

Рижов С.О.,
Черемухіна О.М.

МОНІТОРИНГ ТА КЛІНІЧНИЙ АУДИТ ЯКОСТІ ХІРУРГІЧНИХ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ У КИЇВСЬКІЙ МІСЬКІЙ КЛІНІЧНІЙ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІЙ ЛІКАРНІ "ЦЕНТР МІКРОХІРУРГІЇ ОКА"

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня "Центр мікрохірургії ока"

Резюме. У Київській міській клінічній офтальмологічній лікарні "Центр мікрохірургії ока" проводився моніторинг і клінічний аудит якості хірургічних офтальмологічних послуг, наданих дорослим сільським жителям протягом 1999–2008 років. Встановлено, що якісна висококваліфікована високотехнологічна хірургічна допомога сприяє зменшенню часу перебування хворого на стаціонарному ліжку і дає можливість збільшити обсяги надання такої допомоги сільським жителям.

Ключові слова: офтальмологічна допомога, цільовий моніторинг, клінічний аудит.

Актуальність якості медичної допомоги та її оцінка на теперішній час не викликає сумніву. Підтвердженням цьому є сучасна політика Всесвітньої організації охорони здоров'я, що визначила однією із головних задач якість у охороні здоров'я [5, 6].

Безперервне покращення якості надання висококваліфікованої хірургічної офтальмологічної допомоги сільському населенню базується на розробці нових системних підходів [3, 4, 7], тобто медичної технології, яка включає в себе моніторинг [8] діагностичного та хірургічного процесу, профілактику та післяопераційну реабілітацію. Моніторинг пов'язаний із клінічним аудитом, який є процесом вдосконалення якості, що спрямований на покращення догляду за пацієнтами та результатів через систематичний перегляд допомоги у порівнянні до детальних критеріїв та впровадження змін [1, 2, 5, 9].

Мета. Вивчити результати здійснення моніторингу діагностичного, хірургічного та профілактичного процесів для вдосконалення офтальмологічної висококваліфікованої допомоги хворим з сільської місцевості.

Матеріали та методи. Проведений динамічний аналіз хірургічних втручань 11424 дорослим пацієнтам сільської місцевості протягом 1999–2008 років. Із них – 725 операцій комбінованої екстракапсулярної екстракції катаракти з антиглаукоматозною операцією з інтраокулярною лінзою, 5565 екстракапсулярних операцій з інтраокулярною лінзою, 545

операцій факоемульсифікації катаракти у поєднанні з глаукомою та інтраокулярною лінзою, 4589 операцій факоемульсифікації катаракти у поєднанні зі штучним кришталиком, проведено 3060 вітректомій, у т.ч. вітректомія при регматогенному відшаруванні сітківки, виведення силікону, видалення епі- та субретинальних мембран при ДПР та при ДПР з ленсектомією, проведено 1697 антиглаукоматозних операцій. 112 операцій проведено з вазореконструктивною метою зі станом далекозайденої глаукоми.

Результати та їх обговорення

За результатами моніторингу та аналізом якості надання висококваліфікованої хірургічної допомоги сільським мешканцям було встановлено, що протягом десяти років у КМКОЛ "ЦМХО" прооперовано з приводу катаракти різними видами хірургічного втручання 11424 дорослих пацієнтів з сільської місцевості. Із них 725 операцій комбінована екстракапсулярна екстракція катаракти з антиглаукоматозною операцією з інтраокулярною лінзою, 5565 екстракапсулярних операцій з інтраокулярною лінзою, 545 операцій факоемульсифікації катаракти у поєднанні з глаукомою та інтраокулярною лінзою, 4589 операцій факоемульсифікації катаракти у поєднанні зі штучним кришталиком. Динаміка цих операцій свідчить, що кількість прооперованих мешканців села за високою мікрохірургічною технологією факоемульсифікацією катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи зростає

ТАБЛИЦЯ 1

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ КЛІНІЧНИХ КЕРІВНИЦТВ:
ПОРІВНЯННЯ УМОВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В США В 1997–1999 РР. [4]

