

Dokumentasjon av gastrointestinale endoskopier

av Thomas de Lange

Krav til innhold i en endoskopirapport

I Norge er gastrointestinal endoskopi stort sett organisert som en poliklinisk «open access»-konsultasjon/undersøkelse uten forutgående vurdering/samtale med spesialist. Vurdering og prioritering til undersøkelse baseres i de fleste tilfeller på informasjon fra en skriftlig henvisning fra fastlegene, men også noen ganger fra andre spesialister. Møtet med pasienten må derfor ansees som en kombinasjon av en spesialistkonsultasjon og en teknisk undersøkelse.

Endoskopirapporten/epikrisen skal dokumentere og formidle bakgrunnsinformasjon om pasientens tilstand, funn og forhold ved undersøkelsen, med påfølgende spesialistvurdering av sykdomsbildet i forhold til endoskopifunnene og behov av eventuelt ytterligere utredning og behandling. Ufullstendige og feilaktige rapporter kan både forårsake feil behandling og unødige ekstra undersøkelser. Derfor er det viktig at rapporten inneholder fastsatte punkter og er av god kvalitet. Rapportene bør også kunne leses av andre enn endoskopører.

World Endoscopy Organization's (WEO) Documentation and Standardization Committee har gitt anbefalinger om rapportens innhold, oppsett og terminologi.^{1 2} Terminologien kalles *Minimal Standard Terminology (MST)*, den foreligger nå i versjon 3.0.

<http://www.worldendo.org/resources/minimal-standard-terminology-mst>

WEOs retningslinjer

Innhold

Rapportens innhold skal sikre at all nødvendig informasjon om pasienten, undersøkelsen og vurderingen av pasientens tilstand blir dokumentert. I september 2013 kom det en oppdatert liste over hvilken informasjon som bør inkluderes (tabell 1).¹

Terminologi

Standardisert terminologi er avgjørende for at rapporten skal forstås likt av de som leser epikrisen, man bør derfor unngå lokale uttrykk. Internasjonale komiteer har av den grunn utarbeidet, og senere oppdatert, MST tre ganger.² Det finnes også en norsk versjon.

MST er laget som et komplekst hierarkisk system med en samling av tabeller som er logisk knyttet til hverandre (Se tabell II).

Tabellene er ikke beregnet på den enkelte endoskopør, men skal være et verktøy for programvareutviklere til bygging av databaser som skal benyttes i et endoskopidokumentasjonssystem. En felles internasjonal terminologi vil også gjøre det lettere å etablere multisenter samarbeid.

Beskrivelse av funn

Prinsippet ved MST er å gi en så objektiv beskrivelse som mulig av funnene uten å tolke dem. Normalfunn beskrives etter skjønn, og bør inkludere relevante negative funn, for eksempel: normal Z-linje, fravær av hiatus insuffisiens, normale peristaltiske bølger, ingen stenose, normal papille etc.

Patologiske funn skal angis deskriptivt, på en objektiv måte med type lesjon eller

forandring, størrelse/ utbredelse, struktur, lokalisasjon, og eventuelt blødningsstigmata. Ettersom man ønsker objektive beskrivelser av funn bør de først tolkes ved bruk av rubrikken. Begrepene som anvendes bør baseres på standardisert terminologi (se MST under). Bildedokumentasjon vil være nyttig og bør brukes ofte. Dessverre er muligheten til dette begrenset ved mange sykehus.

Terapeutiske tiltak beskrives nøyaktig, med eventuell billedokumentasjon
Hvis endoskopibeskrivelsen brukes som bilag til innsendt materiale, må det også fremgå nummerering av prøvene.

Dokumentasjonsverktøy

Dokumentasjon

Endoskopirapporten er en del av den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Imidlertid brukes det ulike tekniske løsninger for å generere rapporten.

Rapporteringssystem

Rapporteringsverktøyet har stor betydning for kvaliteten på rapporten. I utgangspunktet kan det velges mellom to metoder: tradisjonell fritekst eller menybasert struktur. Disse to metodene kan kombineres til et semistrukturert system som gir stor fleksibilitet.³

De to største EPJ-systemene i Norge har hittil kun støttet fortløpende tekstdokumenter, uten mulighet til bilde- og videodokumentasjon. Dette har ført til at flere sykehus har installert parallelle system med mulighet for mer standardisert tekstdokumentasjon og fangst av bilder/videoer. I hovedsak har sykehusene benyttet Endobase fra Olympus eller Picsara fra Mawell. Vingmed og andre har laget sine egne lokale systemer.

