

SveReKKS

Svenskt Register för Koloskopi och
Kolorektalcancerscreening

Manual

Version 1.1 (2019-04-10)

Ansvarig: Daniel Sjöberg (daniel.sjoberg@ltdalarna.se)

Innehåll

Preoperativt	3
Indikation	3
Planerad omfattning	4
Akut	4
BBPS	5
BBPS Summa/Ren tarm	5
Laxeringsmetod - preparat	5
Laxeringsmetod - delad dos	5
Medicinering	6
Peroperativt	7
Cekumintubering	7
Fotografi	7
Tid ut från cekum	8
Polyper	9
Antal	9
Lokalisation	9
Storlek	10
Tatuering	10
Utseende	10
Kromoendoskopi	11
Polypektomi	11
Endoskopiskt radikalt avlägsnad	12
Patologi	12
Misstänkt cancer	13
Antal	13
Lokalisation	13
Tatuering	13
Patologi	13
Övriga fynd	14
Inflammation - Utbredningsområde	14
Inflammation - Preliminärdiagnos	14
Övriga terapeutiska åtgärder	14
Postoperativt	15
Remitterad till kirurgi	15
Beslutsstöd	15
Endoskopisk uppföljning enligt nationella riktlinjer	16
Komplikationer	17
Tidiga komplikationer	17
Gradering enligt Clavien	18
Sena komplikationer	18
Kvalitetsindikatorer	19

Preoperativt

Indikation

Varför behövs denna information?

Koloskopier med korrekt indikation är associerade med högre andel relevanta fynd. Korrekt indikation bidrar också till effektivt utnyttjande av endoskopiresurser samt minskar risken att utsätta patienter för onödiga ingrepp. Om det finns flera möjliga indikationer ska man välja den som endoskopisten uppfattar som viktigast.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Indikation. Minimum: ≥85%. Mål: ≥95%.

Indikation	Kommentar
<i>Organiserad screening</i>	Förvalt och går ej att ändra om registerposten skapas från GAS. Enligt regionalt eller nationellt screeningsprogram för kolorektal cancer. Vid uppföljning av polyper/cancer funna inom ramen för screeningsprogram använd indikationerna " <i>Uppföljning polyp</i> " eller " <i>Uppföljning cancer</i> ". Använd inte denna indikation för " <i>Surveillance vid IBD</i> " eller " <i>Hereditet kolorektal cancer</i> ".
<i>Synligt blod</i>	Synligt blod i avföringen där rektalpalpation och rektoskopi inte visar annan uppenbar blödningskälla (eller där blödningskvarstår efter 4 veckor trots adekvat behandling av annan blödningskälla). Ändrade avföringsvanor i kombination med blod i avföringen.
<i>Blödningsanemi</i>	Blödningsanemi utan annan uppenbar orsak. Ändrade avföringsvanor i kombination med anemi.
<i>Fynd rektalundersökning</i>	Fynd vid rektoskopi eller rektalpalpation som inger misstanke om kolorektalcancer.
<i>Fynd bilddiagnostik</i>	Fynd vid bild- eller vävnadsdiagnostik eller koloskopi som inger misstanke om kolorektalcancer.
<i>Planerad intervention</i>	Koloskopi som huvudsakligen syftar till att utföra ett i förväg planerat ingrepp, snarare än att vara diagnostisk. Exempel på detta är polypektomi av tidigare känd polyp, dilatation av stenosis, stent, APC.
<i>Pos F-Hb</i>	Positivt F-Hb taget utanför screeningsprogram, exempelvis under utredning av anemi. Om F-Hb är taget i samband nationellt eller regionalt screeningsprogram ska indikationen " <i>Organiserad screening</i> " användas
<i>Uppföljning polyp</i>	Uppföljning enligt polypvårdprogram. Kontroll efter resektion med osäker radikalitet. Vid planerad polypektomi, använd istället " <i>planerad intervention</i> ". Om patienten ingår i surveillanceprogram, använd dessa alternativ istället (" <i>IBD surveillance</i> ", " <i>Uppföljning cancer</i> ", " <i>Hereditet kolorektal cancer</i> ").
<i>Uppföljning cancer</i>	Uppföljning enligt cancerprogram. Om patienten tidigare har haft cancer och vid efterföljande kontroller har polyper som i sin tur kräver uppföljning, ska man i första hand använda indikationen " <i>Uppföljning cancer</i> ".
<i>Clean colon</i>	Vid tidigare diagnosticerad kolorektal cancer där fullständig koloskopi inte är utförd. Omfattar den initiala utredningen och kan inkludera koloskopier utförda kort tid efter kirurgi. Vid uppföljning enligt cancerprogram, använd " <i>Uppföljning cancer</i> ".