№	Назва операції	Рік										Всього
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
1	Факоемульсифікація катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи	79	123	189	263	328	412	717	763	746	969	4589
2	Факоемульсифікація катаракти у поєднанні з глаукомою та імплантацією інтраокулярної лінзи	0	0	0	0	0	0	6	155	191	192	545
3	Екстракапсулярна екстракція катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи	511	527	632	829	752	619	958	435	339	263	5565
4	Екстракапсулярна екстракція катаракти у поєднанні з інтраокулярною лінзою та антиглаукоматозною операцією	37	57	75	107	105	97	100	48	61	38	725
Всього		628	707	896	1199	1185	1128	1781	1401	1337	1462	11424

щорічно, якщо у 1999 р. було зроблено 79 операцій, то у 2008 р. їх рівень досяг 969 за рік (табл.1).

З покращенням структурних індикаторів [4], тобто збільшенням достатньої кількості коштовної апаратури та інструментарію, змінились і мікрохірургічні технології. Збільшилась кількість хірургічних втручань (факоемульсифікація катаракти з імплантацією інтраокулярних лінз, комбінованих операцій – факоемульсифікація катаракти з антиглаукоматозною операцією та імплантацією штучного кришталика, кератопластичні операції, поєднані з антиглаукоматозними операціями, вітректомії та інші) (табл. 1, рис. 1).

Аналіз статистичних даних щодо кількості мікрохірургічних втручань з приводу факоемульсифікації катаракти з імплантацією штучного кришталика та екстракапсулярної екстракції катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи свідчить про зниження кількості оперативних втручань з використанням екстракапсулярної екстракції, однак мікрохірург може обирати необхідний в даному конкретному випадку метод хірургічного лікування (рис.1).

Проте, для більш глибокого аналізу якості надання високкокваліфікованої допомоги хво-

рим на катаракту, у результаті цільового моніторингу і аналізу доопераційного та післяопераційного ведення хворих і показників щодо ліжко-дня (табл. 3), бачимо, що середній ліжко-день у пацієнтів з факоемульсифікацією катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи у 1999 р. до операції становив 1,2, а в післяопераційний період 2,9.

У 2008 р. у хворих, яким проводилась факоемульсифікація катаракти доопераційний ліжко-день був 0,5, а післяопераційний зменшився до 2 ліжко-днів (табл. 3, рис. 1).

При екстракапсулярній екстракції катаракти доопераційна підготовка займала 1,2 ліжко-дні у 1999 році та в цілому показник дорівнював 5,2 ліжко-дня (табл. 3). У 2008 р. середній ліжко-день до операції був 0,7, а після операції 1,8. Динаміка зменшення ліжко-дня свідчить про якість доопераційної підготовки та поліпшення відпрацьованих післяопераційних алгоритмів лікування.

Якщо у 1999 р. показник запланованого обігу ліжка був 49, а фактичний становив 58,8, то у 2008 р. показник запланованого обігу ліжка становив 75, а фактичний 112,5.

Завдяки моніторингу, тобто організованому, систематичному процесу збору інформації з приводу планування, контролю та оцінки,

ТАБЛИЦЯ 1

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ КЛІНІЧНИХ КЕРІВНИЦТВ:
ПОРІВНЯННЯ УМОВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В США В 1997–1999 РР. [4]

№	Назва операції	Рік спостереження										
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Всього
1	Вітректомія	74	42	52	59	86	118	159	118	92	67	867
2	Вітректомія при гемофтальмі	1	3	3	3	9	14	14	11	19	27	104
3	Вітректомія при регматогенному відшаруванні сітківки	–	–	–	–	–	–	–	79	190	248	517
4	Виведення силікону	–	–	–	–	–	–	–	58	103	117	278
5	Вітректомія з ленсектомією	15	21	22	41	43	40	70	125	58	50	485
6	Видалення епі- і субретинальних мембран	6	31	30	44	52	72	124	62	22	17	460
7	Видалення епі- і субретинальних мембран при ДПР	–	–	–	–	–	–	–	40	75	105	220
8	Видалення епі- і субретинальних мембран при ДПР з ленсектомією	–	–	–	–	–	–	–	24	44	61	129
ВСЬОГО		96	97	107	147	190	244	367	517	603	692	3060

можливе прогнозування, організація та опрацювання науково-обґрунтованих управлінських рішень.

