

Wegleitung Koloskopie SGG/SSG

Version 1.1 vom 4. Oktober 2013

Präambel

Diese Wegleitung wurde nach bestem Wissen und nach Sichtung der Literatur (Stand 2012) in Absprache mit langjährigen erfahrenen Koloskopikern erstellt und soll als Standard in der Schweizer Gastroenterologie sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich gelten. Ziel ist es, eine möglichst gute Untersuchungs-Qualität zu erzielen. Das Schweizer Weiterbildungs-Curriculum zum Facharzt für Gastroenterologie deckt sich mit den Anforderungen dieser Wegleitung.

1. Definition

Der gesamte Dickdarm wird mit einem flexiblen Instrument nach adäquater Reinigung untersucht. Der Untersucher ist strukturiert weitergebildet und verfügt über eine definierte Erfahrung. Die Koloskopie wird von mindestens einer ausgebildeten Person assistiert. Es besteht die Möglichkeit einer Sedierung, die vom Untersucher verordnet und direkt überwacht wird. Die Weiterbildung in Sedierung inkl. Management der Komplikationen ist strukturiert und definiert.

Folgende weitere Qualitäts-Parameter sind definiert: Hygiene inklusive Reinigung der Geräte, Sedierung, Verhalten bei Patienten mit Gerinnungs-kompromittierenden Medikamenten, Polypen-Detektionsrate, Polypen-Bergungsrate nach Resektion, Kommunikation vor der Koloskopie (Einverständniserklärung) und nach der Koloskopie (Information über Befund und Konsequenz).

2. Indikation/Kontraindikation

Eine Koloskopie wird zur Abklärung von Symptomen (z.B. Stuhlnunregelmässigkeiten, Blut ab ano, Anämie, Bauchschmerzen), zur Nachsorge bei Status nach Polypektomie oder operiertem Kolonkarzinom oder zum Screening (Alter, Familienanamnese) indiziert.

Bei jedem einzelnen Patienten ist der Entscheid für oder gegen eine Koloskopie individuell im Gesamtkontext abzuwägen.

Kontraindikationen sind schwere Komorbiditäten, die Unmöglichkeit einer adäquaten Darmreinigung oder Ablehnung des Patienten; das Alter selbst ist keine Kontraindikation.

3. Untersucher

3.1. Ärztliche Ausbildung

3.1.1. Zertifizierung

Der Untersucher ist ein diplomierter Arzt.

3.1.2. Re-Zertifizierung/Fortbildungspflicht

Der Arzt muss sich während seiner gesamten Berufstätigkeit kontinuierlich fortbilden. Die Anzahl besuchter Kongresse, Fortbildungen national/international und das Literaturstudium sind vorgeschrieben.

3.2 Weiterbildung Endoskopie

Folgende 3 Kriterien werden vom Untersucher erfüllt:

- a) Der Untersucher verfügt entweder über einen eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Facharzttitel Gastroenterologie
- b) Der Untersucher hat eine strukturierte Weiterbildung von 3 Jahren an einer anerkannten Weiterbildungsstätte durchlaufen und dabei mindestens 400 Koloskopien selbst durchgeführt
- c) Pro Jahr führt der Arzt mindestens 200 Koloskopien selbst durch

3.3 Weiterbildung Sedierung

Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung wird der Untersucher in den verschiedenen Sedierungstechniken ausgebildet. Er beherrscht das Management der Komplikationen. Die kardiovaskuläre Reanimation und die Maskenbeatmung wurden strukturiert erlernt. Daneben besucht er definierte Ausbildungen in Sedierungstechnik wie zum Beispiel zur Anwendung von Propofol. Für die Ausbildung und Anwendung der Propofol-Sedierung in der Gastroenterologie verweisen wir auf das Ausbildungskonzept „Propofolsedierung in der Gastroenterologie“ sowie das Konsensuspapier zur „Praktischen Anwendung der Propofolsedierung in der Gastroenterologie“. Beide Empfehlungen sind auf der Homepage der SGG (www.sggssg.ch) einsehbar.

4. Assistenzpersonal

Beim Assistenzpersonal handelt es sich um Medizinalpersonal, das für die Assistenz zur Endoskopie ausgebildet wurde.

