

**VARETAGELSE AF ENDOSKOPIER HENVIST FRA HOSPITALERNE I REGION HOVEDSTADEN**

Aftale inden for specialet kirurgi og intern medicin i henhold til § 64 i overenskomst om speciallægehjælp

**§ 1 Aftalens parter**

Aftalen er indgået mellem Region Hovedstaden og FAPS gruppens repræsentanter i det regionale samarbejdsudvalg og underskrives af repræsentanter for disse.

Alle speciallæger i kirurgi og intern medicin (gastroenterologer) med ydernummer i Region Hovedstaden har mulighed for at tilmelde sig aftalen.

**§ 2 Aftalens formål**

Formålet med aftalen er at gøre det muligt for hospitalerne at henvisе patienterne direkte videre til speciallægepraksis med henblik på, at de praktiserende speciallæger kan aflaste hospitalerne på skopiområdet.

Aftalen vedrører koloskopi i forbindelse med udredning i et kræftpakkeforløb.

**§ 3 Patientgrundlag og behandlinger**

Aftalen omfatter patienter henvist fra hospitalerne i Region Hovedstaden.

Der forventes på årsbasis henvist i alt 750 koloskopier fra regionens hospitaler til de praktiserende speciallæger.

Stk. 2. De tilmeldte praktiserende speciallæger skal ved aftalens start tilkendegive, hvor mange koloskopier, de ønsker at få tildelt på årsbasis. En praksis skal som minimum ønske 25 koloskopier.

Hvis der i alt indgives ønsker om et samlet antal skopier, der overstiger 750, foretager regionen en ligelig tildeling af kvote, dog kan en speciallæge maksimalt tildeles det antal, denne har ønsket. Deltidsydere tildeles kvote svarende til 1/3 af fuldtidsyders kvote.

Stk. 3. Kvoten for koloskopier tildeles den enkelte speciallæge én gang ved tilslutning til aftalen. Tildeling er bindende og forpligter i aftaleperioden de enkelte speciallæger til at afsætte tid i deres kalender til at varetage det antal skopier<sup>1</sup>, som de er tildelt.

Stk. 4. De tilmeldte speciallæger skal ved aftalens start og for hvert efterfølgende kalenderår indmelde tider til koloskopier svarende til den tildelte kvote. Den nærmere fremgangsmåde er beskrevet i bilag til denne aftale. De indmeldte tider skal for alle de omfattede speciallæger under ét, dvs. som samlet gruppe, så vidt muligt være fordelt jævnt hen over ugen, måneden og året.

Stk. 5. For så vidt angår nye speciallæger, der nedsætter sig med ydernummer i aftalens løbetid, henvises til § 9.

Stk. 6. Forudsætningen for deltagelse i aftalen er, at speciallægerne har rutine i skopiområdet og følger de anførte kvalitetskrav.

#### § 4 Henvisningsprocedure mv.

For en udførlig gennemgang af henvisningsproceduren m.v. henvises der til aftalens bilag.

Patienterne er henvist fra praktiserende læge til hospitalsafdelingen i forbindelse med udredning i et kræftpakkeforløb, og patienterne skal være udredt i speciallægepraksis senest 10 kalenderdage efter, at hospitalsafdelingen har modtaget henvisningen fra patientens praktiserende læge. Det er hospitalsafdelingens ansvar, at patientens tid til koloskopi hos den praktiserende speciallæge ligger inden for den angivne frist.

Hospitalsafdelingen sender samme dag, som henvisningen er modtaget, et indkaldelsesbrev til patienten, hvor der oplyses undersøgelsestidspunkt, navn, telefonnummer og konsultationsadresse på den pågældende speciallæge. I samme brev vil det fremgå, hvad der sker, hvis patienten udebliver eller melder afbud.

Samtidig meddeler hospitalsafdelingen den praktiserende speciallæge, via edifact, at der er kommet en kræftpakkehenvi-  
sing, og oplyser navn, cpr.nr. og telefonnummer

<sup>1</sup> Hvis § 64 aftalen ikke træder i kraft pr. 1. januar, fastsættes ved aftalens start en forholdsmæssig kvote for resten af det første kalenderår.

på patienten samt fremsender henvisningen elektronisk over Refhost, stilet direkte til speciallægen. Af edifact fremgår ligeledes, hvilken tid patienten har fået tildelt hos den praktiserende speciallæge.

Patienter, som af hospitalsafdelingen viderehenvises til speciallægepraksis, er omfattet af den af regionen påhvilende ventetidsgaranti.

Hvis en patient udebliver fra den tildelte tid uden at melde afbud, afsluttes patienten med tilbagemelding til hospitalsafdelingen og patientens praktiserende læge.

Hvis en patient møder uden at have fulgt udrensingsproceduren, aflyses skopien og patienten afsluttes med tilbagemelding til hospitalsafdelingen og patientens praktiserende læge.

Hvis den henviste patient ikke opfylder henvisningskriterierne i bilag 1<sup>2</sup>, aflyses skopien og patienten afsluttes med tilbagemelding til hospitalsafdelingen og patientens praktiserende læge. Det påhviler herefter hospitalsafdelingen at foretage det videre fornødne.

Hvis patienten ønsker at ændre den tildelte tid, fravælger patienten samtidig regionens ventetidsgaranti. Speciallægen kan vælge at afslutte patienten med tilbagehenvisning til hospitalsafdelingen via edifact, eller – hvis speciallægens program tillader det – tilbyde patienten en hurtig tid, som patienten accepterer.

For så vidt angår tomgangshonorar, når en kopi må aflyses<sup>3</sup>, eller hvor en patient udebliver eller melder afbud – herunder melder afbud kombineret med ønske om ny tid – er dette beskrevet nedenfor i § 5.

#### § 5 Honorering, særskilte ydelsesnumre og tomgangshonorar

Varetagelsen af koloskopierne i henhold til denne aftale vil blive honoreret svarende til overenskomstens almindelige ydeshonorering, jf. nedenstående oversigt.

Der oprettes følgende særskilte ydelsesnumre:

| Ydelsesnr. | Ydelsesnavn                | Honorar i kr <sup>4</sup> |
|------------|----------------------------|---------------------------|
| Xxxx       | Koloskopi (kirurgi)        | 2.818,63                  |
| Xxxx       | Koloskopi (intern medicin) | 3.046,24                  |

<sup>2</sup> Den skoperende speciallæge afgør, om henvisningskriterierne er opfyldt.

<sup>3</sup> Der kan ikke afregnes tomgangshonorar, hvis aflysning af en kopi skyldes speciallægens egne forhold.

<sup>4</sup> Honorar er gældende pr. 1.10. 2016 med tillæg af det til enhver tid gældende overenskomstregulering, jf. overenskomsten § 50. Permanente honorarændringer jf. gældende overenskomst skal ligeledes afspejles af honorarer i aftalen.

|      |   |          |
|------|---|----------|
| Xxxx | 1. konsultation (intern medicin)                | 621,70   |
| Xxxx | 1. konsultation (kirurgi)                       | 434,36   |
| Xxxx | Fjernelse af polyp, rectum                      | 1.080,65 |
| Xxxx | Fjernelse af polyp, rectum i samme konsultation | 540,33   |
| Xxxx | Fjernelse af polyp, colon                       | 1.080,65 |
| Xxxx | Fjernelse af polyp, colon, i samme konsultation | 540,33   |
| Xxxx | Pulsoxymetri (intern medicin)                   | 156,59   |
| Xxxx | Pulsoxymetri (kirurgi)                          | 314,75   |
| Xxxx | Biopsi (kirurgi)                                | 77,23    |
| Xxxx | Biopsi (intern medicin)                         | 55,11    |
| Xxxx | E-mail konsultation                             | 71,50    |
| Xxxx | Telefonkonsultation                             | 69,64    |

#### Tomgangshonorar:

Hvis speciallægen måtte opleve tomgang i praksis som følge af indeværende aftale, betaler regionen et tomgangshonorar.

Speciallægen afregner tomgangshonorar i følgende tilfælde, i fald det ikke har været muligt at anvende tiden til en anden patient:

- Hvis hospitalsafdelingen ikke henviser en patient til en reserveret tid<sup>5</sup>
- Hvis patienten udebliver
- Hvis patienten melder afbud – herunder melder afbud kombineret med ønske om ny tid
- Hvis en patient møder uden at have fulgt udrensningssproceduren
- Hvis den henviste patient ikke opfylder henvisningskriterierne i bilag 1<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Hospitalsafdelingerne indsender kvartalsvis til [csu@regionh.dk](mailto:csu@regionh.dk) en oversigt over de reserverede tider, der ikke er blevet henvist patienter til. Regionen udbetaler tomgangshonorar til speciallægerne på baggrund af denne liste.

<sup>6</sup> Den skoperende speciallæge afgør om patienten opfylder henvisningskriterierne



Speciallægen er forpligtet til at forsøge at anvende den bookede tid til en anden patient. Alene hvis det ikke lykkes at få en aftale om en patientkontakt, udløses et tomgangshonorar.

Der oprettes følgende særskilte ydelsesnumre til tomgangshonorar<sup>7</sup>:

|      |   |              |
|------|---|--------------|
| Xxxx | Tomgangshonorar for koloskopi<br>(intern medicin) | Kr. 3.879,64 |
| Xxxx | Tomgangshonorar for koloskopi<br>(kirurgi)        | kr. 3.644,97 |

Stk. 2. Tolkeydelser afregnes i henhold til overenskomstens almindelige bestemmelser. I de tilfælde, hvor der viser sig behov for tatovering af colon tumor, ileum biopsi, rektoskopi eller anoskopi, afregnes dette ligeledes i henhold til overenskomstens almindelige bestemmelser. I de tilfælde, hvor svar på skopien gives til patienten i konsultationen (fremfor telefonisk eller ved e-mailkonsultation), benyttes overenskomstens ydelse for senere konsultation.

Stk. 3. Hvis resultatet af koloskopien hos den praktiserende speciallæge ikke viser cancer, men afstedkommer behov for yderligere udredning eller behandling, som kan foretages af den praktiserende speciallæge, kan speciallægen vælge selv at gøre dette, enten i samme seance eller i en eller flere supplerende konsultationer. Honorering for det videre forløb efter, at "aftaleydelser" koloskopering er gennemført, vil ske inden for overenskomsten og med overenskomstens ydelsesnumre. Der kræves ingen ny henvisning i den forbindelse.

#### § 6 Økonomisk ramme og knæk

Ydelserne vedr. koloskopi i forbindelse med kræftpakkeudredning indgås som en § 64 aftale og indgår hverken i opgørelsen af den økonomiske ramme for specialet (økonomiprotokollatet) eller tæller med i opgørelsen af speciallægens omsætning i forhold til knækgrænse for fuldtidspraksis og omsætningsloft for deltidspaksis.

Vedr. forbrug af kvotebelagte ydelser, gælder det, at ydelserne skal afregnes senest med udgangen af den periode, kvoten er gyldig for. Eksempelvis skal forbrug på en kvote, som er gældende i perioden januar-december 2017, indsendes til Region Hovedstaden senest med december afregningen 2017. Sendes regningen med en senere afregning, vil den ikke blive honoreret.

<sup>7</sup> Honorar er gældende pr. 1.10. 2016 med tillæg af det til enhver tid gældende overenskomstregulering, jf. overenskomsten § 50.

## § 7 Kvalitetskrav

Undersøgelserne skal ske i henhold til bilag 6 a-c "Kliniske retningslinjer for 6a:gastroskopi, 6b: koloskopi og 6c: sigmoidoskopi". Retningslinjerne er bilag til rapporten "Metode til udvikling af kliniske retningslinjer og kvalitetsstandarder i speciallægepraksis" fra eKVIS, (se bilag).

Når der foreligger nationale kliniske retningslinjer, anvendes disse.

## § 8 Statusmøder og evaluering

Der afholdes statusmøde 3 måneder, 6 måneder og 12 måneder efter implementering af aftalen med henblik på at sikre, at der henvises det rette antal og de rette typer af patienter mv., og at samarbejdet mellem hospitalsafdelingen og de praktiserende speciallæger fungerer optimalt. Desuden skal der være en drøftelse af anvendelsen og antallet af tomgangshonorar. Herefter vurderer parterne, om der er behov for en justering af aftalen.

## § 9 Nynedsatte speciallæger

Stk. 1. Nye kirurger og gastroenterologer, der nedsætter sig med ydernummer i Region Hovedstaden i aftalens løbetid, skal have mulighed for at blive omfattet af denne aftale pr. den 1. januar det kommende år. Regionen informerer den nynedsatte speciallæge med information om aftalens indhold. Regionen giver hospitalsafdelingerne information om den nytilmeldte speciallæges navn, telefonnummer, konsultationsadresse, indmeldte koloskopi-tider samt telefontid.

Stk. 2. Ved praksisoverdragelse kan aftalen ikke overdrages til den køvende speciallæge.

## § 10 Opsigelse mv.

Aftalen er fra FAPS' side betinget af, at regionen opretholder afhentning af patologiprøver.

Da der er tale om et nyt koncept, er det foreløbig aftalt, at aftalen løber i 2 år fra ikrafttrædelsesdatoen. Senest 6 måneder før aftalens udløb evalueres denne med henblik på forlængelse

Aftalen kan af begge parter opsiges med 6 måneders varsel til den 1. i en måned.

§ 11 Ikrafttræden

Aftalen træder i kraft pr. 1.9.2017.

Region Hovedstaden, den 2/6-17

Ebbe Hørdt

Foreningen af Praktiserende Speciallæger, den 7/6-17

Lars Frøbej

Regionernes Lønnings- og Takstnævn, den 13/6-17 Foreningen af Speciallæger, den 9/6-17

N. Jørgensen

A. H. Bjørnstad

Dato: 11. maj 2017

**Bilag 1: Procedurebeskrivelse for henvisning af kræftpakkepatienter fra hospita-  
lerne til praktiserende speciallæger i intern medicin (gastroenterologi) og kirurgi.**

Dette bilag udgør en integreret del af § 64-aftalens § 4. Det har til formål at uddybe den praktiske fremgangsmåde i forbindelse med hospitalsafdelingens henvisning af patienter til speciallægerne i kirurgi og intern medicin (gastroenterologi). Bilaget skal ses i sammenhæng med hele § 64-aftalen og indeholder således ikke en gentagelse af alle de aftalte vilkår.

**Vedr. indmeldelse og ændring af tider til aftalens patienter:**

- Forud for aftalens start meddeler den enkelte praktiserende speciallæge til regionsadministrationen, hvornår denne har afsat tider til kræftpakkepatienter henvist fra hospitalsafdelingen. Meddelelse herom gives til EPO (Enhed for praktisoverenskomster) i Region Hovedstaden på e-mail [csu@regionh.dk](mailto:csu@regionh.dk) senest 2 måneder før aftalens start. I emnefeltet skrives "§64-aftale – kræftpakke". FAS er behjælpelig i forhold til kommunikation med de praktiserende speciallæger med henblik på rettidig indmelding.
- Hver praktiserende speciallæge skal årligt<sup>1</sup> meddele så mange tider, som svarer til den tildelte kvote. Der meddeles tider for et helt kalenderår af gangen<sup>2</sup>. Det er den enkelte speciallæges ansvar at sikre, at der er indmeldt tider svarende til det aftalte.
- De indmeldte tider for den resterende del af året kan ændres af den enkelte praktiserende speciallæge med 30 dages varsel. Ændringerne meldes på e-mail: [csu@regionh.dk](mailto:csu@regionh.dk), idet der i emnefeltet angives "§64-aftale – kræftpakke".

<sup>1</sup> Første gang ved aftalens start, hvor der indmeldes en forholdsmæssig kvote for resten af kalenderåret. Indmeldelse af tider for det efterfølgende år skal ske inden 1. december.