Серед мікрохірургічних втручань вітректомія займає друге місце після операцій у зв'язку з катарактою (табл. 2). Рациональна диференціація в підході до мікрохірургічного втручання в склисте тіло у хворих з відшаруванням сітківки, патологією склистого тіла та катарактою дала змогу якісно та з мінімальними затратами надавати висококваліфіковану офтальмохірургічну допомогу хворим з сільської місцевості. За десять років спостереження було проведено 3060 вітректомій (табл. 2).

Аналізуючи динаміку спостережень деякі види вітректомій почали виконуватись з 2006 р. (вітректомія при регматогенному відшаруванні сітківки, виведення силікону, видалення епі- та субретинальних мембран при ДПР та при ДПР з ленсектомією) (табл. 2).

Ці дані є побічним доказом того, що мікрохірургічні втручання набувають нового технологічного змісту, а кваліфікація хірургів

зростає. Ретроспективний аналіз показників ліжко-дня у хворих з вітректомією в 1999 р. до операції, тобто в період доопераційної підготовки, становив 1,9, а в післяопераційний період 6. Завдяки переходу на інноваційні технології та покращенню якості лікування хворих із сільської місцевості з найважчою патологією ока з початку 2008 р. післяопераційний показник ліжко-дня становив 2,3 (табл. 3).

Цільовий моніторинг та клінічний аудит хворих на відкрито-кутову та закритокутову глаукому, що займають третє місце за рейтингом операцій свідчить, що хірургічна допомога провадиться хворим з розвиненою стадією 32%, дуже поглибленою стадією 41%, тільки у початковій стадії 13%. Значний відсоток розвиненої та дуже поглибленої стадії глаукоми у сільській місцевості пояснюється несвоечасною діагностикою на етапах медико-санітарної допомоги, недостатньою якістю й низькою ефективністю лікування, несвоечасним взяттям на диспансерний облік.

