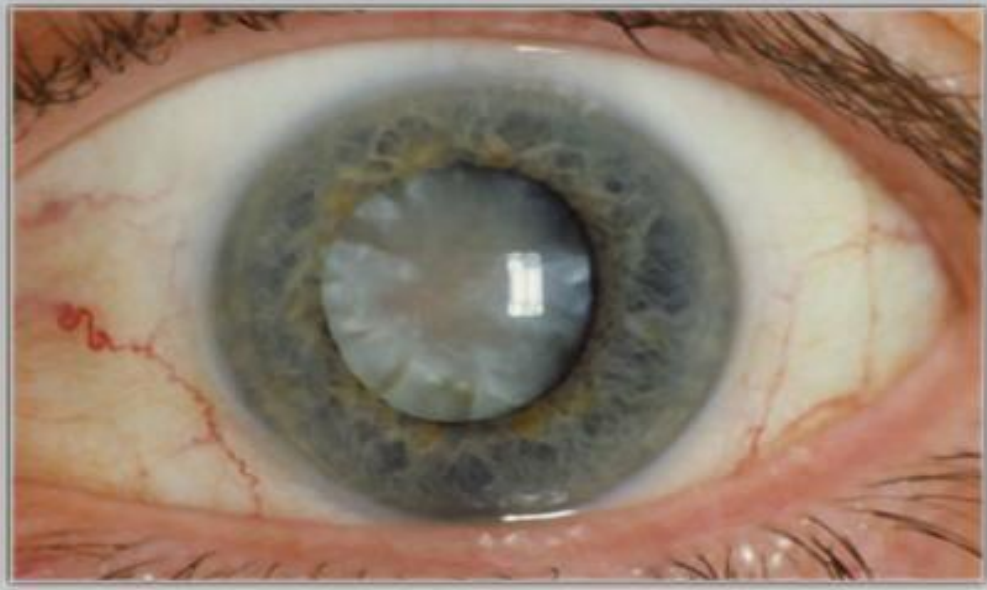




T.C. Sağlık Bakanlığı

## KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

# KATARAKT



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi-Katarakt (Versiyon1.1)  
Haziran 2017

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

**İletişim**

T. C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı  
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 1. kat Kolej / Ankara  
Tel: 0312 458 50 05-26  
Faks: 0312 435 16 79  
web: [www.klinikkalite.saglik.gov.tr](http://www.klinikkalite.saglik.gov.tr)  
e-posta: [klinikkalite@saglik.gov.tr](mailto:klinikkalite@saglik.gov.tr)

---

**Editör**

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ

Uzm. Dr. Alaattin DİLSİZ

**Hazırlayanlar**

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Uzm. Dr. Nazan AVŞAR

Uzm. Dr. Nasibe ŞENCAN KARA

Uzm. Dr. Hilal AKSOY

Uzm. Dr. Dt. Gül ATEŞ

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Hem. Çiğdem GÜNAY

Ecz. Ercan KOCA

Psk. Öznur ÖZEN

Çağlayan SARIOĞLAN

Sağ. Uzm. Yard. Gül HAKBİLEN

Sağ. Uzm. Yard. Ayşe AYKANAT

Sağ. Uzm. Yard. Şerife ENGELOĞLU

**Bilimsel Komisyon**

Prof. Dr. Ali Bülent ÇANKAYA

Prof. Dr. Özlem Evren KEMER

Prof. Dr. Tülay Şimşek

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	4
<b>KISALTMALAR</b> .....	5
<b>TANIMLAR</b> .....	6
I. BÖLÜM .....	7
TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI .....	7
1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci .....	8
1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları .....	8
1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi .....	9
1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Havuzu, Analiz ve Raporlama Süreçleri .....	10
II. BÖLÜM .....	11
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ .....	11
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi .....	12
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri .....	12
II. BÖLÜM .....	15
KATARAKT .....	15
3.1. Katarakt .....	16
3.2. Katarakt Operasyonu ile ilgili Hedefler .....	16
3.3. Katarakt Sağlık Olgusuna Ait Standart ve Göstergeler .....	16
III. BÖLÜM .....	17
KATARAKT GÖSTERGE KARTLARI .....	17

