

## ИНДИКАТОРИ ЗА КАЧЕСТВО В ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ХИРУРГИЯ

Р. Коларов

Изпълнителна агенция „Медицински одит“ – София

## QUALITY INDICATORS IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

R. Kolarov

Executive Agency „Medical Audit“ – Sofia

<p><b>Резюме:</b></p> <p><b>Ключови думи:</b></p> <p><b>Адрес за кореспонденция:</b></p>	<p>Качеството на здравната услуга е право на всеки пациент и е приоритет за всяка държава. Неговото усъвършенстване се определя от процедури, мерки и действия, насочени към осигуряване на определени стандарти, които следва да покрият основните проблеми в здравеопазването. Обективното му измерване е трудно, обусловено от характера на здравния продукт. Създаването на специфични индикатори за обективизирането му вълнува редица изследователи. Съществуват общи индикатори за качество и специфични за всяка отделна специалност. Лицево-челюстната хирургия е медицинска специалност с мултидисциплинарен характер. При разработването на специфични индикатори за качество на здравния продукт в специалността е необходимо да се съобразят редица подходи, валидни и за други специалности. Представена е необходимостта от спешно разработване на алгоритми за поведение в лицево-челюстната хирургия.</p> <p>качество в здравеопазването, лицево-челюстна хирургия, здравни индикатори, алгоритми на поведение</p> <p><i>Доц. д-р Росен Коларов, дм, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, ул. „Св. Г. Софийски“ № 3, 1606 София, e-mail: rossen_kolarov@mail.bg</i></p>
<p><b>Abstract:</b></p> <p><b>Key words:</b></p> <p><b>Address for correspondence:</b></p>	<p>Quality of the health services is a right for any patient and is a priority for every state. Its maintenance is defined by actions headed towards a provision and establishment of standards. The objective assessment is hard because of the specific and complex nature of the health product. The development of particular indicators is a dominant goal for many scientists. Oral and maxillofacial surgery is a medical science with multidisciplinary profile. Development of specific quality indicators should take into consideration all the different approaches – some of them valid for other medical specialties. Discussed is also the need for behavioral algorithms in oral and maxillofacial surgery.</p> <p>quality in health care; oral and maxillofacial surgery; indicators for health; behavioral algorithms</p> <p><i>Ass. Prof. Rossen Kolarov, Executive Agency „Medical Audit“, 3, Sv. G. Sofiyski St., Bg – 1606 Sofia, e-mail: rossen_kolarov@mail.bg</i></p>

Качеството е приоритет за всяка здравна система. Науката, която разглежда въпросите, свързани с него, се нарича **медицинска квалитология**. Качественото здравеопазване следва да е държавен приоритет дори и когато ресурсите в една система са ограничени. Подобряването му изисква процедури, мерки и действия, насочени към осигуряване на определени стандарти от страна на здравните институции. Те следва да покрият голям диапазон от проблеми в целия процес на здравеопазване: от иденти-

фициране на здравните нужди на пациентите, през подобряване на резултатите от дейностите в здравната система, до осигуряване на подходяща администрация.

Към определението за качество в здравеопазването Световната здравна организация включва различни компоненти: грижи, които предоставят най-добрия здравен резултат – максимум полза и минимум риск за пациента, отличен професионализъм от всички, участващи в диагностично-лечебния процес, ефективно и рацио-

нално използване на ресурсите с цел постигане високо ниво на удовлетвореност за пациентите. Всичко това следва да осигури възможно най-добрите здравни резултати [4, 5, 7, 13].

В изследване на качеството Донабедиян определя следните основни направления:

– Структура – налична материално-техническа база (сгради, оборудване), персонал, административно управление, структурна обособеност, организационна схема и т.н.;

– Процес – осигуряване на достъп до процедури и дейности, свързани със здравната услуга – диагностика, лечение, рехабилитация, профилактика;

– Резултат – изходът от процеса – какъв е ефектът от приложените процедури и дейности върху пациента – удовлетвореност, намаляване или премахване на болката, излекуване, удължаване на живота, повишаване качеството на живот и т.н.