<i>IBD kontroll inflammation</i>	Vid uppföljning av känd inflammatorisk tarmsjukdom. Vid misstanke om IBD där diagnos ännu inte är ställd, använd " <i>Diarréutredning</i> " eller " <i>Alarmsymtom</i> ".
<i>IBD surveillance</i>	Enligt nationella riktlinjer för övervakning av långvarig kolit för att tidigt hitta dysplasi och/eller neoplasi.
<i>Hereditet kolorektal cancer</i>	Enligt nationella riktlinjer för övervakning av särskilda grupper med hög risk för kolorektal cancer.
<i>Diarréutredning</i>	Används endast för diarré där diagnos ännu saknas. För känd inflammatorisk tarmsjukdom, använd " <i>IBD kontroll inflammation</i> ".
<i>Förändrade avföringsvanor ≥50 år</i>	Förändring av annars stabila avföringsvanor hos patienter ≥50 år. Om det dominerande symtomet är diarré, använd indikationen " <i>Diarréutredning</i> ". Om patienten är <50 år, använd indikationen " <i>Övrigt</i> ".
<i>Övrigt</i>	Övriga indikationer för koloskopi, exempelvis buksmärta, allmän utredning vikt nedgång, malignitetsutredning med avsaknad av alarmsymtom.

Planerad omfattning

Varför behövs denna information?

Hjälper till att markera vilka undersökningar som ska räknas in i kvalitetsindikatorn **Cekumintubering**. Planerad omfattning beror på indikationen för undersökningen. Den faktiska omfattningen beskrivs av "*Cekumintubering*". Om indikationen är "*Organiserad screening*" är "*Cekum*" förvalt, men kan ändras av användaren, exempelvis hos patienter med tidigare tarmresektioner av högerkolon.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Cekumintubering. Minimum: ≥90%. Mål: ≥95%.

Planerad omfattning	Kommentar
<i>Cekum</i>	Förvalt vid " <i>Organiserad screening</i> ".
<i>Terminala ileum</i>	Exempelvis vid indikationen " <i>Diarréutredning</i> ".
<i>Mer distalt</i>	Till ascendens eller mer distalt. Används även vid högersidig tarmresektion inklusive ileocecalresektion och högersidig hemikolektomi.

Akut

Varför behövs denna information?

Många av kvalitetsindikatorerna beräknas endast utifrån de koloskopier som är elektiva (på förhand planerade). Akut koloskopi definieras som en oväntad händelse som kräver omedelbar undersökning. Det omfattar exempelvis koloskopier som utförs inom akut slutenvård och koloskopier som utförs inom öppenvård på grund av blödning som komplikation till en polypektomi.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Följande kvalitetsindikatorer exkluderar akuta koloskopier: **Adekvat tarmrengöring**, **Cekumintubering**, **Adenomdetektion**, **Tid för tillbakadragande**, **Patientupplevelse**.

BBPS

Varför behövs denna information?

Boston Bowel Preparation Scale är ett validerat instrument för utvärdering av tarmrengöring. Kvaliteten på tarmrengöringen påverkar cekumintubation och adenomdetektion. Vid inadekvat tarmrengöring ökar kostnaderna för vården och obehaget för patienten, eftersom koloskopin måste upprepas vid ett senare tillfälle.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Adekvat tarmrengöring. Minimum: $\geq 90\%$. Mål: $\geq 95\%$.

BBPS	Kommentar
0	Tarmens slemhinna kan inte ses på grund av fast avföring som inte kan spolats bort.
1	Tarmens slemhinna kan delvis ses, medan andra delar ses dåligt på grund av kvarvarande avföring och/eller vätska.
2	Mindre mängd kvarvarande avföring och/eller färgad vätska men slemhinnan i tarmen ses väl.
3	Hela slemhinnan i tarmen ses väl utan inslag av kvarvarande avföring och/eller färgad vätska.
Ej undersökt	Ej undersökt förbi följande stationer: Vänsterkolon – förbi rektum Transversum – förbi vänster flexur (vänster flexur hör till vänsterkolon) Högerkolon – förbi höger flexur (höger flexur hör till transversum)

BBPS Summa/Ren tarm

Hjälpfunktion som kvitterar ut "ja" eller "nej", baserat på BBPS. Ren tarm definieras som en totalsumma ≥ 6 poäng och varje enskilt segment med ≥ 2 poäng.

Laxeringsmetod - preparat

Varför behövs denna information?

Rekommendationen är att använda pegylerade tarmskölningsmedel, särskilt vid screeningundersökningar. Ibland kan man dock behöva använda andra substanser på grund av önskemål från patienten eller kontraindikationer. Om andelen dåligt rengjorda tarmar är hög, kan denna variabel hjälpa till att belysa förbättringsarbete kring förberedelserna.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälp för analys av indikatorn **Adekvat tarmrengöring**.

Laxeringsmetod - delad dos

Varför behövs denna information?

Rekommendationen är att använda delad dos. Ibland kan man dock behöva frångå detta på grund av exempelvis kort förberedelsetid eller lång restid kombinerat med tidig undersökning. Om andelen

dåligt rengjorda tarmar är hög, kan denna variabel hjälpa till att belysa förbättringsarbete kring förberedelserna.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälp för analys av indikatorn **Adekvat tarmrengöring**.

