



## Utviklingsprosjekt:

# **Ny kvalitetsorientert organisering av akutte endoskopier ved St. Olavs Hospital**

Nasjonalt topplederprogram

Tom Christian Martinsen

Trondheim 17. mars 2013

## **Bakgrunn:**

Akutte blødninger i fordøyelseskanalen (gastrointestinale (GI) - blødninger) utgjør hovedtyngden av pasienter med behov for akutt endoskopisk behandling. Om insidens og norske erfaringer se avsnitt "analyse og argumentasjon".

Endoskopisk behandling utført av erfaren skopør vil i de fleste tilfeller fjerne behovet for kirurgisk og eller radiologisk intervensjon ved øvre GI-blødninger (Moum 2001). Videre er det vist at mortaliteten ved øvre GI-blødninger reduseres dersom pasientene håndteres av spesialiserte team (Sander DS 2004) og behovet for repeterte endoskopiske prosedyrer vil også avta (Moum 2001).

Ved de fleste sykehus vil derfor behandling av GI-blødning og andre kompliserte endoskopiske prosedyrer håndteres av leger med bred endoskopisk erfaring uavhengig om man har bakgrunn som medisiner eller kirurg. I tråd med dette har man ellers i landet etablert team bestående av dedikerte medisiner (og evt. kirurger) som inngår i vaktordninger som sørger for at pasienter med behov for akutt endoskopisk diagnostikk og behandling (blødninger, cholangitter, colon stenoser) får best mulig behandling.

## **Problemstilling**

a) Status ved St. Olavs Hospital i dag:

Det gjøres i overkant av 8.600 endoskopiske undersøkelser per år ved St. Olavs Hospital (ca. 4.500 gastrokopier, ca. 3.500 coloskopier, ca. 400 ERCP, ca. 100 kapselendoskopier, ca. 80 endosonografisk ultralyd (EUS) og ca. 80 ballong - enteroskopier). Disse prosedyrene utføres både av medisiner og kirurger, men totalt sett gjør kirurgene under 10 % av prosedyrene. På tross av dette er det kun kirurgene som håndterer akutte endoskopier som ofte kan være krevende. Bakgrunnen for dette paradoks har nok historiske årsaker. Beregninger viser (se avsnitt "analyse og argumentasjon") at det ved St. Olavs Hospital utføres ca. 100 akutte endoskopier per år som vaktarbeid (utenom ordinær arbeidstid).

b) Det er i dag stor forskjell på endoskopisk erfaring mellom legene ved medisinsk og kirurgisk avdeling. Spesielt har de yngre kirurgene i dag begrenset endoskopisk erfaring og er nærmest fraværende fra den daglige elektive driften ved Gastrolab hvor 95% av alle endoskopiene ved St. Olavs Hospital foregår. De må likevel håndtere vanskelige tilstander på vakt utenom ordinær arbeidstid. Motsatt har gastromedisiner ved St. Olav ofte stor endoskopisk erfaring, men de har bare unntaksvis kontakt med øyeblikkelig hjelp pasienter. Dette skillet forsterkes også av at medisiner i all hovedsak skoperer elektive pasienter på Gastrolab i 1. etg. på Gastroenteret og kirurgene skoperer akutte pasienter på operasjonsstuen i 2. etg i et annet senter (Akuttsenteret). Dagens ordning ved St. Olavs Hospital sikrer ikke optimal kompetanse og kvalitet ved håndtering av akutte endoskopier.

c) I tråd med gjeldende faglige anbefalinger (BSG 2001, Moum 2001, Douglass 2005) bør det etableres endoskopiteam som håndterer akutte endoskopier. Hovedsakelig vil dette dreie seg om øvre GI blødninger ved ulcus pepticum ("magesår") og øsofagusvaricer (åreknuter i spiserør) (gastroskopi), men også av og til cholangitter (gallegangsinfeksjoner) (ERCP) og tykktarmsstenoser (colonoskopi).

