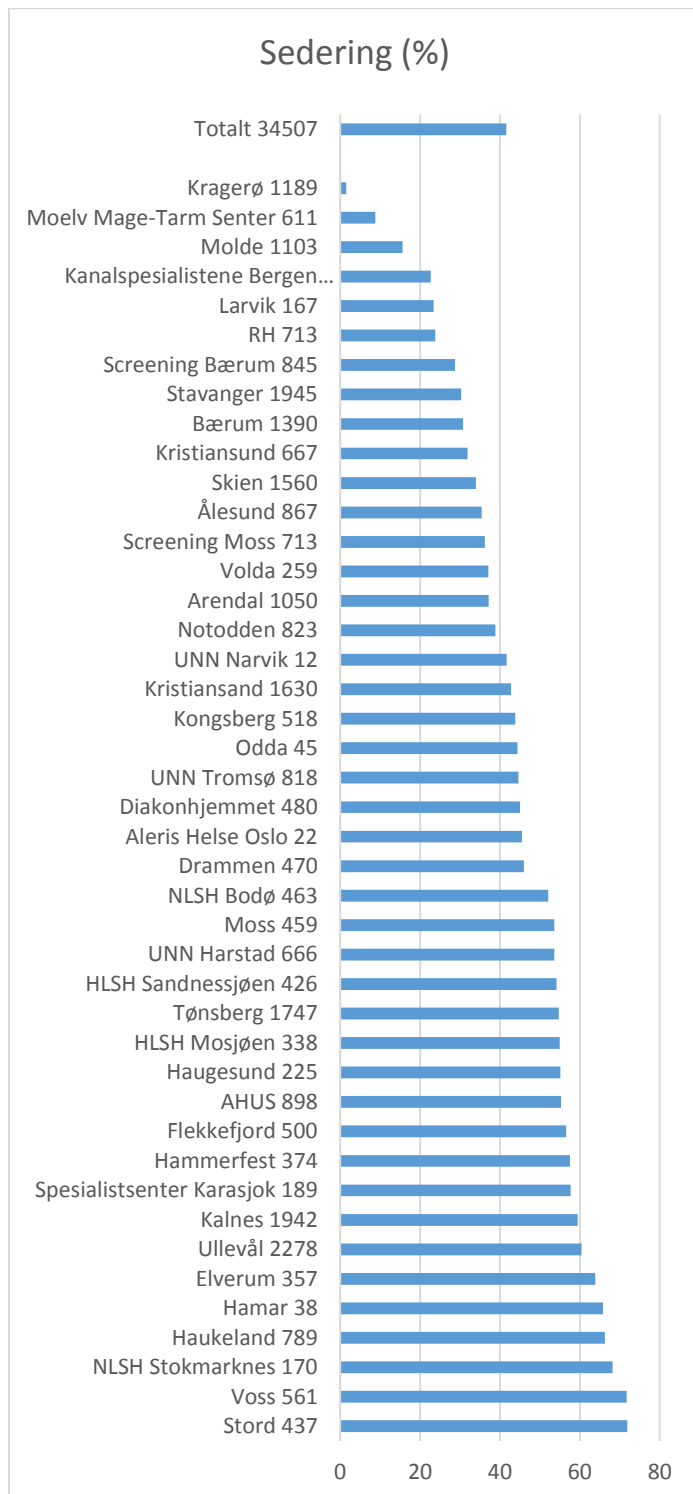
Figuren viser andelen av koloskopier med normale funn og med funn av polypper, inflammatorisk tarmsykdom (IBD), cancer eller andre ikke nærmere spesifiserte funn. Fordelingen av disse funnene varierer ikke stort mellom sentrene bortsett fra at screeningsentrene har – som forventet – en høyere andel av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

Fig. 12 Blir det flere «unøvendige koloskopier» over tid?