У "Центрі мікрохірургії ока" протягом

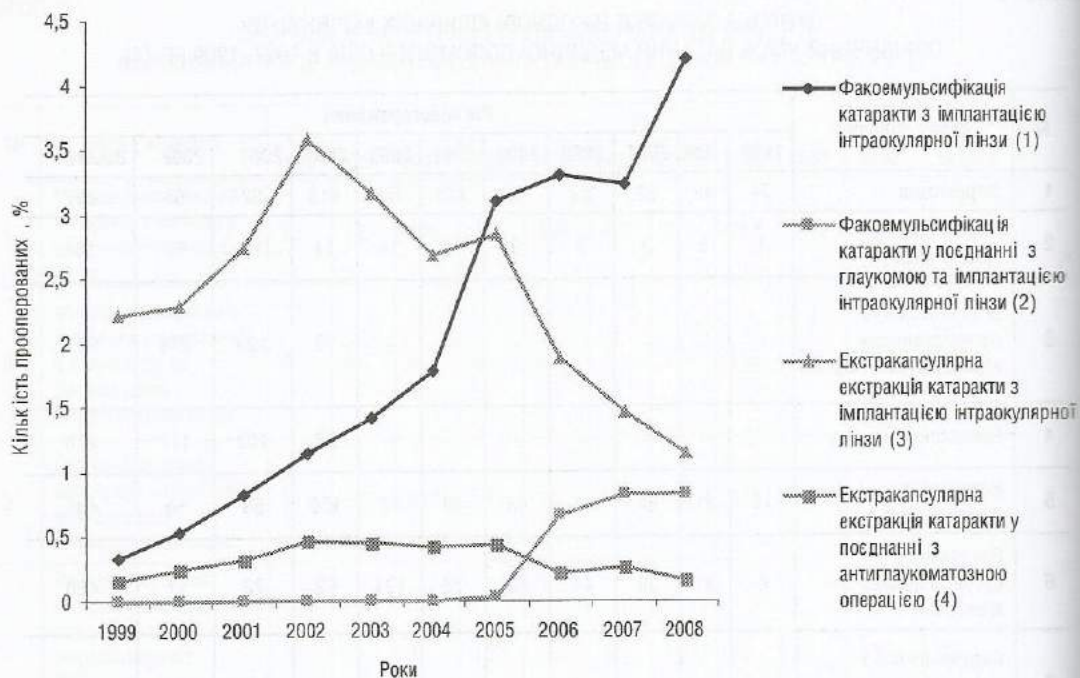


Рис. 1. Динаміка кількості прооперованих дорослих сільських мешканців з приводу катаракти у КМКОЛ "ЦМХО" протягом 1999–2008 рр.

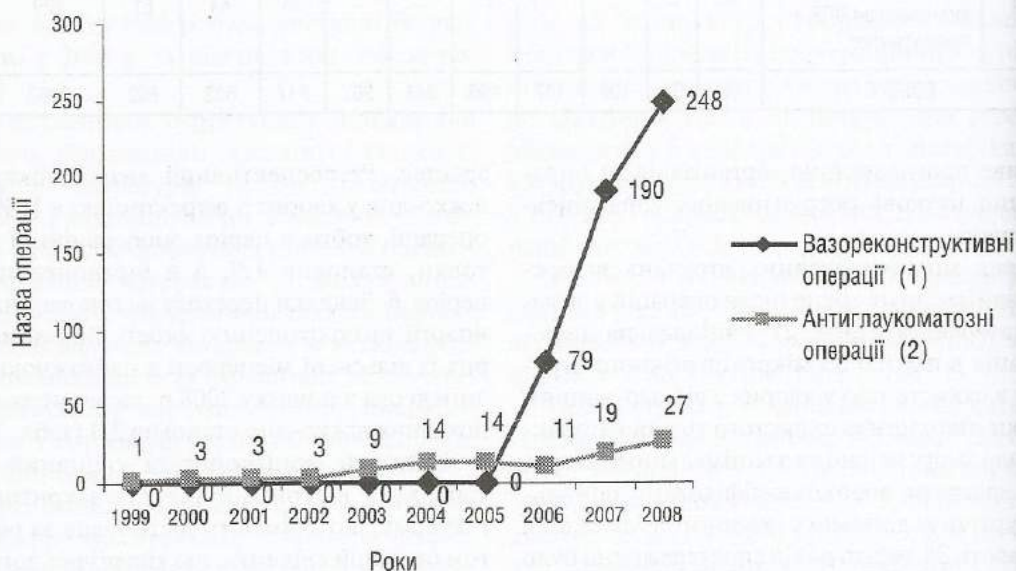


Рис. 2. Динаміка кількості антиглаукоматозних операцій, проведених дорослим сільським мешканцям у КМКОЛ "ЦМХО" протягом 1999–2008 рр.

1999–2008 рр. проведено 1697 антиглаукоматозних операцій дорослим сільським пацієнтам. 112 операцій проведено з вазореконструктивною метою зі станом дуже поглибленої глаукоми (рис. 2). Середній показник ліжко-дня у 2008 р. у хворих на глаукому стано-

вив 3, з них 0,7 доопераційних ліжко-дня, тобто порівняно з 1999 р. знизився в післяопераційний період на 1,5 ліжко-дні (табл. 3).

Якість процесу лікування хворого зумовлює якість результатів лікування. Системний підхід і постійне спостереження в динаміці за зміна-

ТАБЛИЦЯ 3

ДИНАМІКА КІЛЬКОСТІ ЛІЖКО-ДНІВ, ПРОВЕДЕНИХ ДОРОСЛИМИ СІЛЬСЬКИМИ МЕШКАНЦЯМИ В ЗВ'ЯЗКУ З ОПЕРАЦІЯМИ У КМКОЛ "ЦМХО" ПРОТЯГОМ 1999-2008 РР.