Medicinering

Varför behövs denna information?

Andelen koloskopier som kräver smärtlindring beror på lokala traditioner, patienternas preferenser och indikation för undersökningen. En låg användning av smärtlindring kan i kombination med bristande koloskopiteknik innebära sämre patientupplevelse. På samma sätt kan bristande koloskopiteknik kräva högre andel smärtlindring. Vid kraftig smärtlindring (NAPS och djup sedering) är risken för komplikationer ökad.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälp för analys av indikatorn **Patientupplevelse** och **Komplikationer**.

Läkemedel	Kommentar
<i>Bensodiazepin</i>	Exempelvis midazolam, diazepam, oxazepam
<i>Opioid</i>	Exempelvis alfentanil, morfin, petidin
<i>Propofol NAPS</i>	Propofol administrerat av sjuksköterska, läkare, eller patienten själv. Motsvarar ytlig sedering med bibehållen spontanandning. NAPS betecknar <i>Nurse Administered Propofol Sedation</i>
<i>Djup sedering</i>	Olika former av allmänanestetika. Upphävd spontanandning, inklusive behov av intubationsnarkos eller maskventilation.
<i>Spasmolytikum</i>	Exempelvis butylskopolamin, atropin
<i>Lustgas</i>	Dikväveoxid
<i>Övrigt</i>	Övriga läkemedel givet systemiskt (ej intramukosalt) under själva koloskopin.

Peroperativt

Cekumintubering

Varför behövs denna information?

En fullständig undersökning av hela kolon krävs för att kunna identifiera eventuella lesioner. En låg cekumintuberingsgrad (cecum intubation rate, CIR) är associerad med ökad risk för intervallcancer. Inkomplett koloskopi medför ökade kostnader och obehag för patienten om undersökningen måste upprepas. Cekumintubering innebär komplett överblick av hela cecalpolen tillsammans med olika landmärken (appendixmykning, ileocekalvalv etc.).

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Cekumintubering. Minimum: $\geq 90\%$. Mål: $\geq 95\%$.

Cekumintubering	Kommentar
<i>Cekum</i>	Cekum omfattar den del av kolon som begränsas av en tänkt linje i höjd med ileocekalvalvet. Bilddokumentation rekommenderas.
<i>Terminala ileum</i>	Observera att man vid val av denna variabel också garanterar att cecalpolen är inspekterad i sin helhet. Bilddokumentation rekommenderas.
<i>Annan nivå enligt planerad omfattning</i>	Baseras på variabeln " <i>Planerad omfattning/Mer distalt</i> ". Används exempelvis vid högersidig tarmresektion, eller när syftet med undersökningen inte är att nå cekum. Om syftet är polypektomi av känd polyp så är detta "annan nivå".
<i>Nej</i>	Används vid alla koloskopier där man inte uppnår den planerade omfattningen, vilket också innebär att koloskopin är ofullständig. Vid screeningkoloskopi uppmanas man också ange åtgärd (" <i>Ny koloskopi</i> ", " <i>DT kolografi</i> ", " <i>Kapselkoloskopi</i> ", " <i>Ingen ny undersökning</i> ").

Fotografi

Varför behövs denna information?

Fotodokumentation av cekum är associerad med hög polypdetektion (polyp detection rate, PDR). Det är lämpligt med fotodokumentation för att registrera när tillbakadragandet påbörjas från cekum.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälper till att värdera **Cekumintubering** och **Tid för tillbakadragande**.

Tid ut från cekum

Varför behövs denna information?

En lång utdragnings-tid (withdrawal time) är associerad med hög adenomdetektion (adenoma detection rate, ADR) och låg nivå av intervallcancer. Tiden bör registreras med start och stopp för undersökningen, samt när endoskopisten börjar backa från cekum. Det rekommenderas att detta sker med fotodokumentation med tidstämpel eller att endoskopiassistenten använder stoppur. Tiden ska endast registreras vid koloskopier utan terapi eller biopsi. "Tid ut från cekum" är givetvis endast möjlig att registrera om cekum eller terminala ileum har intuberats.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Tid för tillbakadragande. Minimum: 90% 6 minuter eller mer. Mål: 95% 6 minuter eller mer

Tid ut från cekum	Kommentar
<i>0-5 minuter</i>	
<i>6-9 minuter</i>	
<i>≥10 minuter</i>	
<i>Terapi/biopsi</i>	Vid exempelvis polypektomi eller biopsitagning ska tiden inte registreras. Dessa undersökningar ska inte ingå i underlaget för beräkning av kvalitetsindikatorn Tid för tillbakadragande
<i>Ej registrerad</i>	Otillräcklig information, exempelvis om fotodokumentation saknas eller om tidtagning ej skett.

Polyper

Antal

Varför behövs denna information?

