



Validering af Komplikationskoder i Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase

27. juni 2017

Hvorfra udgår rapporten

Styregruppen for Dansk tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) er ansvarlig for gennemførelsen af valideringsprojektet.

Formand for DTS er Overlæge, ph.d. Morten Rasmussen, Tarmkræftscreeningschef i Region Hovedstaden, Abdominalcenter K, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV, tlf.21 32 02 51, e-mail: Morten.Rasmussen@regionh.dk. Styregruppens øvrige medlemmer fremgår af bilag 1.

Journalgennemgang er foretaget på 18 afdelinger under ansvar af de respektive ledende overlæger, og således har en lang række læger uden for styregruppen bidraget til projektet. Derudover har Niels De Haas pilottestet den elektroniske version af den strukturerede manual til journalgennemgang. Forskningssygeplejerske Henriette Kristoffersen har udarbejdet den elektroniske dataindtastningsflade. Projektkoordinator Anne Julie Tybjerg har koordineret projektet. De biostatistiske analyser og de epidemiologiske kommentarer i denne rapport er udarbejdet af Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik, Nord (KCEB-Nord) ved statistiker, Frank Mehnert og seniorforsker, ph.d. Ellen M. Mikkelsen tlf. 87 16 82 07, e-mail: em@clin.au.dk.

Kontaktperson for DTS i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP) er Projektkoordinator Anne Julie Tybjerg, Klinisk Koordination., tlf.: 51 42 42 95, e-mail: anntyb@rkkp.dk.

Baggrund

Det kan forventes, at koloskopi udført som en del af screeningsprogrammet for tarmkræft vil medføre komplikationer i varierende sværhedsgrad, fra lettere abdominalsmerter til død som følge af perforeret tarm. Tarmperforation er en livstruende tilstand, der kan føre til død. Det er estimeret, at risikoen for perforationer ligger mellem 0,07% og 0,2% svarende til mellem 16 og 44 tilfælde per år i Danmark, hvis der udføres 22.000 koloskopier (1).

Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) blev etableret i 2014 med henblik på at monitorere kvaliteten af det danske screeningsprogram for tarmkræft. Pilotrapporten (2), som var baseret på DTS og dækkende de første 3 måneder af screeningsprogrammet, inkluderede i alt 64.377 borgere, der havde indsendt en afføringsprøve, 4.450 borgere med en positiv afføringsprøve hvoraf 3.758 (84%) fik foretaget en koloskopi eller CT- kolografi. Kun to af disse borgere blev registreret med en komplikation. Ved den første årsrapport fra DTS (3), hvor 14.664 borgere var blev koloskoperet i perioden 3-3-14 til 31-12-14, fandt man nationalt en komplikationsrate på 0,22 %. I perioden 1-1-2015 til 31-12-2016 var den tilsvarende rate 0,25% (4). Resultaterne tyder umiddelbart på en lav komplikations frekvens, der er på niveau med resultaterne i tilsvarende programmer (1).

På trods af dette kan man frygte en underrapportering til DTS af komplikationer i den danske tarmkræftscreeningsprogram, fordi det kræver en konsekvent brug af de fire koder (Sygehusvæsenets klassifikationskoder [SKS]), der er oprettet for alvorlige komplikationer ved screeningsafledt koloskopi: 1)Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af tarmen (DT812G1), 2)Blødning (DT810J1), 3)Medicinsk komplikation (DT888U1) og 4)Post-polypektomi syndrom (DT888L). Desuden bliver komplikationer der f.eks. medfører indlæggelse på en medicinsk afdeling flere dage efter koloskopien, måske ikke registreret som en screeningsafledt komplikation. Komplikationer til koloskopi er den alvorligste bivirkning ved screeningsprogrammet, hvorfor det er essentielt at have valide data til at monitorere komplikationer.

Formål

Valideringens formål er at undersøge:

- A. Om de implicerede afdelinger / regioner anvender og indberetter de SKS-koder til Landspatient registeret (LPR), der er anbefalet til at monitorere alvorlige komplikationer ved koloskopi udført i forbindelse med screeningprogrammet.
- B. Om alvorlige komplikationer fejl-rapporteres/ ikke rapporteres (Komplethed).