5. Infrastruktur

5.1. Räumlichkeiten

5.1.1. Untersuchungsraum

Der Endoskopieraum hat eine Sauerstoffversorgung und Platz für eine Untersuchungsliege mit genügend Raum für Untersucher, Assistenz, Material, Notfall-Equipment und Notfallmanipulationen (Reanimation). Der Raum wird regelmässig adäquat gereinigt. Der Zugang muss mit einer tragbaren Liege möglich sein. Die Anforderung von Hilfe muss gewährleistet sein (Telefon, Gegensprechanlage etc.).

Die Beleuchtung ist verstellbar. Patientenliegen sollen einen ausreichenden Schutz vor Stürzen bieten.

5.1.2. Aufwachraum

Nach der Untersuchung soll der Patient im Untersuchungsraum oder einem anderen Raum mit Überwachungsmöglichkeit genügend Zeit zum Aufwachen haben.

5.2. Geräte

Die flexiblen marktüblichen Geräte sind CE-zertifiziert und auf dem CH-Markt zugelassen. Diese Endoskope müssen standardisiert aufbereitbar sein, trocken gelagert und sauber angereicht werden. Das Zubehör ist entweder Einweg- oder korrekt aufbereitetes Mehrwegmaterial. Technische Hilfsgeräte (zum Beispiel Absaugvorrichtung) erfüllen die gleichen Anforderungen.

5.3. Notfallausstattung

Eine kardiovaskuläre Reanimation ist jederzeit möglich. Es sind ein Defibrillator und ein Ambubeutel griffbereit. Beatmungshilfen wie Wendeltubus sind vor Ort. Die Medikamente zur Reanimation sind im Raum verfügbar, und werden regelmässig kontrolliert. Entweder besteht ein Sauerstoffanschluss fix, oder es steht eine genügend grosse Menge Sauerstoff in einem beweglichen Behältnis zur Verfügung.

6. Hygiene

6.1. Desinfektionstechniken der Endoskope

Die Geräte können manuell, semi-automatisch oder mittels Waschautomaten gereinigt werden. Keine Methode ist - vorausgesetzt korrekt durchgeführt - der anderen überlegen. Die Instrumente werden gemäss der „Schweizerischen Richtlinie zur Aufbereitung flexibler Endoskope“ (siehe www.sggssg.ch) aufbereitet und periodisch mikrobiologisch kontrolliert.

6.2. Qualitätskontrolle

6.2.1. Art der Durchführung

Mindestens einmal pro Jahr werden die Geräte auf Keimfreiheit überprüft. Spülflüssigkeiten werden von jedem Gerät separat in ein Medium gegeben und einzeln betreffend Kontamination untersucht. Die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie bietet seinen Mitgliedern zweimal jährlich einen Hygienetest in Zusammenarbeit mit einem akkreditierten Labor an. Die Hygienetests sind obligatorisch 1x pro Jahr durchzuführen.

6.2.2. Massnahmen bei Mängeln

Kontaminierte Geräte werden fokussiert untersucht. Von Seiten SGGSSG wird Hilfestellung durch den Hygieneverantwortlichen angeboten, und gegebenenfalls ein anerkannter infektiologischer Dienst involviert. Kontaminierte Geräte werden bis zum Nachweis keimfreier Verhältnisse nicht wieder eingesetzt.

6.2.3. Publikation

Die Namen der Gastroenterologen mit keimfreien Geräten werden auf einer „White-List“ im Internet (www.sggssg.ch) publiziert.

7. Information und Einverständniserklärung

7.1. Information vor Koloskopie

Jeder Patient wird idealerweise > 1 Woche im Voraus informiert. Ausser bei Notfällen oder dringenden Untersuchungen ist ein ausreichender zeitlicher Abstand zur Untersuchung einzuhalten. Üblicherweise erfolgt die Information schriftlich. Jeder Patient hat die Möglichkeit, mit primär dem Zuweiser oder sekundär dem Untersucher ein persönliches Gespräch vor der Untersuchung zu führen. Vor jeder Untersuchung wird dem Patienten die Möglichkeit für ein Gespräch mit Besprechung der Einverständniserklärung gegeben.

7.2. Informed Consent

Eine mündliche oder schriftliche Einverständniserklärung muss ausser bei Notfällen immer vorliegen. Ein mündliches Einverständnis wird vom Untersucher handschriftlich in der Krankengeschichte kurz dokumentiert. Die schriftliche Einverständniserklärung wurde vom Patienten oder dem gesetzlichen Vertreter eigenhändig unterschrieben.

