

Iniciativa Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE) ke zlepšení kvality: vypracování ukazatelů kvality

Matthew D. Rutter^{1,2}, Carlo Senore³, Raf Bisschops⁴, Dirk Domagk⁵, Roland Valori⁶, Michal F. Kaminski^{7,8}, Cristiano Spada⁹, Michael Bretthauer^{3,10,11}, Cathy Bennett¹², Cristina Bellisario³, Silvia Minozzi³, Cesare Hassan¹³, Colin Rees¹, Mário Dinis-Ribeiro¹⁴, Tomas Hucl¹⁵, Thierry Ponchon¹⁶, Lars Aabakken¹⁰, Paul Fockens¹⁷

Korespondenční autor

Matthew Rutter, MB BS, MD

European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

c/o Hamilton Services GmbH

Landwehr Str. 9

80336 Munich

Germany

Fax: +49-89-907793620

secretariat@esge.com

Instituce

1 Department of Gastroenterology, University Hospital of North Tees, Stockton-on-Tees, Cleveland, UK

2 School of Medicine, Durham University, UK

3 CPO Piemonte, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino, Italy

4 Gastroenterology Department, University Hospital Leuven, Leuven, Belgium

5 Department of Medicine I, Josephs-Hospital Warendorf, Academic Teaching Hospital, University of Münster, Warendorf, Germany

6 Department of Gastroenterology, Gloucestershire Royal Hospital, Gloucester, UK

7 Department of Gastroenterological Oncology, The Maria Sklodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology, and Medical Center for Postgraduate Education, Warsaw, Poland

8 Department of Health Management and Health Economics, University of Oslo, Oslo, Norway

9 Digestive Endoscopy Unit, Catholic University, Rome, Italy

10 Department of Transplantation Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

11 K.G. Jebsen Colorectal Cancer Research Centre,

Evropská společnost pro gastrointestinální endoskopii (ESGE) a Spojené evropské gastroenterologie (United European Gastroenterology – UEG) mají vizi o vzniku fungující komunity endoskopických pracovišť napříč Evropou, které vzájemně spolupracují při poskytování vysoce kvalitní, bezpečné, přesné a na pacienta orientované endoskopické péče. Přesto že se hranice možností pokročilých endoskopických technik neustále rozšiřují, věříme, že jedním z nejdůležitějších kroků k dosažení našeho cíle je zvýšení kvality každodenních endoskopií. Rozvoj silných, široce přijímaných a na důkazech založených klíčových ukazatelích kvality je prvním krokem v této vizi. V tomto ESGE a UEG považují kvalitu endoskopií za hlavní prioritu. Tento článek popisuje a zdůvodňuje procesy, které vedou ke vzniku Iniciativy ESGE ke zlepšení kvality. Doporučujeme, aby všechny endoskopické pracoviště vytvořily kontrolní a zpětnovazební mechanismy týkající se poskytovaných služeb a schopností endoskopistů s využitím měřítek kvality ESGE, která budou zveřejněna v budoucích vydáních tohoto časopisu v příštím roce. Vyzýváme všechny endoskopisty a endoskopická pracoviště, aby umožnili sledování kvality, zajistili, že tyto ukazatele kvality budou nově zavedeny do praxe a budou sledovány na místní úrovni, což umožní poskytování nejlepší možné péče našim pacientům.

Důležitost kvality

Desítky milionů lidí každý rok v Evropě absolují endoskopické vyšetření. Endoskopie je stěžejním vyšetřením v diagnostice chorob gastrointestinálního traktu a silným nástrojem v jejich léčbě. Vysoce kvalitní endoskopie přináší zlepšení zdravotního stavu a lepší dojem nemocných [1], přesto však existují klinicky významné rozdíly v kvalitě endoskopické péče, která je v současné době poskytována endoskopickými pracovišti [2 - 6].