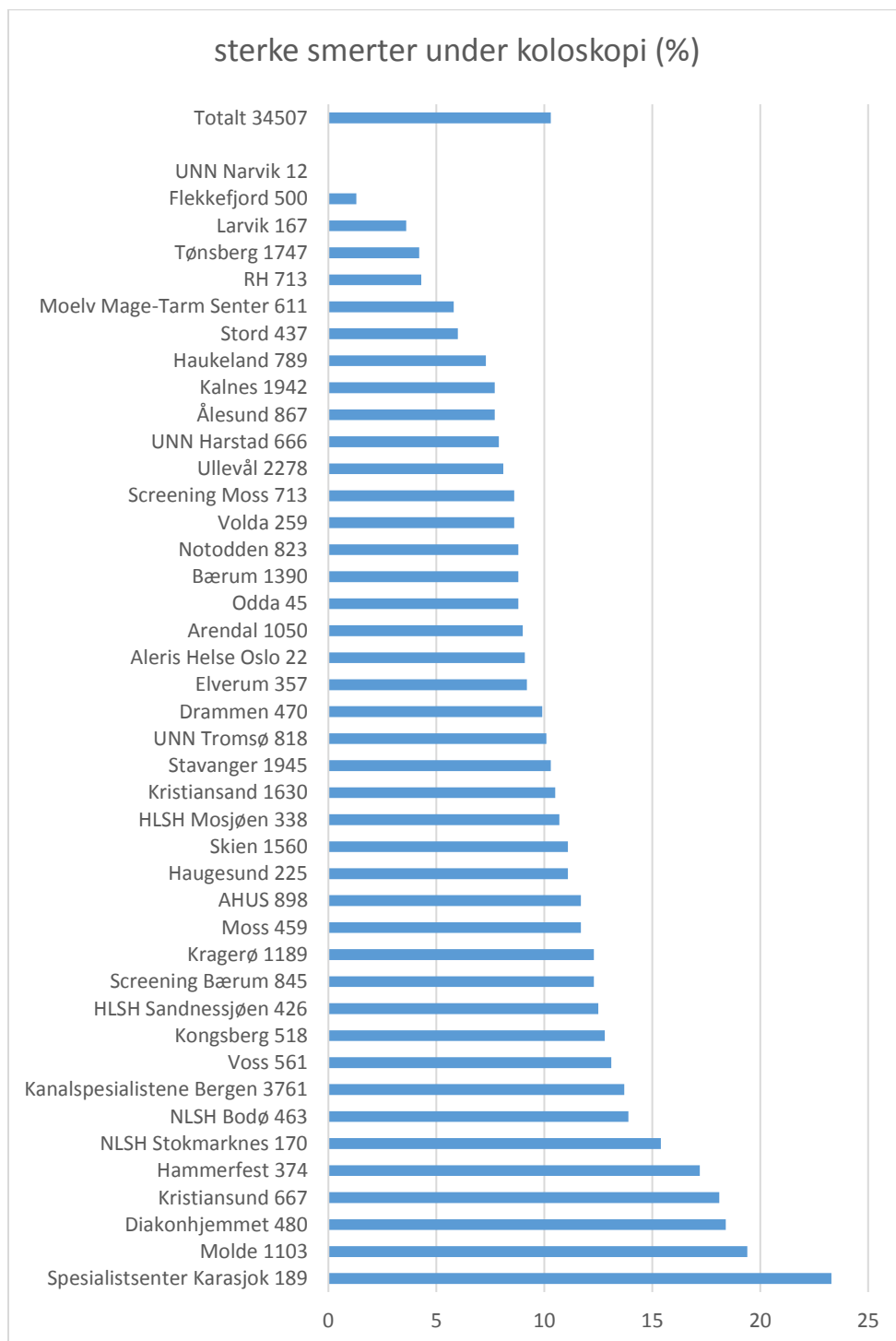
Antallet koloskopier som gjennomføres i Norge per år har økt betydelig i løpet av de siste 20 årene (fra 10.000 til nærmere 100.000 per år). Ingen vet hva som er det «riktige» tallet og når nok er nok. Noen hevder at det blir utført for mange koloskopier og det er skjevheter mellom ulike regioner i Norge. Figuren viser andelen av undersøkelser med normale og med signifikante funn i årene med økende koloskopital i Norge og økende registreringer i Gastronet (i parentes under søylene). Foreløpig kan vi ikke se at andelen koloskopier med normale funn øker i vesentlig grad.