## ÖNSÖZ

2003 yılında uygulanmaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedeflerinden biri, ülkemiz insanlarına yaygın, erişimi kolay, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sunmaktır. Bu hedef doğrultusunda 2005 yılında başlatılan sağlıkta kalite çalışmaları bugün geldiği nokta itibariyle, ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır. Bu kapsamda öncelikle kalite çalışmalarının temel taşları olan standartlar, kalite göstergeleri ve kalite değerlendirilmelerine ilişkin süreçler oluşturulmuş ve başarı ile uygulanmıştır. Sonrasında, ölçme ve değerlendirme sistemi geliştirilerek, tıbbi süreçleri ve hastadan elde edilen sonuçları detaylı şekilde ölçme ve izleme hedefine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Bu amaçla 2012 yılında, ülke öncelikleri ve sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri göz önünde tutularak, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç bazlı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen “Türkiye Klinik Kalite Programı” başlatılmıştır.

Bu program, sağlık politikalarının geliştirilmesi, özellikle sağlık sorunları ve hastalıklar bazında yapılan faaliyetlerin sonuçlarının izlenmesi ve hesap verilebilirlik noktasında oldukça önemli olan ölçme, izleme ve değerlendirme kültürünün ulusal düzeyde geliştirilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Özetle, sağlık olgularına yönelik klinik kalite çalışmaları, temelde, sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesini ve dolayısıyla ülkenin tamamında yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti sunulmasını hedeflemektedir. Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla, verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması için ölçme ve değerlendirme sisteminin etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

Rehberin, klinik kalitenin iyileştirilmesine, beklenen katkıyı sağlamasını umuyor, ülkemiz sağlık hizmetleri adına hayırlı olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

## KISALTMALAR

**K3DS** : Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

**SUT** : Sağlık Uygulama Tebliği

**ICD-10** : International Classification of Diseases-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

**HBYS** : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

**USS** : Ulusal Sağlık Sistemi

## TANIMLAR

**K3DS:** Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan klinik kaliteye ilişkin veri toplama, analiz ve raporlama aracıdır. K3DS, e-Nabız sistemi üzerinden elde edilen verileri esas almaktadır.

**Standart:** Belirlenmiş sağlık olgusu ile ilgili kabul görmüş klinik kılavuzluk bilgileri veya tanımlamalar içeren kesin kriterlerdir.

**Gösterge:** Klinik veriler kullanılarak klinik çıktıların ölçülmesine yarayan ölçüm aracıdır.

**Gösterge Kartı:** Her bir göstergenin amacını, hesaplama yöntemini ve hesaplamada kullanılacak olan veri kaynağı gibi bilgileri içeren formdur.

**Veri Kaynağı:** Verinin toplanacağı ortam ile hesaplamada kullanılan ICD-10 ve SUT kodları gibi veri kodlarını ifade eder.

**Ulusal Hedef:** Gösterge bazında ulaşılmaması gereken hedefdir.

**Kurumsal Hedef:** Ulusal hedefi yakalamak için gerektiğinde Bakanlıkça belirlenen kuruluşa ait ara hedefdir.

**Veri Analiz Periyodu:** Klinik kalite verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.

## I. BÖLÜM

# TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI



## 1. Türkiye Klinik Kalite Programı

### 1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci

Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişimin büyük oranda sağlanması, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin farklı boyut ve alanlarda ölçülmesini gerekli kılmıştır. Kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi kavramının sağlık sisteminin her alanında geliştirilmesi (ulusal, bölgesel, kurumsal, bireysel) hedeflenmektedir.

2012 yılında başlatılan, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç bazlı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda, hasta güvenliği ve etkinliğinin sağlanmasıdır. Bu amaçla belirlenen sağlık olgularına yönelik çıktılarının ölçümü ve değerlendirmelerinin yapılabilmesi için veri tabanlarının oluşturulması gerekmektedir. Çalışmalar kapsamında öncelikle sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır. Ölçülecek göstergeler belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınmaktadır:

- Konu ile ilgili en çok sorun yaşanan ya da en problemlili olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmaktadır.
- İlk önce kolay ölçülebilen, yüksek oranda personel uyumunun sağlanabileceği göstergeler tercih edilmektedir
- Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmektedir.

Bir sonraki aşamada ise, kurumlar tarafından gönderilen veriler K3DS'de (Klinik Kalite Karar Destek Sistemi) analiz edilip raporlanmaktadır. Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar üzerinden gerçekleştirilen analizler, ilgili sağlık olgusuna yönelik iyileştirilmesi gereken alanları tespit etmemizi ve gerekli çalışmaları planlamamızı ve uygulamamızı sağlamaktadır.