Metode

Baggrundspopulationen for undersøgelsen er borgere, der er inviteret til screeningsprogrammet, og som har fået foretaget en koloskopi i perioden 3-3-2014 til 31-12-2014 på baggrund af en positiv afføringsprøve, i alt 14.671 borgere.

Population til journal gennemgang

Med henblik på at identificere de borgere der er screenet og koloskoperet i perioden fra den 3-3-2014 til 31-12-2014 **som ikke har en komplikationskode, men som potentielt skulle have haft en,** har vi først identificeret samtlige diagnose- og procedure-SKS-koder registreret i Landspatientregisteret (LPR) for de borgere i screeningspopulationen, der har haft en hospitalskontakt indenfor 30 dage efter deres koloskopi (op til 5 koloskopier 3 måneder efter screening). Repræsentanter fra styregruppen har gennemgået samtlige SKS-koder, og ud fra deres faglige kliniske skøn udvalgt 101 SKS-koder (bilag 2), der potentielt kunne dække over komplikationer til en koloskopi.

Efterfølgende har vi identificeret samtlige borgere, der har haft en hospitalskontakt med mindst en af de udvalgte SKS-koder inden for henholdsvis 14 dage (kirurgiske relaterede diagnoser) og 2 dage (medicinske relaterede diagnoser) efter deres screeningskoloskopi. Afslutningsvis har vi via CPR-registret identificeret samtlige borgere i screeningspopulationen, der har en dødsdato inden for 90 dage efter komplet koloskopi (eller den sidste af op til 5 skopier).

Journalgennemgang

Journalgennemgangen er foretaget på baggrund af en struktureret manual (bilag 3) udarbejdet af styregruppen for DTS. Manualen blev pilottestet på fem borgere i målgruppen. Pilottesten blev

gennemført af en abdominal kirurg, der ikke havde bidraget til at udvikle manualen, og mindre ændringer blev herefter foretaget efter pilottesten. Den endelige manual består af otte hovedspørgsmål (71 under spørgsmål), der primært vedrører de fire komplikationstyper og deres mulige behandling. Manualen foreligger elektronisk, og data fra journalgennemgangen er indtastet i et elektronisk skema (REDCap).

Der er foretaget journalgennemgang i 18 afdelinger under ansvar af de respektive ledende overlæger. Valideringsprojektet er foretaget i regi af DTS og er således dækket af databasens tilladelse fra Datatilsynet (ID nummer: 2007-58-0014).

Alvorlige komplikationer (SKS-koder)

Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) indhenter data (SKS-koder) om følgende komplikationer fra LPR:

DT812G1 anvendes ved synlig perforation under koloskopi eller ved efterfølgende operation, eller ved fri luft intraperitonalt ved billediagnostisk undersøgelse i op til 7 dage efter koloskopien (perforation).

DT810J1 anvendes, hvis blødning efter koloskopi medfører indlæggelse eller behandling (transfusion eller reskopi med eller uden hæmostaserende behandling), eller hvis patienten genhenvender sig til hospitalet uanset om det medfører indlæggelse eller behandling (blødning).

DT888U1 anvendes, hvis koloskopien må afbrydes pga. medicinske komplikationer (f.eks. hypotension, bradykardi eller respiratoriske komplikationer), eller hvis komplikationen medfører indlæggelse eller opstart af medicinsk behandling af komplikationen (medicinsk komplikation).

