

Training and quality assurance of endoscopy

Roland Valori

Gastroenterologist

National Clinical Lead for Endoscopy

England

Termoli, February 2009

Obiettivi del programma nazionale di endoscopia National Endoscopy Programme

Ottenere la migliore esperienza del
paziente tenendo conto delle risorse
disponibili

Riassunto della presentazione

- Programma di formazione
- Scala di valutazione globale dell'endoscopia - Endoscopy Global Rating Scale
- Accreditemento delle unità di endoscopia utilizzando la Peer review
- Accreditemento dei colonscopisti coinvolti nello screening

Obiettivi del programma di formazione degli endoscopisti

Ottenere la migliore esperienza del paziente tenendo conto delle risorse disponibili, attraverso

- Endoscopisti competenti formati da
- Formatori competenti che offrano
 - Insegnamento efficace in modo efficiente

Formazione in endoscopia 2008-9

Training centres
n = 15

In gran parte sostenuti da
fondi propri



JAG 'accredited'
training units
n = 180

Accreditamento attraverso
Peer-review

Lezioni

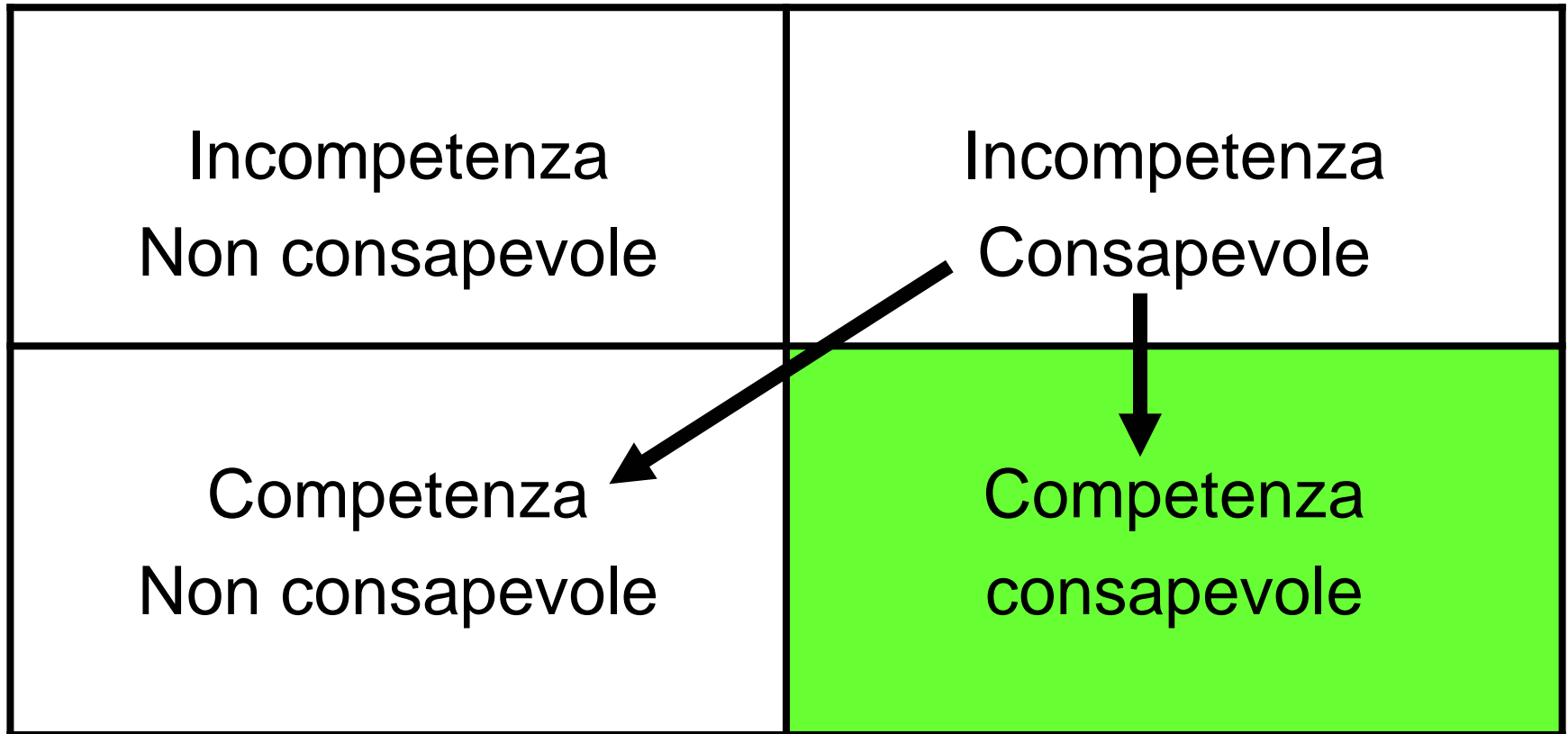
- Focus sui formatori, non sugli allievi
 - Corsi Train The Trainers
 - Creare strumenti di valutazione delle capacità e competenze dei formatori
 - Migliorare l'ambiente in cui si svolge la formazione
 - Definire standard minimi per le unità che effettuano formazione
 - Accreditamento attraverso Peer-review
- Utilizzare standards per promuovere e orientare il miglioramento
 - Identificare I bisogni formativi
- Creare una soluzione sostenibile

Training colonoscopy trainers (TCT)

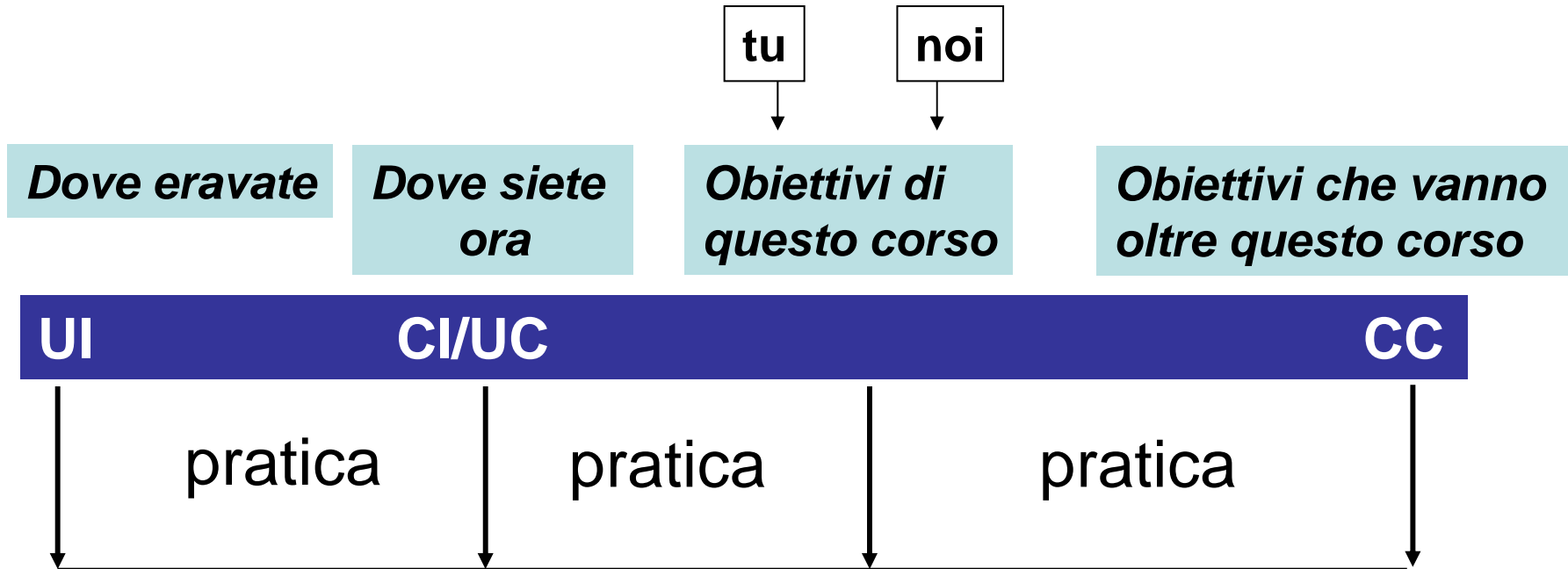
Formare i formatori

- Curriculum:
 - Finalità e obiettivi
 - Riflessione attiva
 - Insegnamento opportunistico
 - Ambiente della formazione
 - Competenza consapevole
 - Feedback per il miglioramento della prestazione
 - Formazione delle competenze
 - Valutazione
- Formazione con coinvolgimento attivo, formazione su più livelli