### 1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları

Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında izlenecek sağlık olguları belirlenirken, sağlık sorununun bireye ve topluma etkisi, hastalık yükü, ölçülebilirliği ve uluslararası uygulamalar dikkate alınmıştır. Bu çerçevede belirlenen on bir (11) sağlık olgusu aşağıda görülmektedir. Sürecin ilerleyen aşamalarında yeni sağlık olguları ve gösterge belirleme çalışmaları devam edecektir.

1. Diabetes Mellitus
2. Diz Protezi
3. Kalça Protezi
4. İnme
5. Koroner Kalp Hastalığı
6. Gebelik ve Doğum Süreci
7. Kolorektal Kanseri
8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

9. Katarakt
10. Prostat Kanseri
11. Diş İmplantı

### 1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi

Her sağlık olgusu için ilgili uzman ve akademisyenlerden oluşan çalışma grupları oluşturulmuştur. Oluşturulan çalışma grupları aşağıdaki iş akışı kapsamında çalışmalarını yürütmüştür:

- Ülkede ilgili sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolunun** belirlenmesi (birinci basamak, ikinci basamak hizmet gibi)
- Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel kalite standartlarının** belirlenmesi
- Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **gösterge havuzunun oluşturulması** (ulusal ve uluslararası uygulamalar ve literatür incelenerek)
- Gösterge havuzunun ülke genelinde ölçülebilirlik ve etkinlik açısından incelenmesinin ardından ölçülecek **göstergelerin belirlenmesi**
- Gösterge **hesaplama yönteminin** belirlenmesi
- Göstergelerin hesaplanmasında kullanılacak **veri kaynaklarının** (ICD 10 kodları, SUT kodları, muayene veri setleri, hasta dosyaları gibi) belirlenmesi

#### Göstergelerin ve standartların kodlanması:

- Sağlık olguları için belirlenen kısaltmalar aşağıdaki gibidir.
    - **DM:** Diabetes Mellitus
    - **KK:** Koroner Kalp Hastalığı
    - **DP:** Diz Protezi
    - **KP:** Kalça Protezi
    - **GD:** Gebelik ve Doğum Süreci
    - **İN:** İnme
    - **KH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
    - **KA:** Katarakt
    - **KR:** Kolorektal Kanseri
    - **PR:** Prostat Kanseri
    - **Dİ:** Diş İmplantı
  - **Standart kodlaması**, sağlık olgusunun kısaltması ve Standart kelimesinin ilk harfi olan **S** ile Standardın ilgili sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin **DM.S1**, Diabetes Mellitus Hastalığının birinci standardını ifade eder.
  - **Gösterge Kodlaması**, Sağlık olgusunun kısaltması ve sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin, **İN.1** İnme sağlık olgusunun birinci göstergesini ifade eder.
- Gösterge yönetimine yönelik süreçlerin belirlenmesi:**
- Süreçler ile ilgili aşağıdaki parametreler belirlenir;
    - Gösterge kartlarıBakanlık tarafından belirlenen gösterge kartlarında aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:

- Gösterge Kodu
- Kısa Tanım
- Standart
- Hesaplama Yöntemi
- Veri Kaynağı
- Hedef Değer
- Veri Analiz Periyodu
- Sorumlular

- Sağlık kuruluşu, il, bölge ve ülke bazında geri bildirim raporlarının hazırlanması.

- **Hedef değerlerin belirlenmesi:**

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarında ortaya konulan hedefler kurumun kalite yolculuğunun rotasını belirleyecektir. Bu rotada alınacak kararlar veriye dayalı olmalıdır.

Ulusal hedefler, Klinik Kalite Çalışma Grubu içerisinde bulunan uzman ve akademisyenler tarafından belirlenmiştir. Her kurumun ulusal hedefe ulaşmak için ayrıca kurumsal hedefler belirlemesi mümkündür. Kurum her iyileşme sürecinden sonra hedefini yükseltebilir.

#### 1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Havuzu, Analiz ve Raporlama Süreçleri

- Ulusal boyutta tüm sağlık kuruluşlarında tanı, tedavi ve müdahale süreçlerinde oluşan sağlık verileri kuruluş bilgi sistemleri üzerinden USS'ye gönderilerek veri tabanında depolanır. USS veri tabanındaki veriler kullanılarak kuruluşlara ait klinik veriler K3DS'de rapor haline dönüştürülür. Her kuruluş, klinik kalite raporlarını K3DS ekranlarından kendine ait kullanıcı adı ve şifre ile sisteme giriş yaparak izleyebilir. Gösterge tabloları birkaç farklı boyutta olabilir. Gösterge tablolarında her göstergeye ait hedeflere ulaşma düzeyini gösteren renklendirmeler yapılmıştır. Gösterge tablosu için resimde bir örneğini görebilirsiniz.