Beräkning av positivt prediktivt värde för screeningprogram. Ger underlag till uppföljning enligt polypvårdprogram. Det diskuteras om antalet adenom per koloskopi är ett bättre mått än adenomdetektion. Information om antalet polyper vid en undersökning kan därför ge information inför framtiden i denna fråga. Det syftar också till att säkra efterregistreringen av PAD-utlåtanden i registret. Man behöver dock bara detaljregistrera max tre polyper utifrån koloskopistens bedömning, baserat på storlek och utseende.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Uppföljning. Mål: $\geq 95\%$ korrekta uppföljningsrekommendationer

Lokalisation

Varför behövs denna information?

Syftar till att rätt PAD ska registreras för rätt polyp. Ger också möjlighet till utvärdering av intervallcancer.

Lokalisation	Kommentar
<i>Rektum</i>	Rektum mäts från analöppningen till nedre gräns 15 cm med rakt endoskop. Analkanalen hör till rektum.
<i>Sigmoideum</i>	
<i>Descendens</i>	Vänster flexur hör till descendens.
<i>Transversum</i>	Höger flexur hör till transversum.
<i>Ascendens</i>	
<i>Cekum</i>	Cekum avgränsas av en tänkt nivå i höjd med ileocekalvalven.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen egen kvalitetsindikator.

Storlek

Varför behövs denna information?

Ger underlag till uppföljning enligt polypvårdprogram. Syftar till att rätt PAD ska registreras för rätt polyp. Ligger till grund för frågan om tatuering har skett för polyper ≥ 20 mm. Ligger också till grund för adekvat polypborttagning vid diminutiva polyper (0-4 mm). Använd polypens största diameter som mått, före polypektomi eller submukosal injektion. Använd gärna slyngans längd- och breddmått för att få korrekt bedömning.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Polypfångst. Minimum: $\geq 90\%$ av polyper ≥ 5 mm. Mål: $\geq 95\%$ av polyper ≥ 5 mm.

Tatuering. Mål: 100% av polyper ≥ 20 mm.

Adekvat polypektomiteknik. Minimum: $\geq 80\%$. Mål: $\geq 90\%$.

Uppföljning. Mål: $\geq 95\%$ korrekta uppföljningsrekommendationer

Tatuering

Varför behövs denna information?

Vid polypektomi av polyper ≥ 20 mm är det högre risk för inkomplett resektion och lokala recidiv eftersom dessa förändringar oftast tas i flera bitar (piece-meal). Polyper ≥ 20 mm har också högre risk att innehålla malignitet. Tatuering ökar möjligheten vid uppföljande koloskopi eller kirurgi att hitta tagstället. Denna variabel är därför bara synlig vid polyper ≥ 20 mm. Polyper i rektum och cecum behöver inte tatueras, eftersom dessa lokaler har tydliga landmärken. Fotodokumentation rekommenderas. Lokala rutiner bör finnas kring var tatueringen ska ske i förhållande till polypen, exempelvis 3-5 cm distalt/analt om polypen.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Tatuering. Mål: 100% av polyper ≥ 20 mm.

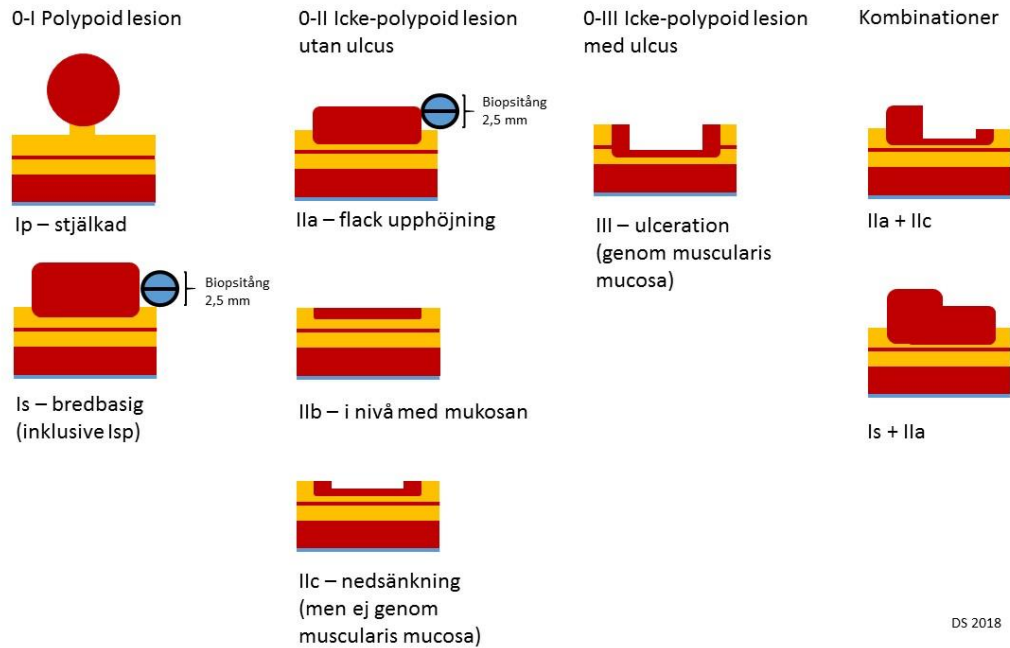
Utseende

Varför behövs denna information?