<sup>2</sup> Ved indmelding af tider skal speciallægen i så vidt mulig omfang tage højde fra fravær pga. ferie eller kursus så der undgås senere ændringer.

- De afsatte tider for alle de omfattede speciallæger under ét, dvs. som samlet gruppe, skal så vidt muligt være fordelt jævnt hen over ugen, måneden og året. FAS er behjælpelig med koordination mellem de praktiserende speciallæger, såfremt de indmeldte tider ikke afspejler en jævn fordeling.
- Hospitalsafdelingerne modtager fra regionsadministrationen en liste over de speciallæger, der er tilknyttet planområdet med tilhørende afsatte tider.
- Hvis speciallægen er fraværende pga. ferie eller kursus/efteruddannelse skal det meldes med 30 dages varsel, hvis det har betydning for de indmeldte tider. I tilfælde af sygdom eller andet pludseligt opstået fravær gælder 30 dages fristen ikke. Fravær meldes til EPO på e-mail: [csu@regionh.dk](mailto:csu@regionh.dk), idet der i emnefeltet angives "§ 64-aftale – kræftpakke". EPO giver efterfølgende meddelelsen videre til hospitalsafdelingerne.

#### Kontaktoplysninger til hospitalsafdelinger

- Forud for aftalens start får speciallægen tilsendt ét direkte telefonnummer til forløbskoordinatoren for hver hospitalsenhed samt ét edifactnummer/edifactnavn til hver hospitalsenhed. Det skal fremstå entydigt, hvilket telefonnummer speciallægen skal bruge til hver hospitalsenhed.
- Telefonnummeret til forløbskoordinatoren på hver hospitalsenhed skal altid besvares i dagstid. Det er forløbskoordinatoren, der har ansvaret for det videre patientforløb, hvis speciallægen vælger at tilbagehenvise en patient til hospitalet, jf. nedenstående procedure<sup>3</sup>.

Proceduren for henvisningsforløb fra hospitalerne til speciallægepraksis organiseres således:

#### **Hospitalsenhedens procedure ved henvisning af patienter til speciallægepraksis:**

- Forløbskoordinatoren er ansvarlig for kommunikationen med de praktiserende speciallæger vedrørende de patientforløb, der er omfattet af denne aftale.
- Hospitalsafdelingerne identificerer de kræftpakkepatienter som kan omvisiteres til praktiserende speciallæger. Patienten skal være selvhjulpne og ASA I+II klassificeret (denne oplysning verificeres af hospitalsenheden og skal fremgå af henvisningen fra patientens praktiserende læge).
- Patienterne skal have foretaget en koloskopi ifb. med udredning i et kræftpakkeforløb. Patienterne er henvist fra deres praktiserende læge og viderehenvises

<sup>3</sup> Det er speciallægen, der vurderer om der er behov for at tilbagehenvise patienten til hospitalsafdelingen.

samme dag, som henvisningen modtages af hospitalsafdelingen, til speciallægepraksis. Tidsfristen svarer til pakkeforløbet for tarmkræft og betyder, at patienten skal være udredt i speciallægepraksis senest 10 kalenderdage efter, at hospitalsafdelingen har modtaget henvisning fra praktiserende læge. Det er hospitalsenheden ansvar, at patienten får tildelt en tid hos den praktiserende speciallæge, der ligger inden for de 10 kalenderdage.

- Hospitalsafdelingen sender samme dag, som henvisningen er modtaget, et indkaldelsesbrev til patienten, hvor der oplyses undersøgelsestidspunkt, navn, telefonnummer og konsultationsadresse på den pågældende praktiserende speciallæge, som skal gennemføre koloskopien. I samme brev vil det fremgå, hvad der sker, hvis patienten udebliver eller melder afbud. Ordlyden af dette standardbrev udformes af hospitalsafdelingerne og regionsadministrationen i samråd med FAPS.
- I indkaldelsesbrevet skal der også være information til patienten om udrensning af tarm samt rekvisition på udrensningsmedicin. Patienten skal informeres om, at spørgsmål vedrørende udrensning kan rettes til speciallægen.
- Samtidig meddeler hospitalsafdelingen den praktiserende speciallæge, via edifact, at der er kommet en kræftpakkehenvi sning, og oplyser navn, cpr.nr. og telefonnummer på patienten samt fremsender henvisningen elektronisk over Refhost, stilet direkte til speciallægen. Af henvisningen skal der ligeledes fremgå, hvilken tid patienten har fået tildelt hos den praktiserende speciallæge.
- Der skal af henvisningen fra hospitalsafdelingen også fremgå:
  - patientens ASA klassifikation (I+II), jf. DASAIM's retningslinjer, nov. 2015<sup>4</sup>
  - edifactnummer/locationsnummer på den hospitalsafdeling, hvortil speciallægen skal sende den elektroniske epikrise, tilbagehenvisninger og andre elektroniske meddelelser.
- Hospitalsafdelingen holder ugentligt regnskab med, at der er modtaget epikrise på alle patienter, der er viderehenvist til de praktiserende speciallæger. Såfremt der mangler epikrise kontakter afdelingen den praktiserende speciallæge med henblik på afklaring.
- Det er hospitalsafdelingens ansvar at foretage den nødvendige indberetning til Landspatientregisteret.
- Hospitalsafdelingen dokumenterer i GS åben/OPUS, at patienten er viderehenvist på speciel aftale mellem Region Hovedstaden og speciallægerne.

---

<sup>4</sup> DASAIM's retningslinjer vedlægges som bilag.



- Regionen informerer de alment praktiserende læger om, at henvisninger til afdelingen skal indeholde oplysning om patienters telefonnummer.

#### Speciallægens procedure i forbindelse med henviste patienter:

- Den praktiserende speciallæge sender bekræftelse på modtagelse af henvisning via korrespondancemeddelelse til hospitalsafdelingen.
- Ved manglende bekræftelse ringer afdelingen til den praktiserende speciallæge for at sikre, at den praktiserende speciallæge har modtaget henvisningen.
- Den praktiserende speciallæge sender efter endt undersøgelse den elektroniske epikrise til patientens egen læge samt den relevante hospitalsafdeling.
- Hvis undersøgelsen hos den praktiserende speciallæge gør det nødvendigt med tilbagevisning til hospitalet pga. cancer/mistanke om cancer eller pga. behov for udvidet udredning sker dette ved, at den praktiserende speciallæge omgående tager kontakt til den forløbsansvarlige kontaktperson på hospitalsafdelingen, hvorfra patienten var henvist. Forløbskoordinatoren overtager herefter ansvaret for det videre patientforløb. Speciallægen henviser samtidig patienten tilbage til hospitalsafdelingen via edifact. Det påhviler herefter hospitalsafdelingen at leve op til regionens ventetidsgaranti.
- Hvis undersøgelsen hos den praktiserende speciallæge, i andre tilfælde end cancerfund, gør det nødvendigt at genhenvise til hospitalet, sker dette også ved, at den praktiserende speciallæge sender henvisningen retur til afdelingen. Dette omfatter tilfælde, hvor resultatet af koloskopiundersøgelsen medfører hospitalsbehandling (fx fund af større polyper), eller hvor det ikke er muligt for den praktiserende speciallæge at fuldføre skopien. Det påhviler herefter hospitalsafdelingen at leve op til ventetidsgarantien.
- Ved akut behov for at henvise patienten tilbage til hospitalet fra speciallægepraksis, tages telefonisk kontakt til forløbskoordinatoren, som overtager ansvaret for det videre patientforløb samt arrangerer transport. Patienten afhentes efterfølgende inden for én time.
- Hvis en patient møder uden at have fulgt udrensningsproceduren, aflyses skopien. Speciallægen kontakter forløbskoordinatoren på hospitalsafdelingen, der overtager ansvaret for det videre forløb. Speciallægen henviser samtidig patienten tilbage til hospitalsafdelingen via edifact.
- Hvis den henviste patient ikke opfylder henvisningskriterierne, aflyses skopien. Den praktiserende speciallæge tager omgående kontakt til forløbskoordinatoren på hospitalsafdelingen, hvorfra patienten var henvist. Forløbskoordinatoren overtager herefter ansvaret for det videre patientforløb. Speciallægen henviser samtidig patienten tilbage til hospitalsafdelingen via edifact.

- Hvis en patient udebliver fra den tildelte tid uden at melde afbud, afsluttes patienten med tilbagemelding til hospitalsafdelingen og patientens praktiserende læge.
- Hvis patienten ønsker at ændre den tildelte tid, fravælger patienten samtidig regionens ventetidsgaranti. Speciallægen kan vælge at afslutte patienten med tilbagehenvisning til hospitalsafdelingen via edifact, eller – hvis speciallægens program tillader det - tilbyde patienten en hurtig tid, som patienten accepterer.





## Bilag 6a

### Klinisk retningslinje for gastroskopi - endelig version efter høring og pilottest

Leverance i KVIS-delprojekt 'Metode til udvikling af kliniske retningslinjer og kvalitetsstandarder'

#### Forfattere

*Jan Fallingborg*, overlæge dr. med., Århus Universitetshospital/Aalborg afsnit Syd, medicinsk gastroenterologi  
*Pia Georg-Jensen*, praktiserende speciallæge ph.d., kirurgisk gastroenterologi  
*Henrik Stig Jørgensen*, overlæge dr. med. ph.d., Herlev Hospital, kirurgisk gastroenterologi afd. D  
*Søren Küllerich*, praktiserende speciallæge dr. med., medicinsk gastroenterologi  
*Trine Stigaard Larsen*, 1. reservelæge, Roskilde Sygehus, kirurgisk afd. A  
*Rolf Nielsen*, praktiserende speciallæge i kirurgi og kirurgisk gastroenterologi

#### Korrespondance

*Ulla Breth Knudsen*, overlæge, ph.d. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, ubk@ikas.dk

#### Status

Første udkast: April 2009  
Høringsperiode: September 2009  
Korrigeret udkastdato: Oktober 2009  
Endelig dato for denne kliniske retningslinje: Februar 2010  
Denne kliniske retningslinje skal revideres senest: (dato fastlægges ved implementering)

#### Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Indledning   | 46 |
| Læsevejledning   | 46 |
| Litteratursøgningsmetode                                   | 46 |
| Kapitel 1 Patientkategorier (indikationer for gastroskopi) | 46 |
| Kapitel 2 Henvisning                                       | 47 |
| Kapitel 3 Personale  | 47 |
| Kapitel 4 Udstyr   | 48 |
| Kapitel 5 Patientinformation                               | 48 |
| Kapitel 6 Patientforberedelse                              | 49 |
| Kapitel 7 Monitorering                                     | 49 |
| Kapitel 8 Sedering   | 50 |
| Kapitel 9 Kontrol af tilstrækkelig gennemført undersøgelse | 50 |
| Kapitel 10 Beskrivelse og epikrisens indhold               | 51 |
| Bilag 1  | 52 |
| Bilag 2  | 53 |
| Appendiks  | 54 |
| Referencer   | 55 |

## Indledning

### **Baggrund**

Gastroskopi er en hyppig udført undersøgelse, som kan udføres både i hospitalsregi og i speciallægepraksis. Formålet med denne kliniske retningslinje er at sætte mål for god kvalitet ved gastroskopi for bl.a. at sikre patienten mod unødige undersøgelser.

### **Definitioner**

Endoskopisk undersøgelse af esophagus, ventrikel og 1. og 2. stykke af duodenum.

### **Afgrænsning af emnet**

Denne kliniske retningslinje følger et forløb for en patient henvist til gastroskopi, mens beskrivelse af selve udførelsen og en dybere begrundelse for rekommandationerne fremgår overordnet af appendiks.

## Læsevejledning

Denne kliniske retningslinje omfatter flere afsnit, hvor overskriften tager udgangspunkt i en del af et patientforløb i relation til en gastroskopi. Efter hvert afsnit findes et skema med rekommandationer, hvor styrken af denne står i kolonnen til højre. Styrken bygger på den evidens, der ligger bag rekommandationen. Styrke A henviser til, at rekommandationen bygger på fx et (eller flere) randomiserede, kontrollerede studier eller en metaanalyse, mens styrke D baserer sig på fx mindre serier, oversigtsartikler eller ekspertvurdering. De steder, arbejdsgruppen har ønsket at understrege god klinisk praksis, som ikke er evidensbaseret, markeres rekommandationen med et *v*. *Graderingen A, B, C og D går ikke på vigtigheden af en bestemt anbefaling, men alene på den tilgrundliggende evidens. For mere detaljeret beskrivelse henvises til 'Medicinsk Kompendium', 1999. Opbygningen af denne kliniske retningslinje følger i øvrigt indholdsfortegnelsen.*

## Litteratur søgningsmetode

Litteratursøgning afsluttet dato: Juni 2009

Der er søgt på Pubmed med følgende søgeord: gastroscopy, transnasal gastroscopy, sedation, monitorering. Gastroscopy AND (examination OR Perform), gastroscopy AND (standard OR quality).

### **1. Patientkategorier (indikationer for gastroskopi)**

Det er indiskutabelt, at øsofago-gastro-duodenoskopi er indiceret ved alarmsymptomer (vægttab, blødning, synkestop, kraftige smerter) sammen med symptomer, relateret til øvre del af mavetarmkanalen (synkesmerter, reflux, vedvarende opkastninger, hurtig mæthed/sornemmelse, kvalme). Ved længerevarende dyspepsi uden alarmsymptomer er det gennem årene blevet debatteret, hvilken strategi, der er bedst. For 10 år siden blev gastroskopi betragtet som første skridt [1]. Senere undersøgelser har peget på, at en test for aktiv *H. pylori* infektion og behandling af eventuel infektion (test-and-treat) kan reducere antallet af gastroskopier og nedsætte for-

brug af mavesårsmedicin hos patienter [2]. Et Cochrane review konkluderer, at patienter med dyspepsi først skal behandles med protonpumpehæmmere (PPI), og gastroskopi kan udelades, hvis denne behandling virker. Derimod mener man ikke klart at kunne konkludere, om initial gastroskopi er bedre end initial *Helicobacter pylori* test [3]. Ved påvisning af ventrikelulcera bør der tages biopsi samt kontrolgastroskopi efter behandling for at verificere opheling.

| Rekommandationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Gastroskopi bør foretages ved øvre GI-symptomer ledsaget af alarmsymptomer.  | D            |
| Ved dyspepsi uden alarmsymptomer hos patienter under 40 år forsøges behandling med protonpumpehæmmer. Ved manglende symptomlindring bør der foretages gastroskopi. | A            |
| Ventrikelulcera bør biopteres og kontrolgastroskoperes til opheling.   | D            |

## 2. Henvisning

En henvisning til gastroskopi bør indeholde:

- patientens navn
- cpr. nr.
- andre relevante informationer: Mobiltelefonnummer, fastnettelefonnummer, mail-adresse samt eventuelt behov for tolk
- kort anamnese
- tentativ diagnose
- resultat af foretagne undersøgelser
- medicin: Specielt antikoagulantia (for evt. pausering, se bilag 1).

Hvis patienten er i AK-behandling anbefales en frisk (max. 1 døgn gammel) INR inden undersøgelse.

| Rekommandationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| En henvisning til gastroskopi bør udover sygdomsspecifik information indeholde udsagn om medicin, specielt Antikoagulantia (for evt. pausering se bilag 1). | ✓            |

## 3. Personale

Under undersøgelsen bør der udover endoskopøren være mindst én anden fagperson til stede: En uddannet endoskopisygeplejerske eller en person, som lægen har uddelegeret opgaven til – enten efter selv at have oplært personen, eller efter at lægen har sikret sig, at personen har de fornødne kvalifikationer. Assistenten kan kortvarigt gå fra og til undersøgelsesrummet.

| Rekommandationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Der bør altid være 2 fagpersoner tilstede ved gastroskopi. | ✓            |

#### 4. Udstyr

Et velfungerende gastroskop. Nasal gastroskopi er en mulighed, men frembyder, bortset fra størrelsen, ikke større fordele end oral adgang.  
For uddybning se appendix.