Fig. 13 Sedering før eller under koloskopiundersøkelsen



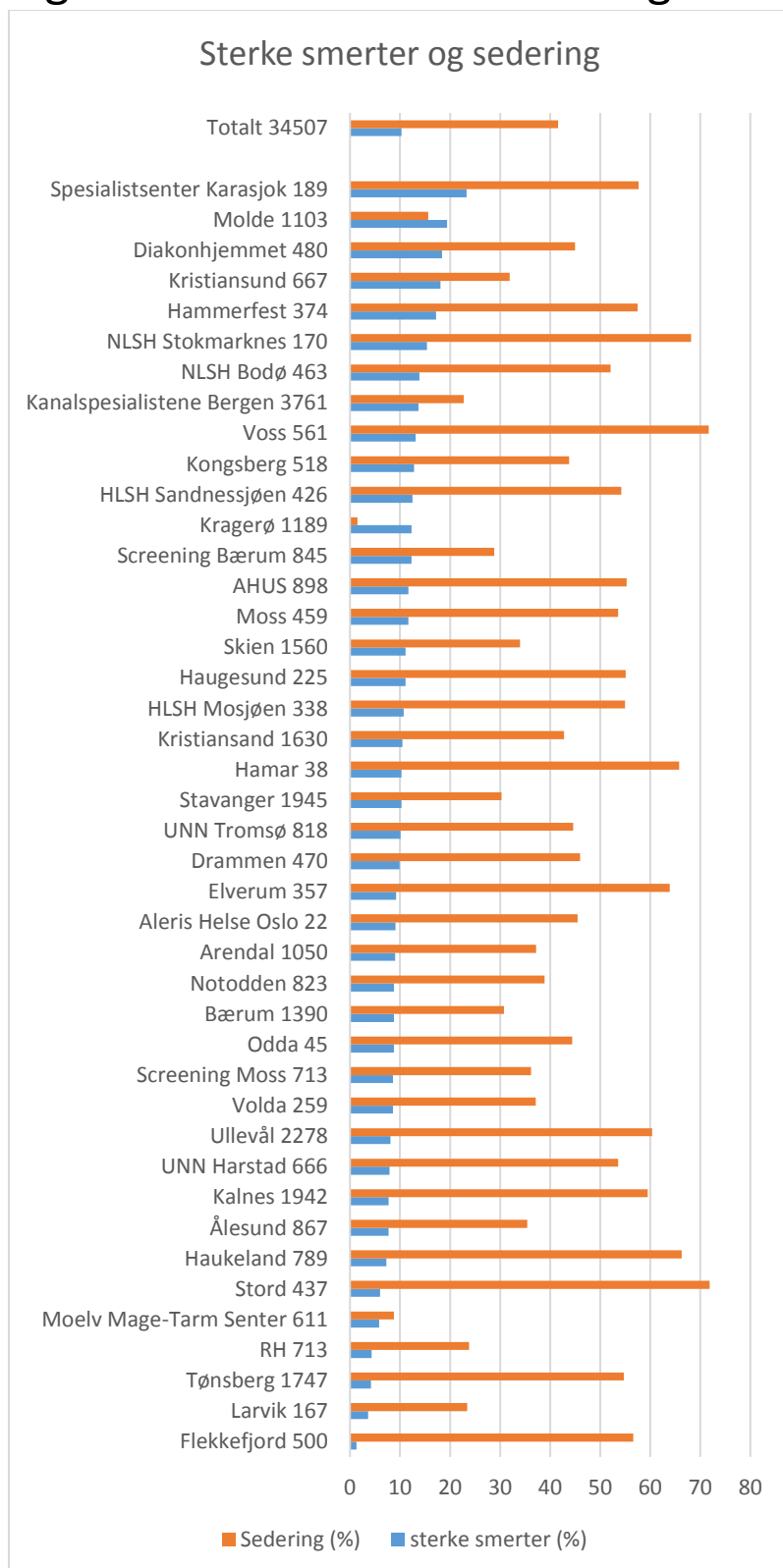
Variasjon av bruken av sedering og/eller smertebehandling under en koloskopi er stor. (Tallene bak senternavn angir antallet registrerte koloskopier per senter i Gastronet, lave tall indikerer ufullstendig registrering).