Příkladem může být vznik kolorektálního kar-

cinomu po kolonoskopii (post-colonoscopy colorectal cancer (PCCRC), také označovaný jako intervalový karcinom, pozn.překladatale). Je známo, že většina PCCRC vzniká z přehlédnutých lézí (premalignt polypy nebo nádory) nebo neúplných polypektomií [7, 8]. Studie s koloskopiemi prováděnými po standardní koloskopii ukazují, že je přehlédnuto až 22% ze všech adenomů [9-14] a že mezi jednotlivými endoskopisty je troj až šestnásobný rozdíl v míře detekce adenomů [15, 16]. Dokonce i nalezené polypy mohou být sneseny nekompletně: studie zaměřená na úplnost odstranění polypu (Complete Adenoma Resection (CARE)) ukázala, že 10% nependulujících polypů o velikosti 5-20 mm a 23% nependulujících polypů o velikosti 15-20 mm bylo sneseno neúplně [17]. Dále intubace céka v nedostatečném počtu případů a špatná příprava na koloskopii mohou vysvětlit relativní selhání kolonoskopie v ochraně před proximálními kolorektálními neoplazmiemi, což bylo potvrzeno v mnoha studiích [18-25]. Toto vede ke klinicky významným rozdílům v kvalitě péče a ve výsledném zdravotním stavu pacientů: nedávná studie ve Velké Británii prokázala více než čtyřnásobný rozdíl v četnosti PCCRC mezi nemocnicemi [26].

V horní části trávicího traktu jsou také často přehlédnuty nádorové a prekurzorové léze: v jedné studii 7,2% pacientů s nádorem žaludku nemělo zjištěnu lézi při endoskopii provedené v předcházejícím roce. Dle této studii se zdá, že téměř tři čtvrtiny jsou způsobeny chybou endoskopisty [27]. Stejně tak u ERCP, což je jeden z nejsložitějších a nejrizikovějších výkonů pravidelně prováděných v endoskopické praxi, jsou důkazy o široké variabilitě v četnosti dokončení výkonu a v množství komplikací [28-35].

Ukazatele kvality

Poskytovatelé zdravotní péče a její příjemci si mohou být o kvalitách poskytované péče „jis-

ti“ pouze v případě, kdy je tato kvalita měřena. Ukazatele kvality jsou měření, která slouží k vyhodnocení kvality služby nebo jejího aspektu; dalšími pojmy, kterými se tyto ukazatele označují v angličtině jsou: quality measures, quality indicators, key performance indicators, nebo clinical quality measures. Ukazatele kvality založené na důkazech poskytují endoskopistům a endoskopickým pracovištím, které často pracují v relativní izolaci, rámec a srovnání pro jejich vlastní výsledky.

Znalost charakteru jednotlivých rozdílů v kvalitě endoskopie sama o sobě kvalitu nezlepší, avšak stanovení minimálních a cílových standardů v rámci opatření vede ke zlepšení: když lékaři a instituce vidí vlastní výsledky, snaží se o jejich zlepšení. Otevřené zveřejňování jednotlivých ukazatelů kvality umožňuje také pacientům posoudit kvalitu péče pro sebe samotné, a tím lépe a poučeně zvolit endoskopické pracoviště, což dále stimuluje zlepšování zdravotní péče. Nicméně, i když otevřené publikování má potenciální přínos, může také neúmyslně způsobit škody, pokud se s publikovanými daty zachází špatně, například pokud jsou nesprávně vykládána nebo nevhodně srovnávána. Proto je důležité v každém případě zvážit výhody a rizika otevřeného publikování.

Poskytování vysoce kvalitní endoskopické péče je složité a zahrnuje nesčetné množství lidí, procesů a vybavení. Profesionálové v oblasti zdravotní péče tvrdě pracují na poskytování zdravotních služeb, avšak selhání jakéhokoliv jednotlivosti může vést k nedostatečné péči a k dopadu na zdravotní stav nemocného. Sledování měřítek výkonu pomáhá pracovištím určit, vyhodnocovat a sledovat zásadní kroky v procesu poskytování péče a klíčové výsledky ukazují, kde má systém chyby a zda pracoviště poskytuje vysoce kvalitní na pacienta orientovanou zdravotní péči.