Teamet bør bestå av endoskopisk aktive og erfarne leger og sykepleiere i egen vaktordning, uavhengig om de har bakgrunn fra medisin eller kirurgi.

## **Forankring**

Saken er diskutert med klinikkjef ved Medisinsk klinikk og med avdelingsoverlege ved Gastrokirurgisk avdeling og de er begge helt enige i at tiden er svært moden for å etablere eget vaktteam for håndtering av disse pasientene.

I tillegg er saken diskutert med de fleste av overlegene ved begge avdelingene og alle er enige i nevnte behov.

## **Effektmål**

En kvalitetsmessig forbedring av behandling av pasienter som er i behov av akutt endoskopi utenom ordinær arbeidstid.

## **Resultatmål**

1. Etablere vaktteam bestående av erfarne endoskopører fra medisinsk og evt. kirurgisk avdeling samt erfarne sykepleiere fra Gastrolab..
2. Skape forståelse for at det faglige og organisatoriske ansvaret for den akutte endoskopivirksomheten legges til gastromedisinsk avdeling.

## **Analyse og argumentasjon**

Pasienter med akutte blødningstilstander i øvre mage-tarm kanal utgjør en betydelig del av øyeblikkelig hjelp pasienter ved kirurgiske og medisinske avdelinger og er den klart vanligste årsaken til behov for akutt endoskopi. Insidensen av denne tilstanden er ca. 100 per 100.000 personer per år (Rockhall 1996) og mortaliteten varierer fra 2%-15% og er svært avhengig av alder, andre tilleggsykdommer og blødningsårsak (Moum 2001).

Endoskopisk behandling er førstevalget og medfører stabilisering av situasjonen i de fleste tilfeller (Cook 1992). En studie fra Østfold viser at ca. 50% av akutte GI-blødninger innlegges utenom ordinær arbeidstid (Moum 2001) og at ca. halvparten av disse er i behov for øyeblikkelig endoskopi. Det er ut i fra dette beregnet at behovet for øyeblikkelig hjelp gastroskopi utenom ordinær arbeidstid vil være ca. 2 ganger per måned per 100.000 mennesker (Moum 2001). Dette regnes som minimumstall da man i studien fra Østfold ikke medberegnet allerede hospitaliserte pasienters behov for akutte skopier. Da St. Olavs Hospital har et nedslagsfelt på ca. 250.000 mennesker skulle det tilsi et behov på ca. 6 - 8 akutte skopier pga øvre GI-blødning per måned utført utenom ordinær arbeidstid. I 2012 var det utført 83 akutte gastroskopier på grunn av øvre GI-blødning ved St. Olavs hospital utenom ordinær arbeidstid. Dette tilsvarer ca. 7 akutte prosedyrer per måned. I tillegg kommer de andre indikasjonene for akutte skopier som nevnt tidligere, men de er foreløpig relativt sjeldne i antall.

Behandling av akutte blødninger kan være krevende endoskopiske prosedyrer som med dagens organisering ved St. Olavs Hospital håndteres av de minst erfarne endoskopørene.

I tillegg er det med dagens organisering ikke tatt høyde for at man har ERCP-kompetent endoskopør tilgjengelig utenom ordinær arbeidstid. Hvis behovet dukker opp er man ofte avhengig av, og på et tilfeldig vis, å få tak i kompetent personell som ikke har vakt.