Competenza consapevole dell'endoscopista

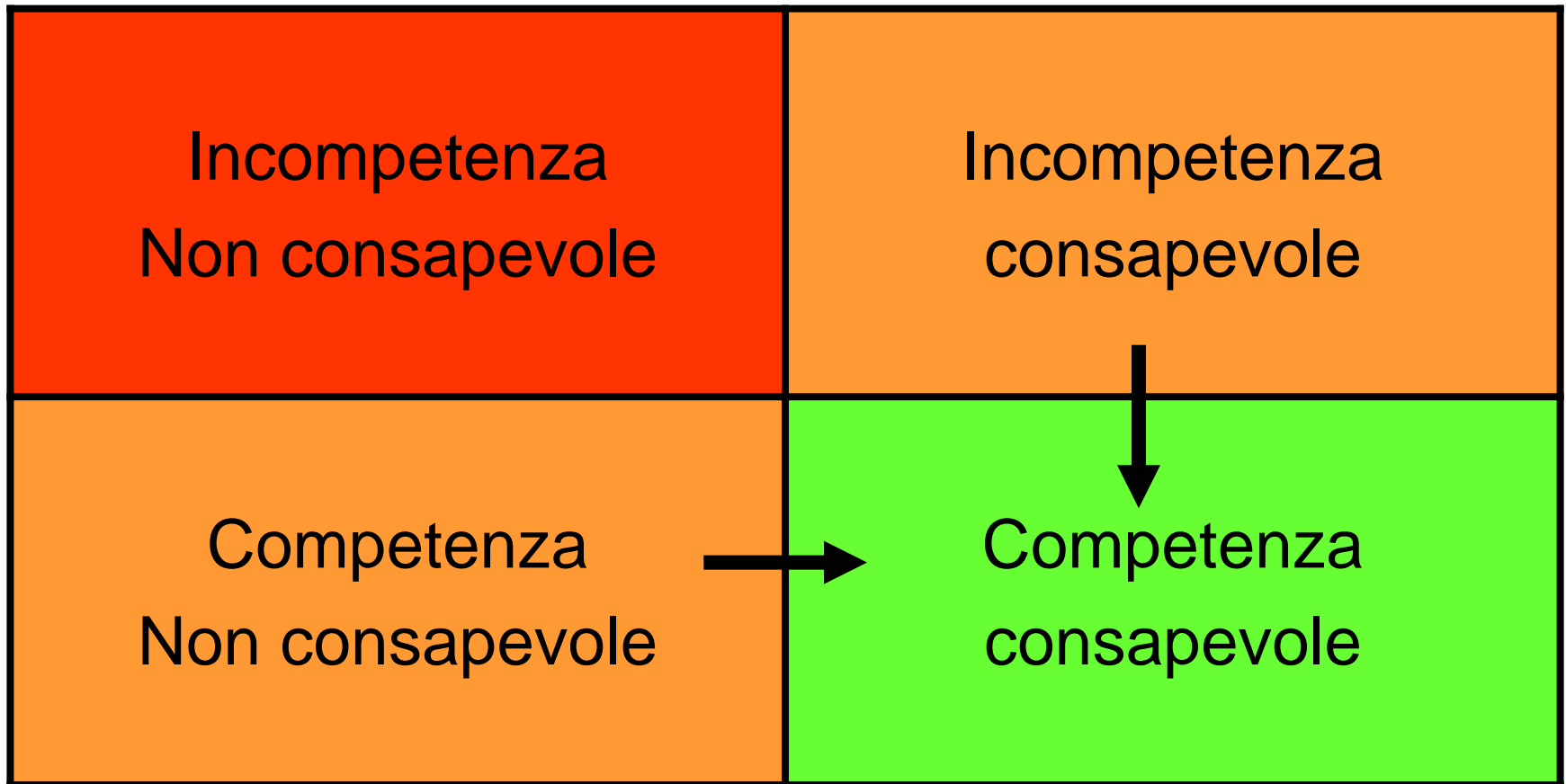


Definire i passaggi per gli allievi formatori



Il formatore ha un ruolo nell'aiutare l'allievo a definire questi punti

Formatori consapevoli delle proprie competenze



TTT: modello iniziale nel Gloucestershire

trainer

Trainer in
formazione

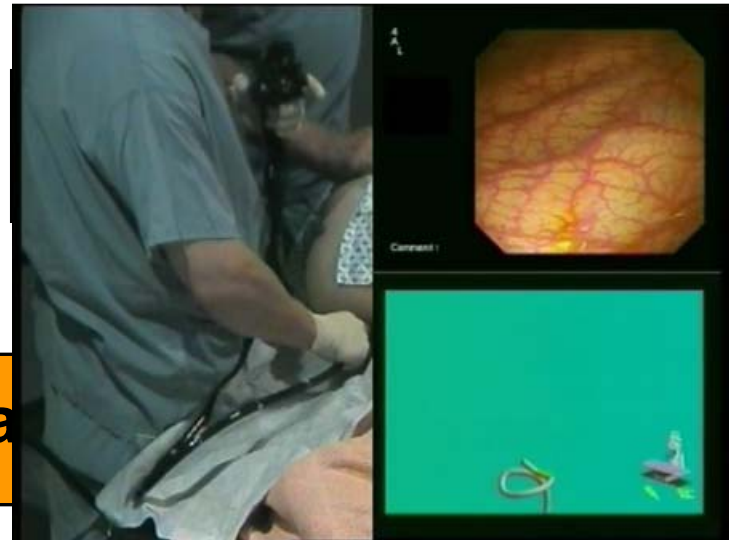
allievo

allievo

a

sala 1

sala 2



La formazione di competenze si basa su una buona comunicazione

La comunicazione non è sempre facile

**Penso che sia morto
...ma non so come dirlo al cane**



Tipologie di trainer utterances

- Gratificazione
- Derogatory
- Osservazione
- Spiegazione
- Domanda: diagnosi
- Domanda: soluzione
- Direttivo

12 istruzioni direttive per guidare l'allievo nell'esplorazione del colon

1. STOP
2. Rallenta
3. Avanti/inserisci
4. Indietro
5. Punta a sinistra
6. Punta a destra
7. Punta in alto
8. Punta in basso
9. Suzione
10. Insuffla
11. Rotazione in senso orario
12. Rotazione in senso anti-orario

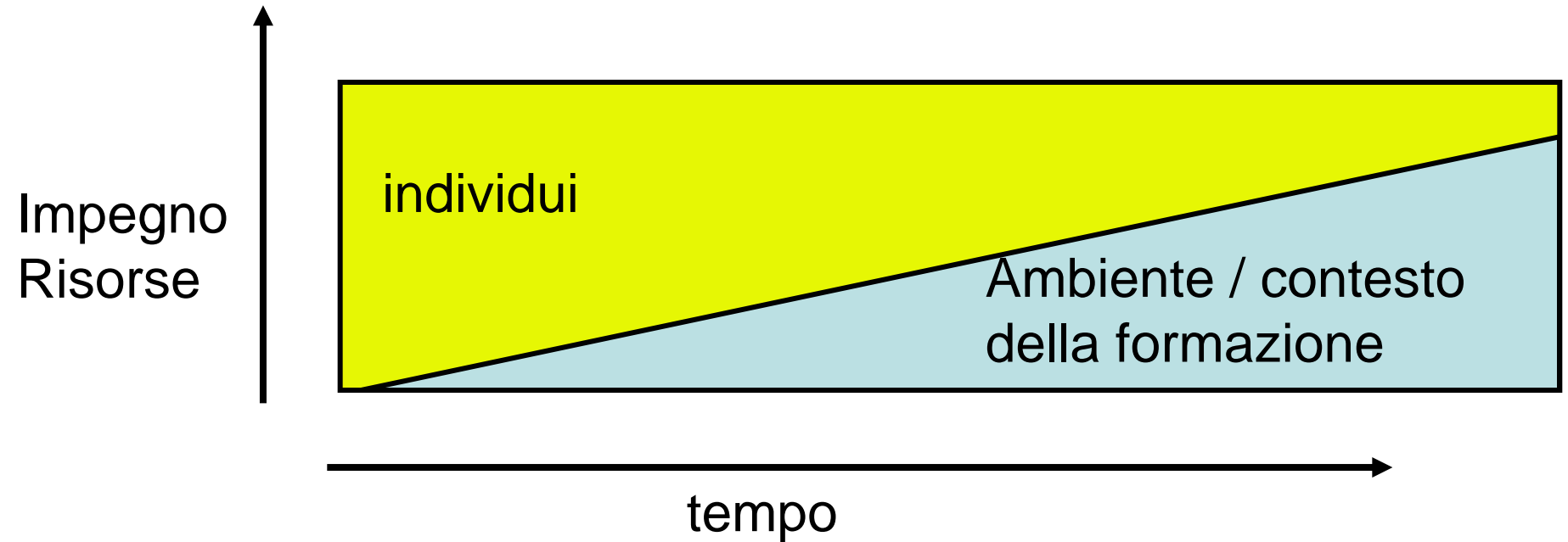
Formare i formatori dei colonscopisti - TCT

“ Da quando ha completato il corso TCT lavora in modo molto diverso, ha completamente cambiato il suo modo di insegnare, è sorprendente.....l'unico svantaggio è che ora tutti vogliono essere formati da lui!”

