

22.4.2020

HYKS Vatsakeskus, Gastroenterologian klinikka

Ohje HUS-alueen endoskopiayksikköihin

Palvelusetelitoiminnan kriteerit endoskopiaan (gastro- ja kolonoskopiat)

PALVELUN TUOTTAJAN HENKILÖKUNNAN PÄTEVYYSVAATIMUKSET

Lääkäreiden tulee olla Suomessa laillistettuja lääkäreitä, joilla on oikeus harjoittaa ammattia itsenäisenä laillistettuna ammattihenkilönä. Heillä tulee olla riittävä kokemus endoskopiatoiminnasta (vert alla) ja joko sisätautigastroenterologin tai gastrokirurgin pätevyys.

Gastroskopia-tutkimuksen suorittavalla lääkäriellä tulee olla taustalla vähintään 1000 suoritettua gastroskopiaa ja tehdä vähintään 100 gastroskopiaa vuosittain.

Kolonoskopiaturkimuksen suorittavalla lääkäriellä tulee olla taustalla vähintään 1000 suoritettua kolonoskopiaa ja tehdä vähintään 150 kolonoskopiaa vuosittain.

Lääkäreillä tulee olla vähintään suomen kielen hyvä suullinen ja tyydyttävä kirjallinen taito sekä ruotsin kielen tyydyttävä suullinen taito. Kriteerin täytyminen osoitetaan kopiolla lääketieteen lisensiaattitodistukseen tehdystä merkinnästä ja/tai Kielitaidon osoittaminen – ohjeen mukaan.

Mikäli toiminta tapahtuu tilaajan tiloissa ja välineistöllä vastaava sovelletaan samoja kriteereitä pätevyysvaatimuksiin sekä palvelun sisällön laatuvaatimuksiin.

PALVELUN TILA – JA VÄLINEVAATIMUKSET

Tutkimuslaitteiden, hoito- ja välinehuollon tilojen tulee olla asianmukaiset. Kriteerin täytyminen osoitetaan vapaamuotoisella selvityksellä, jossa esitetään keskusyksikön gastro- ja kolonoskooppien (HD-skoopit) sekä pesukoneen määrät, mallit ja hankintavuodet.

Palvelua tuottavalla yksiköllä tulee olla valmiudet endoskopia-työvälineiden digitaaliseen kuvadokumentointiin, siten että kuvamateriaali voidaan siirtää HUS IMPAX-järjestelmään.

PALVELUN SISÄLLÖN LAATUVAATIMUKSET

Gastroskopia

Toimenpiteen tulee noudattaa indikaatioiden, suorittamisen, kuvadokumentoinnin ja koepalojen oton suhteen kansainvälisiä laatukriteereitä (1). Mikäli tästä käytännöstä poiketaan, on se lausunnossa perusteltava. Perusgastroskopia sisältää koepalanäytteiden oton sekä patologian erikoislääkärin lausunnon sisältyen ilmoitettuun kokonaishintaan.

Yksikössä on oltava valmius tutkimuksen aikaiseen suonensisäiseen sedaatioon ja tutkimuksen jälkeiseen lyhyeen seurantaan sisältyen ilmoitettuun kokonaishintaan.

Maligniteettiepäilyn ilmaantuessa tehdään suoraan lähete [HUS lähetekeskus: vatsaelinkirurgia](#)

Kolonoskopia

Toimenpiteen tulee noudattaa indikaatioiden, suorittamisen, kuvadokumentoinnin ja koepalojen oton suhteen kansainvälisiä laatukriteereitä (2,3,4).

Lausunnossa tulee ottaa kantaa tyhjennyksen laatuun käyttäen Boston-luokitusta (5).

Pääsy caecumiin edellytetään >90%:ssa skopioista. Mikäli ei, on syy raportoitava.

Terminaalinen ileum visualisoidaan. Peruskolonoskopia sisältää tarvittavien PAD-näytteiden ottamisen ja patologian erikoislääkärin lausunnon sisältyen ilmoitettuun kokonaishintaan.