Udstyr til:

1. fotodokumentation
2. biopsi
3. helicobacter pylori test
4. hæmostase med 2 modaliteter: Injektionskateter til adrenalin-saltvand og termisk koagulation.

Hygiejnen i relation til udstyret fremgår af retningslinjer fra Statens Seruminstitut [3].

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Udstyr 1-3 angivet ovenfor skal forefindes i speciallægepraksis.                   | D            |
| Udstyr 1-4 angivet oven for skal forefindes på endoskoperende hospitalsafdelinger. | D            |

#### 5. Patientinformation

For at opnå en rimelig patienttilfredshed i forbindelse med gastroskopi, er det væsentligt, at patienten er tilstrækkeligt informeret om undersøgelse, eventuelle fund og konsekvenser heraf. Der bør så vidt muligt gives både mundtlig og skriftlig information, og det bør sikres, at patienten har forstået informationen. Desuden er der ifølge 'Lov om patienters retsstilling' et krav om udvidet information og patientens tilsagn ved undersøgelse og operationer. Patientens samtykke skal dokumenteres i journalen.

Patientinformation vedrørende gastroskopi bør indeholde følgende:

- undersøgelsens formål og udførelse – eventuelt understøttet af en tegning
- hvem, der udfører undersøgelsen
- undersøgelsens forventede varighed
- mulighed for bedøvelse/beroligende medicin
- eventuelt ubehag ved undersøgelsen
- eventuelle forholdsregler før, under og efter undersøgelsen – herunder faste, indtagelse af medicin samt f.eks. bilkørsel, indtagelse af mad og drikke efter undersøgelsen mv.

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Det anbefales, at patienten får både mundtlig og skriftlig information forud for gastroskopi. | √            |
| Patienten informeres om minimal risiko for perforation.                                       | √            |

## 6. Patientforberedelse

Patienten skal være fastende for fast føde 6 timer inden undersøgelsen, dog må klar og tynd væske indtages indtil 2 timer før. Får patienten fast medicin, tages denne som vanligt.

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Patienten skal være fastende for fast føde 6 timer inden gastroskopi. | ✓            |
| Får patienten fast medicin indtages denne som vanligt.                | ✓            |

## 7. Monitorering

Der stilles ikke formelle krav til monitorering af patienter ved udførelse af gastroskopi. I en opgørelse fra 2001 over diagnostisk øvre gastrointestinal endoskopi uden sedation konkluderes, at der ikke er indikation for pulsoxymetri ved rutineundersøgelse af patienter, som ikke har alvorligere systemisk sygdom [1].

I en opgørelse fra 2000 finder man, at hos patienter med kendt hjertesygdom, kan gastroskopi være en risikabel undersøgelse, idet der kan udvikles periodevis iskæmi af myocardiet. Dette kan til dels modvirkes ved let sedation samt Betablokker-behandling umiddelbart før undersøgelsen, såfremt patienten får denne behandling i forvejen [2].

Gastroskopi er forbundet med en øgning i det endokrine metaboliske stressrespons, hvilket formentligt også er årsagen til tachycardi [3].

Følgende udstyr bør være umiddelbart tilgængeligt på en endoskopisk enhed:

til luftvejshåndtering (ventilationsudstyr (Rubens ballon), sugesaggregat (sugekateter))  
til genoplivning (en hjertestarter pr. endoskopienhed)  
relevant medicin (antidoter, atropin, adrenalin)

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Ved gastroskopi bør der være mulighed for etablering af i.v.-adgang, at tilbyde O <sub>2</sub> -tilskud, samt monitorere ved brug af pulsoxymetri. | ✓            |
| På en endoskopisk enhed findes mulighed for umiddelbar anvendelse af Rubens Ballon til ventilation, sug og adgang til hjertestarter.               | ✓            |
| På en endoskopisk enhed findes medicin til umiddelbar anvendelse ved genoplivning.   | ✓            |

## 8. Sedering

Der findes ikke formelle krav til eller retningslinjer for sedation/rus ved udførelse af gastroskopi.

Undersøgelsen kan udføres både med og uden sedation. Anvendes sedation, bør det administreres med den højeste mulige sikkerhed, medføre mindst mulig ubehag for patienten samt medvirke til at højne kvaliteten af undersøgelsen.

Lokalanalgesi anvendes i form af Xylocainspray/gel i svælget.

Hovedparten af de undersøgte patienter i et studie fra 2008 (1) oplevede ingen eller kun let ubehag under undersøgelsen uden sedation. En tredjedel af patienterne oplevede dog ubehag, som krævede sedation (selektede patienter – yngre hankøn og særligt nervøse) [1].

I en metaanalyse fra 2008 af kontrollerede randomiserede undersøgelser konkluderes, at moderat sedation medfører en høj grad af tilfredshed hos såvel patient som læge med en lille risiko for bivirkninger uafhængig af, hvilken medicin, der anvendes [2].

| Rekommendation  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Gastroskopi kan udføres hos hovedparten af patienter i svælganæstesi, men uden sedation.  | C            |
| Anvendelse af svælganæstesi og moderat sedation hos nervøse patienter anbefales, idet dette medfører en høj grad af tilfredshed såvel hos patient som læge. | A            |

## 9. Kontrol af tilstrækkelig gennemført undersøgelse

Ved gastroskopi skal esophagus, ventrikel og duodenum til og med 2. stykke gennemses (beskrivelse uddybet i appendix).

Der skal tages fotodokumentation af væsentlig patologi (f.eks. ulcus, svær gastritis, PHG, esophagitis, Barret's esophagitis, varicer, svampeinfektion).

Alle patienter, der kommer til gastroskopi hvor *Helicobacter Pylori* status ikke er kendt, bør undersøges herfor via biopsier fra antrum ventriculi. Patienterne må formodes at have et eller flere symptomer på dyspepsi og en eventuel *Helicobacter pylori* infektion bør derfor behandles (1) Ved efterfølgende gastroskopier foretages denne undersøgelse kun på indikation.

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Det anbefales, at gastroskopet føres ned ved synets vejledning således, at spiserøret undersøges.   | V            |
| En korrekt gennemført gastroskopi bør udføres til og med 2. stykke af duodenum.   | V            |
| Biopsier fra antrum ventriculi mhp <i>Helicobacter Pylori</i> bestemmelse bør udføres hos alle ved første gastroskopi. Ved efterfølgende gastroskopier kun på indikation. | C            |

## 10. Beskrivelse og epikrisens indhold

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Følgende systematiserede beskrivelse af undersøgelse og epikrise anbefales: | V            |
| 1. Diagnose på baggrund af fund   |              |
| 2. Procedurekode  |              |
| 3. Indikation/anamnese  |              |
| 4. Medicinering ved undersøgelsen   |              |
| 5. Beskrivelse af undersøgelsen   |              |
| a. god effekt af faste (ja/nej)   |              |
| b. er 2. stykke af duodenum nået? (ja/nej)                                  |              |
| c. patologiske fund:  |              |
| • lokalisation (cm fra tandrækken)  |              |
| • størrelse   |              |
| • malignitetssuspekt (ja/nej)   |              |
| • passabel for endoskop (ja/nej)  |              |
| 6. Procedurer   |              |
| 7. Konklusion   |              |
| 8. Behandling   |              |
| 9. Sagt og aftalt med patienten   |              |
| 10. Efterkontrol/videre plan  |              |

(Eksempel findes i appendix)



## Bilag 1

Indikation for evt. pausering af antikoagulantia ved endoskopiske procedurer [2]. Generelt må risikoen for blødning ved den pågældende procedure opvejes mod risikoen ved at pausere eller sænke INR. I tvivlstilfælde må der konfereres med cardiolog.

|  | Endoskopisk lavrisikoprocedure   | Endoskopisk højrisikoprocedure  |
|--|--|---|
| Behandling   | Diagnostisk gastroskopi med og uden biopsi<br>Diagnostisk koloskopi med og uden biopsi<br>Diagnostisk sigmoidoskopi med og uden biopsi<br>Diagnostisk endoskopi<br>Fluoroscopi i RCT uden strålekuri<br>Endoskopisk intrauterin terapi | Koloskopi med polypektomi<br>Polypektomi uden koloskopi<br>Sfinkterotomi ved ERCP<br>Elastisk membranoplastik af bukspyttkjertel og mave- og tarmkanal<br>Perkutane endoskopiske sættestomaer for galle<br>Procedurer vedrørende eroforreløst lukkeyd |
| Acetylsalicylsyre  | Uændret behandling uafhængigt af indgift   | Uændret behandling uafhængigt af indgift  |
| NSAID  | Uændret behandling uafhængigt af indgift   | Uændret behandling uafhængigt af indgift  |
| Dipyridol  | Uændret behandling   | Pause fem dage før endoskopi under ingeniør- og sytagnen til indikation for behandlingen. Patienter med koronararterie sygdom og/eller tidligere slagtilfælde bør konfereres med kardiolag  |
| Acetylsalicylsyre + NSAID  | Uændret behandling   | Pause en til to uger før og efter endoskopi   |
| Perkutane endoskopiske behandling<br>Diagnostisk behandling<br>perkutane kardiopunktur | Uændret behandling   | Pause fem dage før og efter percutane endoskopiske procedurer. For patienter med høj risiko for tromboemboli bør patienter i behandling med acetylsalicylsyre og NSAID konfereres med kardiolag   |

af patienter med atrialfibrillation bør overvejes i forbindelse med højrisikoprocedurer. Højrisikoprocedurer omfatter bl.a. koloskopi med polypektomi, ERCP, sfinkterotomi og elastisk membranoplastik af bukspyttkjertel og mave- og tarmkanal. For patienter med tromboemboli og/eller tidligere slagtilfælde bør patienter i behandling med acetylsalicylsyre og NSAID konfereres med kardiolag.

Patienter med mekanisk hjerteklap svarende til aortaposition må oftest også betragtes som højrisikopatienter. Disse patienter må tilbydes bridging med lavmolekylært heparin under pausen med AK-behandling.

For patienter i behandling med Dipyridol gælder samme rekommandation som for patienter i behandling acetylsalicylsyre og NSAID.



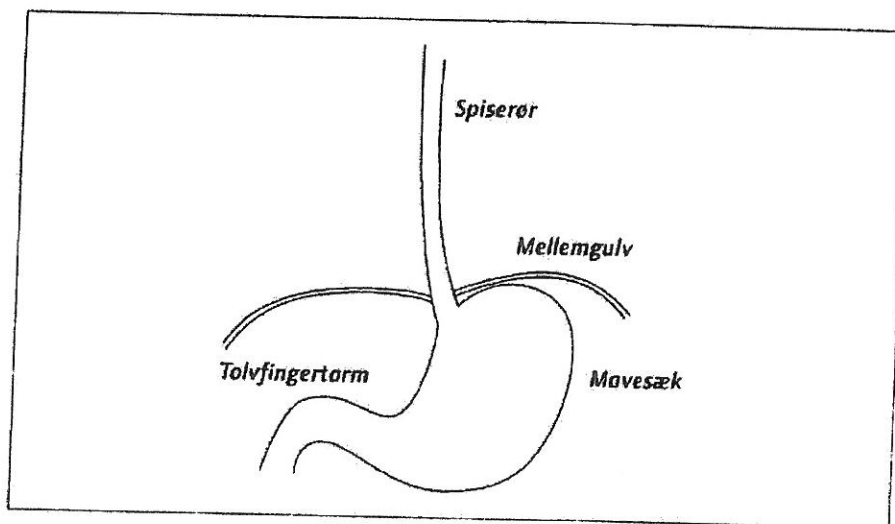
## Bilag 2

### Informationsmateriale efter endt gastroskopi-undersøgelse

|              |   |
|--------------|---|
| Patient data | Afdelingens/speciallægepraksis' adresse |
|--------------|---|

### Gastroskopi

(kikkertundersøgelse af spiserør, mavesæk og tolv-fingertarm) - foreløbig beskrivelse



Fund:

Behandling:

Eventuel aftale:

Dato:

Læge:

## Appendiks

### Appendiks til punkt 4

Til diagnostisk gastroskopi inkl. biopsitagning samt anlæggelse af fødesonde og perkutan endoskopisk gastrostomisonde(PEG) er nasal gastroskopi ligeværdig med transoral gastroskopi. Til terapeutiske gastroskopier er transoral gastroskopi fortsat mest fordelagtig [1,2].

### Appendiks til punkt 9

Gastroskopet føres under synets vejledning gennem pharynx til esophagus. Gennem cardia, fundus-, corpus og antrum ventriculi til pylorus. Pylorus passerer til bulbus duodeni frem til overgangen mellem 2. og 3. stykke af duodenum. Under reaktion efterses de enkelte områder. Ved ulcus i ventriklen tages biopsi fra ulcus med henblik på patologisk undersøgelse. Ved gastritis eller ulcus i ventriklen tages biopsi med henblik på Helicobacter pylori test. I ventriklen loopes for at vurdere tilstedeværelse af hiatus hernie. Ventriklen desuffleres. Under reaktion fra esophagus og pharynx suges der for væske.

### Appendiks til punkt 10

| Diagnose på baggrund af fund               | Eksempel = Gastritis K292   |
|--|---|
| 1. Procedurekode                           | Gastroskopi med biopsi KUJD 05.   |
| 2. Indikation/anamnese                     | 45 årig kvinde med smerter i epigastriet og dyspeptiske gener i 6 mdr. Pt. har spist NSAID mod knæ smerter. |
| 3. Medicinering ved undersøgelsen          | 1 mg Dormicum.  |
| 4. Beskrivelse af undersøgelsen            | Ventriklen er tom.  |
| a. god effekt af faste (ja/nej)            | Esophagus, ventriklen med loopning og duodenum til og med 2. stykke er gennemset.                           |
| b. er 2. stykke af duodenum nået? (ja/nej) |   |
| c. patologiske fund:                       | I ventriklen findes let gastrit. Negativ HP-test.   |
| • lokalisation (cm fra tandrækken)         | Øvrige forhold i. a.  |
| • størrelse                                |   |
| • malignitetssuspekt (ja/nej)              |   |
| • passabel for endoskop (ja/nej)           |   |
| d. procedurer                              |   |
| e. konklusion                              | Gastritis   |
| 5. Behandling                              | PPI i 4 uger.   |
| 6. Sagt og aftalt med patienten            | Sep. NSAID, paracetamol i stedet. Udebliver behandlingseffekt må pt. søge egen læge.                        |
| 7. Efterkontrol/videre plan                | Afsluttet herfra.   |

## Referencer

### Referencer til punkt 1

1. Bytzer PO. Cost-effectiveness of gastroscopy. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1999; 8:749-60.
2. Lassen AT, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell. Helicobacter pylori test and eradication versus prompt endoscopy for the management of dyspeptic patients: 6.7 year follow up of a randomised trial. *Gut* 2004;12:1758-63.
3. Delaney B, Ford AC, Forman D, Moayyedi P, Qume M. Initial management strategies for dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD001961.

### Referencer til punkt 4

1. Massimo Maffei, Jean-Marc Dumonceau. Transnasal esogastroduodenoscopy (EGD): comparison with conventional EGD and new applications. *Swiss Med Wkly* 2008; 138(45-46):658-664.
2. Trevisani L, Cifalà V, Sartori S et al. Unsedated ultrathin upper endoscopy is better than conventional endoscopy in routine outpatient gastroenterology practice: A randomized trial. *World J Gastroenterol* 2007; 13(6):906-911.
3. Råd og anvisninger om rengøring og desinfektion af fleksible endoskoper, udgave 2001. Den centrale afdeling for sygehushygiejne Statens Serum Institut (5. udgave kommer til efteråret).