Paris-klassifikationen är ett väletablerat system för att standardisera beskrivningen av polyper. Den delar upp förändringar i två grupper; polypoida (Paris I) och icke polypoida förändringar (Paris II-III). Även om klassifikationen inte är validerad så ökar den uppmärksamheten kring subtila förändringar och kan hjälpa till att förutspå submukosal invasion innan polypektomi. Syftar till att rätt PAD ska registreras för rätt polyp. Ligger till grund för frågan om tatuering har skett för polyper ≥ 20 mm.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Tatuering. Mål: 100% av polyper ≥ 20 mm.



Kromoendoskopi

Varför behövs denna information?

Vid polyper med komponenter av nedsänkning (Paris Ilc) finns en högre risk submukosal invasion. Dessa polyper kan också ha otydliga gränser mot frisk mukosa. Kromoendoskopi, virtuell eller konventionell, hjälper till att bedöma dessa förändringar avseende möjlighet till polypektomi.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Avancerad bildbehandling. Mål: 100%.

Polypektomi

Varför behövs denna information?

Biopsitång som polypektomimetod är sämre än slynga vid polyper ≤ 3 mm i storlek. Inkomplett polypektomi leder till högre kostnader och obehag för patienten eftersom undersökningen behöver upprepas. Inkomplett polypektomi beräknas orsaka 25% av intervallcancer.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Adekvat polypektomiteknik. Minimum: $\geq 80\%$. Mål: $\geq 90\%$.

Polypektomi	Kommentar
<i>Kall slynga</i>	Slynga utan diatermi. Vid submukosal injektion välj alternativet "EMR" eller "pEMR".
<i>Varm slynga</i>	Slynga med diatermi. Vid submukosal injektion välj alternativet "EMR" eller "pEMR".
<i>EMR</i>	Submukosal injektion följd åt av polypektomi med slynga (varm eller kall). Hela polypen i en del.
<i>pEMR</i>	Piece meal EMR, polypektomi med flera delar.
<i>ESD</i>	Endoskopisk submukosadissektion.
<i>Polypektomi med biopsitång</i>	Polypektomi med biopsitång (inkl hot biopsy), vid endast diagnostisk biopsi använd alternativet "nej".
<i>Nej</i>	Ingen polypektomi utförd. Ange om diagnostisk biopsi är tagen under följdfrågan "Biopsi utförd": Nej, Ja.

Endoskopiskt radikalt avlägsnad

Varför behövs denna information?

Makroskopiskt inkomplett avlägsnat adenom ökar risken för recidiv. Det finns flera orsaker till att en polypektomi inte fullföljs, exempelvis komplikationer, tekniska svårigheter, begränsningar i tid. En inkomplett utförd polypektomi bör följas upp med ny koloskopi eller kirurgi om det inte föreligger kontraindikationer. Informationen behöver bara anges vid polypstorlek ≥ 10 mm, eftersom det är ovanligt med inkompleta resektioner av små polyper.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Uppföljning. Mål: $\geq 95\%$

Patologi

Varför behövs denna information?

Adenomdetektion (*adenoma detection rate, ADR*) är omvänt associerat till risken för intervallcancer och död i kolorektal cancer. Polypfångst behövs för histopatologisk diagnos (PAD). PAD ligger till grund för polypvårdprogrammet.

Små polyper (0-4 mm) har visserligen låg risk för cancer eller höggradig dysplasi, men registret har valt att möjliggöra registrering även av dessa polyper. Optisk bedömning och därefter resektion av små polyper (0-4 mm) utan att sända till PAD (så kallad *resect-and discard policy*) kan övervägas. Detta bör då ske under strikt kontrollerade former av koloskopister som uppvisar högt och objektivt verifierat positivt prediktivt värde på sin optiska bedömning i förhållande till PAD.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Polypfångst. Minimum $\geq 90\%$. Mål: $\geq 95\%$.

Uppföljning. Mål: $\geq 95\%$ korrekta uppföljningsrekommendationer

Adenomdetektion. Minimum: 25%.

Misstänkt cancer

Antal

Varför behövs denna information?

Beräkning av positivt prediktivt värde för screeningprogram. Framtida samordning med svenskt kolorektalcancerregister. Syftar till att säkra efterregistreringen av PAD-utlåtanden i registret. Man behöver dock bara detaljregistrera max tre misstänkta cancerförändringar utifrån koloskopistens bedömning, baserat på storlek och utseende.

Lokalisation

Varför behövs denna information?

Framtida samordning med svenskt kolorektalcancerregister.

Tatuering

Varför behövs denna information?