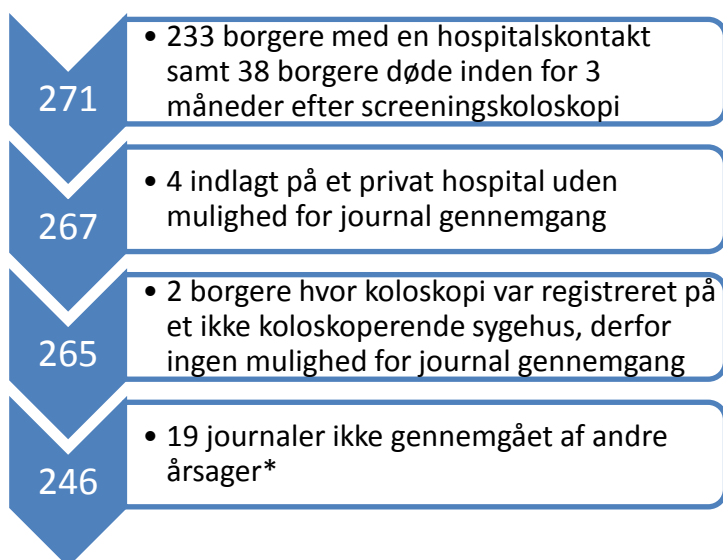
DT888L anvendes, hvis patienten får feber og mavesmerter uden tegn på perforation eller fri luft intraperitonalt ved billeddiagnostisk undersøgelse (post polypektomi syndrom).

Resultater

Af de 14.671 borgere med en screeningsafledt koloskopi (baggrundspopulation) havde 233 borgere en hospitalskontakt med mindst en af de 101 udvalgte SKS-koder inden for henholdsvis 14 dage (kirurgiske relaterede diagnoser) og 2 dage (medicinske relaterede diagnoser) efter deres

screeningskoloskopi. I alt 41 borgere er døde i perioden (3 borgere havde både en af de udvalgte diagnosekoder og var døde). Således skulle der foretages journalgennemgang på 271 borgere.

Figur 1 Flow chart over studiepopulation til journalgennemgang



For i alt 246 ud af 271 (91%) udvalgte borgere blev journalerne gennemgået. For 19 borgere blev journalen ikke gennemgået af følgende årsager*: ikke screenet (2 borgere), intet screeningsnotat i journalen (1 borger), misforståelse hos reviewer (1 borger med komplikation og komplikationskode i epikrisen + 1 borger med screeningskoloskopi og kontrolkoloskopi efter polypektomi), samt ukendt årsag (14 borgere). Blandt de 25 borgere, hvor journalerne ikke er gennemgået, er henholdsvis én og fem borgere døde indenfor 30 dage og 90 dage efter koloskopi. Der forekommer ikke at være nogen systematik i årsagerne til, at journalerne for disse borgere ikke er gennemgået. Det er således **ukendt** om dødsårsagen kan være relateret til screening, men da samtlige borgere, der er døde uanset årsag i det aktuelle tidsvindue, indgår i undersøgelsespopulationen, er det sandsynligt, at en del eller måske alle 5 dødsfald kan forklares af andre årsager end screening.

Tabel 1 Karakteristika af baggrundspopulation og population med journalgennemgang

	<i>Population med journal gennemgang</i>	<i>Baggrundspopulation*</i>
Hele Danmark, n(%)	246 (100%)	14.671 (100%)
Region Hovedstaden, n(%)	81 (32,9)	4033 (27,5%)
Region Midtjylland, n(%)	37 (15,0)	3160 (21,5%)
Region Nordjylland, n(%)	22 (8,9)	1966 (13,4%)
Region Sjælland, n(%)	43 (17,5)	1879 (12,8%)
Region Syddanmark, n(%)	63 (25,6)	3633 (24,8%)
Alder middel, (median)	65,3 (68,0)	63,8 (65,0%)
Køn, (kvinder)	94 (38,2%)	6483 (44,2%)

*Borgere registreret i DTS med screeningsafledt koloskopi i perioden 3-3-2014 til 31-12-2014

Tabel 2 Komplikationer identificeret ved journal gennemgang, N=246

	<i>Komplikation jf. journal</i>	
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>
Komplikationer, alle typer	80	166
Punktur /læsion af tarmen	11	235
Blødning	45	201
Medicinsk komplikation	3	243
Post-polypektomi syndrom	24	222