### Referencer til punkt 7

1. Banks MR et al. Pulse oximetry saturation levels during routine unsedated diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 2001 Jan; 36(1):105-9.
2. Schenck J et al. Does gastroscopy induce myocardial ischemia in patients with coronary heart disease? *Endoscopy*, 2000 May; 32(5): 373-6.
3. Tønnesen, H et al. Stress response to endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1999 Jun; 34(6):629-31.

### Referencer til punkt 8

1. Seip B et al. Patients' satisfaction: an important factor in quality control of gastroscopies. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43(8):1004-11.
2. McQuaid KR et al. A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials of moderate sedation for routine endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2008; 67(6):910-23.

### Referencer til punkt 9

1. DGS guidelines for diagnostik og behandling af Helicobacter pylori infektion.



## Bilag 6b

### Klinisk retningslinje for koloskopi – endelig version efter høring og pilottest

Leverance i KVIS-delprojekt 'Metode til udvikling af kliniske retningslinjer og kvalitetsstandarder'

#### Forfattere

*Jan Fallingborg*, overlæge dr. med., Århus Universitetshospital/Aalborg afsnit Syd, medicinsk gastroenterologi  
*Pia Georg-Jensen*, praktiserende speciallæge ph.d., kirurgisk gastroenterologi  
*Henrik Stig Jørgensen*, overlæge dr. med. ph.d., Herlev Hospital, kirurgisk gastroenterologi afd. D  
*Søren Kiilerich*, praktiserende speciallæge dr. med., medicinsk gastroenterologi  
*Trine Stigaard Larsen*, 1. reservelæge, Roskilde Sygehus, kirurgisk afdeling A  
*Rolf Nielsen*, praktiserende speciallæge i kirurgi og kirurgisk gastroenterologi

#### Korrespondance

Ulla Breth Knudsen, overlæge, ph.d., Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, ubk@ikas.dk

#### Status

Første udkast: Marts 2009  
Høringsperiode: September 2009  
Korrigeret udkastdato: Oktober 2009  
Endelig dato for denne kliniske retningslinje: Februar 2010  
Denne kliniske retningslinje skal revideres senest: (dato fastlægges ved implementering)

#### Indholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Indledning  | 57 |
| Læsevejledning  | 57 |
| Litteratursøgningsmetode                                    | 57 |
| Kapitel 1 Patientkategorier (indikationer for koloskopi)    | 58 |
| Kapitel 2 Henvisning  | 59 |
| Kapitel 3 Personale   | 60 |
| Kapitel 4 Udstyr  | 60 |
| Kapitel 5 Patientinformation                                | 60 |
| Kapitel 6 Patientforberedelse                               | 61 |
| Kapitel 7 Monitorering                                      | 62 |
| Kapitel 8 Sedering  | 62 |
| Kapitel 9 Udførelse   | 63 |
| Kapitel 10 Kontrol af tilstrækkelig gennemført undersøgelse | 64 |
| Kapitel 11 Beskrivelse og epikrisens indhold                | 65 |
| Bilag 1   | 66 |
| Bilag 2   | 67 |
| Appendiks   | 68 |
| Referencer  | 71 |
| Forkortelser  | 74 |

## **Indledning**

---

### **Baggrund**

Koloskopi er en hyppig undersøgelse, som kan udføres både i hospitalsregi og i speciallægepraksis. Formålet med denne kliniske retningslinje er at sætte mål for god kvalitet ved koloskopi, hvilket bl.a. kan sikre, at patienten undgår unødige undersøgelser.

### **Definitioner**

Endoskopisk undersøgelse af hele colon til og med caecum samt terminale del af ileum, hvis der er indikation herfor.

### **Afgrænsning af emnet**

Denne kliniske retningslinje følger et forløb for en patient henvist til koloskopi, mens beskrivelse af selve udførelsen og en dybere begrundelse for rekommandationerne fremgår af appendiks.

## **Læsevejledning**

---

Denne kliniske retningslinje omfatter flere afsnit, hvor overskriften tager udgangspunkt i en del af et patientforløb i relation til en koloskopi. Efter hvert afsnit findes et skema med rekommandationer, hvor styrken af denne står i kolonnen til højre. Styrken bygger på den evidens, der ligger bag rekommandationen. Styrke A henviser til, at rekommandationen bygger på fx et (eller flere) randomiserede, kontrollerede studier eller en metaanalyse, mens styrke D baserer sig på fx mindre serier, oversigtsartikler eller ekspertvurdering. De steder arbejdsgruppen har ønsket at understrege god klinisk praksis, men som ikke er evidensbaseret, markeres rekommandationen med et v. Graderingen A, B, C og D går ikke på vigtigheden af en bestemt anbefaling, men alene på den tilgrundliggende evidens. For mere detaljeret beskrivelse henvises til 'Medicinsk Kompendium', 1999. Opbygningen af denne kliniske retningslinje følger i øvrigt indholdsfortegnelsen.

## **Litteratursøgningsmetode**

---

Litteratursøgning afsluttet dato: Juni 2009

Der er søgt på Pubmed med følgende søgeord: colonoscopy, guidelines, disinfection, cecal intubation, adenoma detection, polypectomy, sedation, monitoring.

Colonoscopy AND (indication OR appropriateness), colonoscopy AND (Patient information OR informed consent), colonoscopy AND (bowel preparation OR patient preparation); limits: MeSH, RCT, CT, metaanalysis, guidelines.

## 1. Patientkategorier (indikationer for koloskopi)

For at undgå unødvendige henvisninger af patienter til endoskopiske undersøgelser, er det væsentligt, at der anvendes ensartede indikationer for koloskopi i hele Danmark.

**Anbefaling:** I henhold til American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) og European Panel for the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE) kriterierne kan der opstilles følgende overordnede generelle indikationer for koloskopi [1,2]

1. **Vurdering af abnorme billeddiagnostiske fund**
  - a. Røntgen af kolon
  - b. CT kolografi
  - c. Konventionel CT.
2. **Udredning af uafklaret gastrointestinal blødning**
  - a. Jernmangel anæmi
  - b. Melaena uden påvist øvre blødning
  - c. Frisk blødning med samtidig ændring i afføringsmønster
  - d. Normal sigmoideoskopi og samtidig positiv test for okkult gastrointestinal blødning (fx Hemmocult Sensa).
3. **Screening og overvågning for neoplas i colon (der henvises til DCCG's retningslinjer for diagnostik og behandling af kolorektal cancer (13))**
  - a. Opfølgning efter tidligere diagnosticeret c. coli (metakrone cancere)
  - b. Sikring af en normal kolon efter primær operation for c. coli (synkrone cancere)
  - c. Screening af risikopatienter (fx HNPCC).
4. **Overvågning af CU patienter hver 2. år efter > 8 års sygdom [10,12]**
5. **Planlagt terapi**
  - a. Polypfjernelse
  - b. Terapi af vaskulære malformationer
  - c. Dekompression af megacolon
  - d. Dilatation af stenoser
  - e. Anlæggelse af selvekspanderende stent i stenoser
  - f. Fjernelse af fremmedlegemer
  - g. Markering af tumor før operation.
6. **Ændrede afføringsvaner**
  - a. Obstipation
  - b. Diarré
  - c. Vekslede afføringsmønster.
7. **Ikke forklarede smerter i abdomen**
8. **Udredning af IBD**

### 9. Kontrol efter tidligere fjernet polyp

Koloskopi er normalt ikke indiceret i følgende tilfælde:

1. Kronisk irriteret tyktarmssygdom (kolon irritable)
2. Hvis undersøgelsen ikke får behandlingsmæssige konsekvenser
3. Rutineundersøgelser for IBD
4. Ved hæmatokesi, hvor der er påvist øvre blødningskilde.

Koloskopi er normalt kontraindiceret ved:

1. Fulminant CU
2. Dokumenteret aktiv diverticulitis.

For uddybning se appendiks.

| Rekommendation   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Sandsynligheden for at finde relevant diagnose ved koloskopi øges ved at følge fastlagte ovennævnte indikationer for undersøgelse.                                   | C-D          |
| Der er ikke evidens for, at der med de nuværende undersøgelsesmodaliteter skal foretages regelmæssig surveillance koloskopi på patienter med colitis ulcerosa (IBD). | B            |

## 2. Henvisning

En henvisning til koloskopi bør indeholde:

patientens navn

cpr.nr.

andre relevante informationer: Mobiltelefonnummer, fastnettelefon, mailadresse samt eventuelt behov for tolk

kort anamnese

tentativ diagnose

resultat af foretagne undersøgelser

medicin: Specielt antikoagulantia (for evt. pausering, se bilag 1), jern, insulin, anti-hypertensiva, diuretica.

Blodprøver bør tages ved følgende patientgrupper:

Hos patienter i AK-behandling anbefales en INR-måling, som maksimalt er 1 døgn gammel før undersøgelsen.

Hos patienter >55 år, som skal udrenses med phosphoral, og som har kendt nyresygdom, obstipation eller akut colitis og patienter i behandling med diuretika, ACE-hæmmer eller NSAID-præparater, bør svar på følgende blodprøver være til stede og højst en måned gamle: Hæmoglobin, s-natrium, s-kalium, s-fosfat, s-calcium, s-creatinin, s-carbamid, p-koagulationsfaktorer II, VII og X [1].

Hos patienter med øget risiko for udvikling af akut fosfatnefropati [1] skal følgende blodprøver foreligge før og efter udrensning med natriumfosfat (phosphoral): Hæmoglobin, s-natrium, s-kalium, s-fosfat, s-calcium, s-creatinin, s-carbamid, p-koagulationsfaktorer II, VII og X.

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| En henvisning til koloskopi bør indeholde udsagn om medicin:<br>Antikoagulantia, jern, insulin, antihypertensiva, diuretica.   | ✓            |
| Forud for koloskopi bør følgende blodprøver være taget hos visse patientkategorier (se under 'blodprøver' ovenfor):<br>hæmoglobin, s-natrium, s-kalium, s-fosfat, s-calcium, s-creatinin, s-carbamid og p-koagulationsfaktorer II, VII og X. | D            |
| Ved brug af AK-medicin henvises til bilag 1 vedrørende evt. pausering.   | ✓            |

### 3. Personale

Under undersøgelsen bør der ud over endoskopøren være mindst én anden fagperson til stede: En uddannet endoskopisygeplejerske eller en person, som lægen har uddelegeret opgaven til – enten efter selv at have oplært personen, eller efter at lægen har sikret sig, at personen har de fornødne kvalifikationer.

Assistenten kan kortvarigt gå fra og til undersøgelsesrummet.

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Der bør altid være mindst 2 fagpersoner til stede ved koloskopi. | ✓            |

### 4. Udstyr

Et koloskop, diatermiapparat, biopsitænger, slynger etc. samt udstyr til spotmarkering.

Hygiejne i relation til udstyret fremgår af retningslinjer fra Statens Seruminstitut [1].

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Diatermiapparat og udstyr til biopsitagning og polypsfjernelse, samt udstyr til spotmarkering skal være tilgængeligt ved koloskopi. | ✓            |

### 5. Patientinformation

For at opnå en rimelig patienttilfredshed i forbindelse med koloskopi er det væsentligt, at patienten er tilstrækkeligt informeret før, under og efter undersøgelsen (bilag 2) samt at det sikres, at patienten har forstået informationen. Desuden er der ifølge lov om patienters retsstilling et krav om udvidet information og tilsagn ved undersøgelser og operationer. Informationen ved speciallæge kan finde sted umiddelbart i forbindelse med undersøgelsen, såfremt der er givet information forinden fx i form af skriftligt udleveret materiale.



Patientinformation vedrørende koloskopi bør indeholde følgende:

- mundtlig information om undersøgelsens formål og udførelse – gerne understøttet af skriftlig information og eventuelt en tegning
- oplysninger om, hvem der udfører undersøgelsen
- oplysninger om undersøgelsens forventede varighed
- information om mulighed for bedøvelse/beroligende medicin
- information om eventuelt ubehag ved undersøgelsen
- eventuelle forholdsregler før, under og efter undersøgelsen – herunder faste, udrensning, indtagelse af medicin samt f.eks. bilkørsel, indtagelse af mad og drikke efter undersøgelsen mv.
- oplysning om perforationsrisiko på 2/1000.

For uddybning se appendiks.

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Med henblik på at øge patienttilfredsheden og mindske nervøsiteten ved undersøgelsen bør der gives mundtlig information af gastroenterologisk specialist suppleret med skriftlig materiale med illustrationer. | A            |
| Når der informeres efter undersøgelse tilrådes, at der er en pårørende tilstede.   | ✓            |
| Skriftlig information om undersøgelsen og eventuelle følgevirkninger kan suppleres med et skema eller en oversigt over undersøgelsens forløb og fund (se bilag 2).   | ✓            |
| Ved information forud for undersøgelsen skal oplyses om perforationsrisiko.  | ✓            |

## 6. Patientforberedelse

En kvalitativ god udrensning af kolon før koloskopi er den vigtigste enkeltfaktor for høj gennemførselsgrad, undersøgelsens varighed og for kvaliteten af diagnostik [1]. Udover disse parametre er patientsikkerhed, patientcompliance og patienttilfredshed vigtige parametre ved valg af udrensningsregime. Der har gennem tiderne været foreslået talrige koloskopi-forberedelsesregimer. En amerikansk konsensusrapport kommer ikke med direkte anbefalinger af et specielt regime [2]. Natriumfosfat (Phosphoral) giver højere patienttilfredshed og bedre udrensning i forhold til polyethylenglykol (Moviprep) baseret udrensning (OR=2,23) [4,5]. Oral natriumfosfat kan medføre akut fosfat nefropati, specielt hos ældre patienter med hjertekar- eller nyresygdomme [6,7]. Generelt anbefales det derfor at anvende polyethylenglycol til udrensning.

For uddybning se appendiks

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Til udrensning før koloskopi anbefales primært polyethylenglycol. | ✓            |

## 7. Monitorering

Der stilles ikke formelle krav til monitorering af patienter ved udførelse af koloskopi generelt. Ved sedering uden medvirken af anæsthesipersonale må følgende anbefales [1-3]:

- i.v.-adgang etableres
- der anvendes alene præparater af opioid- eller benzodiazepinklasserne (alfentanil, morfin, fentanyl, diazepam, midazolam), og der udvises skærpet opmærksomhed ved anvendelse af disse i kombination
- der foretages observation og dokumentation af:
  - bevidsthedsniveau
  - respiratorisk og cirkulatorisk funktion vha. pulsoxymetri med alarm
  - gives O<sub>2</sub>-tilskud ved SAT < 93
- en anden person end den, der udfører proceduren, har ansvaret for observation og dokumentation
- personalet er dokumenteret uddannet og trænet i brug af de nævnte lægemidler, så de kan varetage observation og behandling af sederede patienter.

Følgende udstyr bør være umiddelbart tilgængeligt på hver endoskopisk enhed:  
til luftvejshåndtering (ventilationsudstyr (Rubens ballon), sugesaggregat (sugekateter))  
til genoplivning (hjertestarter)  
relevant medicin (antidoter, atropin, adrenalin).

For uddybning se appendix.

| Rekommandationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Der bør være mulighed for etablering af i.v.-adgang, at tilbyde O <sub>2</sub> -tilskud samt monitorere ved brug af pulsoxymetri.      | ✓            |
| På hver endoskopisk enhed findes mulighed for umiddelbar anvendelse af Rubens ballon til ventilation, sug og adgang til hjertestarter. | ✓            |
| På hver endoskopisk enhed findes medicin til umiddelbar anvendelse ved genoplivning.   | ✓            |

## 8. Sedering

Der findes ikke formelle krav til eller retningslinjer for sedation/rus ved udførelse af koloskopi.

