

Forebygge eller redusere risiko

Ved alle endoskopiske undersøkelser skal man gjøre alt man kan for å optimalisere for vellykket prosedyre og redusere risikoen for komplikasjoner.

Det aller viktigste en skopør kan gjøre for å forebygge uheldige hendelser er å forsikre seg om at det er foreliggende en god indikasjon for å utføre undersøkelsen. Den forventede helsegevinst skal ved alle undersøkelser vurderes nøye opp mot risikoen for komplikasjoner. Endoskopisk terapi skal alltid veies opp mot andre behandlingsmodaliteter med tanke på minst mulig risiko for å skade pasienten.

Store studier i England og USA viser at cardio-pulmonale og sedasjonsrelaterte komplikasjoner er langt hyppige forekommende enn tidligere antatt og årsak til 50% av morbiditet og mortalitet relatert til endoskopi. (ref Green) **Se modulen om sedasjon.**

Forberedelse av pasienten/ pasientinformasjon

Det bør sendes skriftlig informasjon før polikliniske undersøkelser. (se forslag vedlegg pasientinfo gastroskopi OUS) Informasjonen skal gjentas muntlig av lege eller sykepleier før undersøkelsen, gjerne i form av sjekkliste: Har pasienten fastet i 6 timer? Har pasienten noen allergier? Står han på blodfortynnende medisin?

Informert samtykke med signatur før endoskopiske prosedyrer er ikke etablert i Norge, men vil sannsynligvis komme de nærmeste årene. Det viktigste er likevel at informasjonen er *gitt og forstått*. Signaturen kan lett gi en falsk trygghet i så måte.

Faktorer hos pasient

Anamnese og all tilgjengelig journal-og billedinformasjon skal gjennomgås før undersøkelsen starter.

Alder, allergier, medikamenter, sepsis, immunsuppresjon, blødningstendens, hjerte-lungesykdom, DM eller annen komorbiditet, alt som kan medføre til økt risiko og kan kreve spesifikke tiltak eller gjøre undersøkelsen kontraindisert. Mange risikofaktorer kan reduseres ved elektive prosedyrer, f.eks. stoppe antikoagulasjonsbehandling, optimalisere hjerte-lungemedisinering, antibiotika osv. Behov for anestesistøtte vil også kunne fremgå av en slik gjennomgang av pasientjournalen.

ASA score brukes ved all kirurgi for å risikoklassifisere pasienter, det samme bør gjøres før skopier (ASA score > 3 bør ha anestesi ved skopier)

Faktorer hos skopør

Det er opplagt at det er større risiko forbundet med at en uerfaren skopør utfører undersøkelsen sammenlignet med en erfaren. Det viktige er å være ærlig og bevisst på egen kompetanse og begrensninger og be om hjelp ved behov. Det har ikke vært tradisjon for objektiv vurdering av den enkelte skopørs ferdighetsnivå. Dette er i ferd med å etableres i flere land som en standardisert del av utdanningen, men det viktigste er og blir egen bevissthet rundt (manglende) kompetanse.

Faktorer ved prosedyren

Ulike prosedyrer innebærer ulik risiko, og en vurdering av risiko/gevinst må inngå før man beslutter å gjøre en prosedyre. Et eksempel er ERCP hos en septisk pasient med gallestein og blødningstendens pga marevanbehandling. Endelig behandling er sfinkterotomi med steinekstraksjon, men dette kan være kontraindisert pga blødningsrisikoen, og stentdrenasje og stabilisering av situasjonen kan være den beste løsningen for pasienten i første omgang. Tilsvarende kan mange polyppektomier utsettes hos pasienter med blødningstendens. Tenk også alltid på alternative innfallsvinkler og diskuter gjerne tverrfaglig. En 7cm flat polypp i cøkum kan kanskje fjernes endoskopisk, men perforasjonsrisikoen er helt reell, og kanskje er pasienten bedre tjent med en laparoskopisk ileocøkalreseksjon.