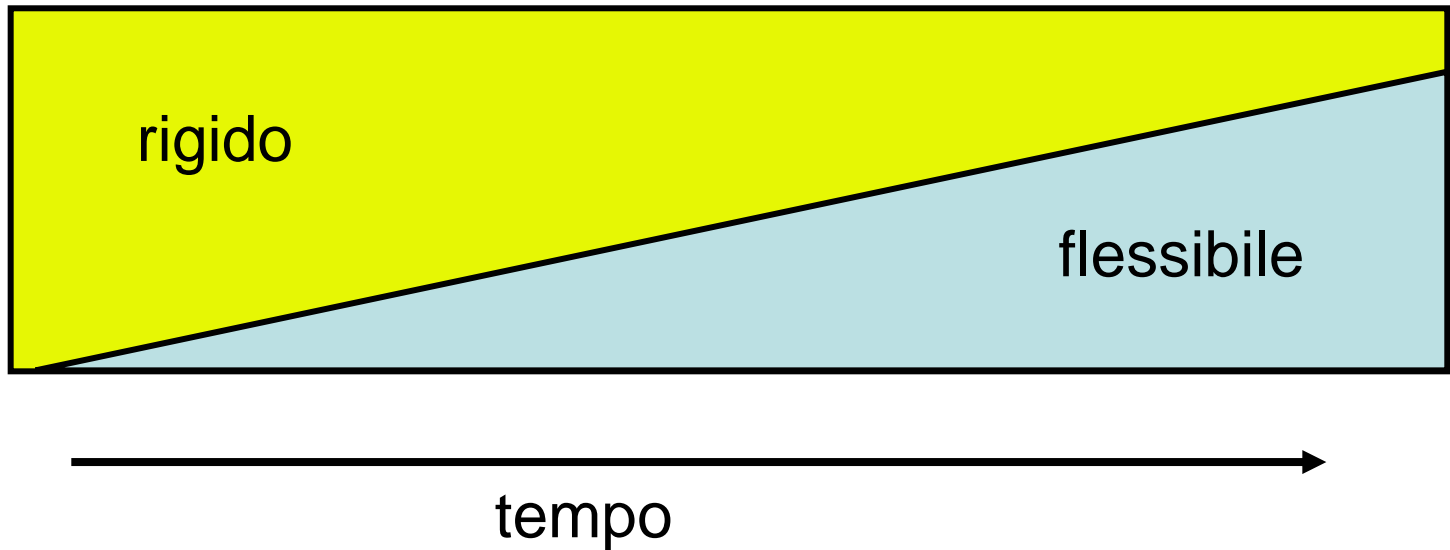
Formare i formatori dei colonscopisti - TCT

- “ Riflessioni sull’esperienza del corso Train The Trainers di questa settimana, che tutti hanno giudicato straordinaria:
1. Il programma ha evidenziato la differenza tra la supervisione in formazione (come facciamo in Australia) e l’insegnamento nella formazione.
 2. Le tecniche e la capacità del programma di catturare l’attenzione dei partecipanti erano straordinarie – solo alla fine dei due giorni i partecipanti si rendevano conto dell’intensità del corso
 3. La comprensione del concetto di competenza consapevole e del suo ruolo cruciale nella formazione rappresentava il punto centrale del corso ed era ignota a tutti i partecipanti prima del corso

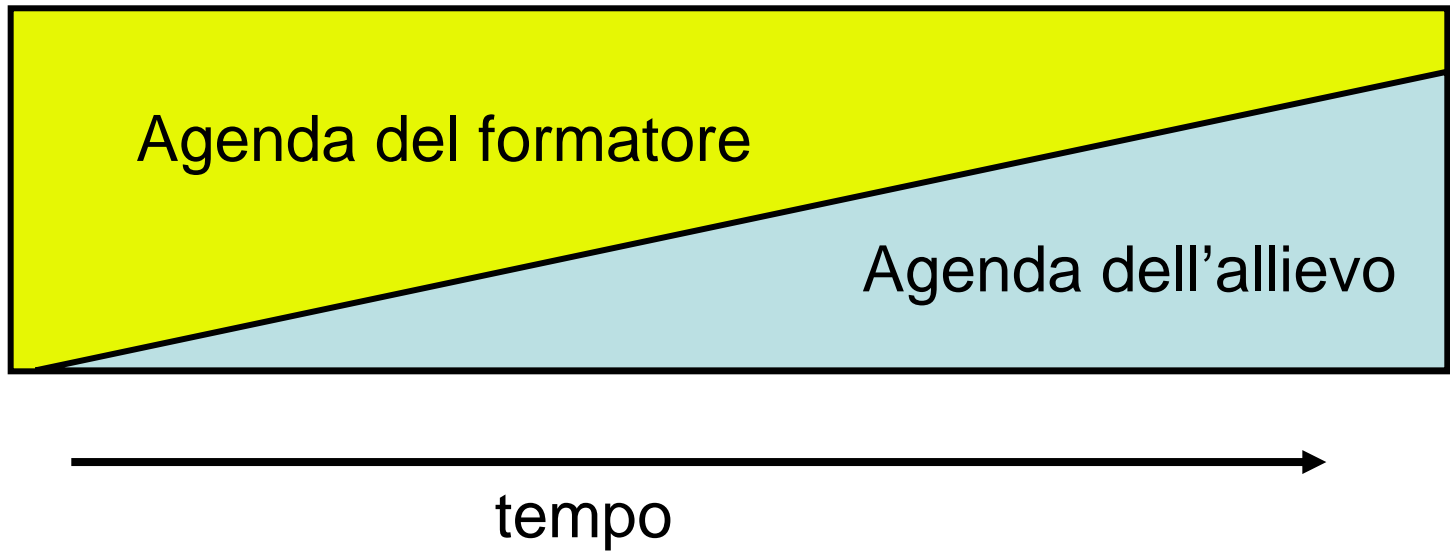
Programma di formazione degli endoscopisti 2001-9



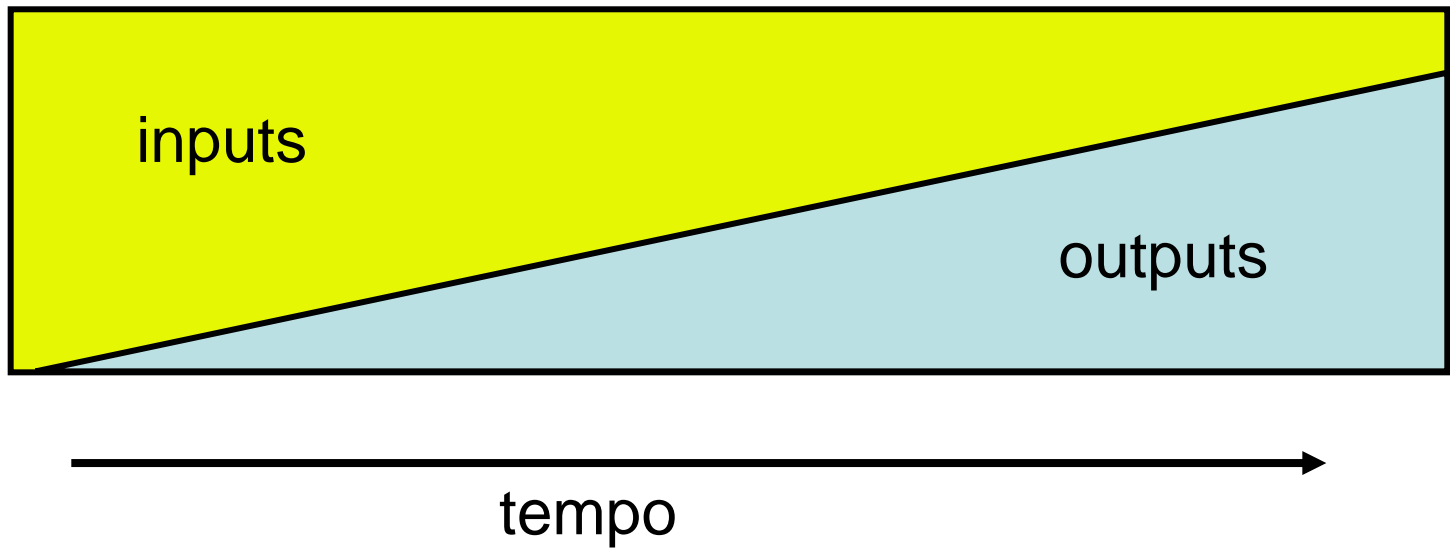
Approccio alla formazione degli endoscopisti 2001-9



Approccio all'allievo



Valutazione della formazione per endoscopisti 2001-9



**Saresti disponibile a
sottoporti ad una
colonscopia eseguita da un
endoscopista italiano scelto
a caso?**

Colonscopia: qualità e sicurezza

	Esperto	Inesperto
Proporzione di esami completi	>95%	<90%
Tasso di perforazione	<1:5000	>1:1000
Proporzione di tumori non diagnosticati	1%	5%
Completezza dell'escissione di lesioni estese ad alto rischio	Completa	Spesso incompleta
Complicanze gravi in corso di polipectomia	<1:200	>1:100
Esperienza del paziente	Solitamente buona	Spesso cattiva
Appropriatezza delle ripetizioni	Sì	Spesso no