Pečlivě sestavené indikátory kvality by měly umožnit poskytovatelům péče pojmenovat a řešit specifické nedostatky ve svých službách, což vede ke zlepšení zdravotního stavu nemocných. Dobré ukazatele kvality by proto měly korelovat s jejich dopadem na zdravotní stav nemocných. Tyto ukazatele by měly být založené na důkazech, měly by být jasné, objektivní, reprodukovatelné a realistické. Jejich sledování by mělo být prakticky možné a srozumitelné pro jejich cílové publikum (např. endoskopisty, pacienty nebo poskytovatele zdravotní péče). V ideálním případě, by měl existovat malý počet pečlivě vybraných ukazatelů kvality, které by posuzovaly všechny důležité aspekty dané praxe. Každý ukazatel hodnotí výkon z určitého úhlu. Společně poskytují holistický snímek o kvalitě služby. Některé ukazatele hodnotí celý komplex úkonů (například procento ko-

loskopií s intubací céka), zatímco jiné mohou souviset s konkrétními kroky v určitém postupu (např. ideální schéma odběrů biopsií při sledování Barrettova jícnu).

Indikátory kvality lze použít k měření kvality organizační struktury, zdravotních postupů nebo dopadu na zdravotní stav nemocných. Mohou být použity v pre-, intra- nebo post-procedurálním období.

- Strukturální indikátory odrážejí podmínky, v nichž se poskytovatelé starají o pacienty, jinými slovy, odrážejí aspekty zdravotnické infrastruktury. Tyto ukazatele kvality mohou poskytnout informace o objemech výkonů prováděných poskytovatelem, personálním zajištěním nebo například o tom, zda poskytovatel využívá elektronický systém záznamu endoskopií.
- Indikátory zdravotních postupů ukazují, zda jsou dodržovány postupy, které prokazatelně prospívají nemocným. Příkladem může být porovnání počtu pacientů, kteří potřebují profylaktické podání antibiotika před léčbou, a počtu nemocných, kteří opravdu dostanou správné antibiotikum ve správný čas.
- Ukazatele zaměřené na zdravotní stav nemocných analyzují skutečné výsledky poskytované péče. Jedná se obecně o nejdůležitější opatření. Příkladem by bylo procento pacientů hospitalizovaných pro komplikaci výkonu do 30 dnů od endoskopie.

Ukazatele kvality popisují, co měřit. Zpravidla je však žádoucí, aby nezůstalo u změřených počtu, avšak bylo stanoveno minimální množství a cílový dosažený standard. Například by mohlo být rozhodnuto, že míra intubace céka je důležitým ukazatelem kvality kolonoskopie; v tomto případě by minimální standard mohl být nastaven na 90% nebo 95% s cílovou normou 97%. Zatímco kvalitativní opatření zůstanou relativně statickými v průběhu času, standardy v rámci těchto opatření budou dynamičtější a časem se změní, jak se techniky a technologie zlepšují. Navíc se standardy mohou lišit podle typu výkonu: například minimální standard pro počet detekovaných adenomů bude vyšší pro diagnostickou kolonoskopii provedenou pro pozitivní test na okultní krvácení v porovnání s kolonoskopií indikovanou na základě symptomů. V některých jednotlivých případech neexistuje jasná minimální norma pro daný ukazatel kvality (např. komfort pacienta), jeho hodnocení však může stále být považováno za důležité. Tyto jsou někdy označovány jako „vhodné k přezkoumání“, a doufá se, že časem další výzkum pomůže určit vhodné standardy.

