

Eindtermen endoscopie van de tractus digestivus voor chirurgen.

Aanleiding:

Recent is er een convenant ontwikkeld tussen de Nederlandse Internisten Vereniging en het Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen (NG-MDL) waarin onder meer de wens is vastgelegd tot een certificering van internisten\endoscopisten. Op basis van die gedachte is er toen een eindterm opgesteld voor gastro-intestinale endoscopie. Na uitgebreid overleg met de MDL artsen werd het binnen het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Gastro-Intestinale Chirurgie (NVGIC) toch raadzaam geacht dat ook de chirurgen een eigen eindterm zouden opstellen, meer toegespitst op het werkterrein van de chirurgische endoscopisten te weten de distale tractus digestivus (colon, sigmoid, rectum) en met iets lagere aantallen.

Doelstelling:

Het maken van een eindterm voor de scopie van de distale tractus digestivus door chirurgen met als doel een optimalisering van het endoscopisch onderzoek en een verbetering van de kwaliteit. De wens van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in deze is, niet anders dan voor andere verrichtingen, dat de kwaliteit van de geleverde zorg door de zorgaanbieders gewaarborgd dient te zijn. Belangrijk is te melden dat het advies in de eindterm gebaseerd is op expert opinion tezamen met een verwerking van de endoscopie enquête welke we eind 2005 hebben rondgestuurd.

Doelgroep:

De conclusie en aanbevelingen uit deze eindterm gelden voor alle chirurgen, die endoscopieën verrichten van de distale tractus digestivus.

Toelichting:

Chirurgen doen al vele jaren endoscopieën. Gezien de expertise van de chirurg in de behandeling van gastro-intestinale aandoeningen ligt het voor de hand dat chirurgen zelf diagnostische en ook therapeutische endoscopische handelingen blijven doen. Wel is het belangrijk dat er in de huidige geneeskunde gestreefd wordt naar transparantie, doelmatigheid en kwaliteit. Daarom is het belangrijk dat er een aantal voorschriften komt waaraan een chirurg moet voldoen indien hij endoscopische handelingen uitvoert. Als eerste is er een definiëring van wanneer een chirurg bevoegd en bekwaam is om een scopie uit te voeren:

Een chirurg is bevoegd en bekwaam een scopie uit te voeren indien hij/zij:

1. over de vereiste **opleiding** (/nascholing) beschikt
2. handelt volgens de geldende **professionele standaard**¹
3. een voldoende **aantal** van deze scopiën in de laatste 5 tot 10 jaar heeft uitgevoerd en blijft uitvoeren
4. (idealiter) bekend is met de **uitkomsten** van die zorg, en weet in welke frequentie
 - welke scopiën met/zonder complicaties zijn verlopen, en die percentages, gecontroleerd voor determinanten, niet ten nadele verschillen van de acceptabele range
 - bij die behandelingen het beoogde resultaat is gehaald

¹

5. bereid is mee te werken aan adequate **transparantie** aangaande de bovenstaande eindterm

¹ onder de professionele standaard, die dient te worden gespecificeerd, kan worden verstaan een eindterm van wetenschappelijke (sub)vereniging, landelijke of regionale Orde/CBO/IKC-eindterm, dan wel consensus vanuit de internationale stand van wetenschap

Benodigde Aantallen:

Ten aanzien van de aantallen bestaat weinig consistente gegevens in de literatuur. Er zijn artikelen welke 100-200 scopien adviseren¹, terwijl bij andere artikelen veel lagere getallen worden gebruikt². In dit laatste stuk wordt voor een sigmoidoscopie door de American Society for Gastrointestinal Endoscopy een aantal van 25 gesuperviseerde procedures genoemd om goede scopien uit te voeren. Bij een groot onderzoek onder primary care physicians (welke in de USA 65% van alle sigmoidoscopieën uitvoeren) blijkt dat ze gemiddeld 20 procedures uitvoeren in hun opleiding³. Ook is er enige literatuur over de leercurve van de coloscopie^{4,5}, maar ook hierin zijn er geen eenduidige uitspraken over welke aantallen noodzakelijk zijn om een gekwalificeerd scopist te worden. Duidelijk is wel dat de kwalificatie dient te berusten op vaardigheid en niet alleen op aantallen. Dit laatste wordt ook gesteund door de Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Het is ook duidelijk dat simulator training een positief effect heeft op de vaardigheden.^{6,7}

Deze eindterm voor de chirurgische endoscopisten is grotendeels gebaseerd op de eindterm voor scopist van de MDL artsen. De aantallen endoscopieën voor de opleiding van een chirurgisch endoscopist zijn echter lager dan bij internisten/ MDL artsen. Hetzelfde geldt voor de aantallen voor het op peil houden van de endoscopische vaardigheden.

Ten eerste geldt dat bij de hedendaagse chirurgische opleiding een uitgebreide laparoscopische opleiding hoort waardoor hij/zij zeer goed geoefend is handelingen uit te voeren waarvoor veel handvaardigheid en oog-hand coördinatie noodzakelijk is. Daarnaast geldt ook dat de algemene chirurgische vaardigheid van voordeel is bij het uitvoeren van endoscopieën.

¹Tassios PS, Ladas SD, Grammenos I et al. Acquisition of competence in colonoscopy : the learning curve of trainees. Endoscopy 1999; 31: 702-706.