Löytyneet **ainakin** pienet (alle 15 mm) polyyppit poistetaan kokonaisuudessaan ko. skopian yhteydessä. Mikäli poistoa ei tehdä, tulee päätös perustella. **Polyyppien PAD-vastaukset tulkitaan ja seurantarave ohjeistetaan.** Polyyppien poistoon ja mahdollisen poiston jälkeisen vuodon hallintaan on asianmukaiset välineet (slinga, hotbiopsiapihti, diatermia, adrenaliini-injektiohoito, endoklipsit). Nämä toimenpiteet sisältyvät ilmoitettuun toimenpidemäärään.

Yksikössä on oltava valmius tutkimuksen aikaiseen suonensisäiseen sedaatioon ja tutkimuksen jälkeiseen seurantaan sisältyen ilmoitettuun kokonaishintaan. Maligniteettiepäily ilmaantuessa tehdään lähete suoraan [HUS lähetekeskus: vatsaelinkirurgia](#)

POTILAAN OSTAMAT LISÄPALVELUT

Potilas ostaa itse ne lisäpalvelut, jotka eivät kuulu palvelusetelipalveluun. Mikäli potilas haluaa nukutuksessa tehtävän tähytyksen, hän maksaa itse nukutuksen kustannukset.

PALVELUPALAUTTEEN TOIMITTAMINEN TILAAJALLE

Gastroskopia

Palvelusetelillä tehdyn gastroskopian **hoitopalautteen** tulee sisältää toimenpiteen endoskooppisen ja histologisen löydöksen kuvauksen ja tulkinnan sekä kliinisen merkityksen mukaan lukien jatkohoito-ohjeet sekä kannanoton mahdollisesta kontrollitarpeesta ja sen ajankohdasta.

Seurantaohjeistuksen tulee noudattaa yleisesti hyväksytyjä kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. Myös mahdollisesti kliinisesti merkityksettömästä, mutta normaalista poikkeavasta histologisesta löydöksestä, on annettava mukaan lukien selkokielellä tulkinta hoitavalle yleislääkärille. Asianmukaiset potilasasiakirjakopiot **yksiselitteisine jatkosuunnitelmaohjeineen ja diagnooseineen**, samoin PAD-vastausten tulkitut kopiot, toimitetaan kolmen (3) viikon sisällä tilaajalle ([lähettäneelle lääkärielle](#)).

Kolonoskopia

Palvelusetelillä tehdyn kolonoskopian hoitopalautteen tulee sisältää toimenpiteen endoskooppisen ja histologisen löydöksen kuvauksen ja tulkinnan sekä kliinisen merkityksen mukaan lukien jatkohoito-ohjeet sekä kannanoton mahdollisesta kontrollitarpeesta ja sen ajankohdasta. Tulehduksellisten suolistosairauksien (IBD) suhteen endoskopia löydöksen aktiviteetti tulee luokitella Mayo-scoren (haavainen koliitti) tai SES-CD:n (Crohnin tauti) mukaisesti.

Asianmukaiset potilasasiakirjakopiot (**hoitopalautte**) yksiselitteisine **jatkosuunnitelmaohjeineen ja diagnooseineen**, samoin PAD-vastausten tulkitut kopiot, **toimitetaan** kolmessa (3) viikossa tilaajalle ([lähettäneelle lääkärielle](#)).

Seurantaohjeistuksen tulee noudattaa kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. Ohjeet pitää olla niin selkeitä, että myös yleislääkäri pystyy ne tulkitsemaan.

Viitteet:

1. Rees CJ, Gibson T, Rutter MD, ym. UK key performance indicators and quality assurance standards for colonoscopy. *Gut*. 2016;65:1923-1929.
2. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, ym. Quality indicators for colonoscopy. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* 2015;81:31-53
3. Beg S, Ragunath K, Wyman A, ym. Quality standards in upper gastrointestinal endoscopy: a position statement of the British Society of Gastroenterology (BSG) and Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland (AUGIS). *Gut*. 2017 Nov;66(11):1886-1899. doi: 10.1136/gutjnl-2017-314109.
4. Rey JF, Lambert R; ESGE Quality Assurance Committee. ESGE recommendations for quality control in gastrointestinal endoscopy: guidelines for image documentation in upper and lower GI endoscopy. *Endoscopy*. 2001;33:901-3.
5. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK, Jacobson BC. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointest Endosc* 2009; 69:620-5.