University of Oslo, Oslo, Norway

12 Centre for Technology Enabled Research, Faculty of Health and Life Sciences, Coventry University, Coventry, UK

13 Nuovo Regina Margherita Hospital, Rome, Italy

14 Servicio de Gastroenterologia, Instituto Portugues de Oncologia Francisco Gentil, Porto, Portugal

15 Department of Gastroenterology and Hepatology, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

16 Department of Digestive Diseases, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

17 Department of Gastroenterology and Hepatology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands

Překlad

Štěpán Šembera

Originální dokument

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1569580>

Endoscopy 2017; 49(02): 191-198

Přímý odkaz

Někdy může být díky malému množství vyskytujících se událostí (např. přehlednutí nádoru) lepší hodnotit celé pracoviště než jednotlivé endoskopisty přičemž je provedeno kvalitativní zhodnocení každého takového případu (analýza příčin).

Terminologie okolo ukazatelů kvality může být matoucí. Shrnutí terminologie je uvedeno v tabulce 1.

Iniciativa ESGE ke zlepšení kvality

Výbor pro zlepšení kvality ESGE (The ESGE Quality Improvement Committee, QIC) zahájil svoji činnost v roce 2013. Jeho cíle jsou:

- Zlepšit celkovou kvalitu endoskopií a podporovat endoskopická pracoviště poskytující péči orientovanou na pacienta
- Obecně podporovat společné téma kvality endoskopie při všech činnostech ESGE pomocí spolupráce s ostatními výbory ESGE a pracovními skupinami ESGE na základě jasného rámce pro zlepšování kvality
- Pomáhat všem endoskopickým pracovištím a endoskopistům při dosahování těchto standardů.

Členy výboru QIC tvoří předseda QIC (M.R.), prezident ESGE a zvolený prezident, předsedové dalších tří výborů ESGE (výbory pro doporučení, vzdělávání a výzkum) a předsedové pracovních skupin QIC.

K naplnění cílů QIC ESGE byla vytvořena strategie QIC. Zlepšení kvality je dynamický proces při němž se v průběhu času strategie mění, ačkoli široký koncept ne. Původním klíčovým záměrem bylo zlepšit kvalitu gastrointestinální endoskopie pomocí rámce indikátorů kvality pro endoskopii, včetně kvality samostatných endoskopistů tak také kvality endoskopických pracovišť (pokrývajících všechny aspekty poskytovaných služeb včetně vybavení, dekontaminace, čekací doby a zkušenosti pacienta), a to tvorbou silných, na důkazech postavených ukazatelů. Cílem bylo určit minimální standardy pro samostatné endoskopisty a pro endoskopická pracoviště a umožnit endoskopickým pracovištím měřit plnění tohoto na pacienta orientovaného rámce.

Bylo zjištěno, že takovéto ukazatele kvality by měly být stanoveny na základě pevného konsenzuálního procesu založeného na důkazech, který by zahrnoval celou škálu zúčastněných stran, včetně pacientů, z co nejširší zeměpisné oblasti. Cílem bylo určit hlavní okruhy týkající se kvality endoskopických zařízení, identi-

fikovat ukazatele kvality v každém okruhu a přesně definovat a popsat malý počet klíčových ukazatelů kvality pokrývajících každý okruh.

Vzhledem k tomu, že projekt splnil klíčový cíl strategického plánu společnosti UEG 2015-2018, společnost ESGE se obrátila na společnost UEG ohledně případné spolupráce a UEG souhlasila s touto spoluprací. ESGE i UEG projekt spolufinancovaly a umožnili další řízení projektu.