Non riguarda gli individui – riguarda il team



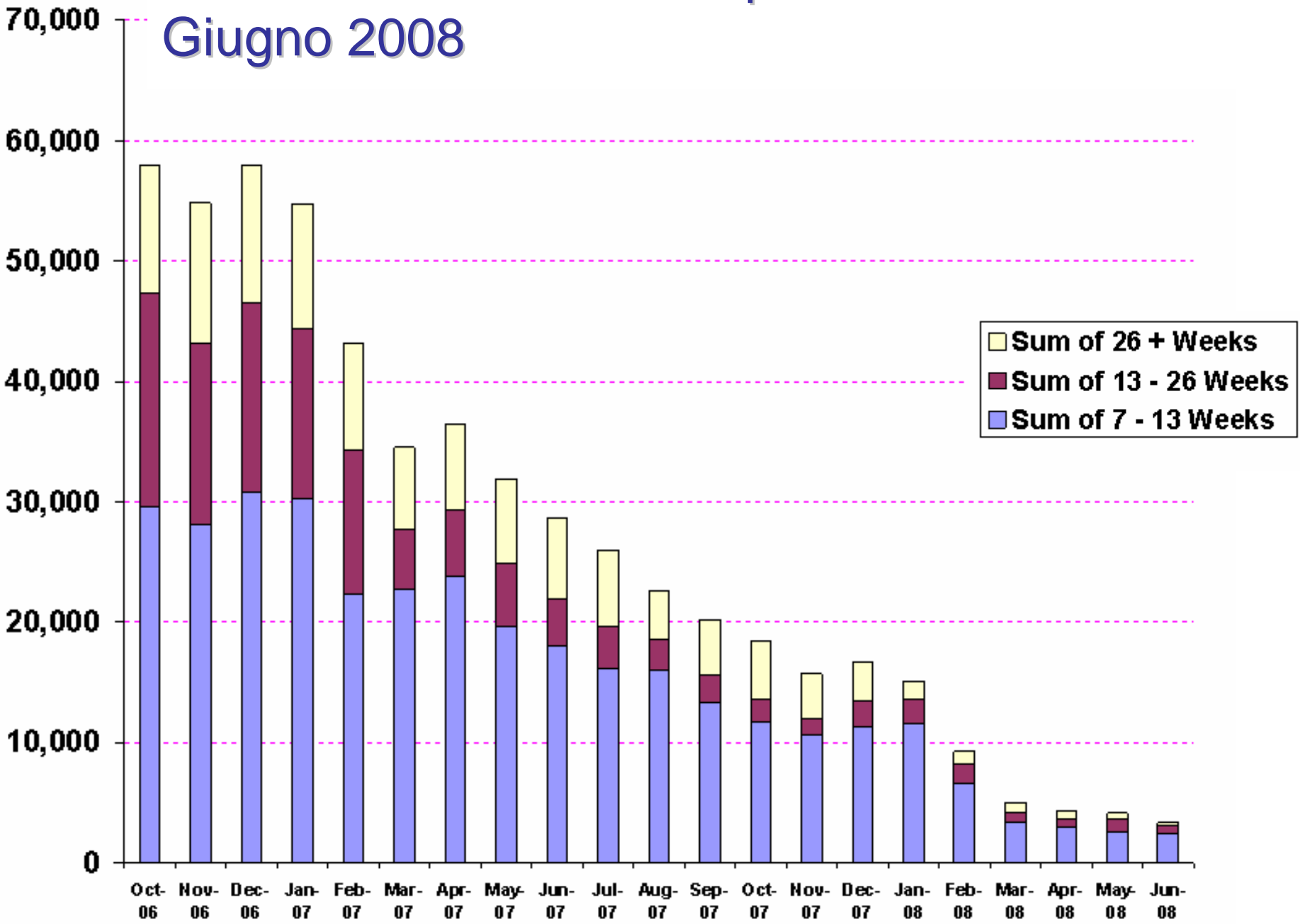


Come i pazienti vedono l'endoscopia - 2001

- Caotica
- Lunga attesa
- Scarsa comunicazione
- Ambiente inadeguato
- Esperienza sgradevole

*Si ringrazia il Dr Bill Goddard
Nottingham University Hospitals*

Liste d'attesa in endoscopia – 20 mesi fino al Giugno 2008



Endoscopy Global Rating Scale

Quali aspetti sarebbero importanti per voi se doveste sottoporvi ad un'endoscopia?

Standard incentrati sul paziente

- endoscopy global rating scale

Qualità clinica

- Appropriatelyzza
- Informazione/consenso
- Sicurezza
- Comfort
- Qualità
- Risultati tempestivi

Qualità dell'esperienza del paziente

- uguaglianza
- puntualità
- scelta
- privacy e dignità
- assistenza post-esame
- capacità di fornire feedback

GRS – livelli relativi alla sicurezza dell'esame

Endoscopy Global
Rating Scale

www.grs.nhs.uk

Livello D

- Revisione dei casi con compli

Livello C

- Attivate misure per ridurre gli eventi avversi

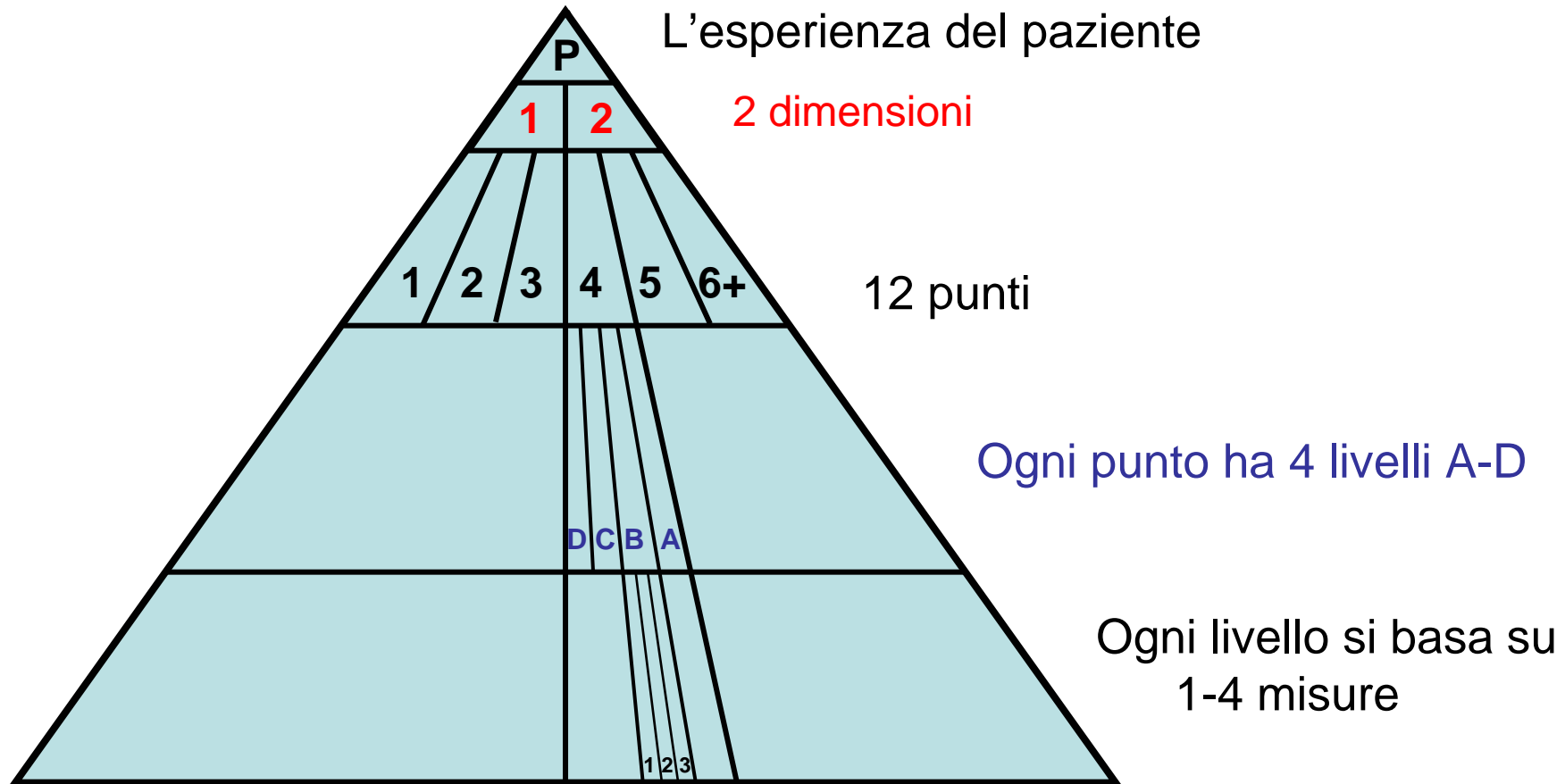
Livello B

- Monitoraggio dell'impatto di tali misure

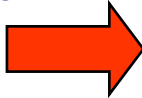
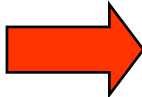
Livello A

- Monitoraggio prospettico di >5 eventi avversi noti

Endoscopy Global Rating Scale



GRS punto 11 – ‘assistenza medica post-colonscopia’ – livelli C e B

	Livelli	Misure
A f t e r c a r e	Livello C	Sono disponibili volantini con informazioni sull'assistenza medica post-esame per tutte le procedure eseguite nel dipartimento
	I pazienti vengono dimessi con informazioni su procedure specifiche per l'assistenza post-esame e sull'eventuale presenza di lesioni maligne	È disponibile 24 ore su 24 un numero telefonico per pazienti che hanno domande o in cui insorgono problemi
	I pazienti possono chiamare un numero disponibile 24 ore su 24 se insorgono problemi 	Tutti i pazienti sono informati se c'è il sospetto di una lesione maligna il giorno stesso dell'esame
		Se si considera inappropriato informare il paziente sul sospetto di lesione maligna, si segna una nota in un'apposita sezione
	Livello B	Tutti i pazienti vengono dimessi con informazioni verbali e scritte in merito ai passi successivi appropriati al piano terapeutico
	I pazienti sono dimessi con informazioni sul risultato dell'esame e dei piani terapeutici futuri.	Tutti i pazienti vengono informati sul risultato dell'esame endoscopico prima della dimissione
	Non a tutti i pazienti viene fissato un appuntamento quando richiesto 	Tutti i pazienti sono avvisati se saranno disponibili ulteriori informazioni derivanti dall'anatomia patologica, da chi e quando
		Il punto di vista dei pazienti sull'assistenza post-esame è indagato almeno annualmente