8. Technik

8.1. Vorbereitung

8.1.1. Umgang mit Gerinnungs-kompromittierenden Medikamenten

Es wird eine Blutungsanamnese erhoben. Für das konkrete Vergehen verweisen wir auf die Empfehlungen der Fachgesellschaft, welche separat auf der Homepage der SGG (www.sggssg.ch) publiziert sind.

8.1.2. Darmreinigung

Sämtliche kommerziell erhältliche Präparate können eingesetzt werden. Die Wahl des Präparates wird festgehalten. Ziel einer standardisierten Reinigung ist es, in >90% aller Koloskopien eine gute Darmreinigung zu erzielen.

Die Reinigungsqualität wird festgehalten.

8.2. Untersuchung

Die Koloskopie findet im Liegen statt, begonnen wird in linker Seiten- oder Rückenlage. Je nach Situation ist eine Umlagerung sinnvoll. Die Anwendung einer Sedierung ist nicht obligatorisch und kann mit dem Patienten abgesprochen werden. Schmerzen sollen allerdings nicht eine vollständige Untersuchung oder adäquate Polypektomie respektive Rückzugszeit verhindern, sodass eine Sedierung immer möglich sein muss. Die Verantwortung für die Koloskopie liegt beim Untersucher. Für Untersuchungen in Sedierung ist neben dem Endoskopiker zwingend eine Endoskopieassistentin im Raum zugegen. Eine weitere in BLS-Massnahmen ausgebildete Medizinalperson muss auf der Abteilung abrufbar sein.

8.3. Überwachung

Der Patient wird kontinuierlich klinisch überwacht. Bei Anwendung einer Sedierung wird eine Pulsoxymetrie kontinuierlich in guter Qualität durchgeführt. Je nach Situation muss der Abnehmer (Finger zu Ohr) gewechselt werden oder Nagellack entfernt werden. Während der Aufwachphase bis zum Erreichen der normalen kognitiven Funktionen ist eine Person im Raum anwesend und für den Patienten zuständig.

8.4. Befundkommunikation und Entlassung

Der Endoskopiebefund inkl. Sedierung und Abnahme von allfälligen Biopsien respektive Interventionen wird dokumentiert und dem wachen Patienten mitgeteilt. Komplikationen werden kommuniziert und dokumentiert. Die Resultate mit Konsequenzen der Koloskopie/Histologie werden dem Zuweiser und/oder Patienten mitgeteilt.

9. Dokumentation

9.1. Dokumentation der Untersuchung selbst

9.1.1. Vor der Untersuchung

Zuweiser, Indikation, Art der Vorbereitung, Blutungsrisiken, Untersucher, Assistenz.

9.1.2. Während Untersuchung

Puls/Sauerstoff-Sättigung bei Sedierung, Zeiten (Beginn Sedierung, Beginn Endoskopie, Beginn Rückzug, Ende Untersuchung), Dokumentation Zökum oder terminales Ileum mit Foto (oder Biopsie).

9.1.3. Nach der Untersuchung

Befunde inklusive Inspektion, Palpation und falls durchgeführt Proktoskopie. Reinigungsqualität, Vollständigkeit der Untersuchung, Biopsien (Lokalisation), Komplikationen, Dosis der Medikamente zur Sedierung, Anzahl und Lokalisation Polypen, Polypenbergungsrate, Art der Polypektomie. Vollständigkeit der Polypektomie makroskopisch.

Angaben zu Färbungen oder elektronischem Bildenhancern.

9.2. Kommunikation der Befunde und Festlegung Procedere

Die Befunde werden dem wachen Patienten kommuniziert und das vorläufige Procedere festgelegt. Der Patient weiss bei Entlassung, wer für ihn zuständig ist und wohin er sich bei Fragen und Komplikationen wenden kann.

9.3. Aufbewahrungspflicht

Die Dokumente werden mindestens 15 Jahre aufbewahrt.

10. Nachsorge/Recallsystem

In Absprache mit dem Zuweiser und/oder Hausarzt wird der Patient über eine allfällige erneute indizierte Koloskopie informiert. Unvollständige oder nicht genügend vorbereitete Untersuchungen sollten wiederholt oder eine alternative Untersuchungsmethode besprochen und angeboten werden.

Ist eine Verlaufskolonoskopie indiziert, soll das empfohlene Intervall schriftlich kommuniziert werden.