Отново според Донабедиян основните измерители за качество са:

– Ефикасност – оказаната помощ да е съответна на наличните научни знания;

– Ефективност – постигане на необходимия ефект при минимум усилия и разходи;

– Приемливост – участие на пациента и семейството му при вземането на решения относно здравето му;

– Оптимизиране – баланс между разходи и ефекти;

– Легитимност – здравните услуги да са в съответствие с обществените предпочитания, изразени в етични принципи, ценности и норми;

– Равнопоставеност – здравните услуги да се предоставят в съответствие с принципите за справедливост при разпределение на благата между членовете на обществото [27, 28, 29, 30].

Въз основа на всичко изложено дотук следва да се формулират **обобщени критерии за качество**. На първо място това са критерии за уместност (ниво на грижи) и определят вида услуги, които трябва да бъдат предоставени на пациента от гледна точка на качеството и свързани със състоянието му. На второ място са линейните критерии, които се отнасят до оценка на процеса на предоставяне на услугите. Важни са изходните критерии, използвани при непредвидени ситуации. Все по-важни стават така наречените критерии-карти. Те представляват алгоритми за действие, или „дърво на решенията“ – логически процедурни диаграми, позволяващи предварително представяне на процеса, чрез който клиничното поведение се направлява стъпка по стъпка, като всяка следваща зависи

от предходната. Особено важно е използването им при спешни случаи. В последните години се прилагат при разработването на „Ръководства за добра практика“ (Guidelines).

Особеност на качеството в здравеопазването е, че то е много трудно измеримо. За да бъде измерено, е необходимо създаването на редица критерии, по които обективно да бъде оценен здравният продукт. Медицинските специалности са твърде много, имат своята специфика, показатели за дейност и очаквани резултати. Ако за една специалност даден показател е добър, то за друга, може да се окаже твърде слаб. Така например за специалностите с терапевтична насоченост средният болничен престой може да е нормален, докато за хирургичните да е висок. Разбира се, има критерии, които са общовалидни. Специфичните критерии за качество на здравната услуга обаче следва да се пречупват и през призмата на всяка отделна медицинска специалност [6, 7, 8, 9].

Разработването на индикатори за качество на медицинската помощ е от особено значение. През 2015 г. бе разработен и подложен на обсъждане медицински стандарт "Индикатори на системата на здравеопазването". В неговото Приложение 3 са представени индикатори за качество в болничната помощ. Те се отнасят и за специалността ЛЧХ, но подлежат на критичен анализ.

В настоящата статия си поставихме за **цел** да направим критичен анализ на всеки един от индикаторите. Въз основа на този анализ и на спецификата на лицево-челюстната хирургия да предложим направления и основа за изработване на индикатори за качество в тази специалност.

**I. Специфичните индикатори за качеството при оказване на болнична помощ са:**

1. Брой пациенти с отклонения по съответна клинична пътека:

- *Организационни отклонения;*
- *Клинични отклонения, свързани с основното заболяване; придружаващите заболявания; лечението или диагностиката;*
- *Отклонения, предизвикани от външни обстоятелства.*

Така представените индикатори са твърде общи, без база за сравнение, определени оптимални граници на отклонения, изведени в резултат на научни изследвания. Така например в т. 1 се отразяват пациенти с отклонения от съответната клинична пътека, които могат да са организационни, клинични или предизвикани от външни обстоятелства. Нито едно от тези обстоятелства не е посочено конкретно, както и

оценка, която да обективизира този индикатор. В хода на лечението на един болен винаги могат да настъпят отклонения в хода на болестта както в посока оздравяване, така и в посока влошаване. Тези обстоятелства са зависими от редица фактори, като възраст на болния, наличие на придружаващи заболявания, тежест на протичане на болестта и редица други. Тук акцент би следвало да е поведението на екипа, провеждащ лечението, справянето с конкретно възникнали ситуации и пр. Необходимо е подобен критерий за качество да е фокусиран към резултата и впоследствие да се анализира процесът на постигането на този резултат. Заедно с това е необходим точен и обективен критерий за оценка на това кой резултат от проведено лечение е добър и до каква степен.