I alt 80 (32,5%) af de 246 borgere har jf. journalen mindst en komplikation, og tre borgere har to typer af komplikationer. Ingen borgere er registreret med død som følge af komplikation jf. journalgennemgang. Blødning er den hyppigste komplikation og er rapporteret for 45 (56,3%) af de 80 borgere med komplikationer. Post-polypektomi og punktur/ læsion af tarmen er observeret hos henholdsvis 24 (30%) og 11 (13,8%) borgere. I alt 3 borgere er rapporteret med medicinsk komplikation. For de 80 borgere, hvor der er rapporteret en komplikation ved journalgennemgang, har revieweren i et afsluttende spørgsmål bekræftet, at indlæggelsen / det ambulante besøg skyldtes komplikationer til en screenings-koloskopi.

Der er et overlap, således at 10 af de 80 borgere med en komplikation jf. journalgennemgang også er registreret med en komplikation i DTS. Derudover er der registreret 24 borgere med en

komplifikationskode i DTS i den pågældende periode. De 24 borgere har en komplifikationskode, men ikke en af de udvalgte 101 SKS-koder, hvorfor de ikke er udtrukket til journalgennemgang. Det betyder, at forekomsten af komplikationer efter koloskopi i den pågældende periode kan estimeres til 104 (80+24) svarende til 0,71% (104/14.771). Det skal sammenholdes med de 0,23%, som er afrapporteret i DTS Årsrapporten 2014 (3), og som udelukkende er baseret på borgere indberettet med mindst en af de fire komplifikationskoder til DTS.

Gradering af komplikation

For de koloskoperede borgere med en komplikation er sværhedsgraden af komplikationen graderet efter Clavien skalaen (grad 1-5), hvor grad 1 er den mindst alvorlige. Graderingen er foretaget af revieweren på baggrund af journaldata.

Af de 45 borgere med en blødningskomplikation er 20 (44,4%) vurderet til den letteste grad (Clavien 1) og 5 (11,1%), 8 (17,8%), 6 (13,3%) samt 1 (2,2%) er vurderet til henholdsvis Clavien grad 2, 3A, 3B og 4A. For 5 borgere var det ikke muligt at foretage en gradering. Af de 11 borgere med en punktur eller læsion af tarmen er 1 (9,1%), 1 (9,1%), 7(63,6%) og 1 (9,1%) af komplikationerne vurderet til henholdsvis Clavien grad 1, 2, 3B og 4A. For 1 borger var det ikke muligt at foretage en gradering. Af de 24 borgere med post-polypektomi syndrom er 16 (66,7%) og 8 (33,3%), vurderet til henholdsvis til Clavien grad 1 og 2.

Tabel 2 Undersøgelser og behandlinger udført i forbindelse med de fire komplikationstyper, N=80

Undersøgelser og behandling	Behandling		Total N (%)
	Ja* N (%)	Nej N (%)	
Blødning			
Ophør blodfortyndende medicin	16 (35,6)	29 (64,4)	45 (100)
Tranexamsyre	7 (15,6)	38 (84,4)	45 (100)
IV-væske	28 (62,2)	17 (37,8)	45 (100)
Re-koloskopi	20 (44,4)	25 (55,6)	45 (100)
Re-koloskopi med intervention	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (100)
Re-koloskopi i universel anæstesi	7 (35,0)	13 (65,0)	20 (100)
Operation	-	45 (100)	45 (100)
Kun observation	18 (40,0)**	27 (60,0)	45 (100)
Punktur eller læsion			
Endoskopisk behandling med clips/gel	2 (18,2)	9 (81,8)	11 (100)
CT-scanning af abdomen	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100)
Røntgenoversigt over abdomen	-	11 (100)	11 (100)