Výbor QIC vytvořil čtyři pracovní skupiny související s různými oblastmi gastrointestinálního traktu (GIT): horní GIT, dolní GIT, pankreatobiliární a tenké střevo. Byla také vytvořena pátá pracovní skupina "endoskopické pracoviště". ESGE otevřeně vyzvala k vyjádření zájmu (expressions of interest, EOI), zasláním e-mailu všem jednotlivým členům a všem endoskopickým společnostem spojeným s ESGE a publikováním článku v informačním bulletinu ESGE. Z více než 30 zemí bylo přijato celkem 90 EOI. Výbor pro QIC nominoval, oslovil a nakonec jmenoval předsedy pracovních skupin a následně se s těmito předsedy setkal, aby projednali projekt podrobně. S využitím seznamu EOI každý předseda pracovní skupiny stanovil 10 až 20 členů pracovní skupiny pro každou část trávicího traktu s cílem zajistit co nejširší geografické rozložení. Vzhledem k povaze skupiny endoskopických pracovišť s ohledem na rozdílnou praxi mezi jednotlivými státy bylo množství členů v této pracovní skupině úmyslně větší a každá národní endoskopická společnost, která je součástí ESGE, byla požádána, aby nominovala jedince do této skupiny, která se tak skládá ze 34 osob. Žádné osobě nebylo povoleno být ve více než jedné skupině. Americká společnost pro gastrointestinální endoskopii (ASGE) požádala o přijetí ke spolupráci a dohodla se, že poskytne příspěvek a to konkrétně do pracovní skupiny pro tenké střevo, spolu s celkovým komentářem a případným schválením výstupu celého projektu.

Výbor QIC ustanovil odborný tým metodiků za účelem metodické podpory a podrobného vyhledávání v literatuře (Literární skupina, Literature Group). Vedoucí literární skupiny (C.S.) byl doplněn do výboru QIC po dobu trvání projektu. Pro podporu tohoto programu byla také na míru vytvořena webová platforma (ECD Solutions, USA). V rámci této platformy byly vytvořeny moduly odpovídající jednotlivým krokům procesu vývoje. Všichni členové pracovní skupiny měli přístup k těmto modulům, což umožnilo otevřenou i anonymizovanou diskusi okolo každého aspektu vývoje ukazatelů kvality. Byl povolán expert na oblast vzniku doporučení s velkou zkuše-

ností s prací s obdobným webovým portálem (C.Bennett), aby usnadnil zapojení jednotlivých informačních technologií.

Procesy projektu ukazatelů kvality

Víceetapový proces byl vyvinut výběrem QIC (Tabulka 2). Nástroj Doporučené metodiky pro výzkum a hodnocení II (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II - AGREE II) byl použit k strukturování procesu tvorby doporučení [36], inspiroval se nejlepšími zkušenostmi z vývojových procesů jak ze Skotských mezioborových doporučení (Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN), tak i národního úřadu ukazatelů kvality Spojených států amerických (National Quality Measures Clearinghouse - NQMC). Aby bylo zajištěno, že členové pracovních skupin pochopili metodiku vývoje doporučení, všichni dokončili online-kurz kritické hodnocení SIGN (<http://www.sign.ac.uk/methodology/tutorials.html>, s povolením.) Na konferenci UEG Week ve Vídni v říjnu 2014 se konala předběžná schůzka pro všechny členy pracovní skupiny. Nejprve byl projekt detailně vysvětlen a dále každá pracovní skupina navrhla možné tématické okruhy. Po otevřené diskusi byly navrženy jednotné tématické okruhy, které byly sjednoceny ve všech čtyřech oblastech GIT a dále o nich bylo hlasováno za použití modifikovaných Delphských konsenzuálních pravidel, jak je popsáno v Tabulce 3 [38]. Pokud se napoprvé nedosáhlo shody, probíhala další diskuze a hlasovalo se o přehodnocení a úpravě navrhovaných okruhů až do dosažení shody. Dohodnuté oblasti pracovních skupin GIT zahrnovaly úplnost vyšetření, identifikaci patologie, léčbu patologie, komplikace, počet procedur a spokojenost pacienta.

Každá pracovní skupina vypracovala vyčerpávající seznam potenciálních okruhů pro přezkoumání literatury pomocí procesu PICOS (Populace/pacient, intervence, srovnání, výsledky, design studie) [39-41]. Otázky byly zaměřeny na posouzení vztahu mezi specifickými indikátory a výsledky zákroku (např. míra kompletního dokončení) nebo dopad na zdravotní stav nemocných (např. frekvence intervalových nádorů, změna v léčebném postupu). PICOS byly přezkoumány literární skupinou a revize provedeny až do konečného přesně definovaného seznamu. Součástí procedury PICOS týkající se každé konkrétní otázky byly použity literární skupinou k definování konkrétních klíčových slov pro komplexní bibliografické vyhledávání. Pokud byl více než jeden termín považován za relevantní, zaznamenaly se výsledky vyhledávání každého z nich.