Tatuering underlättar för kirurgen att identifiera tumören vid operation. Misstänkt cancer i rektum och cekum behöver inte tatueras, eftersom dessa lokaler har tydliga landmärken. Fotodokumentation rekommenderas. Lokala rutiner bör finnas kring var tatueringen ska ske i förhållande till den misstänkta cancer, exempelvis 3-5 cm distalt/analt om tumören.

Patologi

Varför behövs denna information?

Bekräftat diagnosen cancer. Utvärderar screeningprogram. Framtida samordning med svenskt kolorektalcancerregister.

Övriga fynd

Inflammation - Utbredningsområde

Varför behövs denna information?

Registret syftar till att vara heltäckande för koloskopi och inte endast screening för kolorektal cancer. Därmed bereds möjlighet att registrera andra fynd än polyper och cancer. Aktiv inflammation minskar dessutom möjligheten att detektera adenom. Variabeln hjälper även till att värdera eventuella komplikationer.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen kvalitetsindikator, men hjälper till att tolka indikatorn **Komplikationer** och **Adenomdetektion**.

Inflammation - Preliminär diagnos

Diagnos baserad på endoskopiskt utseende med hänsyn taget till tidigare utredningar.

Preliminär diagnos	Kommentar
<i>Ulcerös kolit</i>	
<i>Crohns sjukdom</i>	
<i>IBDU</i>	Oklassificerad inflammatorisk tarmsjukdom (Inflammatory Bowel Disease Unclassified)
<i>Ischemisk kolit</i>	
<i>Infektiös kolit</i>	Inkluderar pseudomembranös kolit
<i>Övrigt</i>	Inkluderar mikroskopisk kolit

Övriga terapeutiska åtgärder

Varför behövs denna information?

Hjälper till att bedöma typ av koloskopi och därmed också värdera eventuella komplikationer.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen kvalitetsindikator, men hjälper till att tolka indikatorn **Komplikationer**.

Postoperativt

Remitterad till kirurgi

Varför behövs denna information?

Anger om patienter med cancer remitteras till kirurgi. Anger även hur stor andel av hittade polyper som bedöms som kontraindicerade att avlägsna endoskopiskt.

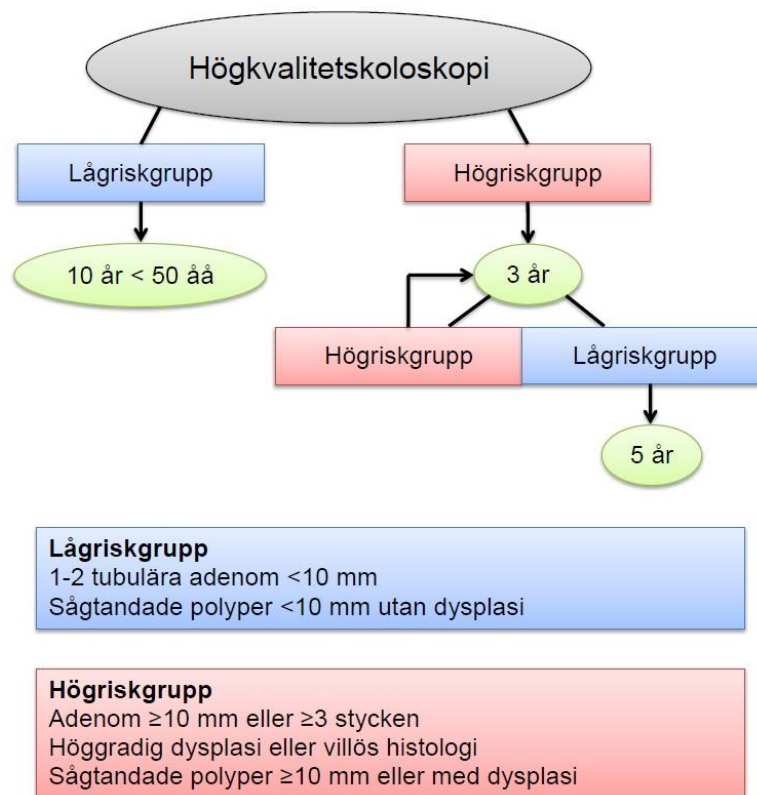
Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen kvalitetsindikator.

Beslutsstöd

Hjälpfunktion som hämtar information från patientens ålder, antal polyper, storlek och PAD.

Rekommendationerna baseras på nationella riktlinjer för endoskopisk uppföljning efter kolorektal polypektomi. Observera att detta endast är ett stöd och att koloskopisten ansvarar för att göra en egen bedömning av behov av uppföljning. För patienter ≥ 80 år saknas idag stöd för endoskopisk uppföljning. Eventuell uppföljning bör därför ske utifrån komorbiditet och tidigare koloskopifynd.