²Levin TR, Farraye FA, Schoen RE et al. Quality in the technical performance of screening flexible sigmoidoscopy: recommendations of an international multi-society task group. Gut 2005; 54: 807-813

³Wilkins T, Gillies RA, Jester DM et al. The current status of flexible sigmoidoscopy training in family medicine residency programs. Fam Med 2005; 37: (10) 706-711.

⁴Waye DW, Rex DK, Williams CB (eds) Colonoscopy. Principles and Practice. Blackwell Publishing 2003

⁵Freeman ML. Training and competence in gastrointestinal endoscopy. Reviews in Gastroenterol Disord 2001;1 (2):73-76

⁶Ahlberg G, Hultcrantz R, Jaramillo E et al. Virtual reality colonoscopy simulation : A compulsory practice for the future colonoscopist ?Endoscopy 2005; 37(12) 1198-1204.

⁷Eversbusch A, Grantcharov TP. Learning curves and impact of psychomotor training on performance in simulated colonoscopy: a randomized trial using a virtual reality endoscopy trainer. Surgical Endoscopy 2004:

Voordelen

Bij de behandeling van stenoses in het colon is het goed over het hele armentarium te beschikken en endoscopische technieken (dilataties en stenting) toe te passen in afweging t.o.v. verwijdingsplastieken of aanleggen van een nieuwe chirurgische naad. Dit is enkel mogelijk indien de desbetreffende persoon ook goed op de hoogte is van deze chirurgische opties en ze ook goed beheerst.

Ook geldt het feit dat proctoscopie en behandeling van hemorroiden en fissura ani momenteel door de chirurg wordt gedaan. De chirurg heeft dan de mogelijkheid om hogerop in het colon te kijken en indien er enkel fissura ani zijn of hemorroiden deze meteen te behandelen en dus de belasting voor de patiënt beduidend te reduceren omdat alles dan in een sessie uitgevoerd kan worden.

Als laatste is de chirurg in staat om complicaties van het onderzoek te herkennen en direct zelf adequaat te behandelen. Daarnaast heeft de chirurg bij verdenking op een urgente ziekte de planning geheel zelf in de hand.

Voorwaarden te stellen aan chirurgen welke endoscopieën van de distale tractus digestivus uitvoeren:

1. Eisen ten aanzien van technische kennis van de chirurg van het instrumentarium

De chirurg moet kennis hebben van de endoscopen en het bijbehorende instrumentarium. Hij/zij dient te weten hoe ze werken en gereinigd dienen te worden. Daarnaast is hij op de hoogte van de sedatierichtlijnen van het Nederlands Genootschap MDL.

2. Eisen ten aanzien van endoscopisch instrumentarium

Conform richtlijn van de endoscopieafdeling van het ziekenhuis

3. Sigmoidoscopie en coloscopie: diagnostisch en therapeutisch

De chirurg dient op de hoogte te zijn van:

- de indicaties en contra-indicaties van de endoscopie
- sedatietechnieken
- complicaties van deze procedure en in staat zijn deze te herkennen en te behandelen.
- de pathologie welke voorkomt in de lage tractus digestivus, inclusief de recente stand van zaken voor wat betreft de diagnostiek, en behandeling van voorkomende aandoeningen (poliepen, Colitis Ulcerosa, Crohn, tumoren, diverticulose en proctologie) inclusief het biopteren van afwijkingen.

Wanneer een volledige coloscopie beoogd wordt dient, in geval van een doorgankelijk colon, in 85% van de gevallen het coecum bereikt te worden. In geval van een sigmoidoscopie dient in 85% van de gevallen het colon descendens bereikt te worden. Endoscopisch biopteren en resecceren van poliepen behoort tot de vaardigheden van de scopist.

Omdat gezien de beschikbare literatuur het niet mogelijk een goed onderbouwd aantal te noemen zijn de voorstellen hierin richtinggevend. Dit betekent derhalve dat als je minder dan deze aantal scopieën per jaar doet, dit niet impliceert dat de kwaliteit niet goed zou zijn.

Om de benodigde vaardigheid voor een sigmoidoscopie te verkrijgen is er een richtinggevend getal van 75 sigmoidoscopieën genomen waarvan 50 onder supervisie. Voor hercertificering is er een richtinggevend getal van 50 sigmoidoscopieën per jaar nodig (eventuele coloscopieën tellen mee voor dit getal).

Om de benodigde vaardigheid voor een coloscopie te verkrijgen is er een richtinggevend getal van 75 coloscopieën genomen waarvan 50 onder supervisie. Om kennis en kunde te onderhouden is er een richtinggevend getal van 50 coloscopieën per jaar genomen.

Verslaglegging van de endoscopie

Van een endoscopie dient een verslag gemaakt te worden volgens een tevoren vastgestelde format waarbij de indicatie voor de endoscopie en de normale of abnormale bevindingen worden beschreven. Er moet de mogelijkheid zijn om afwijkingen met een foto vast te leggen en (in de status van de patiënt) te bewaren.

Verantwoordingen complicatieregistratie

Conform het beleid bij alle heelkundige ingrepen zullen de complicaties welke optreden tijdens en na een endoscopische ingreep geregistreerd worden door middel van de gebruikelijke registratie bij de heilkunde en zullen worden besproken op de heelkundige complicatiebespreking. De gegevens dienen bij visitatie te worden voorgelegd.