Det er vist i flere studier at menybaserte systemer gir høyere kvalitet på rapportene, sannsynligvis fordi menyene vil fungere som huskelapper.⁴ Menybaserte systemer

representerer også en fordel fordi det genereres databaser med både mulighet for kvalitetskontroll.

Journalføringen ved endoskopilab vil ofte bestå av enkeltrapporter fra de ulike endoskopiske undersøkelsene. Hvis notatene lages i en annen applikasjon enn den elektroniske pasientjournalen (EPJ) må notatene også eksporteres til den fortløpende journalen. Endoskopirapporten bør skrives umiddelbart etter at undersøkelsen er gjort og pasienten kan gjerne få en kopi.

Bilder

Journalnotater er en skriftlig subjektiv tolkning av det som er sett, men bruk av bilder vil kunne føre til mer objektiv dokumentasjon. Dagens videoendoskopi kombinert med billedtakning gir unike muligheter for dokumentasjon med bilder og video som kan lagres mer tilgjengelig på en sentral server. Bildene kan ved behov sendes elektronisk til andre sentra for annenhåndsvurdering eller som vedlegg til henvisninger. Ved opplæring av nye endoskopører og til kvalitetssikring bør man sikre seg rutinemessig billedokumentasjon.

ESGE publiserte i 2001 retningslinjer for standardisert billedokumentasjon av gastrokopier og coloskopier. Imidlertid har dette ikke blitt validert i studier.

Retningslinjene har senere blitt oppdatert av WEOs Documentation and Standardization Committee i 2013 (Figur 2-4).^{1 5}

Komplikasjonsregistrering

Uønskede hendelser/ komplikasjoner kan oppstå i forbindelse med endoskopiske undersøkelser og terapeutiske prosedyrer, men det foreligger ikke konsensus om en definisjon. Derfor har det vært vanskelig å registrere dette og sammenligne forskjellige sentra og studier. Det har også vært uenighet om hva man skal kalle de uønskede hendelsene. Det er viktig å påpeke at uønskede hendelser kan inntreffe både før, under og etter den endoskopiske undersøkelsen/prosedyren. De potensielle uønskede hendelsene vil være avhengig av hvilken prosedyre som skal

forberedes, utføres, og risikofaktorer hos pasienten.

I Norge pleier man å snakke om komplikasjoner (complications) som imidlertid er mest dekkende for mer alvorlige hendelser. WEO har innført en terminologi som kan spanner fra lette uheldige virkninger til svært alvorlige/fatale hendelser. På engelsk bruker man terminologien incident og forskjellige grader av adverse events, som på norsk kan kalles hendelser og uønskede hendelse. MST 3.0 inneholder en tabell for dette med tilhørende forklaring.

De uønskede hendelsene vil ha forskjellige konsekvenser for pasienten og det videre forløpet og kan graderes som milde, moderate, alvorlige og fatale.

Endoskopiavdelingene bør etablere rutiner for å registrere alle typer av disse hendelsene.

Tabeller og figurer

Tabell 1:

Formelle/administrative opplysninger

- Endoskopi fasiliteter
- Pasient ID
- Endoskopisk prosedyre (hovedkategori)
- Dato, tid, lokalisasjon
- Elektiv/ø-hjelps prosedyre/poliklinisk/inneliggende
- Endoskopør (er)
- Endoskopi sykepleier(e)
- (Anestesist/sykepleier)
- Henvisende lege, øvrige adressater

Pasientinformation

- Indikasjon (MST 3.0)
- Kort aktuell og tidligere sykehistorie inkludert relevant familiehistorie
- Riskovurdering: ASA-score og andre spesifikke riskofaktorer

- (antikoagulasjon, infeksjons risiko, elektromedisinsk risiko)
- Gitt informasjon /informert samtykke

Tekniske opplysninger

- Sedasjon/medikamenter
- Utstyr som ble brukt(endoskop)
- Visuell kvalitet
- Nådd nivå
- Tekniske eller prosedyrerelaterte aspekter
- Patient reported outcome measure (PROM)

Funn

- MST 3.0

Terapi/prosedyre(r)