### *2. Продължителност на болничния престой*

Продължителността на болничния престой е индикатор, който може да ни ориентира по-точно към това как и колко ефективно функционира едно лечебно заведение (ЛЗ). Той логично е различен за лечебни заведения за активно лечение и за долекуване и продължително лечение. Също така той е различен и зависим от съответната медицинска специалност, от степента и тежестта на болестта и пр.

*3. Наличие и управление на "Листа на чакащи" за планова хоспитализация пациенти, съобразно тежестта на заболяването; своевременност на хоспитализацията*

Наличието на "Листа на чакащи" за планова хоспитализация на пациенти, съобразено с определени обстоятелства, е важен, но зависим от редица фактори критерий: вътрешни – касаещи управлението на съответното ЛЗ, и външни – касаещи организацията на здравната система. Така например появата на здравна карта поставя някои ЛЗ в състояние да пролонгират периода до хоспитализация на пациента. Ето защо наличието на "Листа на чакащи" следва да се приема с належащата относителност, съобразно характера на специалността, здравната карта на страната и пр.

*4. Брой пациенти с проведени контролни прегледи след дехоспитализация*

Броят контролни прегледи след дехоспитализация е определен в съответната клинична пътека (прим. два безплатни). Този индикатор е част от диагностично-лечебния процес и е зависим включително и от желанието на болния да се възползва от тях. Подобен критерий не определя по-добро или по-лошо качество на оказаната помощ.

*5. Болничен престой;*

*6. Хирургична дейност:*

- *Предоперативен престой;*
- *Пациенти с постоперативни усложнения;*
- *Пациенти с постоперативни инфекции;*
- *Брой пациенти с проведен клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия (КППА) в съответствие с нормативните изисквания;*
- *Немотивирано отлагане на оперативното лечение.*

Критерии 5 и 6, касаещи болничния престой и дейността на хирургичните структури (клиники и отделения), както и глобално за ЛЗ, са част от статистическите показатели за тях. Това са показатели, които са важни и дават представа за съответната хирургична дейност, както и за качеството на приложеното лечение. За да бъдат обаче обективизирани, е необходимо точно проследяване на хода на лечението и на евентуално възникналите усложнения. Необходими са анализ и точно мониториране на целия диагностично-лечебен процес.

Относно броя на проведените КППА, то такъв преглед е задължителен и е неотменна част от диагностично-лечебния план. В този случай е недопустимо неприлагането на преданестезиологична консултация. То е нарушение на Закона за здравето и не следва да присъства като индикатор за качество.

Немотивираното отлагане на оперативното лечение би могло да се определи като качествено индикатор. Необходимо е обаче тези случаи да се анализират и действително да се докаже, че няма разумен мотив за отлагането.

**II. Специфичните индикатори за качество на резултата от болничната медицинска помощ са:**

*1. Промяната на здравословното състояние на пациентите в процеса на провежданото лечение и след завършването му:*

- *Оздравели пациенти;*
- *Пациенти с подобрение;*
- *Пациенти без промяна;*
- *Пациенти с влошаване;*
- *Пациенти с инвалидизация;*
- *Брой пациенти, насочени за физиотерапия и рехабилитация, преминали по клинични пътеки, за които това се изисква.*

Тези показатели отразяват качеството на оказаната здравна помощ и са неразделна част от медицинската квалификация. Безспорен е фактът, че преминалите болни през дадена лечебна структура и резултатът от проведеното лечение (оздравели, с подобрение, с влошаване и пр.) е съществен и важен. Той дава представа за това

как преминава целият ДЛП и какъв е резултатът от него. Би следвало обаче да отпадне обстоятелството болните да са преминали по клинични пътеки. Това са показатели, засягащи лечението и неговото качество за всички лекувани болни, без значение кой и как ще заплати.