Undersøgelsen kan udføres både med og uden sedation. Sedation bør administreres med den højst mulige sikkerhed, medføre mindst muligt ubehag for patienten samt medvirke til at højne kvaliteten af undersøgelsen. Der er klar evidens for højere patienttilfredshed og højere kvalitet i undersøgelsen, såfremt patienten sederes.

Der er ligeledes evidens for, at undersøgelsen for visse selekterede patienter kan udføres uden sedering med høj patienttilfredshed og høj kvalitet. Patienter kan under tilstrækkelig monitorering sederes med lav risiko for komplikationer [1-5].

Administration af propofol er for nuværende under diskussion [6-8].

| Rekommandationer                              | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Der anbefales moderat sedation ved koloskopi. | A            |

## 9. Udførelse

Koloskopi omfatter intubation af hele colon til og med coecum og grundig inspektion af mucosa.

Hos patienter med pacemaker/ICD enhed, skal neutralpladen placeres længst muligt væk fra pacemakere og anvendelse af monopolær strøm skal foregå i korte seancer. Strømafgivelsen ved polypfjernelse/koagulation bør gives i perioder af op til 1 sekunds varighed, da længere tids brænding vil medføre risiko for manglende pacing (for pacemaker patienter) eller utilsigtet terapi (ICD patienter). I forbindelse med kortvarig strømafgivelse ved polypfjernelse skønnes risiko for utilsigtet terapi at være minimal. Hvis man ikke kan tilsikre dette bør ICD patienten have pålagt ICD magnet og være EKG-overvåget i forbindelse med indgrebet (jvf. Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning) [1].

### Intention

Det forventes, at endoskopøren i mere 90 % af koloskopierne når coecum. Ved diarréudredning er målet også at efterse terminale ileum.

Patientjournalen forventes at indeholde dokumentation for, at coecum er nået og dokumenteres (med foto eller evt. biopsi såfremt dette er indiceret) ved hver koloskopi [2-4].

### Polypdetektion og tid anvendt på tilbagetrækning

Længden af tilbagetrækningstiden er ligefrem proportional med detektionsgraden af polypper og neoplasier. En gennemsnitlig tilbagetrækningstid på > 6 min. anbefales [4,5].

### Polypektomi

Endoskopøren skal være bekendt med - og kunne udføre - biopsi og alle former for polypektomi (varm slynge, hot biopsy, piecemeal technique). Såfremt endoskopøren i speciallægepraksis ikke finder polypektomi mulig, skal patienten henvises til en hospitalsafdeling med henblik på videre behandling.

Ved fund af maligne tumorer og store polypper, der sandsynligvis skal fjernes operativt, skal der fortages tuschmarkering [4,6].

### Biopsier hos patienter under udredning for diarré

Der foretages biopsier fra følgende områder: 2 fra coecum, 2 fra ascendens, 2 fra transversum, 2 fra descendens, 2 fra sigmoideum, 2 fra rectum og 2 fra patologiske områder. Ved mistanke om Morbus Chron tages biopsier fra terminale ileum [7].

### Synkrone tumorer/'clean colon'

Ved fund af tumor distalt i colon anbefales det at fuldføre undersøgelsen med henblik på fund af synkrone tumorer. Såfremt tumor ikke er passabel for endoskopet undlades fuld koloskopi, og der skal planlægges 'clean colon' koloskopi efter operation.

| Rekommandationer  | Byrke (A-D) |
|---|-------------|
| Koloskopi bør kunne gennemføres til coecum hos > 90 % af patienterne.   | D           |
| Tilbageføringstid > 6 min. anbefales, idet detektionsraten øges.  | C           |
| Endoskopøren bør kunne udføre biopsi og polypektomi.  | ✓           |
| Biopsier ved diarréudredning bør omfatte: 2 fra coecum, 2 fra ascendens, 2 fra transversum, 2 fra descendens, 2 fra sigmoideum, 2 fra rectum og 2 fra eventuelle afficerede områder. På mistanke om Morbus Chron udtages også biopsier fra terminale ileum. | ✓           |
| Alle fundne polypper < 1-2 cm bør fjernes ved første undersøgelse.  | ✓           |
| Patienter med øget blødningsrisiko bør henvises til sygehus. (se bl.a. bilag 1).  | ✓           |
| Fuld koloskopi bør udføres forud for operationen med henblik på fund af synkrone tumorer ved fund af tumor distalt i colon, såfremt dette skønnes muligt.   | C           |

### 10. Kontrol af tilstrækkelig gennemført undersøgelse

For coloncancerdiagnostik ved vi fra et koloskopimateriale med 620 patienter med 1049 colon adenomer, at omkring 33 % af adenomer findes proximalt for venstre flexur [1].

I et autopsistudie bestående af 336 autopsier med 305 tumorer i colon, fandtes prævalensen af adenomer at øges med alderen, med skift fra distale til proximale colon forekomst i den ældre aldersgruppe. Ved sigmoideoskopi forventedes at 57 % af adenomerne kunne være opdaget, mens resten findes ved koloskopi [1].

Ved sigmoideoskopi vil man påvise 2/3 af evt. cancertilfælde, dvs. 1/3 af cancers findes i øvrige colon [2].

For at sikre, at undersøgelsen er udført korrekt, tages foto af coecum eller alternativ dokumentation kan være en ileumbiopsi taget på indikation. Et foto er ikke altid validt på grund af eventuel peristaltik, dårlig udrensning, etc.

| Rekommandationer  | Byrke (A-D) |
|---|-------------|
| Billede af coecum bør tages til dokumentation af fuldt gennemført undersøgelse. | ✓           |

## 11. Beskrivelse og epikrises indhold

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Følgende systematiserede beskrivelse af undersøgelse og epikrise anbefales: | ✓            |
| 1. Diagnose efter fund  |              |
| 2. Procedurekode  |              |
| 3. Indikation/anamnese  |              |
| 4. Medicinering ved undersøgelsen   |              |
| 5. Beskrivelse af undersøgelsen   |              |
| a. Udrensning tilfredsstillende (ja/nej)                                    |              |
| b. Coecum nået (ja/nej)   |              |
| c. Patologiske fund:  |              |
| • lokalisation (cm fra anus)  |              |
| • størrelse   |              |
| • malignitetssuspekt (ja/nej)   |              |
| • passabel for endoskop (ja/nej)  |              |
| 6. Procedurer   |              |
| 7. Konklusion   |              |
| 8. Behandling   |              |
| 9. Sagt og aftalt med patienten   |              |
| 10. Efterkontrol/videre plan  |              |

*For eksempel se appendiks.*

## Bilag 1

Indikation for evt. pausering af antikoagulantia ved endoskopiske procedurer [2].  
 Generelt må risikoen for blødning ved den pågældende procedure opvejes med risikoen ved at pausere eller sænke INR. I tvivlstilfælde må der konfereres med cardiolog.

|                   | Endoskopisk lavrisikoprocedure   | Endoskopisk højrisikoprocedure  |
|-------------------|--|---|
| Blodretning       | Ektremt øget risiko for indre blødning<br>Ektremt øget risiko for blødning ved indtagelse af blod<br>Ektremt øget risiko for blødning ved indtagelse af blod<br>Ektremt øget risiko for blødning ved indtagelse af blod<br>Ektremt øget risiko for blødning ved indtagelse af blod | Risiko for indre blødning<br>Risiko for blødning ved indtagelse af blod<br>Risiko for blødning ved indtagelse af blod<br>Risiko for blødning ved indtagelse af blod<br>Risiko for blødning ved indtagelse af blod |
| Acetylsalicylsyre | Stadig i behandling på tidspunkt for indtagelse  | Stadig i behandling på tidspunkt for indtagelse   |
| NSAID             | Stadig i behandling på tidspunkt for indtagelse  | Stadig i behandling på tidspunkt for indtagelse   |
| Dipyridol         | Stadig i behandling  | Pause i behandling ved indtagelse af blod<br>Pause i behandling ved indtagelse af blod<br>Pause i behandling ved indtagelse af blod   |
| Acetylsalicylsyre | Stadig i behandling  | Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod<br>Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod<br>Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod  |
| NSAID             | Stadig i behandling  | Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod<br>Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod<br>Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod  |
| Dipyridol         | Stadig i behandling  | Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod<br>Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod<br>Pause i behandling på tidspunkt for indtagelse af blod  |

af det samlede antal patienter, der er i behandling med antikoagulantia på tidspunkt for indtagelse af blod. I tilfælde af tvivl på risikoen for blødning ved indtagelse af blod, må der konfereres med cardiolog.

Patienter med mekanisk hjerteklap svarende til aortaposition må oftest også betragtes som højrisikopatienter. Disse patienter må tilbydes bridging med lavmolekylært heparin under pausen med AK-behandling.

For patienter i behandling med Dipyridol gælder samme rekommandation som for patienter i behandling acetylsalicylsyre og NSAID.

## Bilag 2

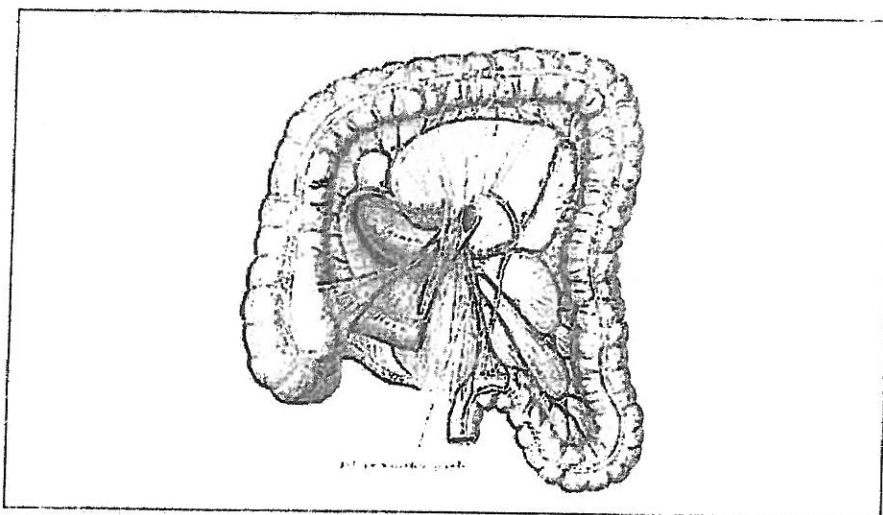
### Informationsmateriale efter endt koloskopi-undersøgelse

Patient data

Afdelingens/speciallægepraksis' adresse

### Koloskopi

(kikkertundersøgelse af tyktarmen) - Foreløbig beskrivelse



Fund:

Behandling:

Eventuel aftale:

Dato:

Læge:



## Appendiks

### Appendiks til punkt 1

Med udgangspunkt i indikationskriterier opstillet af American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) [1], har European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE) i en konsensusgruppe modificeret og valideret kriterierne [2,9]. Det er vist, at såfremt kriterierne følges, patienten er en mand og alderen er over 50 år, er der øget risiko for at finde en relevant diagnose ved koloskopi [3-5]. Et symptom som jernmangelanæmi er meget velafgrænset, og sådanne patienter vurderes af eksperter, som værende relevante for koloskopi med en odds ratio for fund af patologi på 30,8. Symptomer som mavesmerter og diarré er ikke så velafgrænsede symptomer, hvilket også afspejler en odds ratio på henholdsvis 0,6 og 0,54 i forhold til patienter, der var henvist med henblik på screeningsundersøgelse [6]. Der er i øvrigt stor uenighed om, hvor passende indikation for udførte koloskopier er blandt gastroenterologer. Ved efterfølgende vurdering af indikationen af et ekspertpanel, fandtes der en overensstemmelse på 28,8 % (kappa = 0,11) [7]. Effekten af coloskopisk overvågning af colitis ulcerosa mht. udviklingen af cancer er ikke fuldt afklaret [12]. Der er en øget risiko for cancer ved CU, men der er modstridende resultater mht. om overvågning ændrer ved prognosen. Enkelte studier tyder på en gevinst af overvågning med coloskopi, hvorfor EPAGE anbefaler coloskopi overvågning startende 8 år efter sygdomsdebut [2]. I henhold til de opdaterede retningslinier for diagnose og behandling af kolorektal cancer fra Danish Colorectal Cancer Group (DCCG) er der indikation for undersøgelse af patienter med ændret afføringsvaner og frisk rød blødning [13]. Hvis sigmoidoskopi er foretaget på indikation af en positiv test for occult gastrointestinalblødning og sigmoidoskopian er normal, bør der siden foretages koloskopi [13].

### Appendiks til punkt 5

Traditionelt anvendes mundtlig information suppleret med skriftligt materiale. Hvis den mundtlige information gives af en gastroenterologisk specialist, er der let øget patienttilfredshed og forståelse af informationen [1]. Hverken computerassisteret information eller computerassisteret telefoninformation havde effekt på henholdsvis nervøsitet og tilfredshed ved koloskopi eller for patienters deltagelsesfrekvens i screeningsprogrammer [2,3]. I et RCT er det vist, at telefonopkald til patienter øgede deltagerfrekvensen i den første planlagte koloskopi med 11% (AOR 2,14 [0,99-4,63]) [4]. Præsentation af en brochure med illustrationer i forhold til en almindelig tekstinformation øgede forståelsen for undersøgelsen markant (OR=3,75 [CI:1,16-12,09]) [5]. Supplering af almindelig information med videoinformation har ingen effekt på hverken nervøsitet eller på tilbøjeligheden til at deltage i screeningsprogrammer [6;7]. Afspilning af musik i forbindelse med endoskopian øgede patienttilfredsheden, men ændrede ikke på smerteopfattelsen eller forbrug af sedativa [8], ligeledes ændrede det at kunne se undersøgelsen på en skærm ikke ved nervøsitet eller smerteintensitet ved endoskopi (cystoskopi) [9].



#### Appendiks til punkt 6

Det perfekte regime må rense kolon for alt fast og flydende materiale, må ikke skade kolons mucosa, skal være let at administrere og skal være nemt at tolerere for patienterne uden bivirkninger. Antallet af tilgængelige studier tyder på, at det fortsat er uafklaret, hvilket regime, der bedst opfylder alle krav. Ved litteratursøgning i Pubmed blev der identificeret 655 studier, heraf 145 RCT's og en metaanalyse. Derudover foreligger der en konsensusrapport [2]. I metaanalysen indgik 29 RCT's fra 1990 til 2005, udført på i alt 6.459 patienter (59-845 pr. studie). Udrensningsregimerne omfattede forskellige designs indeholdende polyethylenglykol, natriumfosfat og natrium picosulfat. Konklusionen på metaanalysen er, at natriumfosfat er mest effektiv i udrensning af kolon uden flere bivirkninger end de to andre præparater. Patienterne tolererede dårligst polyethylenglykol (4 l) i forhold til de volumenmæssigt mindre præparater (natriumfosfat og natrium picosulfat). Der er dog rapporteret over 50 tilfælde i verdenslitteraturen med akut fosfat nefropati, hvorfor FDA i USA har afregistreret alle formuleringer af oral natrium fosfat til colon udrensning i 2008. Risikoen for hyperfosfatæmi og hypokalæmi er størst hos ældre eller patienter med kardiovaskulær eller nyresygdom, [3]. Det Sundhedsfaglige Råd i Region Hovedstaden anbefaler derfor at der ikke anvendes natriumfosfat til udrensning.