Fig. 14 Smerter under koloskopi



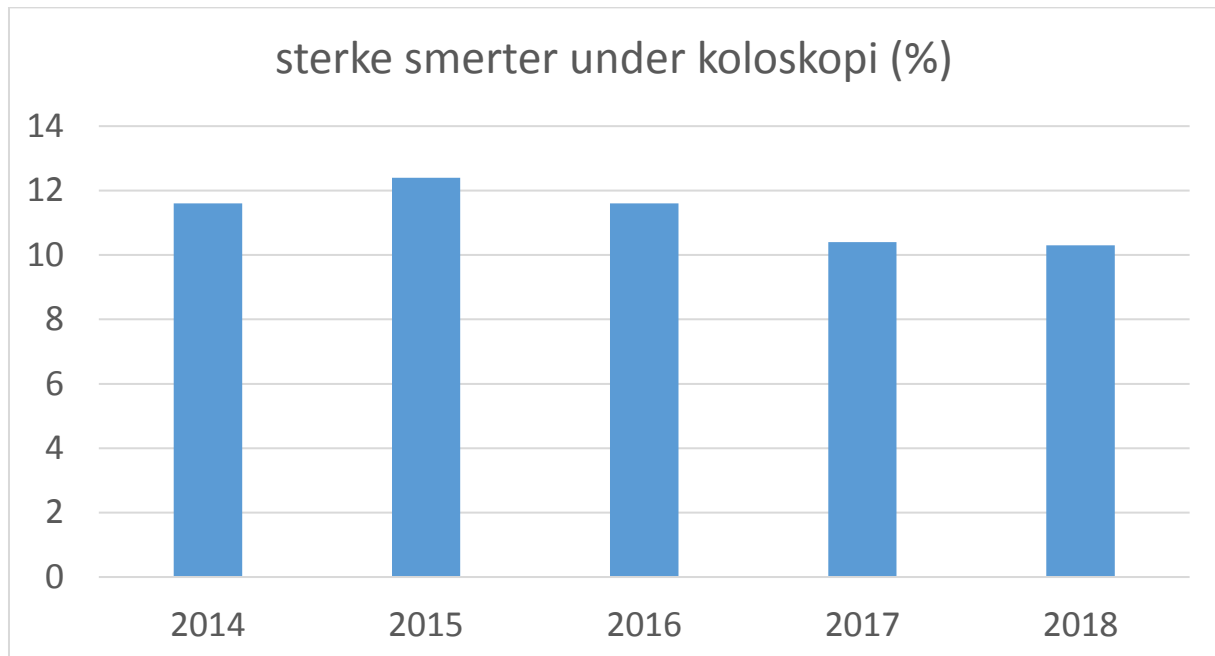
I en viss andel av koloskopiundersøkelser opplever pasienter sterke smerter. Denne andelen skal ligge under 15%, helst under 10%. Forbedring av koloskopiteknikken og riktig bruk av sedativa/analgetika under koloskopien hjelper å redusere denne andelen. Alle sentre, men spesielt de som ligger over grensen på 15 % bør evaluere endoskopiteknikk og medikamentbruk! (Tallene i parentes gjengir koloskopier i Gastronet, pasientsvarprosent se Fig. 1)