Erfaring og dokumentasjon tilsier at prosedyrer utført av erfarne skopører øker kvaliteten på behandlingen (Parente 2004). I britiske retningslinjer er det klart og eksplisitt uttrykt at øyeblikkelig hjelp skopier skal utføres av erfarne skopører (BSG 2001). Videre er det er godt

dokumentert at man ved opprettelse dedikerte team bestående av både kirurger og medisinere oppnår bedre resultater (Cook 1992, CDP 1990). Ved de fleste større sentra i Norge i dag er det derfor opprettet dedikerte endoskopiteam som tar hånd om denne pasientgruppen. Man vil med tidlig skopi utført av dedikert personell forvente færre konverteringer til kirurgiske inngrep, færre radiologiske intervensjoner og færre reskopier (Moum 2001, Cook 1992). Dette vil følgelig også redusere liggetid (Moum 2001, Sandell MH 2000). Endelig vil både morbiditet og mortalitet reduseres (Moum 2001, NCEPOD 2004). I Storbritannia har man belegg for at dedikerte endoskopiteam medfører nærmest en halvering av mortaliteten ved øvre GI-blødning (Sanders DS 2004).

### **Fremdriftsplan med milepæler**

Fase 1: Forankre det faglige i prosjektet hos klinikksjef Medisinsk klinikk og avdelingsoverlege Gastrokirurgisk avdeling (utført). I løpet av våren 2013 utarbeide et forslag til praktisk organisering av virksomheten. Sentralt her er forslag til vaktplan.

Fase 2: Forslag til praktisk organisering presenteres avdelingsleder ved Gastrokirurgisk avdeling for diskusjon rett over sommeren (primo september 2013). Deretter bruke høsten for detaljplanlegging sammen med kirurgene. Fra oktober 2013 arrangeres tre møter med involvert personell for å informere og å bli enige om detaljene i planene. Det planlegges også en faglig gjennomgang for bli enige om standardiserte behandlingsprinsipper.

Fase 3: Oppstart av endret praksis for håndtering av akutte endoskopier planlegges første uke i 2014.

### **Budsjett – nøkkeltall**

Det er ingen kostnader forbundet med planlegging av prosjektet.

### **Konklusjoner og anbefalinger**

Det er ved St. Olavs Hospital helt nødvendig å optimalisere behandlingen av pasienter med behov for akutt endoskopi utenom ordinær arbeidstid. Dette gjøres best ved å etablere et endoskopiteam bestående av erfarne og dedikerte skopører fra både Gastromedisinsk og Gastrokirurgisk avdeling som kan ta hånd om denne krevende pasientgruppen.

Dette vil øke kvaliteten i pasientbehandlingen ved å medføre raskere og mer presis diagnose og redusere antall reblødninger, reskopier, radiologiske intervensjoner og kirurgiske inngrep. Liggetiden vil følgelig gå ned og endelig vil morbiditet og mortalitet kunne reduseres.

### **Vedlegg:**

- I. Referanseliste
- II. Interesseanalyse
- III. Risikoanalyse
- IV. Kommunikasjonsplan

## **Vedlegg I**

### **Referanser:**

British Society of Gastroenterology Working Party. Provision of endoscopy related services in district general hospitals. London: BSG, 2001.

Consensus Development Panel. Consensus statement on therapeutic endoscopy and bleeding ulcers. *Gastrointestinal Endoscopy* 1990.

Cook DJ et al., Endoscopic therapy for acute non-variceal haemorrhage: a meta analysis. *Gastroenterology* 1992;102:139-48.

Douglass A. et al., National survey of UK emergency endoscopy units. *BMJ*2005;330:1000-1.

Moum B. et al., Evaluering av behovet for døgkontinuerlig endoskopitilbud. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121: 3396-8.

National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Scoping our practice: the 2004 report of the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. London NCEPOD; 2004.

Parente F et al., Outcome of non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding in relation to the time of endoscopy and the experience of the operator. A two-year survey. *Gut* 2004;53(suppl 3):A10.

Rockall TA et al., Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996;38:316-21.

Sandel MH et al., Non-variceal upper gastrointestinal bleeding: Differences in outcome for patients admitted to internal medicine and gastroenterological services. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2357-62.

Sanders DS et al., Effectiveness of an upper gastrointestinal haemorrhage unit: a prospective analysis of 900 consecutive cases using Rockall score as a method of risk stratification. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:487-94.