## II. BÖLÜM

### KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

## 2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

50 yatak üzeri yataklı sağlık kuruluşları bünyesinde Türkiye Klinik Kalite Programı çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere klinik kalite iyileştirme komitesi kurulur.

50 yatak altındaki sağlık kuruluşları ile ayaktan tanı ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında, kalite iyileştirme komitesi tarafından gerçekleştirilen görevler kalite direktörlüğü bünyesinde yürütülür.

Komite asgari aşağıdaki üyelerden oluşmalıdır:

- a) Başhekim / Yönetici veya görevlendireceği bir yardımcısı
- b) Hastane müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
- c) Sağlık bakım hizmetleri müdürü / Başhemşire
- d) Kalite direktörü
- e) USS veri sorumlusu

Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu için en az bir uzman hekim komite toplantılarına katılır.

### **Klinik Kalite İyileştirme Komitesinin Görevleri**

- a) Sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen klinik kalite çalışmalarının Bakanlıkça yayımlanan “Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberleri” doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlamak,
- b) Sağlık olgusu bazında izlenen tüm klinik kalite göstergeleri ile ilgili veri kalitesini değerlendirmek, veri kalitesi ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri belirlemek ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- c) Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Bakanlık tarafından gönderilen geri bildirim raporlarını (Klinik Kalite Karar Destek Sistemi-K3DS) ve HBYS’den elde edilen sonuçları karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapmak,
- d) Gösterge bazında hedeflere ulaşma düzeyini değerlendirmek, hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetleri planlamak,
- e) Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- f) Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu ile ilgili sonuçlar, yapılan çalışmalar ve gerçekleştirilmesi gereken iyileştirme faaliyetleri hakkında üçer aylık periyotlarda rapor oluşturmak.

## 2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri

Kalite iyileştirme faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilecek olan gösterge izlemi çalışmalarında adım adım yerine getirilmesi gereken basamaklar aşağıda belirtilmiştir:

- 1) Göstergelerin izlemi ile ilgili sorumluların belirlenmesi
- 2) Doğru tanı ve işlem kod verilerinin sağlanmasına yönelik alt yapının oluşturulması
- 3) İlgili personelin eğitilmesi
- 4) Sonuçların analizi ve yorumlanması (belirlenen aralıklarda)

- 5) İyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi(açıklama yazılacak)
- 6) Hedeften sapan gösterge sonuçlarının tespit edilmesi
- 7) Hedefe ulaşmaya yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması
- 8) Gösterge izlem sürecinin gözden geçirilmesi. (Her analiz döneminde tüm basamaklar tekrar gözden geçirilir ve gerekli değişiklikler yapılır.)

#### **1) Göstergelerin izlemi ile ilgili sorumluların belirlenmesi**

Klinik kalite iyileştirme komitesi sorumluları, ilgili göstergeye ait doğru verilerin sağlanması, yanlış ve eksik verilerin düzeltilmesi, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Sorumlular, o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personel arasından seçilebilir. Sorumluların sürece hakim, nitelikli çalışanlar arasından seçilmesi uygun olacaktır. Gösterge yönetiminde başarı için sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir.

#### **2) Hedef değerlerin belirlenmesi**

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarında ortaya konulan hedefler kurumun kalite yolculuğunun rotasını belirleyecektir. Bu rotada alınacak kararlar veriye dayalı olmalıdır.

Ulusal hedefler, Klinik Kalite Çalışma Grubu içerisinde bulunan uzman ve akademisyenler tarafından belirlenmiştir. Her kurumun ulusal hedefe ulaşmak için ayrıca kurumsal hedefler belirlemesi mümkündür. Kurum her iyileşme sürecinden sonra hedefini yükseltebilir.

#### **3) Doğru tanı ve işlem kod verilerinin sağlanmasına yönelik alt yapının oluşturulması**

Kuruluş verileri ile K3DS raporları karşılaştırılarak kuruluş verilerinin doğruluğu ve kalitesi ile ilgili analiz yapılmalıdır. Yanlış ve eksik olduğu düşünülen gösterge verilerinin hata nedenleri araştırılarak çözüm üretilmelidir. Verilerin analizi ve iyileştirme çalışmaları kurumun oluşturduğu bir sistemde belli periyotlarda yapılmalıdır.