Beslutsstöd	Kommentar
<i>Ofullständig undersökning</i>	Kontrollkoloskopi rekommenderas inom 6 månader. Vid "Cekumintubering"; nej, BBPS <6, "Endoskopiskt radikalt avlägsnad"; nej.
<i>Högriskgrupp</i>	Kontrollkoloskopi rekommenderas om 3 år. Vid ärftlighet eller kolit ska uppföljning ske i enlighet med dessa riktlinjer. Vid adenom ≥ 10 mm, ≥ 3 stycken adenom, villös histologi, sågtandat adenom/polyp med dysplasi.
<i>Lågriskgrupp</i>	Kontrollkoloskopi rekommenderas om 5 år om patienten tidigare tillhört högriskgrupp. Kontrollkoloskopi rekommenderas om 10 år patienten inte tidigare tillhört högriskgrupp men är yngre än 50 år. Ingen kontrollkoloskopi är nödvändig om patienten tidigare inte tillhört högriskgrupp och är 50 år eller äldre. Vid ärftlighet, tidigare fynd av polyp/cancer eller kolit ska uppföljning ske i enlighet med dessa riktlinjer. Vid adenom <10 mm, 1-2 stycken, tubulär histologi, sågtandat adenom/polyp utan dysplasi.
<i>Normal undersökning</i>	Normal undersökning. Vid ärftlighet, tidigare fynd av polyp/cancer eller kolit ska uppföljning ske i enlighet med dessa riktlinjer. I övriga fall behövs ingen kontrollkoloskopi. Vid normal undersökning utan fynd.
<i>Ej tillgängligt</i>	Beslutsstöd ej tillgängligt, var god se protokoll för ställningstagande till eventuell uppföljning. Om patienten är ≥ 80 år tas individuell hänsyn till uppföljning som inte täcks av beslutsstödet.

Endoskopisk uppföljning enligt nationella riktlinjer

Varför behövs denna information?

Patienter där adenom har avlägsnats har ökad risk för att utveckla nya adenom eller cancer. Kontrollkoloskopi rekommenderas därför enligt särskilda kriterier (se "Beslutsstöd" ovan). Kontroller som sker med för kort intervall innebär risk för patienten och ineffektivt utnyttjande av resurser. För långt intervall ökar risken för avancerade adenom och cancer.

Om man fyller i "Ja" på denna variabel bekräftas att man följer nationella riktlinjer. Detta kan innebära exempelvis uppföljning inom 6 månader, 3 år, 5 år, 10 år eller ingen uppföljning. Om man fyller i "Nej" på denna variabel avses att patienten enligt nationella riktlinjer borde ha genomgått koloskopiuppföljning, men att man avstår från detta. Orsaken till avvikelsen ska då motiveras.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Uppföljning. Mål: $\geq 95\%$

Orsak till avvikelse	Kommentar
<i>Allvarlig komorbiditet</i>	Ingen uppföljning, eftersom det föreligger allvarlig komorbiditet.
<i>Patienten vill inte</i>	Ingen uppföljning, eftersom patienten inte vill genomgå kontrollkoloskopi.
<i>Planerad flytt/emigration</i>	Ingen uppföljning, eftersom patienten kommer att flytta eller emigrera.
<i>Övrigt</i>	Ingen uppföljning, annan orsak.

Komplikationer

Tidiga komplikationer

Varför behövs denna information?

Det är viktigt att monitorera säkerhet vid koloskopi. Andelen komplikationer beror på många faktorer som inkluderar typ av procedur (screening, diagnostisk eller terapeutisk), koloskopistens erfarenhet, och typ av patient.

Komplikationer är händelser relaterade till endoskopin som leder till avbruten procedur, inläggning, förlängd sjukhusvård, ny procedur eller konsultation. Händelser under en procedur, exempelvis blödning i samband med polypektomi, betraktas inte som en komplikation om den åtgärdas under koloskopin och inte leder till någon av ovanstående konsekvenser.

Tidiga komplikationer är de som uppstår inom tidsperioden som patienten befinner sig på endoskopienheten.

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Komplikationer. Minimum: $\leq 0,5\%$.

Tidiga komplikationer	Undergrupp
<i>Cirkulation</i>	<i>Lågt blodtryck</i>
	<i>Högt blodtryck</i>
	<i>Arytmi</i>
	<i>Hjärtstillestånd</i>
	<i>Hjärtinfarkt</i>
	<i>Cerebrovaskulär händelse</i>
<i>Andning</i>	<i>Hypoxi</i>
	<i>Apné</i>
	<i>Laryngospasm</i>
	<i>Bronkospasm</i>
	<i>Pneumoni</i>
	<i>Lungsäcksinflammation</i>
<i>Tromboembolism</i>	<i>Djup ventrombos</i>
	<i>Lungemboli</i>
<i>Instrument</i>	<i>Perforation</i>
	<i>Penetration</i>
	<i>Malfunktion</i>
<i>Blödning</i>	
<i>Infektion</i>	
<i>Läkemedelsreaktion</i>	
<i>Smärta</i>	<i>Abdominell</i>
	<i>Icke abdominell</i>
<i>Pankreatit</i>	
<i>Övrigt</i>	

Gradering enligt Clavien

Varför behövs denna information?