2. *Смъртни случаи по договорени клинични пътеки;*

3. *Постоперативен леталитет.*

Леталитетът за дадено ЛЗ е показател, който има своето място. Тук отново следва да отпадне обстоятелството за преминали по клинични пътеки болни. Този показател касае всички лекувани болни, преминали през даденото ЛЗ.

4. *Съответствие на диагнозите:*

- *Съответствие между приемна, предварителна и окончателна диагноза;*
- *Съответствие между основна окончателна и основна патоморфологична диагноза;*
- *Съответствие между клинична и оперативна диагноза.*

5. *Брой случаи за отчетния период по клинични пътеки, насочени към друг изпълнител на БП за всяка пътека;*

6. *Повторна хоспитализация по съответната клинична пътека;*

7. *Брой регистрирани вътреболнични инфекции;*

8. *Основателност на жалбите.*

Съответствието на диагнозите, както и повторните хоспитализации са съществен момент от медицинската квалитология. Подобни показатели са изключително важни, представени са подходящо и към тях няма критични бележки.

По отношение на критерий 6 отново се заостря вниманието върху клиничните пътеки. Би следвало подобен показател да се отнася до всички болни, преминали през дадена структура.

Относно вътреболничните инфекции следва да се знае, че в Наредбата за акредитация на ЛЗ е подадена референтна стойност от 15%. На практика няма лечебно заведение, което да е изпълнило този показател. Необходима е точна, ясна и единна методика за всички ЛЗ относно регистриране на ВБИ.

При критерий 8, отнасящ до основателността на подадените жалби, следва да се определи кой ще даде точно оценка дали е така. В случая би била важна ролята на ИА „Медицински одит“.

Всички представени дотук критерии с направения критичен анализ са относими и към специалността ЛЧХ. Освен това могат да се добавят и такива, специфични за отделните нейни раздели.

Лицево-челюстната хирургия е медицинска специалност, занимаваща се с диагнозата и ле-

чението на група заболявания, при които използването на операция е задължително или потенциално възможно. Обхваща обема от хирургични заболявания на лицето, лицевите и челюстните кости, кожата и меките тъкани на главата и подлежащите костни структури, шията, устната кухина и граничните зони на фаринкса, зъбите и околозъбните тъкани, външния нос и носната кухина, околоносните кухини (синуси), очницата (екстрабулбарно), ушната мида и външния слухов проход, граничните зони на черепната основа (база), както и пластично-възстановителните и реконструктивните операции в посочените области. Изисква познания, технически умения и преценки, необходими за адекватна диагностика и лечение на хирургичните болести в лицево-челюстната и шийната област, главата и шията. Предполага задълбочени познания по анатомия, физиология, образна диагностика, органна функционална диагностика, инвазивни изследвания, предоперативно оценяване, постоперативно хранене и грижи, интензивни грижи, травматология, онкология, неврохирургия и др. [1, 2, 10].

Специалността включва следните предметни области:

**Гнойно-септична лицево-челюстна хирургия** – възпалителни заболявания на меките тъкани на лицето, главата, шията и устната кухина; възпалителни заболявания (остеомиелити и периостити) и некрози от различно естество на челюстните и лицевите кости; одонтогенни и неодонтогенни синусити, лимфаденити, екзацербирани кисти; възпалителни заболявания на кожата на лицето и шията и др.

**Лицево-челюстна травматология** – включва фрактури на челюстните и лицевите кости, орбитата, фронтален синус, носните кости и назоетмоидалния комплекс; наранявания на меките тъкани от различно естество в областта на лицето, устната кухина, шията и скалпа, главата.

**Лицево-челюстна онкология** – включва диагностика и хирургично лечение на онкологичните заболявания в раздела рак на главата и шията: злокачествени тумори на устната кухина, езика, прилежащия на устната кухина орофаринкс, челюстните и лицевите кости; злочактвени тумори на кожата и меките тъкани в областта на лицето, шията, скалпа и главата; тумори на слюнчените жлези; лечение на първични и метастатични тумори на шията.