#### **4) İlgili personelin eğitilmesi**

Veri oluşumu ve kalite iyileştirme süreçlerinde görev alacak ilgili tüm personele eğitim verilmelidir. Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, tespit edilen uygunsuzluklar ve çözüm önerileri ile dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

#### **5) İyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi**

Her kurum ulusal hedefe ulaşmak için ayrıca kurumsal ara hedefler belirleyebilir.

#### **6) Sonuçların analizi ve yorumlanması**

Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için kuruluşun göstergeye ilişkin sonuç değeri, hedef değer ile karşılaştırılır. Ayrıca;

- Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri, benzer kurumlar ve ülke genelindeki değerlere göre nerede yer aldığı
- Varsa, ilgili klinikte çalışan personel sayısı ve niteliğinde değişiklikler

- Varsa, sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler

gibi ek bilgiler de gerektiğinde kullanılmalıdır.

### **7) Gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması**

Hedef değere ulaşılamaması durumunda nedenler araştırılır, kök neden analizi yapıp kayıt altına alınır. Ulaşılan hedef değerin sürdürülebilirliğinin sağlanması, sonucun korunması ya da daha da iyileştirilmesi için gerekli faaliyetler planlanır.

Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir:

- Sorunun tespiti
- Sorunun nedeninin tespiti
- Çözüm yollarının aranması
- Çözüm planlanması
- Çözümün uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesi
- İyileştirme faaliyeti sonuçlarının raporlanması ve paylaşılması

İyileştirme faaliyet planının uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

### **Örnek İyileştirme Çalışması**

#### **Sorunun tespiti:**

Katarakt operasyonu yapılan hastalarda ortalama yatış gün sayısı yüksek çıkmaktadır.

#### **Sorunun nedeninin tespiti:**

Hastane doluluk oranının yüksek görünmesi için hasta yatıyor görünmekte ya da HBYS’de yaşanan sorunlardan dolayı hasta taburculuk işlemleri bazı kurumlarda gecikmektedir.

#### **Çözüm yollarının aranması:**

Klinik Kalite İyileştirme Komitesi tarafından sorunun çözümüne yönelik araştırmaların ve değerlendirmelerin yapılması.

#### **Çözüm planlanması:**

Taburcu edilen hastanın taburculuk işlemleri aynı gün içinde tamamlanmalıdır.

#### **Çözümün uygulanması:**

Alınan kararlar neticesinde hekimlere ve diğer sağlık personellerine eğitim ve bilgilendirme yapılarak doğru kodlamanın yapılması sağlanabilir. Eğitim sonrası önerilen çözümün uygulanma düzeyinin artırılması için teşvik ve yaptırım uygulanabilir.

#### **Çözümün değerlendirilmesi:**

Eğitim ve bilgilendirme sonrasında kuruluşa ait eski ve yeni sonuçlar karşılaştırılır, uygunsuzluğun devam etmesi durumunda sorunun kaynağı ve çözüm yolları yeniden gözden geçirilir.

#### **İyileştirme faaliyeti sonuçlarının raporlanması ve paylaşılması:**

İyileştirme faaliyetleri sonucu elde edilen raporlar, ilgili tüm personel ile paylaşılmalıdır. Bu durum iyileşmenin personel tarafından da izlenmesi ve uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir.

### **III. BÖLÜM**

### **KATARAKT**



### 3.1. Katarakt

Katarakt, göz ile ilgili en yaygın görülen sağlık sorunlarından biridir. Sağlıklı bir gözde lens saydamdır, ışınların doğrudan retinaya ulaşmasını sağlar. Keskin ve net bir görüntü oluşturur. Katarakt, lensin görmeyi engelleyecek şekilde opaklaşması ya da sislenmesidir. Daha çok ışının göz içine girmesi engellendiği için bu durum görmeye azalmaya neden olur. Katarakt tedavisinde uygulanacak tek tedavi yöntemi cerrahidir.