#### Appendiks til punkt 7

Ved sedation anvendes følgende målparametre i vurderingen af kvaliteten af undersøgelsen [1-3]:

- a. Sedationsrelaterede komplikationer
- b. Patientvurdering:
  - tilfredshed
  - smerter
  - hukommelse
  - vil gerne undersøges igen.
- c. Lægelig vurdering:
  - tilfredshed
  - sedationsniveau
  - patientsamarbejde
  - undersøgelseskvalitet
  - gennemførlighed.
- d. Procedure følgevirkninger:
  - opvågning
  - udskrivelse.

### Appendiks til punkt 11

| Etiologi på baggrund af fund  | Etiologi Colitis ulcerosa (5.10)  |
|---|---|
| 1. Procedurekode  | K510 Colitis ulcerosa<br>KUJF1 Koloskopi med biopsi.  |
| 2. Indikation/anamnese  | 22 årig mand henvist til koloskopi på grund af blodig diarré gennem 3 måneder.  |
| 3. Medicinering ved undersøgelsen   | I præmedicinering med Dormicum 2 mg i.v. foretages koloskopi.   |
| 4. Beskrivelse af undersøgelsen<br>a. Udrensning tilfredsstillende (ja/nej)<br>b. Coecum nået (ja/nej)<br>c. Patologiske fund:<br>• lokalisation (cm fra anus)<br>• størrelse<br>• malignitetssuspekt (ja/nej)<br>• passabel for endoskop (ja/nej)<br>d. Procedurer | Skopet føres gennem en veludrenset tarm til coecum hvor valvula og appendix indmunding identificeres. Der ses normal slimhindetegning til venstre flexur, hvorfra slimhinden bliver ødematøs og vulnerabel. Forandringerne tiltager mod rectum. Der biopteres fra coecum, ascendens, transversum, descendens, sigmoideum og rectum. |
| 5. Konklusion   | Venstresidig colitis  |
| 6. Behandling   | Der påbegyndes behandling med Asacol 800 mg, 5 tabletter dagligt.   |
| 7. Sagt og aftalt med patienten   | Histologisvar på biopsier foreligger om ca. 2 uger. Svar vil blive sendt til henvisende læge, som vil stå for den videre kontrol og behandling.   |
| 8. Efterkontrol/videre plan   | Afsluttet herfra.   |

## Referencer

### Referencer til punkt 1

1. Minoli G, Meucci G, Bortoli A et al. ASGE. The committee on endoscopic utilization. *Gastrointest Endosc* 2000;52:831-837.
2. Schussel  Filliettaz S, Juillerat P, Burnand B, Arditi C, Windsor A, Beglinger C, Dubois RW, Peytremann-Bridevaux I, Pittet V, Gonvers JJ, Froehlich F, Vader JP; EPAGE II Study Group. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Chronic diarrhea and known inflammatory bowel disease. *Endoscopy*. 2009 Mar;41(3):218-26. Epub 2009 Mar 1.
3. Adler A., Roll, S. et al. Appropriateness of colonoscopy in the era of colorectal cancer screening: a prospective, multicenter study in a private-practice setting. *Dis Col Rectum* 2007;50:1628-38.
4. Gonvers JJ et al. A European view of diagnostic yield and appropriateness of colonoscopy. *Hepatogastroenterology* 2007;54:729-35.
5. Harris JK et al. Variations in colonoscopy practice in Europe. A multicenter descriptive study. *Scand J Gastroenterol*. 2007;42:126-34.
6. Harris JK et al. *Int J Health Care*. 2007;19:150-57.
7. Vader JP et al. Gastroenterologist overestimate the appropriateness of colonoscopies they perform. An international observational study. *Endoscopy* 2005;37:840-46.
8. Shoiab A et al. Why wait for colonoscopy? An easy cure. *Colorectal Dis*. 2006;8:480-83.
9. Vader JP et al. European panel on the appropriateness of gastrointestinal endoscopy (EPAGE). *Endoscopy* 1999;31:687-694.
10. Referenceprogram for kroniske inflammatoriske tarmsygdomme. Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sundhedsstyrelsen, 2007.
11. Olsen KR, Bjerregaard NC, Ibfelt EH, Laurberg S. Sundhed konomisk analyse af diagnostiske strategier ved symptomer ende- og tyktarmskræft - en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen.
12. Schussel  Filliettaz S, Juillerat P, Burnand B, Arditi C, Windsor A, Beglinger C, Dubois RW, Peytremann-Bridevaux I, Pittet V, Gonvers JJ, Froehlich F, Vader JP; EPAGE II Study Group. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Chronic diarrhea and known inflammatory bowel disease *Endoscopy* 2009; 41(3) 218-226
13. DCCG. Retningslinier for diagnostik og behandling af patienter med kolorektal cancer. [www.dccg.dk](http://www.dccg.dk), 2009.

### Referencer til punkt 2

1. FDA 11. December 2008
2. Kjeldsen J, Pless T, Meisner S et al. Endoskopi af patienter i antitrombotisk og antikoagulerende behandling. *Ugeskrift for læger*. 2009;17:1384-86.

### Referencer til punkt 4

1. R d og anvisninger om rengøring og desinfektion af fleksible endoskopier udgave 2001. Den centrale afdeling for sygehushygiejne Statens Serum Institut (5. udgave kommer efteråret 2009.)

#### Referencer til pkt. 5

1. Vignally P, Gentile S, Grimaud F, Dusset S, Vitton V, Sambuc R, Grimaud JC. Pertinence of a precolonoscopy consultation for routine information delivery. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:1055-61.
2. Shaw MJ, Beebe TJ, Tomshine PA, Adlis SA, Cass OW. A randomized, controlled trial of interactive, multimedia software for patient colonoscopy education. *J Clin Gastroenterol* 2001; 32:142-47.
3. Costanza ME, Lukmann R, Stoddard AM, White MJ, Stark JR, Avrunin JS, Rosal MC, Clemov L: Using tailored telephone counseling to accelerate the adoption of colorectal cancer screening. *Cancer Detect Prev* 2007;31(83):191-98.
4. Turner BJ, Weiner M, Berry SD, Lillie K, Fosnocht K, Hollenbeak CS. Overcoming poor attendance to first scheduled colonoscopy: a randomized trial of peer coach or brochure support *J Gen Intern Med* 2008;23:58-63.
5. Brotherstone H, Miles A, Robb KA, Atkin W, Wardle J. The impact of illustrations on public understanding of the aim of cancer screening. *Patient Educ Couns.* 2006 Nov;63(3):328-35.
6. Bytzer P, Lindeberg B. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. *Endoscopy.* 2007 Aug;39(8):710-4.
7. Zapka JG, Lemon SC, Puleo E, Estabrook B, Luckmann R, Erban S. Patient education for colon cancer screening: a randomized trial of a video mailed before a physical examination. *Ann Intern Med.* 2004 Nov 2;141(9):683-92.
8. Bechtold ML, Puli SR, Othman MO, Bartalos CR, Marshall JB, Roy PK Effect of music on patients undergoing colonoscopy: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Dig Dis Sci.* 2009 Jan;54(1):19-24.
9. Kesari D, Kovisman V, Cytron S, Benjamin J. Effects on pain and anxiety of patients viewing their cystoscopy in addition to a detailed explanation: a controlled study. *BJU Int.* 2003 Nov;92(7):751-2.

#### Referencer til punkt 6

1. Kim WH, Cho YJ, Park JY, Min PK, Kang JK, Parks IS. Factors affecting insertion time and patient discomfort during coloscopy. *Gastrointest Endosc* 2000;52:600-05.
2. Fanelli RD, Hyman N, Shen B et al A consensus document on bowel preparation before colonoscopy: prepared by a task force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). *Surg Endosc.* 2006 Jul;20(7):1147-60.
3. Tan JJ, Tjandra JJ. Which is the optimal bowel preparation for colonoscopy – a meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2006 May;8(4):247-58.
4. Brunelli SM, Feldman HI, Latif SM, Gupta M, Weiner MC, Lewis JD. A comparison of sodium phosphosoda purgative to polyethylene glycol bowel preparations prior to colonoscopy. *Fam Med.* 2009 Jan;41(1):39-45.
5. Marti-Bonmatí L, Bouzas R, Galbé R, Gimeno F, González I, Pérez M, Leal R, Gómez A, López J, Garrido J, Navarro F, Iraola I, Martínez A, Pruna X. Oral sodium phosphates solution versus polyethylene glycol for colon cleansing prior to radiological assessment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2009, Apr;3(2):113-9.
6. Hurst FP, Abbott KC. Acute phosphate nephropathy. *Curr Opin Nephrol Hyper ens.* 2009 Jul 23.
7. Markowitz GS, Perazella MA. Acute phosphate nephropathy. *Kidney Int.* 2009 Aug 12.

#### Referencer til punkt 7

1. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology* 2002;96:1004-1017.
2. Waring JP, Baron TH, Hirota WK, et al. Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003;58:317-322.
3. Bell GD, McCloy RF, Charlton JE, et al. Recommendations for standards of sedation and patient monitoring during gastrointestinal endoscopy. *Gut* 1991;32:823-827.

#### Referencer til punkt 8

1. McQuaid KR et al: A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials of moderate sedation for routine endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc*. 2008 May;67(6):910-23.
2. Radaelli F et al. Technical performance of colonoscopy: the key role of sedation/analgesia and other quality indicators. *Am J Gastroenterol*. 2008 May;103(5):1122-30. Epub 2008 Apr 28.
3. Singh H et al. Propofol for sedation during colonoscopy. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD006268.
4. Sporea I et al: How to improve the performances in diagnostic colonoscopy? *Gastrointestin Liver Dis*. 2007 Dec;16(4):363-7.
5. Conigliaro R et al: Implementation of sedation guidelines in clinical practice in Italy: results of a prospective longitudinal multicenter study. *Endoscopy*. 2006 Nov;38(11):1137-43.
6. Sieg A et al.: Propofol sedation in outpatient colonoscopy by trained nurses supervised by the gastroenterologist: a prospective evaluation of over 3000 cases. *Z Gastroenterol*. 2007 Aug;45(8):697-701.
7. Mandel JE et al.: A randomized, controlled, doubleblind trial of patientcontrolled sedation with Propofol/Remifentanyl versus Midazolam/Fentanyl for colonoscopy. *Anesth Anal*. 2008 Feb;100(2):434-9, table of contents.
8. Külling D et al.: Propofol sedation during endoscopic procedures: how much staff and monitoring are necessary? *Gastrointest Endosc*. 2007 Sep;66(3):443-9.

#### Referencer til punkt 9

1. Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning i samråd med Professor, dr.med. Jesper Hastrup Svendsen. Hjertemedicinsk klinik, Rigshospitalet.
2. Marshall JB, Barthel JS. The frequency of total colonoscopy and terminal ileal intubation in the 1990s. *Gastrointest Endosc* 1993;39:518-520.
3. Siwan Thomas-Gibson. The caecum or not the caecum. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008;20(6):500-2. (IV)
4. Rex DK et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006;63(suppl 4):S16-S28. (IV)
5. Robert L, Barclay MD, Joseph J et al. Colonoscopic Withdrawal Times and Adenoma Detection during Screening Colonoscopy *N Engl J Med* 2006;355:2533-41
6. DCCG. Retningslinier for diagnostik og behandling af patienter med kolorektal cancer. [www.dccg.dk](http://www.dccg.dk), 2009.
7. Fyusoff I, Ormonde DG, Offman NE. Routine colonic mucosal biopsy and ileoscopy increases diagnostic yield in patients undergoing colonoscopy for diarrhoea. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*;2002(17):276-80.

#### Referencer til punkt 10

1. Gillespie PE, Chambers TJ, Chan KW et al. colonic adenomas - a colonoscopy survey. Gut.1979 Mar;20(3):240-5.
2. DCCG. Retningslinier for diagnostik og behandling af patienter med kolorektal cancer. www.dccg.dk, 2009.

#### Forkortelser

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>ASGE</b>          | American Society for Gastrointestinal Endoscopy                     |
| <b>EPAGE</b>         | European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy |
| <b>HNPCC</b>         | Hereditær non-polypose colorektal cancer                            |
| <b>FAP-patienter</b> | Familjær adenomatøs polypose-patienter                              |
| <b>IBD</b>           | Inflammatory bowel disease  |
| <b>NAPS</b>          | Nurse Administered Propofol Sedation                                |



## Bilag 6c

### Klinisk retningslinje for sigmoideoskopi – endelig version efter høring og pilottest

Leverance i KVIS-delprojekt 'Metode til udvikling af kliniske retningslinjer og kvalitetsstandarder'.

#### Forfattere

*Jan Fallingborg*, overlæge dr. med., Århus Universitetshospital/Aalborg afsnit Syd, medicinsk gastroenterologi  
*Pia Georg-Jensen*, praktiserende speciallæge ph.d., kirurgisk gastroenterologi  
*Henrik Stig Jørgensen*, overlæge dr. med. ph.d., Herlev Hospital, kirurgisk gastroenterologi afd. D  
*Søren Kilerich*, praktiserende speciallæge dr. med., medicinsk gastroenterologi  
*Trine Stigaard Larsen*, 1. reservelæge, Roskilde Sygehus, kirurgisk afdeling A  
*Rolf Nielsen*, praktiserende speciallæge i kirurgi og kirurgisk gastroenterologi

#### Korrespondance

*Ulla Breth Knudsen*, overlæge, ph.d., Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, ubk@ikas.dk

#### Status

Første udkast: Marts 2009  
Høringsperiode: September 2009  
Korrigeret udkastdato: Oktober 2009  
Endelig dato for denne kliniske retningslinje: Februar 2010  
Denne kliniske retningslinje skal revideres senest: (dato fastlægges ved implementering)

#### Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Indledning   | 76 |
| Læsevejledning   | 76 |
| Litteratursøgningsmetode                                     | 76 |
| Kapitel 1 Patientkategorier(indikationer for sigmoideoskopi) | 77 |
| Kapitel 2 Henvisning   | 77 |
| Kapitel 3 Personale  | 78 |
| Kapitel 4 Udstyr   | 78 |
| Kapitel 5 Patientinformation                                 | 78 |
| Kapitel 6 Patientforberedelse                                | 79 |
| Kapitel 7 Monitorering                                       | 79 |
| Kapitel 8 Sedering   | 80 |
| Kapitel 9 Udførelse, kontrol og beskrivelse                  | 80 |
| Kapitel 10 Beskrivelse og epikrisens indhold                 | 81 |
| Bilag 1  | 82 |
| Bilag 2  | 83 |
| Appendiks  | 84 |
| Referencer   | 86 |



## **Indledning**

---

### **Baggrund**

Sigmoideoskopi er en hyppig undersøgelse, som kan udføres både i hospitalsregi og i speciallægepraksis. Formålet med denne kliniske retningslinje er at sætte mål for god kvalitet ved sigmoideoskopi, så det herved bl.a. kan sikres, at patienten undgår unødige undersøgelser.

### **Definitioner**

En sufficient sigmoideoskopi er udnyttelse af sigmoideoskopet i sin fulde længde (70 cm), i den udstrækning det er muligt, samt angivelse af hvor langt man anser, at tarmen er undersøgt.

### **Afgrænsning af emnet**

Denne kliniske retningslinje følger et forløb for en patient henvist til sigmoideoskopi, mens beskrivelse af selve udførelsen og baggrund for emnerne fremgår kortfattet af appendiks.

## **Læsevejledning**

---

Denne kliniske retningslinje omfatter flere afsnit, hvor overskriften tager udgangspunkt i en del af et patientforløb i relation til en sigmoideoskopi. Efter hvert afsnit findes et skema med rekommandationer, hvor styrken af denne står i kolonnen til højre. Styrken bygger på den evidens, der ligger bag rekommandationen. Styrke A henviser til, at rekommandationen bygger på fx et (eller flere) randomiserede, kontrollerede studier eller en metaanalyse, mens styrke D baserer sig på fx mindre serier, oversigtsartikler eller ekspertvurdering. De steder arbejdsgruppen har ønsket at understrege god klinisk praksis, men som ikke er evidensbaseret, markeres rekommandationen med et v. Graderingen A, B, C og D går ikke på vigtigheden af en bestemt anbefaling, men alene på den tilgrundliggende evidens. For mere detaljeret beskrivelse henvises til 'Medicinsk Kompendium', 1999. Opbygningen af denne kliniske retningslinje i øvrigt følger indholdsfortegnelsen.