**Заболявания "Вария"** – това са група заболявания, характерни за лицево-челюстната област, например на слюнчените жлези, лицевите нерви, темпоро-мандибуларната става, синдроми

и заболявания на лигавицата на устната кухина, езика и устните, кожата на лицето и др.

**Лицево-челюстна пластично-възстановителна, реконструктивна и естетична хирургия** – заболявания или дефекти в ЛЧО, получени в резултат на вродени, придобити дефекти, малформации, деформации или в резултат на остаряване на тъкани и органи, както и процедури, целящи постигане на по-добра естетика [11, 12].

От всичко казано дотук е видно, че ЛЧХ е мултидисциплинарна специалност. В тази връзка разработването на специфични индикатори за качество на оказаната медицинска помощ в ЛЗ и в структурите по ЛЧХ изисква подход и към основните области от специалността.

При разработването на индикатори за качество следва да се съобразим с основен момент от Закона за здравето. В Чл. 81 от него е записано: „Всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на този закон и на Закона за здравното осигуряване.

Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи:

1. Своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
2. Равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
3. Сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
4. Зачитане правата на пациента.“

В ал. 1, т. 1 от този член се съдържа съществена част, имаща отношение към създаването на индикатори за качество, а именно своевременност и достатъчност. Това означава, че всяка лечебна процедура следва да се проведе в подходящия момент, което е особено съществено в случаите на спешност. Достатъчността означава изпълнение на обем от диагностични и лечебни процедури, при които се постига възможно най-добър изход от болестта.

Тези основополагащи принципи, приложени към специалността ЛЧХ, предполагат в раздел *Гнойно-септична лицево-челюстна хирургия*, да се добави кога и как е проведена съответната хирургична процедура при даден болен. Тук изхождаме от правилото, че ранната хирургична обработка е в голяма степен решаваща. Отлагането ѝ е възможно, но само под контрол на болния. Друг момент при тези болни е провеждането на съответно антибиотично лечение. Насочената антибактериална терапия е най-ефективна. Това означава своевременно верифициране на мик-

робиологията в раната. Антибиограмата в тези случаи е водещо изследване. Вземането ѝ трябва да стане в момента на хирургичната обработка. Всяко забавяне и некоректно изпълнение на изследването са отклонение от качеството на оказаната помощ.

В раздел *Лицева травма* трябва да се следва основният принцип на травматологичната наука и практика, а именно – ранната репозиция и фиксация на фрактурите е основна и най-важна за успеха на проведеното лечение. Тук е важен срокът на проведеното хирургично лечение. Подобни болни са спешни и това изисква незабавна обработка и извършване на репозиция и фиксация на фрактурираните фрагменти.

В раздел *Лицево-челюстна онкология* основни са сроковете от поставянето на точна и вярна диагноза до започване и завършване на терапията. По отношение на оперативното лечение следва да има точен регистър с постоперативни персистенции на съответния тумор, възникнали рецидиви и метастази, проследяване хода на болестта и пр.

Тези най-общии постулати, валидни за хирургичната наука и практика в цялост, обаче следва да се изведат от конкретните нозологични единици. Това би могло да се получи единствено, ако са разписани ясни консенсуси и клинични карти на действие (Guidelines). Ето защо създаването им е абсолютно наложително.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качеството на медицинската помощ е съществен и важен елемент в системата на здравеопазване. Измерването на качеството на здравния продукт е трудно и изготвянето на критерии за това вълнува медицинската общност. Създаването на обобщени критерии, касаещи цялостната дейност на структури по ЛЧХ, е по-лесно достижима задача. В отделните медицински специалности обаче следва да се съблюдава конкретната специфика на всяка от тях. Ето защо изработването на алгоритми на поведение в различната нозология би било добра основа за извеждане от тях и на отделни общовалидни критерии. Изработването на такива алгоритми и критерии в специалността лицево-челюстна хирургия е твърде закъсняло. Следва този процес да започне незабавно, да се проведе широко обсъждане и да се приемат съгласия между специалистите. Само по този начин би могло да се достигне да изработване на общовалидни критерии за качество на медицинската помощ в специалността лицево-челюстна хирургия.