Fig. 15 Andel sterke smerter og bruk av sedering



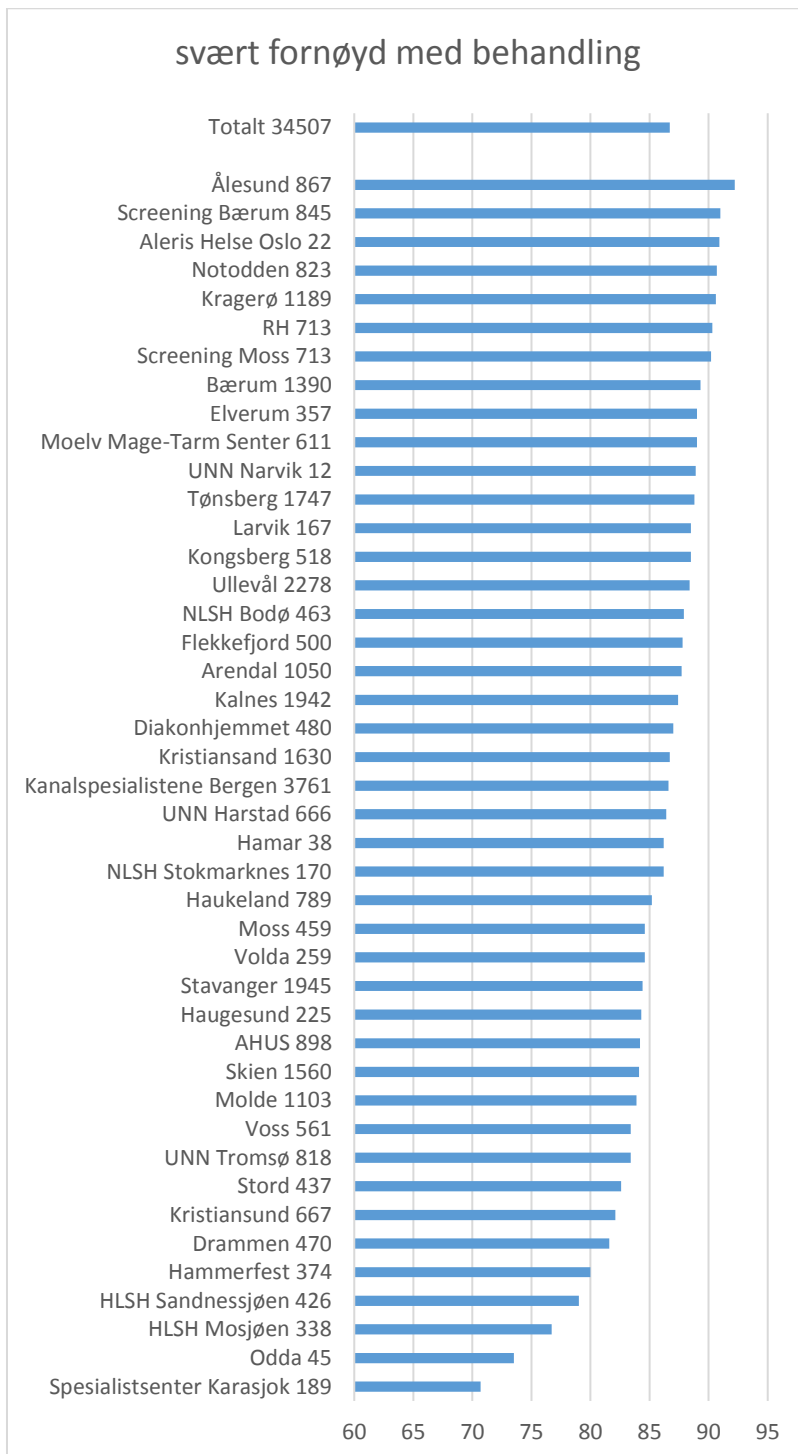
Sammenligning av koloskopiandelen der pasienter opplevde sterke smerter med bruk av sedativa/analgetika i %. Høy medikamentbruk samsvarer ikke med lav andel med sterke smerter. Det tyder på at god endoskopiteknikk er vesentlig for pasientopplevde smerter under en koloskopi.

Fig. 16 Andel av koloskopier med pasientrapporterte sterke smerter – utvikling de siste 5 år