Diagnostisk koloskopi uden endoskopisk intervention	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)
Terapeutisk koloskopi med forsøg på lukning af hul	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)
Operation	9 (81,8)	2 (18,2)	11 (100)
Operation laparoskopisk	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)
Antibiotika	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)
Kun observation	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)
Post-polypektomi syndrom			
Indlæggelse, udelukkende observation	15(62,5)	9(37,5)	24(100)
Indlæggelse, udelukkende antibiotika	8(33,3)	15(62,5)	23(100)**
CT-scanning af abdomen	18(75,0)	6 (25,0)	24(100)
Røntgenoversigt over abdomen	1(4,2)	23(95,8)	24(100)
Medicinsk komplikation			
Behandling, uden indlæggelse	3(100)	0	3(100)
Indlæggelse, udelukkende observation	2(66,7)	0	2(100)*
Indlæggelse, ny behandling	1(33,3)	2(66,7)	3(100)

*Data er anført som de er indrapporteret af reviewerne, og der er ikke foretaget rettelser i forhold til total antallet. **1 =uoplyst.

Konklusion

Det kan konkluderes, at komplikationskoderne anvendes af involverede afdelinger. Imidlertid tyder forskellen mellem antallet af komplikationer registret i DTS med en af de fire komplikationskoder, og det samlede antal komplikationer baseret på DTS samt journalgennemgang, på en underregistrering. Således er komplikationsfrekvensen kun 0,23%, når der udelukkende anvendes DTS data, men 0,71% baseret på journaldata og registerdata. Denne rapport er baseret på data fra det første år af screeningsprogrammet, hvor komplikationskoderne og alle procedurer forsat var i en implementeringsfase, hvilket kan været medvirkende til den observerede underregistrering.

Anbefalinger

Det anbefales at alle afdelinger gør en indsats for at anvende de anbefalede koder og registrere alle komplikationer. Regionerne anbefales at gennemføre en informationskampagne med henblik på at forbedre kodepraksis.

Referencer

1. Anbefalinger vedrørende Screening for Tyk og endetarmskræft, Sundhedsstyrelsen 2010.
<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/screening/~media/2D485373B01E4067961E0FF451D3C16E.ashx>
2. Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase, Pilotrapport
https://www.regionh.dk/kliniskedatabaser/rkkp-databaser/Documents/Pilot_datavalidering_DTS_20150528_endelig_inklbilag.pdf
3. Tarmkræftscreeningsdatabase, Årsrapport 2014,
https://www.sundhed.dk/content/cms/45/61245_dts%C3%A5rsrapport-2014_8-1-16_final_inklbilag.pdf
4. Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase, Årsrapport 2015
https://www.sundhed.dk/content/cms/45/61245_dtsårsrapport-2015_final.pdf

Bilag 1. Styregruppens medlemmer

Organisation	Navn	Stilling/titel
Region Hovedstaden	Morten Rasmussen	Databaseformand, Overlæge, ph.d.
Region Sjælland	Mona Skarbye	Ledende overlæge
Region Syddanmark	Jens Christian Riis Jørgensen	Overlæge
Region Midtjylland	Berit Andersen	Professor, ledende overlæge, lektor, ph.d.
Region Nordjylland	Niels de Haas	Overlæge
Dansk Kirurgisk Selskab	Gunnar Baastrup Ole Roikjær	Professor, overlæge (udtrådt februar 2017) Overlæge (tiltrådt februar 2017)
Dansk Patologiselskab	Dorte Linnemann	Ledende overlæge, Dr. med.
Dansk Radiologisk Selskab	Henrik Nørgaard	Overlæge
Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi	Bo Søndergaard	Overlæge
Dansk Selskab for Klinisk Biokemi	Lennart Friis-Hansen	Overlæge
Sundhedsstyrelsen	Kristoffer Lande Andersen	Konsulent
RKKP og Competencecenter for Epidemiologi og Biostatistik - Nord	Ellen Margrethe Mikkelsen	Klinisk epidemiolog, Seniorforsker, ph.d.
RKKP, Epidemiologi og Biostatistik	Sisse Njor	Biostatistiker
RKKP, Klinisk Koordination	Anne Julie Tybjerg	Projektkoordinator
RKKP, Klinisk Koordination	Mette Roed Eriksen	Specialkonsulent

Bilag 2.