Qualità dell'esperienza del paziente

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Page 11 of 12

11. Aftercare (Please click here for more information)

11.1	There is a general aftercare patient information sheet.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Level D
11.2	There is a contact number for patients who have questions and experience problems	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.3	There are procedure specific aftercare patient information sheets for all procedures performed in the department	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Level C
11.4	There is a 24 hour contact number for patients who have questions and experience problems	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.5	All patients are told if they are suspected of having a malignancy on the same day as the procedure unless it is considered to be inappropriate to do so.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.6	If it is considered inappropriate to tell the patient malignancy is suspected, a note is made in the file of the reason	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.7	All patients are discharged with verbal and written information about next steps appropriate for their care	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Level B
11.8	All patients are told the outcome of the endoscopic procedure prior to discharge	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.9	All patients are told if further information from pathological specimens will be available, from whom and when	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.10	Patients' views on aftercare processes are sought at least annually	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.11	All patients are offered a copy of the endoscopy report or a patient centred version of it. If this is deemed inappropriate, the reason is recorded in the file.	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Level A
11.12	All patients that require a follow-up appointment agree one prior to discharge	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.13	All patients are sent pathology results within 7 working days of the procedure if they have been told further information will be available and do not have an outpatient appointment	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.14	Users participate in review of aftercare processes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.15	Changes suggested by the aftercare process review are implemented within 3 months	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
11.16	If a patient experiences problems and needs further advice they are able to discuss these problems with an adequately trained health professional via a 24 hour contact number	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

Risposta:
Sì o No



Questa slide è cruciale
per le prossime due

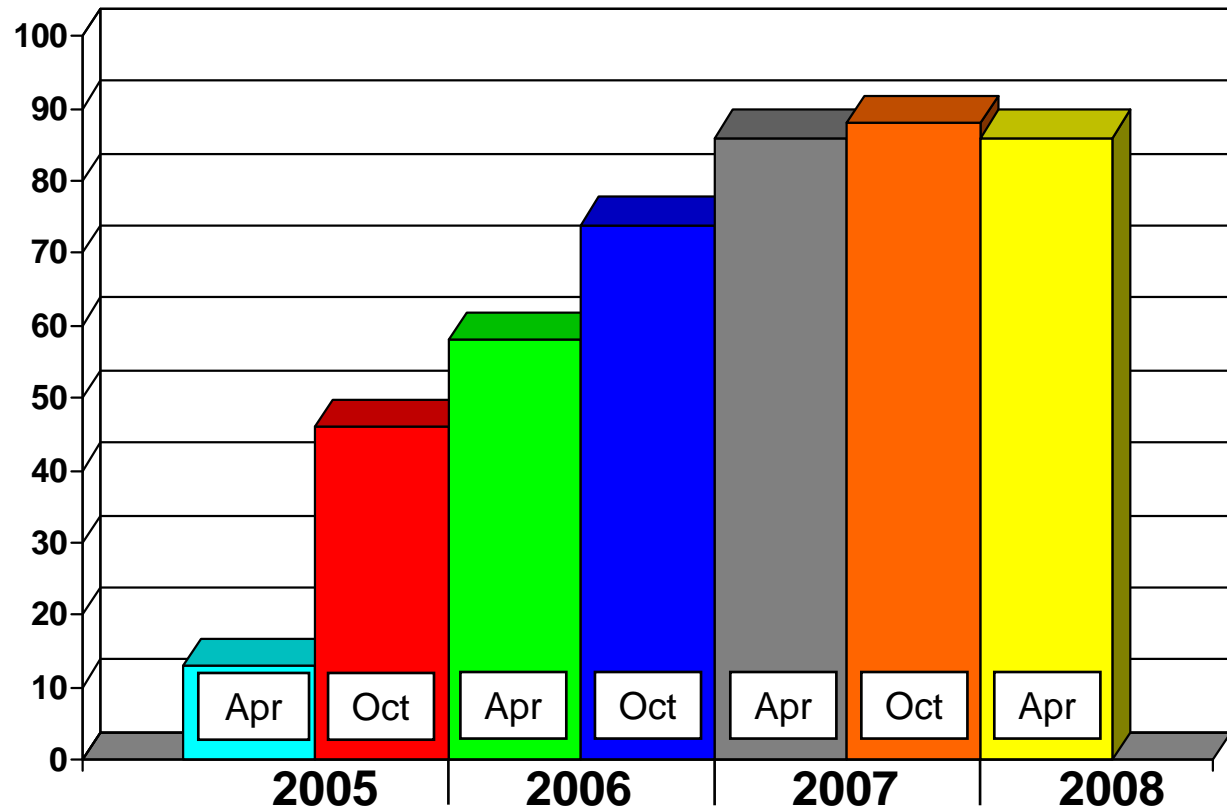
GRS – Risultati nazionali

un punto - sette censimenti durante 2.5 anni (207 unità)

Il livello B o superiore è
il nostro standard
attuale per considerare
un servizio accettabile