- MST 3.0 Inkludert prosedyrekoder (NCSP) knyttet til relevant funn

Prøvetakning

- MST 3.0 Type, og hvis relevant knyttet til individuelle funn

Bilder

- Knyttet til individuelle funn

Uønskede hendelser per prosedyre

- MST 3.0

Vurdering

- Inkludert anbefalinger, ICD10koding

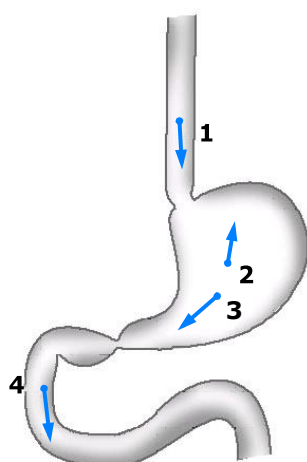
Oppfølgingsplan

- (Patologirapport) – bør kunne knyttes til aktuell rapport post hoc
- (Uønskede hendelser etter prosedyre) - not an item of the initial report, but should be possible to add and linkable to the procedure post hoc.

Komplikasjonsregistrering

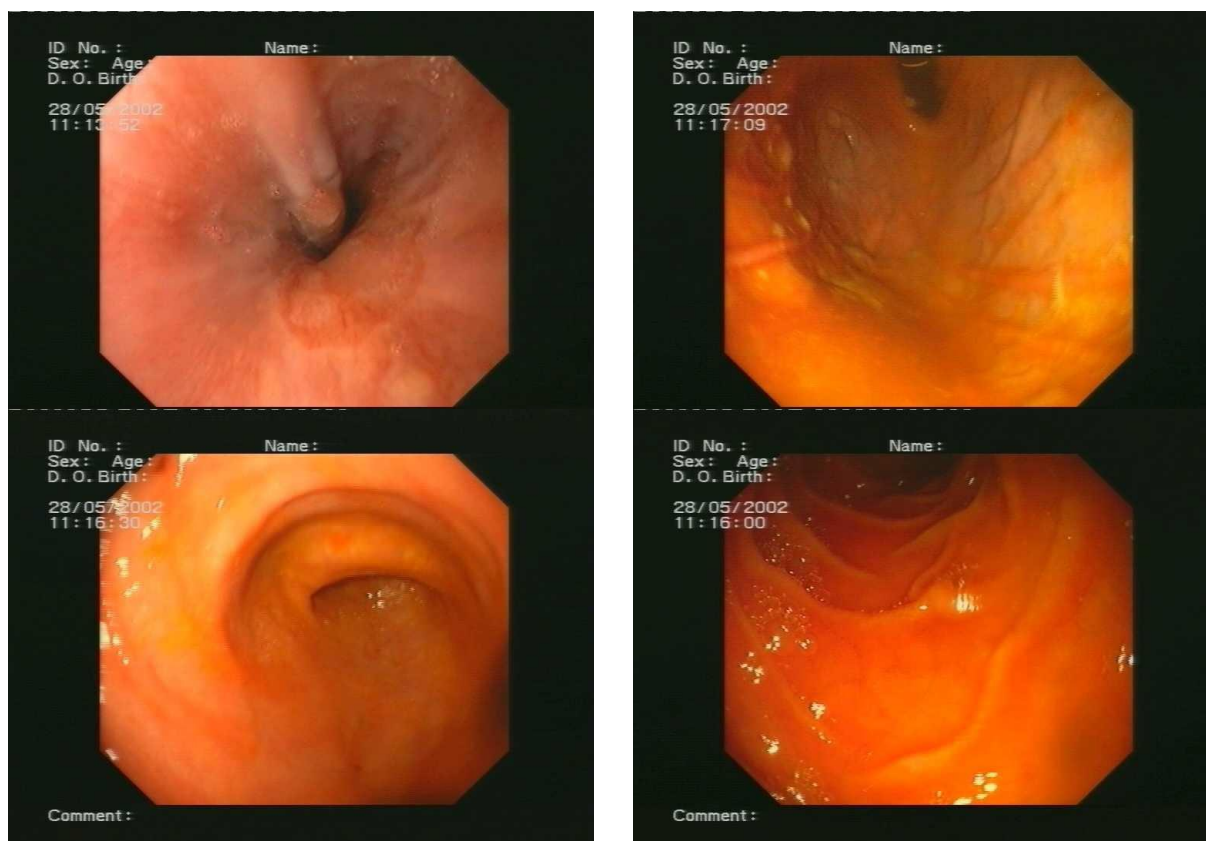
Tabell II Eksempel på beskrivelse av funn med MST