SKS-koder anvendt til identifikation af de potentielle borgere med screeningskomplikationer (journalgennemgang)

Kode	Beskrivelse
BFHC93A	Behandling med adrenalin
BFHC93B	Behandling med noradrenalin
BFHC93F	Behandling med nitroglycerin
BOJ	Væsketerapi
BOJA1	Parenteral behandling med elektrolytopløsninger
BOJA2	Parenteral behandling m. elektrolytopløsninger og glukose mm
BOQ	Behandling med blod og blodprodukter
BOQA0	Blodtransfusion
BOQA00	Blodtransfusion op til 1 liter
BOQB0	Behandling med erythrocytsuspension
BOQB20	Beh.m. leukocytdepleteret(filtr.),bestrålet erythrocytsusp.
BOQC0	Behandling med puljet trombocyt koncentrat
BOQH0	Behandling med frisk frosset plasma
BPHA0	Behandling med benzylpenicillin
BPHA3	Behandling med penicillin med udvidet spektrum
BPHA30	Behandling med ampicilin
BPHB0	Behandling med cefalosporin
BPHG01	Behandling med fluconazol
BPHM00	Behandling med aciclovir
BPHY	Behandling med antibiotika ikke klassificeret andetsteds
BPHY0	Behandling med makrolider
BPHY4	Behandling med quinoloner
BPHY5	Behandling med metronidazol
DA419	Sepsis UNS
DA419C	Svær sepsis
DA499	Bakteriel infektion UNS
DA499A	Bakteriæmi UNS
DD500	Kronisk blødningsanæmi
DD509	Jernmangelanæmi UNS
DD552	Anæmi fa forstyrrelser i de glykolytiske enzymer

DD629	Akut blødningsanæmi UNS
DD638	Anæmi v anden kronisk sygdom KA
DD649	Anæmi UNS
DE869	Volumennedsættelse af plasma el ekstracellulær væske
DE869A	Dehydrering
DE869B	Hypovolæmi uden shock
DE878	Forstyrrelse i vand- el elektrolytbalancen IKA
DI20	Angina pectoris
DI200	Ustabil angina pectoris
DI201	Prinzmetals angina pectoris
DI209	Angina pectoris UNS
DI210	Anteriort akut myokardieinfarkt m Q-taksudvikling
DI213	ST-elevations akut myokardieinfarkt uden Q-taksudvikling
DI214	Non-ST-elevations akut myokardieinfarkt uden Q-taksudvikling
DI219	Akut myokardieinfarkt UNS
DI248A	Insufficiencia coronaria
DI249	Akut iskæmisk hjertesygdom UNS
DI259	Kronisk iskæmisk hjertesygdom UNS
DI260	Lungeemboli m akut cor pulmonale
DI269	Lungeemboli uden akut cor pulmonale
DI269A	Lungeemboli UNS
DI460	Hjertestop m vellykket genoplivning
DI469	Hjertestop UNS
DI639	Hjerneinfarkt UNS
DK625	Blødning fra anus el rectum
DK625A	Blødning fra anus
DK625B	Blødning fra rectum
DK638	Anden tarmsygdom
DK638B	Tarmblødning UNS
DK638C	Blødning fra mavetarmkanalen UNS
DK650	Akut peritonitis
DK659	Peritonitis UNS
DK922	Gastrointestinal blødning UNS
DN179	Akut nyreinsufficiens UNS
DN199	Nyreinsufficiens UNS
DN321	Vesikointestinal fistel
DR092	Respirationsstop
DR100	Akutte mavesmerter
DR100A	Defense v akut abdomen