Gastroskopian laatukriteeristö

Quality indicator	Minimal standard	Aspirational standard
A minimum number of 100 OGDs per year should be performed to maintain competence	Not applicable	100%
Photo documentation should be made of relevant anatomical landmarks	Not applicable	>90%
Photo documentation should be made of any detected lesions	>90%	100%
Adequate mucosal visualisation should be achieved by a combination of both aspiration and the use of mucosal cleansing techniques	75%	100%
The quality of mucosal visualisation should be reported	Not Applicable	90%
It is suggested that the inspection time during a diagnostic OGD should be recorded for surveillance procedures, such as Barrett's and gastric atrophy/intestinal metaplasia surveillance	Not applicable	>90%
Where a lesion is identified, this should be described using the Paris classification and targeted biopsies taken	>90%	100%
The length of a Barrett's segment should be classified according to the Prague classification	>90%	100%
When no lesions are detected within a Barrett's segment biopsies should be taken in accordance with the Seattle protocol	>90%	100%
Biopsies from two different regions in the oesophagus should be taken to rule out eosinophilic oesophagitis in those presenting with dysphagia/food bolus obstruction, where an alternative cause is not found	>90%	100%
Oesophageal ulcers and oesophagitis that is grade D or atypical in appearance, should be biopsied, with further evaluation in 4–6 weeks of PPI therapy	>90%	100%
Gastric ulcers should be biopsied and re-evaluated after appropriate treatment, including <i>H. pylori</i> eradication where indicated, within 6–8 weeks	>90%	100%
The presence of gastric polyps should be recorded, with the number, size, location and morphology described, with representative biopsies taken	>90%	100%
Where there are endoscopic features of gastric atrophy or intestinal metaplasia separate biopsies from the antrum and body should be taken	Not applicable	>90%
Where iron deficiency anaemia is being investigated, separate biopsies from the gastric antrum and body should be taken as well as duodenal specimens if coeliac serology is positive or has not been previously measured	Not applicable	>90%
Where gastric or duodenal ulcers are identified, <i>H. pylori</i> should be tested and eradicated if positive	>90%	100%
Where coeliac disease is suspected, a minimum of four biopsies from the second part of the duodenum including a specimen from the duodenal bulb should be taken	>90%	100%
Endoscopy units should audit rates of failing to diagnose upper gastrointestinal cancer at OGD	<10%	<5%

OGD, oesophago-gastro-duodenoscopy; PPI, proton pump inhibitor.