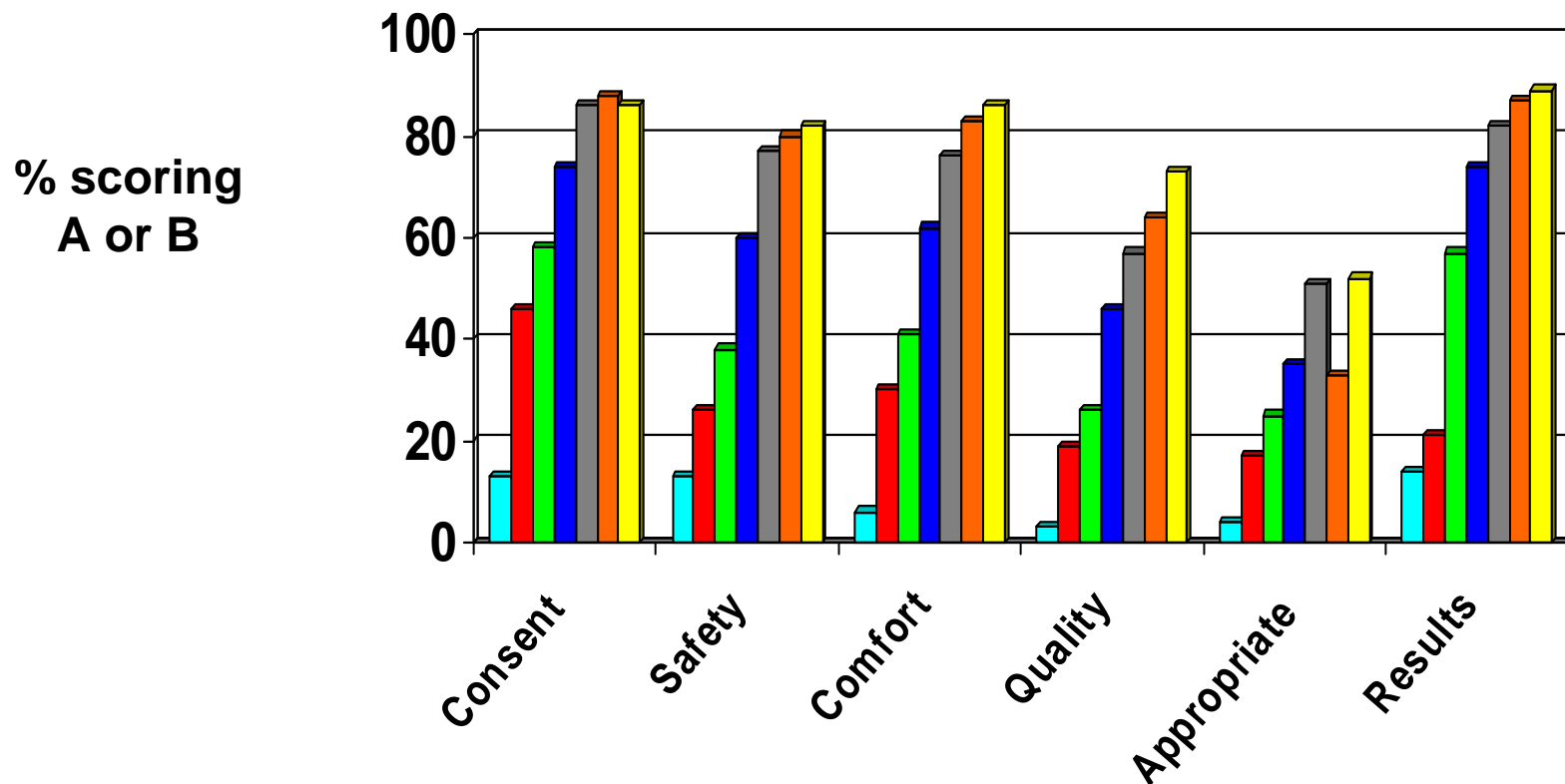
% scoring
A o B

Consenso ed informazioni per il paziente



GRS risultati nazionali: Aprile 2005 - Aprile 2008

Qualità clinica



Completion rates

85%

94%

100%

97%

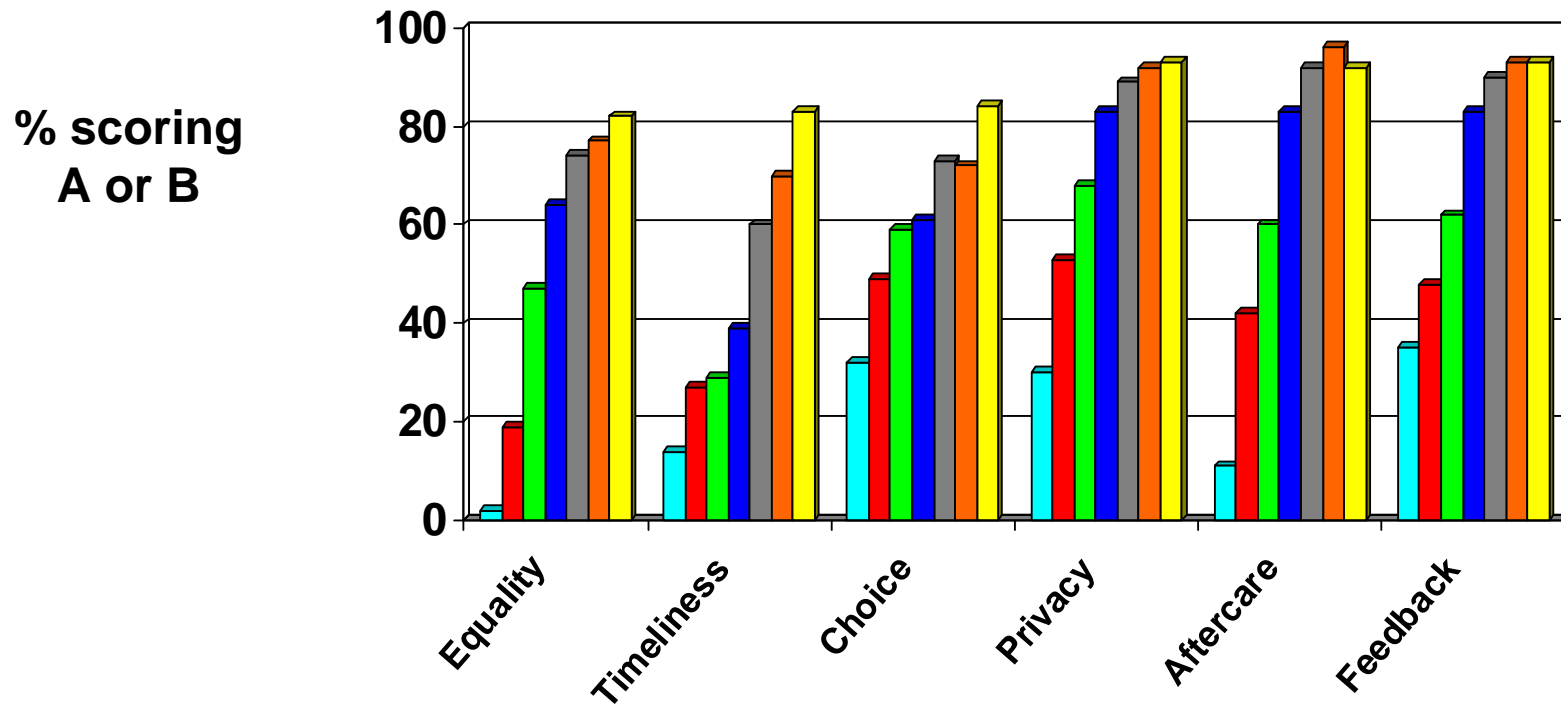
97%

98%

99%

GRS risultati nazionali: Aprile 2005 - Aprile 2008

Qualità dell'esperienza del paziente



Completion rates

85%

94%

100%

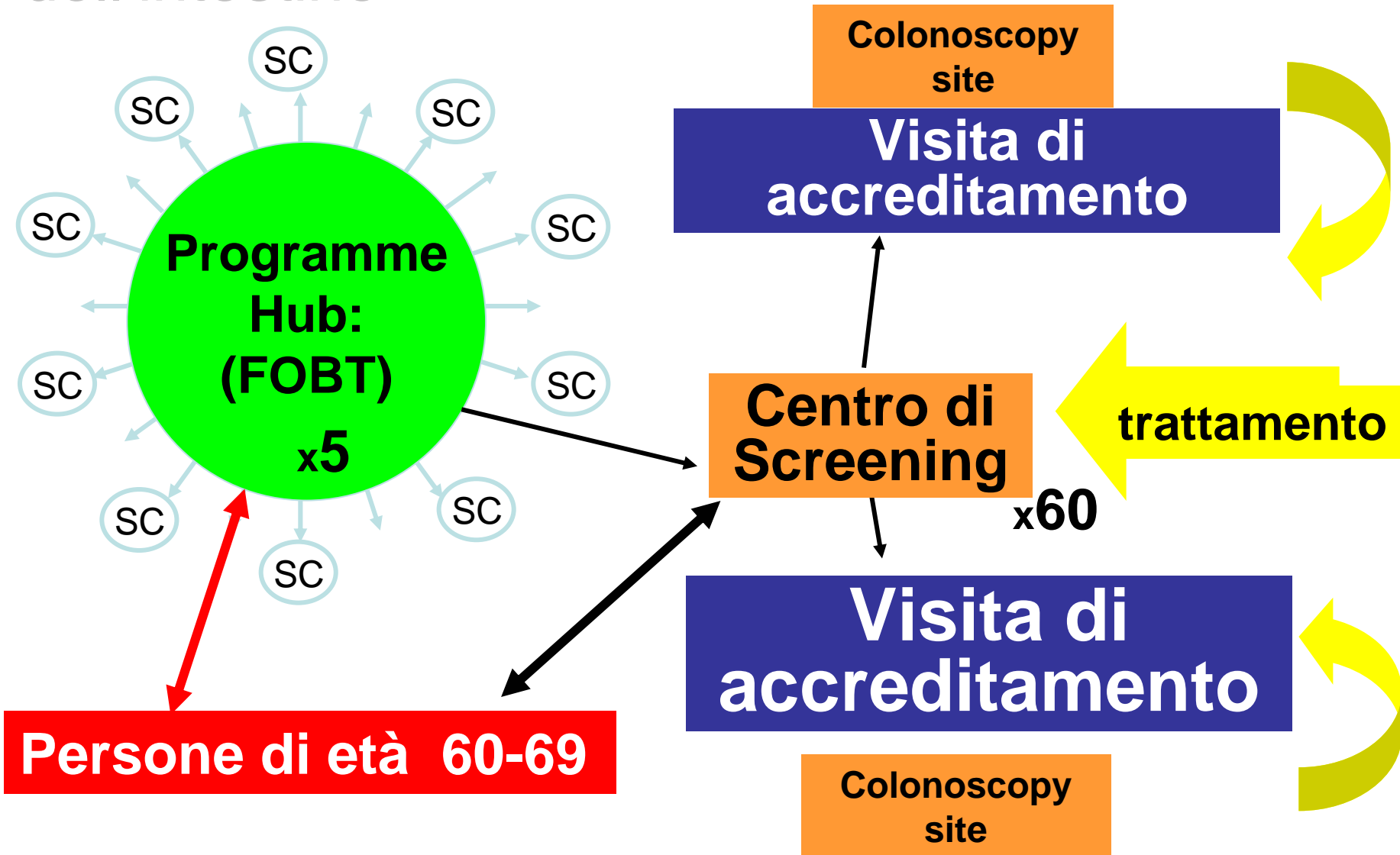
97%

97%

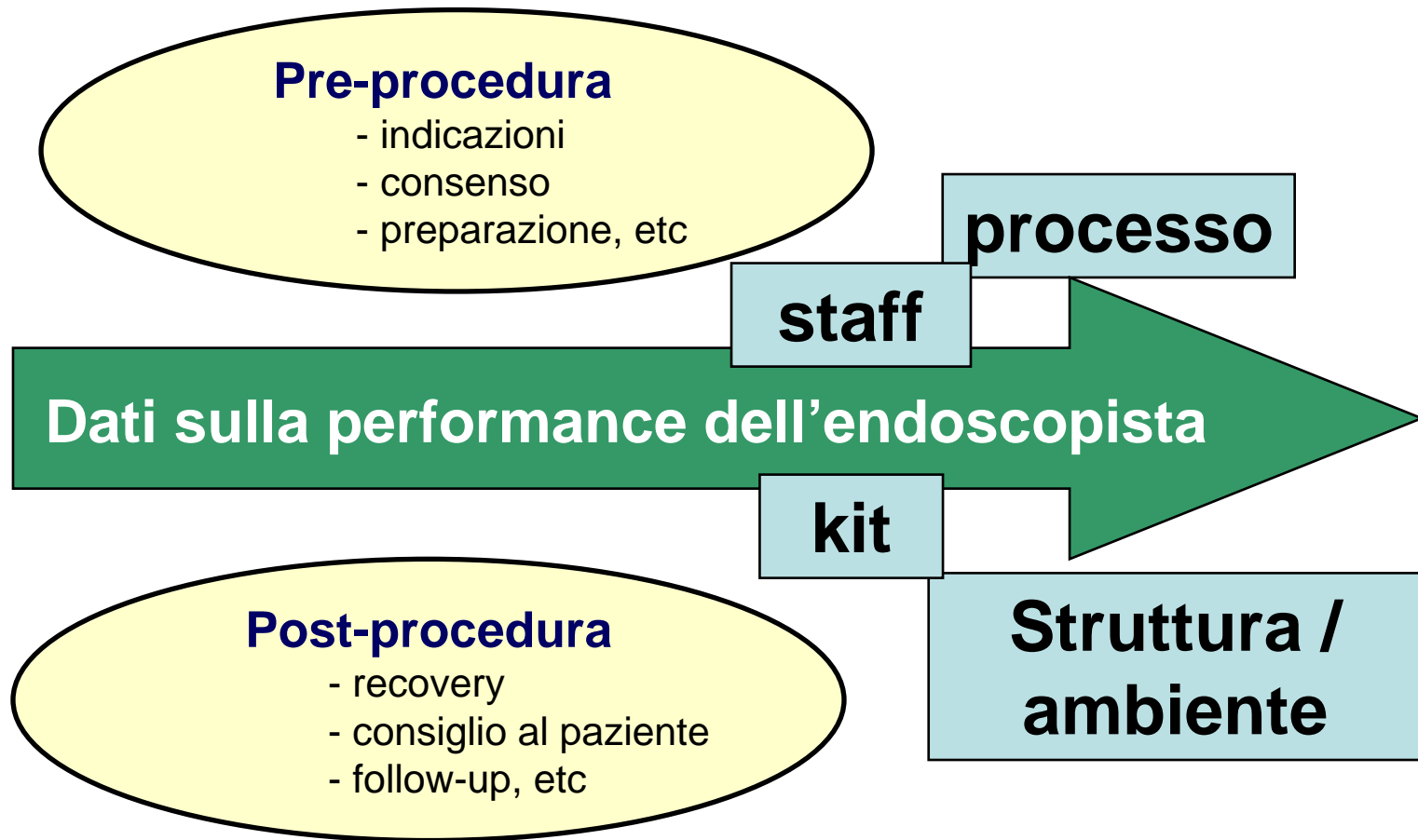
98%

99%

Programma di screening per il cancro dell'intestino



Che cosa viene valutato?



Visite di accreditamento

- Processo di revisione tra pari
- Valutazione della formazione e del servizio offerto
- Accreditamento basato su un punteggio validato GRS su servizio e training:

- A per la pu
- B per tutti g

L'obiettivo è accreditare tutte le maggiori unità endoscopiche (n=207) entro Dicembre 2009:

- 90% attività
- maggior parte dell'attività di elevata complessità
- tutte le colonscopie del programma di screening
- formazione degli endoscopisti

Welcome to the JAG

Main Aims

www.thejag.org.uk

- [To set standards for individual endoscopists](#)
- [To set standards for training in endoscopy](#)

JAG aims to ensure that all trainees should have one protected potential training list weekly in endoscopy, with that list being reduced in size to "8 points" (8 upper endoscopies or flexible sigmoidoscopies, or 4 colonoscopies, or 3 ERCPs). At least 50% of their trainers should have undertaken a "Training the Trainers" course, specific for endoscopy.

- [To quality assure endoscopy units for training](#)
- [To quality assure endoscopy training courses](#)
- [To quality assure endoscopy units for the NHS Bowel Cancer Screening Programme](#)
- [What JAG is not](#)

Background

The Joint Advisory Group on GI Endoscopy has been in existence since 1994. It is sponsored and funded by several Royal Colleges [The Royal Colleges of Physicians of the UK, the Royal Colleges of Surgeons of the UK, the Royal College of Radiologists and the Royal College of General Practitioners], set up to define the standards for the training of all endoscopists no matter their professional background. Thus, in addition to sponsoring Colleges, other members are co-opted from stakeholders, including most relevant specialist societies and the SACs - see the current [membership list and the original constitution](#) for the JAG.