Vyhledávání byla provedena v Centrálním registru kontrolovaných studií Cochrane (CEN-

TRAL), Medline a Embase od 1. ledna 2000 do 28. února 2015, s použitím výrazů z MESH a volných slov z textu, bez jazykového omezení. V první řadě byly vyhledávány přehledové recenze. Pokud byly získány aktualizované přehledové recenze zaměřené na dané otázky PICOS, vyhledávání primárních studií bylo omezeno na studie publikované po posledním datu vydání nejaktuálnějšího systematického přehledu. Pokud nebyly nalezeny žádné přehledové recenze, bylo provedeno vyhledávání primárních studií od roku 2000. Aby se zabránilo opakování nebo dvojitmu započítání primárních studií, když se při vyhledávání literatury objevilo více přehledových recenzí, které se zabývaly stejnou otázkou PICOS, byly k další práci vybrány pouze nejlepší z nich a to na základě hodnocení jejich metodologické kvality, aktuálnosti bibliografického vyhledávání, míře překrývání a kvalitě důkazů zahrnutých primárních studií.

Hierarchii studijních designů, kterou bylo třeba vzít v úvahu u každého typu otázek (např. účinnosti, diagnostické přesnosti, přijatelnosti a dodržování léčby-compliance), vytvořily epidemiologové Literární skupiny. Pro otázky ohledně efektivity léčby byly za nejlepší zdroj důkazů považovány randomizované kontrolované studie a byly proto prozkoumány v první řadě. Pro otázky přesnosti diagnostiky byly za nejlepší zdroj důkazů považovány průřezové studie s kontrolou pomocí referenčních standardních skupin.

Riziko zkreslení zahrnutých studií bylo hodnoceno pomocí následujících validovaných seznamů:

- Přehledové recenze: AMSTAR seznam (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews; hodnocení metodologické kvality přehledových studií) [42]
- Prandomizované kontrolované studie: nástroj pro posouzení rizika chybovosti v randomizovaných studiích Cochrane Collaboration's [43]
- Kohortové studie, případové studie a průřezové studie: Newcastle-Ottawa Scale [44]
- Studie diagnostické přesnosti: QUADAS 2 seznam (Nástroj hodnocení kvality pro studie přesnosti diagnostiky 2, Quality Assessment Tool for Diagnostic Accuracy Studies 2) [45]
- Analýza přerušovaných časových řad (interrupted time series analysis): kritéria navržená Cochrane Effective Practice a Organisation of Care Review Group [46].

Návrhy výsledků bibliografického vyhledávání a výběrového procesu literární skupiny byly posouzeny klinickými odborníky pracovních skupin s cílem zjistit, zda je zapotřebí je doplnit o další důkazy nebo naopak vyloučit nerelevantní studie. Jakmile byly provedeny potřebné kontroly, pro každou otázku nebo skupinu otázek týkajících se stejného tématu, předložila literární skupina tabulku důkazů s hlavními charakteristikami každé zahrnuté studie (design studie, cíl studie, srovnání, charakteristika zahrnutých subjektů, stanovené cíle /outcomes/, výsledky, riziko chybovosti). Také poskytla souhrnný dokument s popisem použitých strategií vyhledávání pro každou databázi, celkovým počtem získaných titulů; počtem potenciálně relevantních studií získaných v plném textu; počet studií, které byly nakonec zahrnuty spolu se souhrnem jejich charakteristik a rizik chybovosti a jejich výsledků, celkových závěrů a kvality důkazů.