**Библиография**

1. Анастасов К. Хирургична стоматология, Мед. и физк., С., 1979.
2. Бакърджиев А. Орална хирургия в денталната медицина, Пловдив, 2011.
3. Борисов В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 2006.
4. Борисов В. Мениджмънт на качеството на здравното обслужване. Въведение в здравния мениджмънт. Pг Phage, С., 1995.
5. Борисов В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, Филвест, С., 2003, 125-142.
6. Грива Х., Христова С, Чолакова Т. Здравни индикатори, НЦЗИ, С., 2000.
7. Делчева Евг. Всеобщ достъп до качествена здравна помощ. В: Икономиката на България и ЕС: Догонващо икономическо развитие – стратегия и реалности, 76-98.
8. Димова А. Болничен продукт и неговото качество. Сборник доклади по мениджмънт на качеството, 15 национална школа за млади учени и специалисти, Издателство Фондация "Еврика", С., 2001, 100-107.
9. Иванов Л, Големанова Ж, ред. Болничен мениджмънт на С., НЦОЗ при МЗ, 2005.
10. Коларов Г., ред. Пропедевтика на Хирургичната стоматология, Мед. и физк., С., 1984.
11. Коларов Р. и др. Медицински стандарт по лицево-челюстна хирургия, Наредба № 23 на МЗ от 18 ноември 2002 г.
12. Коларов Р. Клинични пътеки в лицево-челюстната хирургия, Медицински мениджмънт и здравна политика, 2006, 37(4): 11-17.
13. Маринов М. Качество на здравната помощ, В. Търново, 1998.
14. Младенов А, Кирилов К. Използването на показателите за дейността в болнично лечебно заведение за целите на маркетинговото планиране. Здравна политика и мениджмънт. 2012, 3, 14-19.
15. Национална стратегия за осигуряване, контрол и постоянно подобряване на качеството на медицинските дейности, С., МЗ, 2002.
16. Петрова Зл, Попова М. Ролята на ИАМО в процеса на изграждане на Система за отчитане на медицинските грешки. Соц. мед., № 4, 2010.
17. Петрова Зл. Медицински одит като възможност за управление на медицинския риск. Сборник, юбилейна сесия, МУ – Варна, 2011.
18. Петрова Зл, Генов Стр. Управление на здравната система, Health Media Group, С., 2013.
19. Петрова Зл, Генов Стр, Енчев Н, Воденичарова А. Глосариум на най-често ползваните термини и определения в организацията и управлението на здравеопазването. Ес принт, С., 2015.
20. Петрова Зл, Чамов К, Гладилов Ст. Качеството на здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. Знание, С., 2007.
21. Петрова Зл. Качеството в здравеопазването – приоритет или псевдоприоритет в условията на реформиращо се здравеопазване? – първа част. Здравен мениджмънт, 2007.
22. Чобанянева Ив, Димова А. Управление на качеството в здравеопазването, ИК Стено, Варна, 2004.
23. American Medical Association, Council of Medical service. Quality of Care JAMA 1986; 25: 1032-1045.
24. Brook RH et al. Quality of care assessment: Choosing a method for peer review. N Engl J Med. 1996; 13: 966-970.
25. Byrne D. Enabling Good Health for all. A reflection process for a new EU Health Strategy, 15.08.2004 [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/strategy/health\\_strategy\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm).
26. Brook R, McGlynn EA, Cleary PD. Part 2: Measuring Quality of Care. New Engl J Med, 1996; 335(13): 966-970.
27. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The criteria and standards of quality. Vol 2, Ann Arbor: Health Administration Press, 1982; 2: 135.
28. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin, 1986; 12: 99-108.
29. Donabedian A. The quality of care – how can it be assessed. JAMA, 1988; 260(12): 1743-1748.
30. Drummond M. Principles of Economic Appraisal in Health Care, Oxford Univ. Press, 1990.
31. Grol R. National standards setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and responds to a set of standards. Br J Gen Pract, 1990; 40(338): 361-364.

*Постъпила за печат на 2 юни 2017 г.*