## **Litteratursøgningsmetode**

---

Litteratur søgning afsluttet dato: Juni 2009

Der er søgt på Pubmed med følgende søgeord: sigmoideoscopy, sedation, monitoring. Sigmoidoscopy AND (Patient information OR informed consent OR acceptance), sigmoidoscopy AND (bowel preparation OR patient preparation), limits: MeSH, RCT, CT, metaanalysis, guidelines.

## 1. Patientkategorier (indikationer for sigmoideoskopi)

Der kan opstilles følgende overordnede generelle indikationer for sigmoideoskopi [1-5]:

- ved frisk blødning som eneste symptom hos patienter >40 år
- mistænkt venstresidig colon sygdom, fra venstre flexur og til anus, hos yngre patienter
- ændret afføringsmønster >4 uger hos patienter >40 år
- vurdering af aktivitet af en kendt colitis ulcerosa
- overvågning af rectum efter colectomi med ileorektalanastomose for familiær adenomatøs polypose og HNPCC
- Screening for coloncancer hos:
  - risikopersoner i familier med familiær adenomatøs polypose
  - ved kronisk vandig diarré hos patienter uden frisk blødning eller almensymptomer.

Hertil:

infektioner, hvor der skal sikres biotisk materiale  
uforklarede smerter i anal/perianal/perinæumområdet.

For uddybning se appendix:

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Sigmoideoskopi er indiceret ved frisk blødning som eneste symptom hos patienter > 40 år uden disposition til kolorektal cancer. | B            |
| Sigmoideoskopi med biopsi er indiceret ved ændret afføringsmønster > 4 uger hos patienter uden alarmsymptomer.                  | C            |

## 2. Henvi sning

En henvi sning til sigmoideoskopi bør indeholde:

- patientens navn
  - cpr.nr.
  - andre relevante informationer: Mobiltelefonnummer, fastnettelefonnummer, mail-adresse samt eventuelt behov for tolk
  - kort anamnese (symptomer, evt. familiær disposition)
  - tentativ diagnose
  - resultat af foretagne undersøgelser
  - medicin: Specielt antikoagulantia (for evt. pausering, se bilag 1) og jern.
- Hvis patienten er i AK-behandling anbefales en INR-måling, som er mindre end 1 døgn gammel før undersøgelsen.

| Rekommendationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| En henvi sning til sigmoideoskopi bør indeholde udsagn om medicin: antikoagulantia (bilag 1) og jern. | V            |

### 3. Personale

Under undersøgelsen bør der ud over endoskopøren være mindst én anden fagperson til stede: En uddannet endoskopisygeplejerske eller en person, som lægen har uddelegeret opgaven til – enten efter selv at have oplært personen, eller efter at lægen har sikret sig, at personen har de fornødne kvalifikationer. Assistenten kan kortvarigt gå fra og til undersøgelsesstuen.

| Rekommandationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Der bør altid være 2 fagpersoner tilstede ved sigmoideoskopi. | ✓            |

### 4. Udstyr

Et sigmoideoskop, diatermi, biopsitænger, slynger etc. samt udstyr til spotmarkering. Hygiejnen i relation til udstyret fremgår af retningslinjer fra Statens Seruminstitut [1].

| Rekommandationer  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Diatermiapparat og udstyr til biopsitagning og polypfjernelse, samt udstyr til spotmarkering skal være tilgængeligt ved sigmoideoskopi. | ✓            |

### 5. Patientinformation

For at opnå en rimelig patienttilfredshed i forbindelse med sigmoideoskopi, er det væsentligt, at patienten er tilstrækkeligt informeret, og at det sikres, at patienten har forstået informationen. Desuden er der ifølge 'Lov om patienters retsstilling' et krav om udvidet information og patientens tilsagn ved undersøgelser og operationer. Der foreligger meget få undersøgelser af patientinformation specifikt ved sigmoideoskopi, hvorfor de refererede undersøgelser for det meste inddrager koloskopi. Informationen ved speciallæge kan finde sted i umiddelbar forbindelse med undersøgelsen, såfremt der er givet information i forvejen fx i form af skriftligt materiale.

*For uddybning se appendix.*

Patientinformationen bør omfatte oplysninger om risiko for blødning og perforation ved sigmoideoskopi på 1/25.000-50.000 undersøgelser [9].

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Med henblik på at øge patienttilfredsheden og mindske nervøsiteten ved undersøgelsen gives mundtlig information af gastroenterologisk specialist suppleret med skriftlig materiale med illustrationer. | A            |
| Skriftlig information om undersøgelsen og mulige følgevirkninger kan suppleres med et skema eller en oversigt over undersøgelsens forløb og fund.  | ✓            |
| Patientinformationen bør omfatte oplysninger om risiko for blødning og perforation ved sigmoideoskopi på 1/25.000-50.000 undersøgelser.  | ✓            |

## 6. Patientforberedelse

En god udrensning af sigmoideum før endoskopi er den vigtigste enkeltfaktor for høj gennemførelsesgrad, undersøgelsens varighed og for diagnostik [1]. Udover disse parametre er patientsikkerhed, patientcompliance og patienttilfredshed vigtige parametre ved valg af udrensningsregime.

For uddybning se appendix.

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Til udrensning før sigmoideoskopi anbefales primært fosfatklyx administreret én gang, 1-2 timer før undersøgelsen.                         | A            |
| For at øge kvaliteten af undersøgelsen, kan der suppleres med oral laksantia og indtagelse af flydende kost fra aftenen før undersøgelsen. | A            |

## 7. Monitorering

Der findes ikke formelle krav til eller retningslinjer for monitorering af patienter ved udførelse af sigmoideoskopi. Der findes ingen evidens vedrørende specifik monitorering til sigmoideoskopi.

Følgende udstyr bør være umiddelbart tilgængeligt på en endoskopisk enhed:  
 til luftvejshåndtering (ventilationsudstyr (Rubens ballon), sugeaggregat (sugekateter))  
 til genoplivning (hjertestarter)  
 relevant medicin (antidoter, atropin, adrenalin).

| Rekommendationer   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| Der bør være mulighed for etablering af i.v.-adgang, at tilbyde O2-tilskud samt monitorere ved brug af pulsoxymetri.                     | ✓            |
| Der bør være mulighed for måling af blodtryk.  | ✓            |
| På hver enhed for endoskopi findes mulighed for umiddelbar anvendelse af Rubens Ballon til ventilation, sug og adgang til hjertestarter. | ✓            |
| På hver enhed for endoskopi findes medicin til umiddelbar anvendelse ved genoplivning.   | ✓            |

## 8. Sedering

Der findes ikke formelle krav til eller retningslinjer for sedation/rus ved udførelse af sigmoideoskopi. Der findes ingen evidens for effekten af sedation til sigmoideoskopi. Undersøgelsen udføres, som best practice, uden sedation.

| Rekommendationer                                      | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Sigmoideoskopi bør som regel foretages uden sedation. | V            |

## 9. Udførelse, kontrol og beskrivelse

En sufficient sigmoideoskopi er udnyttelse af sigmoideoskopet i sin fulde længde (70 cm), i den udstrækning det er muligt, samt angivelse af hvor langt man anser, at tarmen er undersøgt [1].

Hos patienter med pacemaker/ICD enhed, skal neutralpladen placeres længst muligt væk fra pacemakern og anvendelse af monopolar strøm skal foregå i korte seancer. Strømafgivelsen ved polypfjernelse/koagulation bør gives i perioder af op til 1 sekunds varighed, da længere tids brænding vil medføre risiko for manglende pacing (for pacemaker patienter) eller utilsigtet terapi (ICD patienter). I forbindelse med kortvarig strømafgivelse ved polypfjernelse skønnes risiko for utilsigtet terapi at være minimal. Hvis man ikke kan tilsikre dette, bør ICD patienten have pålagt ICD magnet og være EKG-overvåget i forbindelse med indgrebet (jvf. Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning) [2].

En række faktorer kan vanskeliggøre en sufficient undersøgelse: Kvindekøn, høj alder (> 80 år), smerter, slyngedannelse, mangelfuld udrensning, hysterektomi, abdominalt kirurgisk indgreb (hos mænd) og vægttab. Underbyggende herfor er, at kvinder oftere har en mere slyngt colon [3] og oftere oplever smerter under undersøgelsen [4], medens ældre mennesker oftere har en mangelfuld udrensning [5,6].

Optimering af undersøgelsen kan nogle gange opnås ved sedation, audiovisuel stimulation og kraftigere udrensning (phosphoral).

### Polypektomi

Endoskopøren skal være bekendt med og kunne udføre biopsi og alle former for polypektomi (varm slyng, hot biopsy, piecemeal technique). Såfremt endoskopøren ikke finder dette muligt, skal patienten henvises til en hospitalsafdeling. Der skal udføres spotmarkering af bredbaserede polypper og cancere [4,6].

### Biopsier hos patienter under udredning for diarré

Der tages biopsier fra følgende lokalisationer: 2 fra colon descendens, 2 fra sigmoideum, 2 fra rectum og biopsier fra eventuelle afficerede områder.

### Synkrone tumore/'clean colon'

Ved fund af neoplasie ved sigmoideoskopi bør der udføres koloskopi ved en senere lejlighed inden en eventuel operation med henblik på synkrone tumore. Såfremt tumor ikke er passabel for endoskopet undlades fuld koloskopi, men dette bør efterfølgende udføres.

| Rekommendation   | Styrke (A-D) |
|--|--------------|
| En sufficient sigmoideoskopi er udnyttelse af sigmoideoskopet i sin fulde længde (70 cm), i den udstrækning det er muligt, samt angivelse af hvor langt man anser, at tarmen er undersøgt. | ✓            |
| Endoskopøren skal være forberedt på biopsi og polypektomi.   | ✓            |
| Biopsier ved diarréudredning bør omfatte: 2 fra colon descendens, 2 fra sigmoideum, 2 fra rectum samt biopsier fra afficerede områder.   | ✓            |
| Ved fund af tumor bør det overvejes, om der er mulighed for 'clean colon' koloskopi inden operation.   | ✓            |

### 10. Beskrivelse og epikrisens indhold

| Rekommendation  | Styrke (A-D) |
|---|--------------|
| Følgende systematiserede beskrivelse af undersøgelse og epikrise anbefales: | ✓            |
| 1. Diagnose efter fund  |              |
| 2. Procedurekode  |              |
| 3. Indikation/anamnese  |              |
| 4. Medicinering ved undersøgelsen   |              |
| 5. Beskrivelse af undersøgelsen   |              |
| a. Udrensning sufficient (ja/nej)   |              |
| b. Har endoskopet været indført i sin fulde længde (70cm) (ja/nej)          |              |
| c. Patologiske fund:  |              |
| • lokalisation (cm fra anus)  |              |
| • størrelse   |              |
| • malignitetssuspekt (ja/nej)   |              |
| • passabel for endoskop (ja/nej).   |              |
| 6. Procedurer   |              |
| 7. Konklusion   |              |
| 8. Behandling   |              |
| 9. Sagt og aftalt med patienter   |              |
| 10. Efterkontrol/videre plan  |              |

(se eksempel i appendiks).

## Bilag I

Indikation for evt. pausering af antikoagulantia ved endoskopiske procedurer [2].  
 Generelt må risikoen for blødning ved den pågældende procedure opvejes med risikoen ved at pausere eller sænke INR. I tvivlstilfælde må der konfereres med cardiolog.

|   | Endoskopisk lavrisikoprocedure  | Endoskopisk højrisikoprocedure   |
|---|---|--|
| Refraktin   | Diagnostisk gastrokopi med og uden biopsi<br>Diagnostisk kolonoskopi med og uden biopsi<br>Diagnostisk sigmoidoskopi med og uden biopsi<br>Diagnostisk enteroskopi<br>Diagnostisk ERCP uden afvikling af<br>Endoskopisk uterudendoskopi | Kolekysti med polyektomi<br>Polypektomi i versus<br>Sphincteromyi ERCP<br>ERCP med afvikling af ERCP og afvikling af<br>ERCP<br>Ferkat af endoskopisk gastroenterologi =<br>Procedure i vejret af endoskopisk udført |
| Acetylsalicylsyre   | Udendret behandling udførelse af indgreb  | Udendret behandling udførelse af indgreb   |
| NSAID   | Udendret behandling udførelse af indgreb  | Udendret behandling udførelse af indgreb   |
| Dipyridin   | Udendret behandling   | Følgende dage for endoskopi og indgreb ikke<br>syttagelse af indkøbet for behandling. Pa-<br>tienter med koronararteriel sygdom indlægges i<br>sygehuset for behandling med aspirin                                  |
| Eventuelle andre medikation                                   | Udendret behandling   | Følgende dage for planlagt indgreb   |
| Eventuelle andre medikation<br>i forbindelse med<br>indgrebet | Udendret behandling   | Følgende dage for udførelse af endoskopiske<br>procedurer. For patienter med høj risiko for trom-<br>bose bør der overvejes at anvende aspirin i<br>højere doser   |

1. Patienter med mekanisk hjerteklap skal vurderes grundlæggende til brug af antikoagulantia. For patienter med mekanisk hjerteklap skal der overvejes at anvende aspirin i højere doser.  
 2. Patienter med mekanisk hjerteklap skal vurderes grundlæggende til brug af antikoagulantia. For patienter med mekanisk hjerteklap skal der overvejes at anvende aspirin i højere doser.  
 3. Patienter med mekanisk hjerteklap skal vurderes grundlæggende til brug af antikoagulantia. For patienter med mekanisk hjerteklap skal der overvejes at anvende aspirin i højere doser.

Patienter med mekanisk hjerteklap svarende til aortaposition må oftest også betragtes som højrisikopatienter. Disse patienter må tilbydes bridging med lavmolekylær heparin under pausen med AK-behandling.

For patienter i behandling med Dipyridinol gælder samme rekommandation som for patienter i behandling acetylsalicylsyre og NSAID.

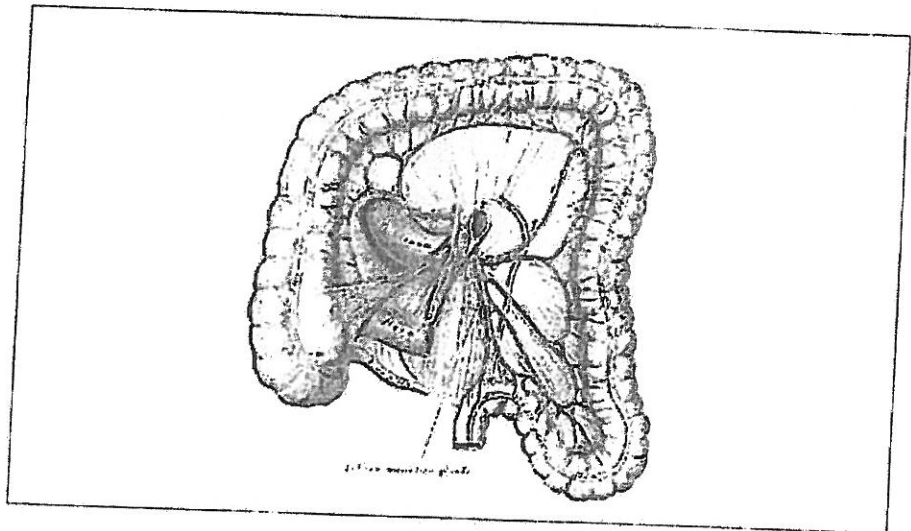


**Bilag 2**

**Informationsmateriale efter endt sigmoideoskopi-undersøgelse**

|              |   |
|--------------|---|
| Patient data | Afdelingens/speciallægepraksis' adresse |
|--------------|---|

**Sigmoideoskopi**  
(kikkertundersøgelse af venstre del af tyktarmen) – Foreløbig beskrivelse



**Fund:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Behandling:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eventuel aftale:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Læge:** \_\_\_\_\_

## Appendiks

### Appendiks til punkt 1

Hos patienter med rektal blødning foretages oftest en komplet koloskopi for sikkert at diagnosticere eller udelukke malignitet. En koloskopi er dog forbundet med større risici og ulemper for patienten end en sigmoideoskopi. I en opgørelse af 39.286 koloskopier og 35.298 sigmoideoskopier foretaget i USA i perioden 1991-1998 fandtes, at perforation forekom ved 2,0/1000 koloskopier og ved 0,9/1000 sigmoideoskopier [1]. Enns et al har opgjort risikoen for blødning og perforation ved sigmoideoskopi til 1/25.000-50.000 [5].