Nástroj GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) byl použit k vyhodnocení jak kvality důkazů, tak síly vydaných doporučení (Tabulka 4) [48, 49]. Systém GRADE specificky odděluje kvalitu důkazů od síly doporučení: zatímco síla doporučení může často odrážet kvantitu a kvalitu důkazů, systém GRADE je možností pro případy, kde tomu tak není, například tam, kde se zdá, že existují dobré důvody pro vydání doporučení, a to navzdory absenci vysoce kvalitních vědeckých důkazů, jako je velká randomizovaná kontrolovaná studie. Po dokončení literárních recenzí byly na dedikované webové platformě umístěny první návrhy prezentací důkazů s rozsáhlou podpůrnou dokumentací, aby je všichni členové pracovních skupin mohli revidovat a komentovat dle modifikovaného Delphského procesu (viz Tabulka 3), tak aby bylo možné provést další úpravy a nalézt další zdroje. V případě potřeby bylo v následujících kolech hlasování provedeno další literární vyhledávání a další úpravy.

Na základě konečného znění důkazu vedoucí pracovní skupiny zformuloval ukazatele kvality s cílem vybrat malé množství klíčových indikátorů kvality pro každý okruh. Pokud nebyl v daném okruhu nalezen žádný indikátor, mohla pracovní skupina vydat jedno společné prohlášení, pokud to bylo považováno za klinicky relevantní. Po určení klíčových ukazatelů kvality bylo každé opatření vyhodnoceno pomocí ISFU (Importance, Scientific acceptability, Feasibility, and Usability) principů popsaných Národním úřadem pro měření kvality (Tabulka 5) [50]. Ukazatelé kvality, které nespĺnily kritéria byly vyřazeny. Po té bylo za použití modifikovaného Delphského procesu dosaženo shody o těchto ukazatelích kvality.

Následně byl vytvořen podrobný popisný rámec každého indikátoru, který splňuje kritéria ISFU, tak jak je popsáno v tabulce 6. [51] Standardy kvality (minimální a cílové) byly určeny v rámci každého ukazatele kvality. V případě potřeby byly doplněny další informace z literatury. V případě, kdy nebylo nalezeno doporučení založené na důkazech měla pracovní skupina možnost se buď shodnout na vhodném doporučení nebo prohlásit, že v současné době není definován žádný standard.

Spolu s konečným seznamem přesně definovaných klíčových ukazatelů kvality také pracovní skupiny sestavily delší seznam dalších indikátorů kvality, které byly zjištěny během procesu tvorby, seznam oblastí se slabými důkazy, které potřebují přednostně zkoumat, seznam potřeb pro vzdělávání. Konečný návrh byl poté přezkoumán QIC ESGE a výkonným výborem ESGE. A nakonec byly návrhy přezkoumány a schváleny národními společnostmi, UEG, ASGE a patientskými organizacemi.

Vize ESGE dalšího rozvoje kvality

ESGE a UEG mají vizi k vytvoření prosperující komunity endoskopických pracovišť v celé Evropě, které spolupracují s cílem poskytovat vysoce kvalitní, bezpečné, přesné, na pacienta orientované a přístupné endoskopické výkony. Zatímco možnosti toho, co lze dosáhnout specializovanou endoskopickou technikou, se neustále rozšiřují, věříme, že jedním z nejdůležitějších kroků k dosažení našeho cíle je zvýšení kvality každodenních endoskopií.

Rozvoj robustních, společně přijatých a na důkazech položených klíčových ukazatelích kvality je prvním krokem v této vizi.

Zavedení indikátorů kvality spolu s dalšími opatřeními, jako jsou strukturované vzdělávací programy, může vést k významnému zlepšení kvality endoskopie. Ve Velké Británii například desetiletá iniciativa ke zlepšení kvality vedla ke zlepšení četnosti intubace céka ze 76,9% na 92,3% [52].