Назва операції	Рік																			
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день		середній ліжко-день	
	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції	всього	до операції
Антиглаукоматозні	5,0	1,2	5,1	1,3	4,8	1,3	4,3	1,2	3,02	0,9	3,3	0,8	3,0	0,7	3,3	0,8	2,8	0,8	3,0	0,7
ЕКК + ІОЛ	4,9	1,2	4,6	1,2	4,5	1,1	4,0	1,0	3,02	0,8	3,1	0,8	2,8	0,7	2,7	0,7	2,4	0,6	2,5	0,7
ЕКК без ІОЛ	5,2	1,2	5,0	1,2	4,6	1,2	3,9	1,1	3,2	0,9	3,0	0,7	3,0	0,8	3,2	0,8	2,3	0,7	2,5	0,7
Факоемульсифікація	4,1	1,2	4,1	1,2	4,1	1,1	3,6	0,9	2,5	0,5	2,5	0,6	2,2	0,5	2,3	0,5	2,1	0,5	2,0	0,5
Склеропластична операція при відшаруванні сітківки	7,8	1,3	7,4	1,3	7,0	1,3	6,4	1,1	6,1	1,1	5,4	1,0	4,4	0,8	3,7	0,7	3,7	0,8	3,8	0,9
Вітректомія	7,9	1,9	7,2	1,7	7,1	1,7	6,7	1,5	6,0	1,3	5,1	1,2	3,9	0,9	3,3	0,7	3,2	0,8	3,1	0,8
Кератопластика	9,4	3,8	10,8	4,3	9,7	3,5	8,8	3,3	5,3	1,4	4,9	1,6	5,3	1,6	5,5	2,0	4,1	1,2	3,8	1,3
Керато томія	3,2	1,1	3,3	1,0	3,1	1,1	3,0	1,2	2,2	0,5	2,2	0,7	1,3	0,3	2,6	0,5	1,3	0,3	2,0	1,0
Склеропластика при міопії	2,0	0,6	1,5	0,4	2,1	0,6	1,8	0,4	2,2	0,6	1,8	0,6	1,6	0,5	1,6	0,3	1,5	0,4	2,3	0,9
Космокоість	1,6	0,6	1,6	0,5	1,6	0,5	1,5	0,4	1,8	0,4	1,4	0,3	1,4	0,4	1,5	0,4	1,5	0,4	1,5	0,5
Вазореконструктивні	0	0	0	0	0	0	0	0	2,1	0,6	2,1	0,6	1,5	0,2	1,1	0,2	1,8	0,1	2,4	0,5
Кератопластика повторна	0	0	0	0	0	0	0	0	4,9	1,7	3,5	0,8	6,9	3,1	3,0	1,3	4,5	0,9	5,4	2,5
Хірургічна обробка ран	6,2	0,4	5,7	0,3	5,0	0,4	5,4	0,4	4,8	0,6	4,2	0,6	3,4	0,7	3,2	0,4	4,0	0,4	4,0	0,5
Блефаропластика	0	0	0	0	0	0	0	0	1,9	0,4	3,4	0,7	2,3	0,5	3,0	0,7	2,7	0,6	3,8	0,8
Орбіто томія, екзантеріація	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0,8	3,0	0,7	2,5	0,2	4,3	0,7	3,3	0,7	4,9	1,4
Енуклеація	4,2	1,0	3,3	0,7	4,8	1,6	3,4	1,0	3,1	0,6	2,9	0,8	2,7	0,6	3,1	0,6	2,8	0,7	2,8	0,7
Іридо пластика	6,0	1,5	2,8	0,8	3,4	1,2	4,0	2,0	2,4	0,6	4,8	0,8	6,7	2,3	3,7	0,6	4,4	1,0	3,9	1,1
На повіках	2,0	0,5	1,7	0,3	1,8	0,3	1,6	0,2	1,5	0,2	1,4	0,2	1,4	0,2	1,4	0,2	1,5	0,2	1,4	0,2
На слізних каналах	0	0	0	0	0	0	0	0	1,6	0,2	1,2	0,1	1,1	0,1	1,1	0	1,1	0	1,1	0,0
Лазерні операції	0	0	0	0	0	0	0	0	4,0	2,0	0	0	2,0	1,0	3,0	0	3,9	1,9	3,8	2,5
Кріо хірургія	0	0	0	0	0	0	0	0	2,2	0,5	2,3	0,3	1,8	0,4	2,3	0,7	2,6	0,6	2,1	0,5
Видалення пухли	0	0	0	0	0	0	0	0	4,7	0,7	3,9	0,9	3,6	1,3	4,7	0,7	1,6	0	6,6	1,8
Птоз	0	0	0	0	0	0	0	0	1,8	0,5	1,8	0,4	1,5	0,3	1,8	0,5	1,9	0,6	1,8	0,5
Екстракапсулярна екстракція катаракти з імплантацією інтраокулярної лінзи та глаукома	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0,8	3,1	0,9
Комбінована факоемульсифікація + глаукома	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,3	0,5	2,4	0,5
Комбінована кератопластика + глаукома	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,8	1,9	8,5	2,8
Ендовітреальні ін'єкції	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,3	0,1
Інші	3,5	0,8	3,4	0,9	3,2	0,8	2,0	0,4	2,9	0,8	2,7	0,6	2,1	0,5	1,7	0,2	1,7	0,1	1,2	0,1