There has been widespread acknowledgement that although JAG was initially aimed at doctors in training, much has changed, namely:

- greater emphasis on improved standards for training and education

Latest News

Wanted: Clinical Lead and Assistant Leads for major national project

We are delighted to announce that the JAG had won a very significant Department of Health grant for e-Learning for Health. This exciting national project aims to provide e-learning modules to encompass the general professional training curriculum for endoscopy, for endoscopists in training, for consultants, endoscopy nurses, and all endoscopy unit staff. [more...](#)

Download Job Description from [here...](#)

Certificate Fees

From **Monday 14 July 2008**, a £10.00 administration fee will be payable for trainees applying for JAG Certificates of Competency in Endoscopy. A cheque for £10.00 made payable to JRCPTB should be included with the trainee portfolio and other required documentation. A full list of the requirements for competency can be found on the assessment pages.



Radiology and imaging modalities for Gastroenterology in 2008

JAG visite: statistiche - Settembre 2008

JAG visite completate	94	
Unità promosse con accreditamento pieno		82
Lavori da fare in seguito alla visita		11
Unità bocciate		1
Prenotate (confermate)	27	
Fissate (provvisoriamente)	37	
Totale	158	

Wansbeck and North Tyneside

(provides secondary healthcare for population of 850,000)

JAG accreditation visit

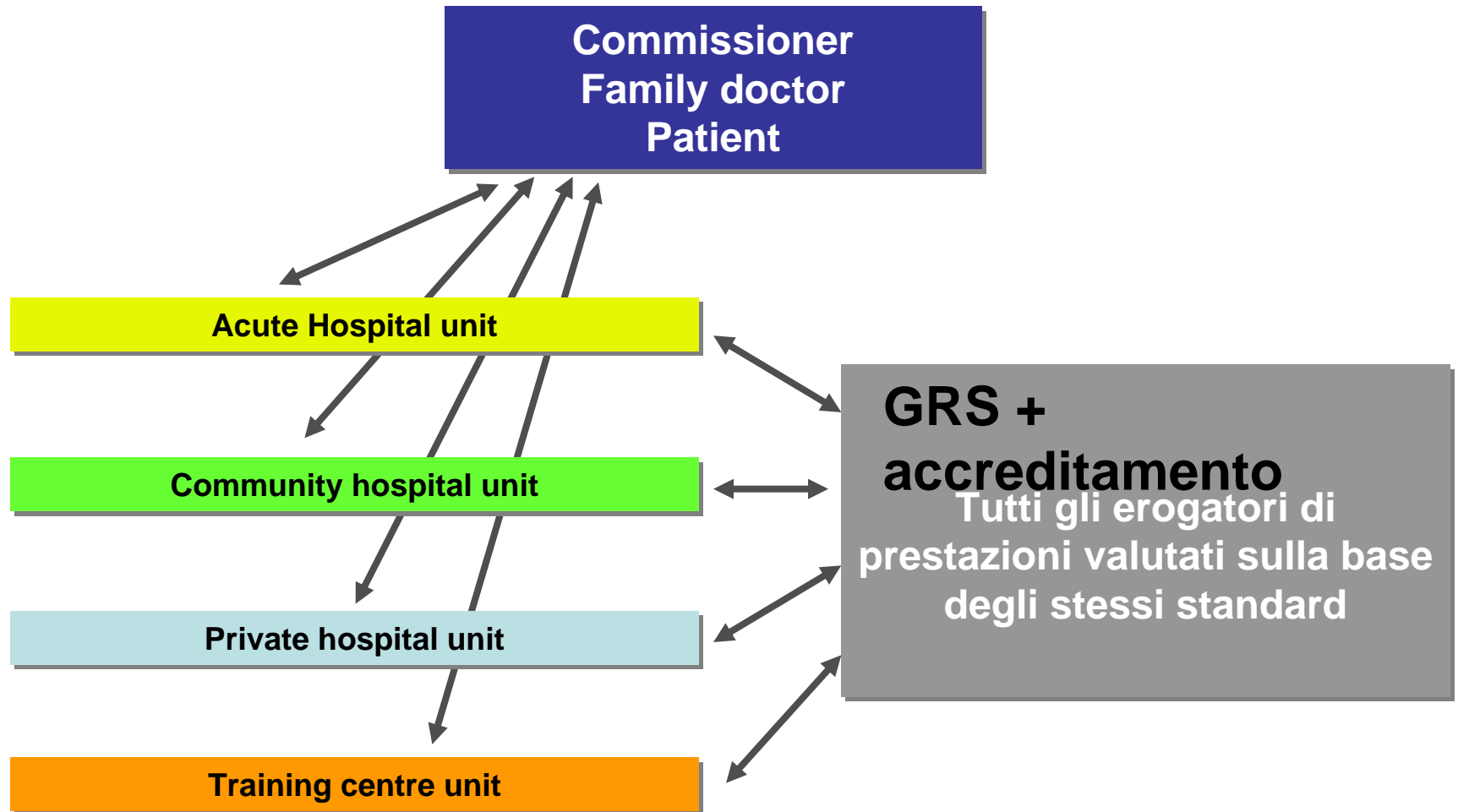
I've written to the chair of the JAG separately about the exemplary quality of the process – if only all of the regulatory processes were this good.

The really striking (and humbling) thing though was the way yourself and the whole team have grasped the issue, driven massive improvements in a very short space of time and really transformed the service for patients.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jim Mackey', with a large, stylized loop at the end.