Fakt, že jsou ukazatelé kvality stanoveny samo o sobě ke zlepšení zdravotního stavu nevede: za účelem zlepšení kvality je nezbytné pravidelně měřit na místní úrovni plnění těchto ukazatelů a porovnávat je vůči standardu. Pracoviště i samotní jednotlivci se pravděpodobně nebudou zlepšovat, pokud nebudou vědět o svém dosaženém výkonu a nebudou jej porovnávat se standardem. Měření umožňuje nalézt možné nedostatky, což dává příležitost k diskusi a podpoře endoskopistů ke zlepšení. Navíc samotný fakt, že dochází ke sledování dodržování kvality vede ke zlepšení ("Haw-

thorne efekt“): je silný, v podstatě zadarmo a vede ke zlepšení kvality péče o pacienta.

Standardizace definicí měřítek kvality a metoda měření jsou zásadní pro navození srovnávacího hodnocení. Zlepšení kvality vyžaduje politickou vůli. Na místní úrovni to vyžaduje podporu od vedení nemocnic. Ačkoliv nejde o zcela nezbytnou formu podpory, jsou národní a lokální odborné autorit příkladem neúspěšnějšího hybatele zlepšování kvality a proto tyto organizace vyzýváme k přijetí zodpovědnosti za šíření tohoto programu. Vytvořením vhodného informačně technického zázemí se systémem elektronického záznamu endoskopií je důležitým krokem umožňujícím průběžné shromažďování dat a automatizované, standardizované vyhodnocování dodržování indikátorů kvality.

Příkladem silného standardu se může stát počet provedených zákroků za rok na jednoho endoskopistu. Jednak velký počet vykonaných výkonů zpřesňuje hodnocení kvality (např. se redukuje možnost, že zjevně neúspěšný výsledek výkonu je náhodná událost). Dále máme důkazy pro to, že zručnost endoskopisty roste s počtem provedených výkonů a že množství komplikací endoskopií je vyšší u endoskopistů, kteří ročně provádějí méně výkonů [1]; což je také dobře doloženo v mnoha dalších klinických oborech, jako je například chirurgie [53]. Trend vedoucí k méně endoskopistům, kteří provádějí více procedur, proto může být vhodný a stanovení minimálního počtu procedur za rok pro endoskopistu může být jednou ze strategií ke zlepšení kvality.

Ke zlepšení je důležité pomoci endoskopistům, jejichž výkony nejsou na nejlepší kvali-

tativní úrovni. Při měření kvality by mělo jít o zlepšování, nikoli o tresty.

Jedním z největších posunů ve zlepšování kvality endoskopií by bylo zvýšení standardního výkonu u pracovišť a pracovníků s nízkou kvalitou endoskopií nad minimální požadované standardy kvality. Různé organizace vyvinuly strukturované postupy pro jednání s endoskopisty s horší kvalitou výkonů a zkušenosti ukazují, že pokud jsou tato jednání vedena citlivě, ale zároveň neoblomně, většina endoskopistů tuto podporu vítá. Někdy však mohou bránit zlepšení kvality endoskopie jednotlivci a dokonce i celá pracoviště, což může způsobovat jak určitá samolibost („Jsem v pořádku a nepotřebuji, aby mi byla kontrolována kvalita“), tak i obavy, že něčí výkony budou označeny za nedostatečné. To může být obzvláště zásadní, pokud existují finanční nebo osobní požadavky na pokračování ve status quo. Nicméně, naši pacienti stojí za to, abychom překonali tyto bariéry a abychom zajistili zlepšování kvality endoskopií na nejvyšší možnou úroveň.

ESGE a UEG určili kvalitu endoskopie jako hlavní prioritu. Doporučujeme, aby všechny pracoviště zavedly mechanismy umožňující audit a zpětnou vazbu endoskopistům a endoskopickým pracovištím s využitím opatření ESGE, který bude zveřejněn v budoucích vydáních Endoscopy. Regionální a národní organizace mají odpovědnost podporovat a v případě potřeby poskytovat zdroje takovýmto iniciativám pro zlepšování kvality. Vyzýváme všechny endoskopisty a endoskopická pracoviště, aby upřednostňovali kvalitu a zajistili, že tyto ukazatele kvality budou dodržovány a monitorovány na místní úrovni, abychom mohli poskytnout našim pacientům nejvyšší možnou péči.