DR101	Mavesmerter lokaliseret til øvre abdomen
DR102	Mavesmerter lokaliseret til bækken og bækkenbund
DR102C	Mavesmerter lokaliseret til nedre abdomen
DR103	Mavesmerter lokaliseret til anden del af nedre abdomen
DR104	Andre el ikke specificerede mavesmerter
DR119	Kvalme og opkastning
DR119C	Opkastning
DR559A	Vasovagalt anfald
DR559B	Lipotymi UNS
DR572	Septisk shock
DS365	Læsion af tyktarmen
DT810	Postoperativ blødning el hæmatom IKA
DT810E	Postoperativ intraperitoneal blødning el hæmatom
DT810G	Postoperativ blødning UNS
DT812G	Utilsigt peropr. punktur el læs. af gastrointestinalkanalen
DT814	Infektion efter indgreb IKA
DT814D	Postoperativ sepsis
DT814I	Postoperativ intraabdominal infektion UNS
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT818	Anden komplikation til indgreb IKA
DT818E	Postoperativ temperaturforhøjelse
DT819	Komplikation til indgreb UNS
DT889	Komplikation til kirurgisk el medicinsk behandling UNS
DVRK01	Peroperativ blødning (ml)
KJAH00	Eksplorativ laparotomi
KJAH01	Laparoskopi
KJFA45	Enteroskopisk kontaktkoagulation i tyktarm
KJFA52	Anden enteroskopisk hæmostatisk procedure i tyktarm
KJFA55	An. lokal enteroskopisk op. m. diatermi el. varme i tyktarm
KJFA80	Sutur af tyktarm
KJFA81	Laparoskopisk sutur af tyktarm
KJWE00	Reop. for dyb blødn. eft. gastroenterol. op.
ZBA3	død på intensivafdeling

Bilag 3. Manual for journalgennemgang

Manual for evaluering af komplikationskoder i tarmkræftscreeningen

I forbindelse med indførelsen af tarmkræftscreeningen blev der oprettet 4 komplikationskoder i Landspatientregisteret (LPR) til registrering af komplikationer ved screeningskoloskopi.

Komplikationer som følge af koloskopi eller polypektomi

- DT812G1 Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af tarmen ved koloskopi
- DT810J1 Blødning som følge af koloskopi
- DT888U1 Medicinsk komplikation til koloskopi
- DT888L Post-polypektomi syndrom

DT812G1 anvendes ved synlig perforation under koloskopi eller ved efterfølgende operation, eller ved fri luft intraperitonealt ved billediagnostisk undersøgelse i op til 7 dage efter koloskopien.

DT810J1 anvendes, hvis blødning efter koloskopi medfører indlæggelse eller behandling (transfusion eller reskopi med eller uden hæmostaserende behandling), eller hvis patienten genhenvender sig til hospitalet uanset om det medfører indlæggelse eller behandling.

DT888U1 anvendes, hvis koloskopien må afbrydes pga. medicinske komplikationer (f.eks. hypotension, bradykardi eller respiratoriske komplikationer), eller hvis komplikationen medfører indlæggelse eller opstart af medicinsk behandling af komplikationen.

DT888L anvendes, hvis patienten får feber og mavesmerter uden tegn på perforation eller fri luft intraperitonealt ved billediagnostisk undersøgelse.

Ved den første årsrapport fandt man nationalt en samlet komplikation rate på 0,22 %. Resultatet tyder umiddelbart på en lav komplikation frekvens der er på højde med andre publicerede studier, som NordICC, der ikke har rapporterede medicinske komplikationer. På trods af dette må man frygte en underrapportering af komplikationer i den danske tarmkræftscreening, da det kræver, at man konsekvent bruger komplikationsdiagnoser, når disse opstår. Nogle komplikationer vil imidlertid først blive diagnosticeret flere dage efter koloskopien, og borgeren vil måske blive indlagt på en anden afdeling, end den der har udført screenings koloskopien, hvilket øger risikoen for manglende korrekt komplikationskodning.

Man vil derfor lave en audit med journal gennemgang på alle personer der har fået en screenings koloskopi og er blevet indlagt inden for 7 dage efter screeningskoloskopi, samt alle der er døde inden for 30 dage efter en screeningskoloskopi, for at sikre, at man ikke har underrapporteret antallet af komplikationer.

Revieweren skal vurdere komplikationsgraden i Clavien skemaet