Kolonoskopian laatukriteeristö

Quality indicator	Minimal standard	Aspirational target	Comment
Caecal intubation rate (CIR) (unadjusted)	90%	95%	Photographic proof of ileocaecal valve, terminal ileum, anastomosis or appendix orifice required in all cases
Adenoma detection rate (ADR) in general all patient population (not screening)	15%	20%	ADR is the quality standard. Given the difficulty in reporting ADR then polyp detection rate or polypectomy rate may be used where it has been demonstrated to reflect accurately ADR for that unit/clinician
Bowel preparation of sufficient diagnostic quality to not warrant repeat or alternative test	90%	95%	
Rectal retroversion rate	90%		
Colonoscopy withdrawal time (for negative procedures)	Mean of ≥ 6 min	Mean of ≥ 10 min	
Sedation level for age <70 Median total dose: ≤ 50 mg pethidine (≤ 100 μ g fentanyl) ≤ 5 mg midazolam (or equivalent drugs)	Auditable outcome		
Sedation level for age ≥ 70 Median total dose: ≤ 25 mg pethidine (≤ 50 μ g fentanyl) ≤ 2 mg midazolam (or equivalent drugs)	Auditable outcome		
Number of colonoscopies undertaken by endoscopist (or directly supervising trainee in room) per year	100		If numbers <150 then other key performance indicators, eg, CIR and ADR, should be scrutinised more closely and, if concerns, action taken
Polyp retrieval rate	$\geq 90\%$		
Tattooing of all lesions ≥ 20 mm and/or suspicious of cancer outside of rectum and caecum	Tattoo placed in 100% of cases		Tattoo according to trust policy
Diagnostic biopsies for unexplained diarrhoea	Rectal biopsies taken in 100% of cases	Right and left colonic biopsies taken in 100% of cases	Aspiration should be that a minimum of two right and two left colon biopsies should be taken, but as minimum standard rectal biopsies should always be taken (unless there is a contraindication)
Post-colonoscopy colorectal cancer	Auditable outcome		All post-colonoscopy colorectal cancers diagnosed within 3 years of a colonoscopy should be reported as adverse events and each unit should have a policy for capturing post-colonoscopy colorectal cancer data
Comfort level	Auditable outcome		Units should audit this and <10% of patients should have moderate or severe discomfort
Overall colonoscopic perforation rate	<1 in 1000	<1 in 3000	
Diagnostic colonoscopic perforation rate	<1 in 2000	<1 in 4000	
Colonoscopic perforation rate where polypectomy performed	<1 in 500	<1 in 1500	
Colonoscopic perforation rate where dilatation performed	<3% (<1 in 33)	<1% (<1 in 100)	
Diagnostic flexible sigmoidoscopy (FS) perforation rate	<1 in 5000	<1 in 10 000	
Colorectal stenting perforation rate	<10%	<5%	
Post-polypectomy bleeding rate (intermediate severity or higher)	<1 in 200	<1 in 1000	
Unplanned admission rate	Auditable outcome; review every case		
Use of reversal agents	Auditable outcome; review every case		

Hospital District of Helsinki and Uusimaa

PL [number]

[Tel.]

firstname.lastname@hus.fi

[Department/unit]

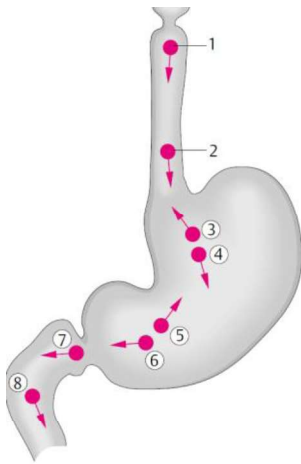
[Street]

[Fax]