I selekterede tilfælde synes sigmoideoskopi endvidere at være en tilstrækkelig undersøgelse ved rektal blødning. I en retrospektiv undersøgelse af 9.098 patienter, som blev henvist til koloskopi, var indikationen mulig gastrointestinal blødning hos 1.225 [2]. Af disse havde 703 'distal blødning', defineret som: Frisk, rødt blod under eller efter defækation, på toiletpapiret eller i toiletkummen, ingen familiær disposition til eller tidligere kolorektal neoplas, og ingen ændringer i afføringsmønsteret [3]. Hos patienter med denne blødningstype fandtes signifikante fund (adenomer >1cm, vidløse adenomer, cancer in situ eller cancer) hos 6,7 %, mens det hos patienter med anden blødningstype: Occult blødning, 'suspekt' blødning (blod blandet i afføringen, mørkt blod, vægttab, ændret afføringsmønster, cancer disposition) eller kraftig blødning, var cirka 3 gange så hyppigt: 17,2 % at finde signifikant patologi.

Hos unge patienter (<50 år) med 'distal blødning' fandtes kun signifikante fund hos 1,6 % og af disse var ingen cancere [2]. Op mod 25 % af patienter med mikroskopisk colit har dog kun højresidige histologiske forandringer [4]. Frisk blødning som eneste symptom er derfor en sikker indikation for sigmoideoskopi hos patienter over 40 år.

I henhold til de opdaterede retningslinier for diagnostik og behandling af kolorektal cancer fra Danish Colorectal Cancer Group (DCCG) er der indikation for sigmoideoskopi af patienter med ændret afføringsvaner gennem mere end fire uger og hos patienter over 40 år uden familiær disposition til kolorektal cancer, der har frisk rød blødning som eneste symptom [6].

### Appendiks til punkt 5

Traditionelt anvendes mundtlig information suppleret med skriftligt materiale. Hvis den mundtlige information gives af en gastroenterologisk specialist, er der let øget patienttilfredshed og forståelse af informationen [1]. Hverken computerassisteret information eller computerassisteret telefoninformation havde effekt på henholdsvis nervøsitet og tilfredshed ved koloskopi eller patienters deltagelsesfrekvens i screeningsprogrammer [2]. I et RCT er det vist, at telefonopkald til patienter øgede deltagerfrekvensen i den første planlagte koloskopi med 11 % (AOR 2,14 [0,99-4,63]) [4]. Præsentation af en brochure med illustrationer i forhold til en almindelig tekst information øgede forståelse for undersøgelsen markant (OR=3,75 [CI:1,16-12,09]) [5]. Supplering af almindelig information med videoinformation har ingen effekt på hverken nervøsitet eller på tilbøjeligheden til at deltage i screeningsprogrammer [6]. Afspilning af musik i forbindelse med endoskopien øgede patienttilfredsheden, men ændrede ikke på smerteopfattelsen eller forbrug af sedativa [7], ligeledes ændrede det at kunne se undersøgelsen på en skærm ikke ved nervøsitet eller smerteintensitet ved endoskopi (cystoskopi) [8].

#### Appendiks til punkt 6

Det mest optimale regime bør give en så god udtømning, at polypper ikke overses, må ikke skade colons mucosa, skal være let at administrere og skal kunne tolereres uden bivirkninger. Forberedelsesregimer er talrige. Generelt kan der skelnes mellem: 1. klyx én gang som eneste metode 2. klyx flere gange som eneste metode 3. klyx suppleret med oral udrensning 4. klyx suppleret med indskrænkninger i kosten. De fleste undersøgelser peger på, at der ved regimer udelukkende med klyx (1 eller 2) er færrest bivirkninger og ubehag for patienten [2]. Flere studier finder, at der ikke er forskel på, om der gives ét enkelt eller to klyx på undersøgelsesdagen [2]. Enkelte studier tyder dog på, at kvaliteten af udrensningen ('excellent' i forhold til 'poor'), og dermed intubationsdybden kan øges i mindre grad ved suppleret med enten oral indtagelse af 300 ml magnesium citrat aftenen før undersøgelsen [6] eventuelt i kombination med flydende kost fra aftenen før [3]. Derimod er det forbundet med flere bivirkninger, hvis der suppleres med bisacodylholdige laksantia [7].

#### Appendiks til punkt 10

| Diagnose på baggrund af fund  | Eksempel  |
|---|---|
| 1. Procedurekode  | DK575 Divertikulose<br>KUJF32 sigmoideoskopi  |
| 2. Indikation/anamnese  | 45-årig mand med frisk blødning fra endetarmen. Intet vægttab.  |
| 3. Medicinering ved undersøgelsen   | Ingen.  |
| 4. Beskrivelse af undersøgelsen<br>a. Udrensning sufficient (ja/nej)<br>b. Har endoskopet været indført i sin fulde længde (70cm) (ja/nej)<br>c. Patologiske fund:<br>• lokalisation (cm fra anus)<br>• størrelse<br>• malignitetssuspekt (ja/nej)<br>• passabel for endoskop (ja/nej)<br>d. Procedurer<br>e. Konklusion. | Glat indføring af skopet. Skopet indført til 70 cm. God udrensning. Ved tilbagetrækning af endoskopet ses flere reaktionsløse divertikler. Ved loopning ses alt i.a. Divertikelblødning skønnes at være årsag til patientens symptomer. |
| 5. Behandling   | Ingen.  |
| 6. Sagt og aftalt med patienten   | Information om divertikler og kost- og afføringsråd.  |
| 7. Efterkontrol/videre plan   | Ingen.  |

## Referencer

### Referencer til punkt 1

1. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V et al. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:230-6.
2. Marderstein EL, Church JM. Classic 'outlet' rectal bleeding does not require full colonoscopy to exclude significant pathology?
3. Church JM. Colonoscopy for the diagnosis and treatment of colorectal bleeding. *Semin Colon Rectal Surg* 1992;3:42-8.
4. Thijs WJ, van Baarlen J, Kleibeuker JH et al. Microscopic colitis: prevalence and distribution throughout the colon in patients with chronic diarrhoea. *Netn J Med* 2005;63:137-40.5. Enns R, Romagnuolo J, Ponich T et al. Canadian credentialing guidelines for flexible sigmoidoscopy. *Can J Gastroenterol*. 2008;22(2):115-119.
6. DCCG, Retningslinier for diagnostik og behandling af patienter med kolorektal cancer. [www.dccg.dk](http://www.dccg.dk), 2009.

### Referencer til punkt 2

1. FDA 11. December 2008
2. Kjeldsen J, Pless T, Meisner S et al. Endoskopi af patienter i antitrombotisk og antikoagulerende behandling. *Ugeskrift for læger*. 2009;17:1384-86.

### Referencer til punkt 4

1. Råd og anvisninger om rengøring og desinfektion af fleksible endoskoper udgave 2001. Den centrale afdeling for sygehushygiejne Statens Serum Institut (5. udgave kommer til efteråret.)

### Referencer til punkt 5

1. Vignally P, Gentile S, Grimaud F, Ousset S, Bitton V, Smabuc R, Grimaud JC: Pertinence of a precolonoscopy consultation for routine information delivery. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:1055-61.
2. Shaw MJ, Beebe TJ, Tomshine PA, Adlis SA, Cass OW: A randomized controlled trial of interactive, multimedia software for patient colonoscopy education. *J Clin Gastroenterol* 2001; 32(2):142-47.
3. Costanza ME, Lukmann R; Stoddard AM, White MJ, Stark JR, Avrunin JS, Rosal MC, Clemov L: Using tailored telephone counseling to accelereate the adoption of colorectal cancer screening. *Cancer Detec Prev* 2007;3183:191-98.
4. Turner BJ, Weiner M, Berry SD, Lillie K, Fosnocht K, Hollenbeak CS: Overcoming poor attendance to first scheduled colonoscopy: a randomized trial of peer coach or brochure support. *J Gen Intern Med* 2008;23:58-63.
5. Brotherstone H, Miles A, Robb KA, Atkin W, Wardle J: The impact of illustrations on public understanding of the aim of cancer screening. *Patient Educ Cons* 2006;63(3):328-35.
6. Bytzer P, Lindeberg B: Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety - a randomized trial. *Endoscopy* 2007;39(8):710-14.
7. Bechtold ML, Puli SR, Othman MO, Bartalos CR, Marshall JB, Roy PK: Effect of music on patients undergoing colonoscopy: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Dig Dis Sci* 2009;54:19-24.

8. Kesari D, Kovisman V, Cytron S, Benjamin J. Effects on pain and anxiety of patients viewing their cystoscopy in addition to a detailed explanation: a controlled study. *BJU Int* 2003;92:751-52.
9. Enns R et al. Canadian credentialing guidelines for flexible sigmoidoscopy. *Can J Gastroenterol*. 2008;22(2):115-119.

#### Referencer til punkt 6

1. Kim WH, Cho YJ, Park JY et al. Factors affecting insertion time and patient discomfort during colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000;52:600-05.
2. Fincher RK, Osgard EM, Jackson JL et al. A comparison of bowel preparations for flexible sigmoidoscopy: oral magnesium citrate combined with oral bisacodyl, one hypertonic phosphate enema or two hypertonic phosphate enemas. *Am J Gastroenterology* 1999; 94(8): 2122-27.
3. Herman M, Shaw M, Loewen B: Comparison of three forms of bowel preparation for screening flexible sigmoidoscopy. *Gastroenterol Nurs* 2001; 24(4): 178-81.
4. Gidwani AL, Makar R, Garrett D et al. A prospective randomized single-blind comparison of three methods of bowel preparation for outpatient flexible sigmoidoscopy. *Surg Endosc* 2007; 21(6):945-49.
5. Manoucheri M, Nakamura DY, Lukman RL. Bowel preparation for flexible sigmoidoscopy : Which method yields the best results? *J Fam Pract* 1999; 48(8):272-74.
6. Osgard E, Jackson JL, Strong J. A randomized trial comparing three methods of bowel preparation for flexible sigmoidoscopy. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(7):1126-1130.
7. Drew PJ, Hughes M, Hodson R et al. The optimum bowel preparation for flexible sigmoidoscopy. *Eur J Surg Oncol* 1997; 23(4):315-16.

#### Referencer til punkt 9

1. Doria-Rose VP, Newcomb PA, Levin TR. Incomplete screening flexible sigmoidoscopy associated with female sex, age, and increased risk of colorectal cancer. *Gut* 2005;54(9):1273-8.
2. Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning i samråd med Professor, dr.med. Jesper Hastrup Svendsen. Hjertemedicinsk klinik, Rigshospitalet.
3. Saunders BP, Fukumoto M, Halligan S et al. Why is colonoscopy more difficult in women? *Gastrointest Endosc* 1996;43 (2 Pt 1):124-6.
4. Schoen RE, Weissfeld JL, Bowen NJ et al. Patient satisfaction with screening flexible sigmoidoscopy. *Arch Intern Med*. 2000;160(12):1790-6.
5. Stewart BT, Keck JO, Duncan AV et al. Difficult or incomplete flexible sigmoidoscopy: implications for a screening programme. *Aust N Z J Surg*. 1999;69(1):19-21.
6. Walter LC, de Garmo P, Covinsky KE. Association of older age and female sex with inadequate reach of screening flexible sigmoidoscopy. *Am J Med*. 2004;116(3):174-8.



## ASA KLASSIFIKATION - DANSK OVERSÆTTELSE

|         | Definition   | Udvalgte eksempler   |
|---------|--|--|
| ASA I   | Rask patient.  | Rask, ikke-ryger, intet eller minimalt alkoholforbrug (1).   |
| ASA II  | Mild systemisk sygdom.   | Ingen funktionsindskrænkning.<br>Ryger, alkoholindtag i social sammenhæng (2), gravid, svær overvægt (30<BMI<40), velbehandlet DM/HA/mild lungesygdom.   |
| ASA III | Alvorlig systemisk sygdom.                                       | Afgrænset funktionsnedsættelse.<br>En eller flere betydende sygdomme: Dysreguleret DM eller HA, KOL, ekstrem svær overvægt (BMI > 40), aktiv hepatitis, alkoholfafhængighed eller misbrug, implanteret pacemaker, moderat nedsat EF, kronisk dialyse, præmaturot barn (gestationsalder < 60 uger).<br>AMI, PCI-behandling, cerebralt insult, TCI eller trombolyse på cerebrale kar for mere end 3 måneder siden. |
| ASA IV  | Alvorlig systemisk sygdom, som er konstant livstruende.          | AMI, PCI-behandling, cerebralt insult, TCI eller trombolyse på cerebrale kar for mindre end 3 måneder siden.<br>Symptomatisk iskæmisk hjertesygdom eller svær klapdysfunktion, svært nedsat EF, sepsis med tegn til påvirket organfunktion, DIC, ARDS eller kontinuerlig dialyse.  |
| ASA V   | Moribund patient, som ikke forventes at overleve uden operation. | Bristet abdominalt eller thorakalt aortaaneurisme, svære traumer, intrakraniell blødning med massevirkning, tarmiskæmi ved hjerte- eller multiorgansvigt.  |
| ASA VI  | Hjertedød organdonor.  |  |

**TILLÆG TIL §64 AFTALE OM VARETAGELSE AF ENDO-  
SKOPIER HENVIST FRA HOSPITALER I REGION HOVED-  
STADEN.**

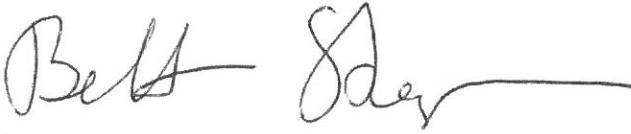
Dato: 14. oktober 2019

**Tillæg til §64 aftale om varettagelse af koloskopier i speciallæge-  
praksis henvist fra hospitaler ifm. udredning i kræftpakkeforløb.**


**Tillæg til aftalens bilag 1 "Procedurebeskrivelse for henvisning af  
kræftpakkepatienter fra hospitalerne til praktiserende speciallæ-  
ger i intern medicin (gastroenterologi) og kirurgi", underafsnit  
"Speciallægens procedure i forbindelse med henviste patienter",  
tredje dot: "Den praktiserende speciallæge sender efter endt un-  
dersøgelse den elektroniske episkrise til patientens egen læge samt  
den relevante hospitalsafdeling".**

Den elektroniske epikrise til hospitalsafdelingen skal sendes som både  
en speciallægeepikrise og som en korrespondancemeddelelse.

Region Hovedstaden, den 21/10-2019

  
\_\_\_\_\_

Foreningen af Speciallæger, den 16/10-2019

  
\_\_\_\_\_