Allvarlighetsgraden är en sammanvägd bedömning utifrån samtliga tidiga komplikationer. Registret använder Clavien-klassifikationen som är ett validerat system för beskrivning av kirurgiska komplikationer.

Allvarlighetsgrad	Kommentar
<i>Clavien I</i>	Avvikelse från normalt förlopp. Ej behov av endoskopisk, kirurgisk eller farmakologisk intervention (förutom antiemetika, antipyretika, analgetika, diuretika, vätsketerapi)
<i>Clavien II</i>	Läkemedelsbehandling utöver det som anges i grad I. Exempelvis: blodtransfusion, total parenteral nutrition, antibiotika.
<i>Clavien IIIa</i>	Kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk intervention (ej under generell anestesi)
<i>Clavien IIIb</i>	Kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk intervention (under generell anestesi)
<i>Clavien IVa</i>	Livshotande komplikation som kräver intensiv- eller intermediärvård (ett sviktande organsystem, inklusive dialys)
<i>Clavien IVb</i>	Livshotande komplikation som kräver intensiv- eller intermediärvård (multiorgansvikt)
<i>Clavien V</i>	Död

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Ingen kvalitetsindikator, men hjälper till att tolka indikatorn **Komplikationer**.

Sena komplikationer

Varför behövs denna information?

Komplikationer är händelser relaterade till endoskopin som leder till återbesök inom specialiserad vård, slutenvård, förlängd sjukhusvård, ny procedur eller konsultation. Sena komplikationer är händelser som uppstår från det att patienten lämnar endoskopienheten och fram till ≤ 7 dygn efter endoskopin.

Att identifiera sena komplikationer kan vara svårt och kräver datauttag från lokala vårdinformationssystem eller manuell genomgång av journaler. Varje endoskopienhet behöver ha lokala rutiner för hur sena komplikationer identifieras. Registret har valt att som en första selektering notera om patienten har haft återbesök inom specialiserad vård eller slutenvård, eftersom detta kan vara enklare att få ut från vårdinformationssystem. Detta minskar antalet potentiella patienter som är föremål för granskning avseende komplikationer.

Sena komplikationer kan inte registreras under de första 7 dyggen efter koloskopin. Typ av komplikation och allvarlighetsgrad följer samma klassifikation som "Tidiga komplikationer".

Vilken kvalitetsindikator beräknas?

Komplikationer. Minimum: $\leq 0,5\%$.

Kvalitetsindikatorer

Indikator	Vikt	Minimum	Mål	Beräkning	Exklusion
Adekvat tarmrengöring	Hög	≥90%	≥95%	Antal personer med adekvat tarmrengöring delat med antal personer som genomgått koloskopi	Akut
Indikation	Låg	≥95%		Antal koloskopier med lämplig indikation delat med antalet koloskopier	
Cekumintubering	Hög	≥90%	≥95%	Antal koloskopier med cekumintubation delat med antalet koloskopier	Akut
Adenomdetektion	Hög	≥25%		Antal fullständiga koloskopier med minst ett adenom delat med antalet fullständiga koloskopier hos patienter ≥50 år	Akut, indikation ("Clean colon", "IBD kontroll inflammation", "Planerad intervention")
Tid för tillbakadragande	Låg	≥90%	≥95%	Antal koloskopier med tid ut från cekum ≥6 minuter delat med antalet koloskopier	Akut, cekumintubering ("Mer distalt", "Nej")
Polypdetektion	Låg	≥40%		Antal koloskopier med minst en polyp delat med antalet koloskopier hos personer >50 år	Akut
Adekvat polypektomiteknik	Hög	≥80%	≥90%	Antal polyper ≥5 mm avlägsnade med slynga delat med antalet avlägsnade polyper ≥5 mm	
Polypfångst	Låg	≥90%	≥95%	Antal polyper skickade för PAD delat med antalet polyper ≥5 mm	Storlek "0-4 mm"
Tatuering	Låg		100%	Antal tatuerade resektionsområden delat med antalet avlägsnade polyper ≥20 mm	Utseende "Stjätkad (Paris Ip)"
Avancerad bildbehandling	Låg		100%	Antal polyper Paris 0-IIc bedömda med avancerad bildbehandling delat med antal polyper Paris 0-IIc	
Polypmorfologi	Låg		100%	Antal polyper beskrivna med Parisklassifikation delat med antalet polypektomier av icke skaftade polyper	
Komplikationer	Hög	≤0,5%		Antal koloskopier med minst en komplikation registrerad delat med antalet koloskopier	
Uppföljning	Hög		≥95%	Antal korrekta uppföljningsrekommendationer delat med antalet koloskopier med polypektomi	Orsak ("Allvarlig komorbiditet", "Patienten vill inte", "Planerad flytt/emigration")
Patientupplevelse	Hög		≥90%	Antal koloskopier med mätning av patientupplevelsen delat med antalet koloskopier	Akut