OVERSKRIFT	TERMER	EGENSKAP	GRAD	LOKALISASJONER
Mucosa	Kartegning	Preg	Normal	Lokalisasjoner
		Utbredelse	Øket Nedsatt Lokalisert Segmental Diffus	

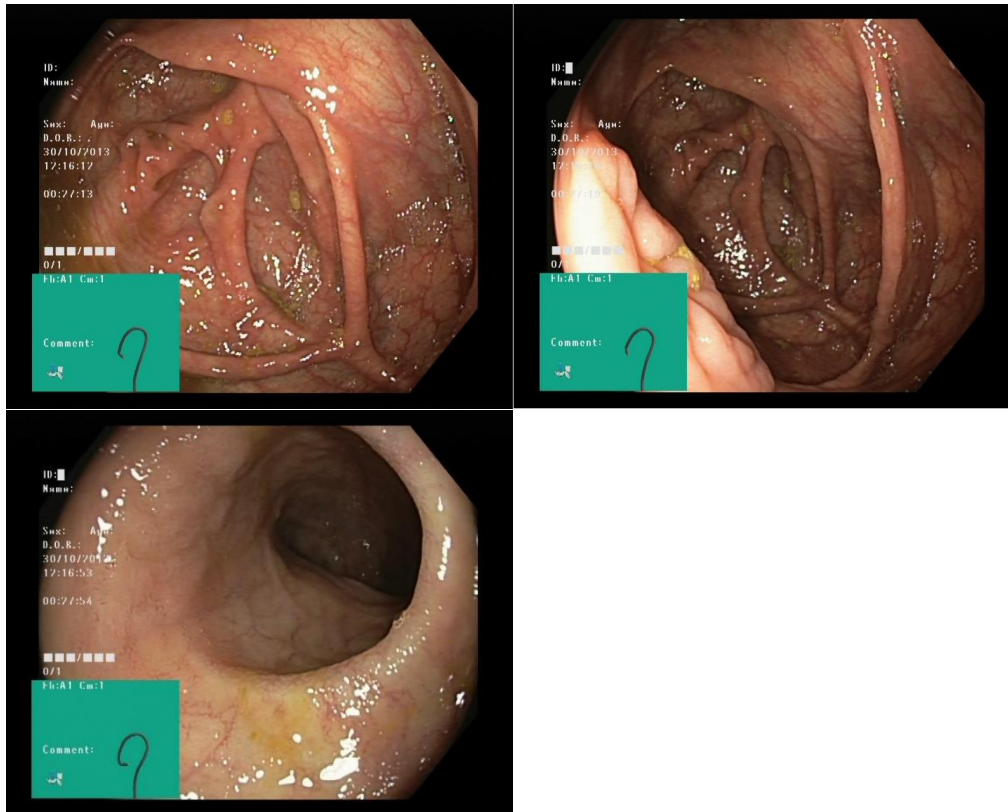


Figur I

Anatomisk lokalisasjon for standardbilder ved gastroskopi



Figur II Eksempel på standardbilder ved gastroskopi



Figur III

Eksempel på standardbilder ved coloskopi med UPD bilde, bilde i bilde for å indikere anatomisk lokalisasjon

Referanser

1. Aabakken L, Barkun AN, Cotton PB, et al. Standardized endoscopic reporting. J Gastroenterol Hepatol 2014;**29**(2):234-40.
2. Aabakken L, Rembacken B, LeMoine O, et al. Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy - MST 3.0. Endoscopy 2009;**41**(8):727-28.
3. de Lange T, Moum BA, Tholfsen JK, et al. Standardization and quality of endoscopy text reports in ulcerative colitis. Endoscopy 2003;**35**(10):835-40.
4. Bretthauer M, Aabakken L, Dekker E, et al. Requirements and standards facilitating quality improvement for reporting systems in gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy 2016;**48**(3):291-4.
5. Rey JF, Lambert R. ESGE recommendations for quality control in gastrointestinal endoscopy: guidelines for image documentation in upper and lower GI endoscopy. Endoscopy 2001;**33**(10):901-03.

<http://www.worldendo.org/>