Jim Mackey
Chief Executive

Utilizzare il mercato per promuovere e migliorare la qualità



Percorso del paziente nel BCSP

- FOBT positivo
- Visita entro due settimane da un'infermiera
- Esecuzione della colonscopia
settimane successive
- L'infermiera supervisiona il fo
- Ai pazienti vengono richieste routinariamente informazioni sull'esperienza vissuta

La colonscopia è
eseguita solo da
endoscopisti
competenti

BCSP processo di valutazione

1. Verifica della performance
 - Indicatori di performance chiave (attività complessiva precedente + 12 mesi)
2. MCQ
 - 30 domande (risposte multiple)
3. DOPS
 - 2 casi, 2 esaminatori, valutazione indipendente

Processo sequenziale

Valutazione della performance corrente

- osservazione diretta delle capacità di eseguire la procedura (DOPS)
 - 2 colonscopie di sorveglianza
 - 2 esaminatori nel centro di esame
 - Schema strutturato di valutazione delle competenze
 - Gli esaminatori intervengono nei casi difficili
 - Tempo limitato

DOPS: Directly Observed Procedural Skills

-abilità procedurali osservate direttamente



- Triangolazione con dati di performance
- Valutazione delle capacità e dell'atteggiamento
- Strutturata per consistenza
- Esaminatori formati
- Alta validità

Risultati (fino al Settembre 2008)

- 162 candidati valutati
- 193 valutazioni
 - 126/162 (**78%**) candidati hanno soddisfatto i requisiti alla prima valutazione
 - 31 ripetono le valutazioni
 - 4 non hanno seguito le indicazioni del protocollo
 - 27 si sono sottoposti ad una ulteriore valutazione
 - 2 si sono sottoposti a due ulteriori valutazioni
- In totale, 146 su 162 hanno attualmente soddisfatto i requisiti (**90%**)

Proporzione di colonscopie complete - non aggiustata - nel programma BCS (Novembre 2008)

Proporzione di esami completi:		<90	90-92.4	92.5-95	>95
<100 procedure	70	4	4	10	52
>100 procedure	58	0	6	17	35
Totale	128	4	10	27	87

15,495 colonscopie
128 colonscopisti

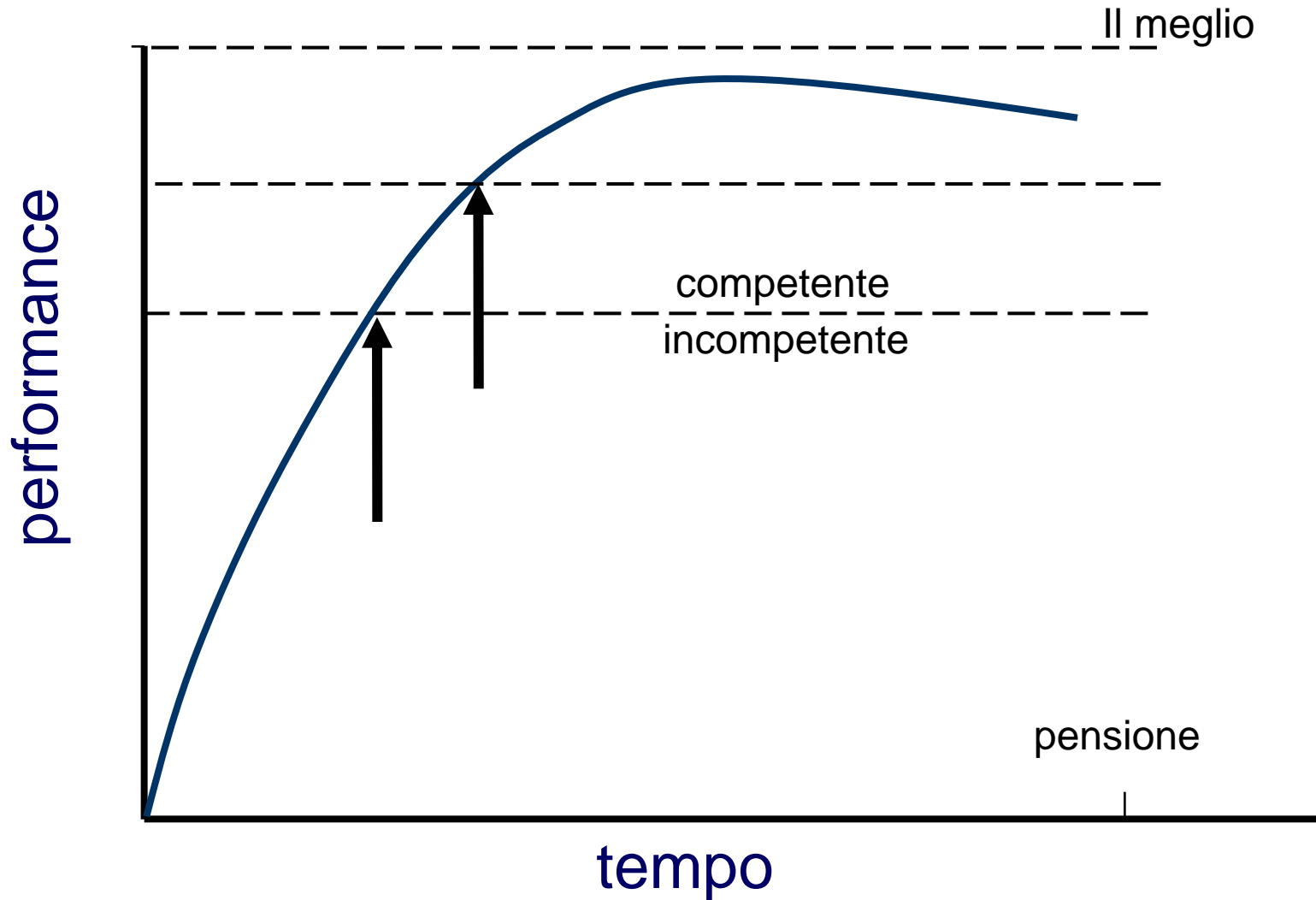
Sareste disponibili a sottoporvi ad una colonscopia eseguita da un endoscopista scelto a caso tra quelli accreditati nel BCSP inglese?

Riassunto

- Programma di formazione
- Endoscopy Global Rating Scale
- Accreditamento attraverso Peer review
- Accreditamento dei colonscopisti del programma di screening

Grazie

Quando un colonoscopista è competente?



1. Verifica della performance

- 200+ esami nell'anno precedente
- **Unadjusted** proporzione di esami completi (ITT) > 90%
 - Lesioni ostruttive e preparazione inadeguata = insuccesso
- Tasso di perforazione life time <1:1000
- Verifica di 100 **casi** consecutivi entro 12 mesi
 - ADR > 15%
 - Utilizzo di sedazione e farmaci antagonisti
 - Complicanze
 - Ricoveri non programmati

2. Conoscenze fondamentali MCQ

- Valutazione delle conoscenze fondamentali relative alla colonscopia e al BCS
- Argomenti trattati durante i corsi di formazione per endoscopisti
- 60 minuti, 30 domande a scelta multipla
- La migliore risposta su cinque

Case and Swanson. Constructing Written Tests Questions.

National Board of Medical Examiners, Philadelphia, USA

Smee and Blackmore. Setting standards for OSCE. Med Educ 2001;35:1009-1010

Motivi per cui non si supera la verifica

- Pre-valutazione
 - Data massaging
 - Dati inadeguati/insufficienti per la valutazione
- valutazione BCSP
 - Fallimento nel riconoscere e visualizzare le anse
 - Provocare dolore nei pazienti
 - Inadeguato controllo dell'estremità (visualizzazione della mucosa/velocità)

Altre osservazioni

- Mancanza di un procedure strutturate per il consenso
- Eccesso di sedazione
- Ansietà del candidato quando in difficoltà
- Inadeguatezza nel maneggiare lo strumento e i movimenti del paziente
- Tecnica terapeutica inadeguata
- Scarsa capacità di prendere decisioni
- Lesioni non diagnosticate

Conclusioni 1

- L'esame endoscopico di alta qualità è una parte essenziale di un programma di screening per il tumore del Colo Retto
 - Sarebbe essenziale per una colonscopia indicata a noi, dovremmo avere standard più bassi per i nostri pazienti?
- Un'esperienza del paziente di alta qualità richiede un approccio di squadra, supportato da un processi, strumentazioni ed ambiente di alta qualità

Conclusioni 2

- Sono state create create procedure di valutazione della qualità che indagano
 - tutti questi aspetti
 - la competenza degli endoscopisti
- In Inghilterra la valutazione di qualità si fonda su
 - Strumenti di valutazione della qualità – il GRS
 - Visite di accreditamento con revisione tra pari
 - Verifiche di competenza per gli endoscopisti

Conclusioni 3

Principi Guida europei per l'endoscopia in un programma di screening

1. **È stato creato un ambiente incentrato sul paziente e un'esperienza di colonscopia adeguata alle esigenze personali**
screening amici, parenti e colleghi
4. **Introduzione di un'attività di screening che non ha compromesso l'attività clinica**
endoscopica clinica
5. **Lo screening ha migliorato il servizio clinico**
quanto necessaria per lo screening dovrebbe migliorare la qualità degli esami endoscopici eseguiti in pazienti sintomatici e per altre ragioni.

Principi su cui si basa l'offerta di esami endoscopici nel draft delle linee guida europee per lo screening del tumore del colon retto

1. Le persone che si sottopongono ad endoscopia dovrebbero avere un'esperienza la più positiva possibile in modo da incoraggiare a partecipare allo screening amici, parenti e colleghi
4. L'introduzione dell'endoscopia di screening non dovrebbe avere un impatto negativo sull'attività endoscopica clinica
5. Ogni qualvolta sia possibile, la valutazione della qualità necessaria per lo screening dovrebbe migliorare la qualità degli esami endoscopici eseguiti in pazienti sintomatici e per altre ragioni.

Servizio di endoscopia incentrato sul paziente in Inghilterra

- 1. Creare un ambiente incentrato sul paziente e un'esperienza di colonscopia adeguata alle esigenze personali**
screening amici, parenti e colleghi
- 4. Garantire che l'attività di screening non abbia un impatto negativo sull'attività clinica**
endoscopica clinica
- 5. Utilizzare lo screening per migliorare il servizio clinico**
migliorare la qualità degli esami endoscopici eseguiti in pazienti sintomatici e per altre ragioni.