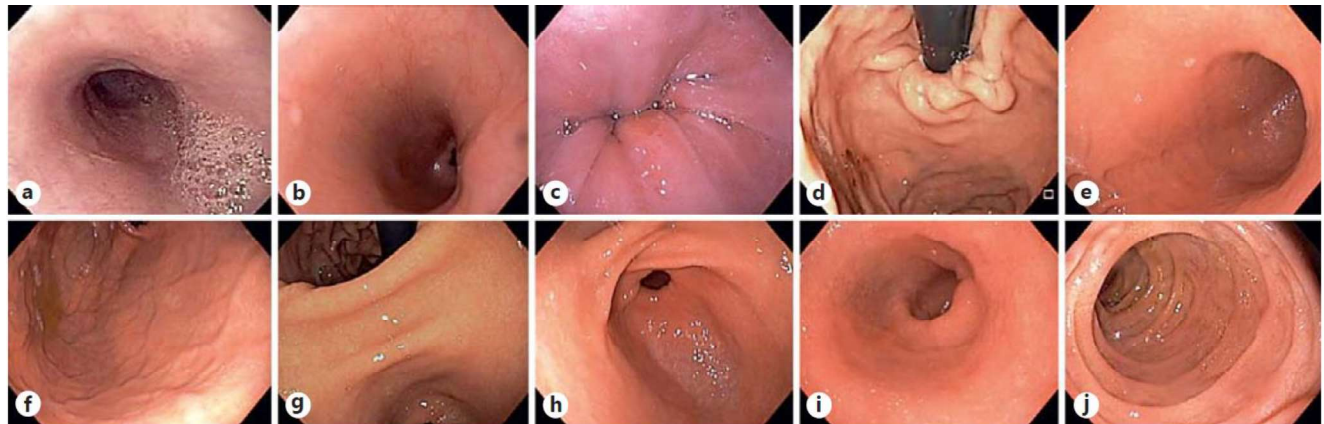
www.hus.fi

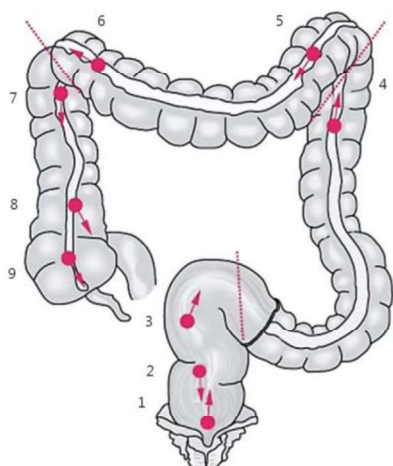
[Postal code]

Gastroskopian yhteydessä vaadittava rutiinomainen kuvadokumentaatio löydösten kuvaamisen lisäksi



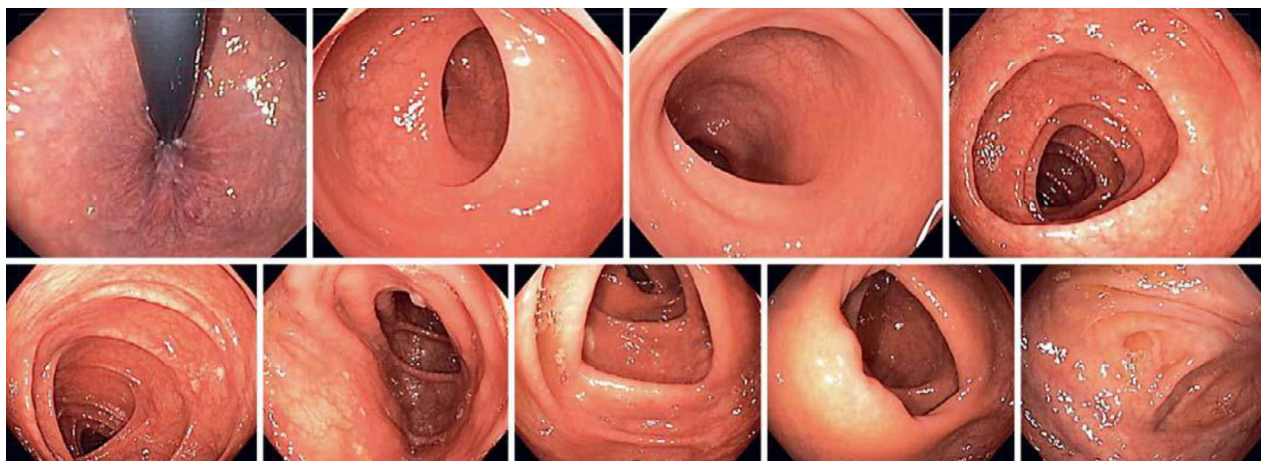
- | |
|--|
| 1-a) proksimaalinen ruokatorvi |
| 2-b) distaalinen ruokatorvi |
| 3-c) Z-linja, GE-junktio |
| 4-d) cardia ja fundus sisäkäännöksessä |
| 5-e) corpus |
| 6-f) corpus sisäkäännöksessä |
| 7-g) angulus |
| 8-h) antrum ja pylorus |
| 9-i) laskeva duodenum ja papilla |




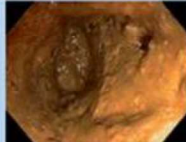
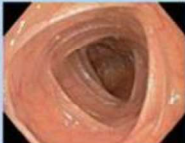









Kolonoskopian yhteydessä vaadittava kuvadokumentaatio löydösten kuvaamisen lisäksi


- | |
|---|
| 1) rektum, sisäkäännös |
| 2) rektum |
| 3) sigma |
| 4) deskendens, lienaliksien alapuolelta |
| 5) transversum, distaalinen |
| 6) transversum, proksimaalinen |
| 7) ascendens |
| 8) coecum ja valvula |
| 9) coecum ja appendix-aukko |

Lisäksi suos. kuvaa ileumista


Suolen tyhjennyksen luokittelu BOSTON bowel preparation scalen mukaan (5)

BBPS	3	2	1	0
3= erinomainen				
2= hyvä				
1= huono				
0= riittämätön	