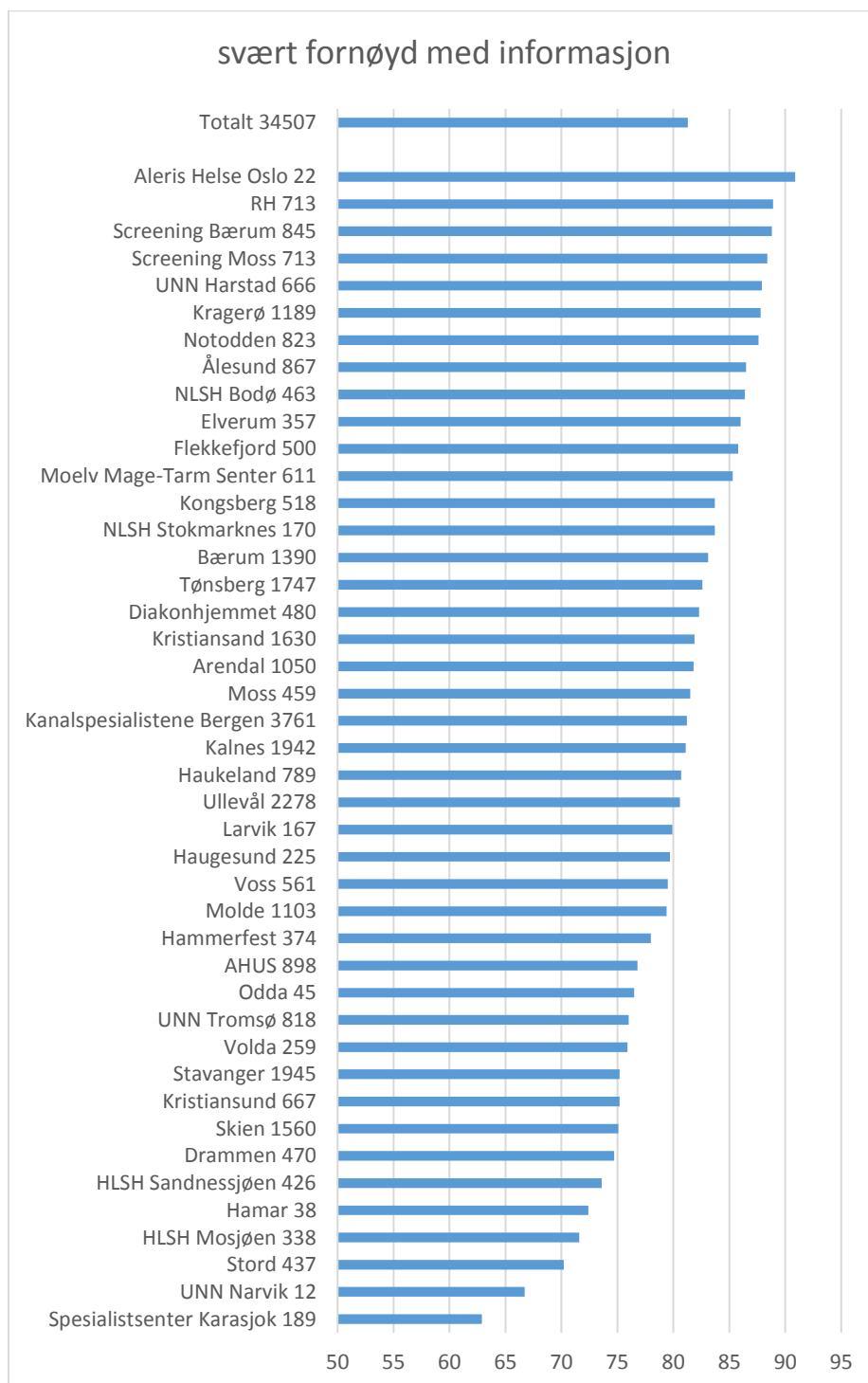
Andelen av koloskopier som pasientene opplever med sterke smerter faller sakte. I alle helseregioner etableres endoskopiskoler som tilbyr kurs for nybegynnere, men også for erfarne endoskopører. Slike «upskill kurs» er egnet til å forbedre endoskopiteknikken der det er behov. Det er aldri for sent!

Fig. 17 Pasientenes fornøydhetsgrad med behandling på senteret



Flertallet av de koloskoperte pasientene var svært fornøyd med behandlingen de fikk på senteret. Sentre med noe lavere fornøydhetsgrad bør evaluere behandlingsrutinene. Tallet etter navnet på hvert skopisenter er antallet registrerte koloskopier, ikke antallet pasientsvarskjema. For pasientsvarprosent se Fig. 1!

Fig. 18 Pasientenes fornøydhetsgrad med informasjonen



Flertallet av de koloskoperte pasientene var svært fornøyd med informasjonen de fikk før og etter koloskopien. Sentre med noe lavere fornøydetsgrad bør evaluere informasjonsrutinene (Informasjonsskriv og samtaler etter undersøkelsen). Tallet etter navnet på hvert skopisenter er antallet registrerte koloskopier, for pasientsvarprosent se Fig. 1!

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

	Antall	Andel av pasientsvar (%)
<i>Feber</i>	247	1,1
<i>Tarmblødning</i>	696	3,1
<i>Magesmerter</i>	1442	6,4
<i>Kontaktet fastlege/legevakt</i>	113	0,5
<i>Kontaktet sykehuset</i>	134	0,6

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 pasienter som har kontaktet fastlegen eller sykehuset i forbindelse med disse. Vi har dog ikke gjennomført en eksakt komplikasjonsvurdering.