ми в технологічних, структурних, лікувальних, хірургічних, етичних рівнях дає змогу підвищувати якість висококваліфікованої офтальмологічної допомоги.

Висновки

Алгоритм послідовних заходів щодо поліпшення якості офтальмологічної допомоги на висококваліфікованому рівні, що вклю-

чає цільовий моніторинг із детальним поточним аналізом, плановим і динамічним аналізом дає можливість змінювати етапи клінічного процесу та види діяльності, проводити клінічний аудит для поліпшення якості медичної офтальмологічної допомоги та опрацювання науково обґрунтованих управлінських рішень.

МОНИТОРИНГ И КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В КИЕВСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ "ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА"

С.А. Рыков, О.Н. Черемухина

Резюме. В Киевской городской клинической офтальмологической больнице "Центр микрохирургии глаза" проводился мониторинг и клинический аудит качества хирургических офтальмологических услуг, оказанных взрослым сельским жителям на протяжении 1999-2008 годов. Установлено, что качественная высококвалифицированная высокотехнологичная хирургическая помощь способствует уменьшению времени пребывания больного на стационарной койке и даёт возможность увеличить объёмы оказания такой помощи сельским жителям.

Ключевые слова: офтальмологическая помощь, целевой мониторинг, клинический аудит.

MONITORING AND CLINICAL AUDIT OF QUALITY OF OPHTHALMIC SURGICAL SERVICES IN KIEV EYE MICROSURGERY CENTER"

S.O. Rykov, O.M. Cheremukhina

Abstract. Monitoring and clinical audit of quality of ophthalmic surgical services provided to rural population during 1999-2008 period has been held in Kiev Eye Microsurgery Center. It is established that high-quality, highly qualified hi-tech surgical care reduces patients' hospital bedtime and makes it possible to increase amount of such services to the rural population.

Key words: eye care, targeted monitoring, clinical audit.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ключников О.Н. Научное обоснование структурно-организационных стандартов качества стационарной офтальмологической помощи взрослому населению крупного города: Автореф. дис. канд. мед. наук. - СПб, 2000. -18 с.
2. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Концепція розвитку охорони здоров'я - стратегія реформування галузі // Лікарська справа. - 2001. - № 1. - С. 3-9.
3. Нагорна А.М., Степаненко А.У., Морозов А.М. "Питання якості медичного обслуговування" 2002, Кам'янець-Подільський: Видавництво "АБЕТКА- НОВА".
4. Рыков С.О. "Напрямки перебудови організації офтальмологічної допомоги населенню України з використанням інтегративно-диференційованої моделі" // Охорона здоров'я України. - 2003. - №2.
5. Clinical Indicators. NHS Quality Improvement Scotland, 2007. ISBN 1-84404-477-7.
6. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment Vol. 1. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
7. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance Vol. II. Washington DC: National Academy Press, 1990.
8. National Standards. Clinical Governance & Risk Management: achieving safe, effective, patient-focused care and services. NHS QIS, 2005. ISBN 1-84404-304-1.
9. NHS, Nice. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxford, Radcliffe Medical Press, 2004. ISBN 1-85775-976-1.