### 3.2. Katarakt Operasyonu ile ilgili Hedefler

- Katarakt operasyonu sürecinde standart hasta bakımını sağlamak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

### 3.3. Katarakt Sağlık Olgusuna Ait Standart ve Göstergeler

Katarakt sağlık olgusu için toplam iki standart ve 10 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından hastalıkların takibinde ana hedefleri göstermektedir. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

**KA.S1 Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyon süreci geçirmesi sağlanmalıdır.**

#### KA.S1 Göstergeleri

**KA.G1.** Katarakt operasyonu sırasında ön vitrektomi veya vitreoretinal cerrahi yapılan hasta oranı

**KA.G2.** Katarakt operasyonu sonrası ortalama yatış gün sayısı

**KA.G3.** Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde endoftalmi görülme oranı

**KA.G4.** Katarakt operasyonu sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi görülme oranı

**KA.S2 Hastanın, operasyon sonrası orta ve uzun vadede gelişebilecek komplikasyon ve sekellerden korunması sağlanmalıdır.**

#### KA.S2 Göstergeleri

**KA.G5.** Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde glokom gelişme oranı

**KA.G6.** Katarakt operasyonu sonrası bir - üç ay içinde glokom gelişme oranı

**KA.G7.** Katarakt operasyonu sonrası üç ay içinde reoperasyon oranı

**KA.G8.** Katarakt operasyonu sonrası altı ay içinde görmeyi azaltan arka kapsül kesafeti gelişme oranı

**KA.G9.** Katarakt operasyonu sonrası bir yıl içinde dekolman ve yırtık görülme oranı

**KA.G10.** Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrole gelen hasta oranı

## **IV. BÖLÜM**

### **KATARAKT GÖSTERGE KARTLARI**



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sırasında Ön Vitrektomi veya Vitreoretinal Cerrahi Yapılan Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KA.G1</b>
Kısa Tanım	Katarakt operasyonu sırasında ön vitrektomi veya vitreoretinal cerrahi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon sırasında ön vitrektomi veya vitreoretinal cerrahi işlemi yapılan göz sayısı / Katarakt operasyonu yapılan göz sayısı) X100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> 617640, 617650, 617660 <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Ortalama Yatış Gün Sayısı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KA.G2
Kısa Tanım	Katarakt operasyonu sonrası ortalama yatış gün sayısını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu geçiren hastalarda toplam yatış gün sayısı / Katarakt operasyonu yapılan göz sayısı)
Veri Kaynağı	<b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Ay İçinde Endoftalmi Görülme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KA.G3
Kısa Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir ay içinde endoftalmi tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde endoftalmi tespit edilen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> H44.0, H44.1 <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Endoftalmi Görülme Oranı



Gösterge Kodu	<b>KA.G4</b>
Kısa Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	K.S.1 Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi tespit edilen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> H44.0, H44.1, <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KA.G5	
Kısa Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir ay içinde glokom gelişen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt Operasyonu sonrası bir ay içinde glokom (Göz inflamasyonuna bağlı sekonder glokom) tespit edilen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> H40.4 <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KA.G6
Kısa Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir-üç ay içinde glokom gelişen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir - üç ay içinde glokom (Göz inflamasyonuna bağlı sekonder glokom) gelişen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> H40.4 <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu





T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Üç Ay İçinde Reoperasyon Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KA.G7</b>
Kısa Tanım	Katarakt Operasyonu sonrası üç ay içinde reoperasyon yapılan göz oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon sonrası üç ay içinde reoperasyon yapılan göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> 617200, 617220, 617650, 617400, 617130, 617441, 617442 <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Altı Ay İçinde Görmeyi Azaltan Arka Kapsül Kesafeti Gelişme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KA.G8
Kısa Tanım	Katarakt Operasyonu sonrası altı ay içinde görmeyi azaltan arka kapsül kesafeti gelişen göz oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon sonrası altı ay içerisinde sekonder katarakt gelişen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> 617410 <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Yıl İçinde Dekolman veya Yırtık Görülme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KA.G9
Kısa Tanım	Katarakt Operasyonu sonrası bir yıl içinde dekolman veya yırtık görülen göz oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt Operasyon sonrası bir yıl içinde dekolman veya yırtık görülen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> H33, H33.0, H33.3, H33.4, H33.5 <b>Payda:</b> 617340, 617341, 617342, 617420, 617430
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrole Gelen Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

**KA.G10**

Kısa Tanım

Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrol edilen göz oranını ifade etmektedir.

Standart

Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.

Hesaplama Yöntemi

İlgili dönemde;  
(Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrole gelen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X100

Veri Kaynağı

**Pay:**  
Operasyon sonrası ilk 15 gün içerisinde göz polikliniğinde kontrol muayenesi veya genel muayene olan toplam tekil hasta sayısı.

**Payda:**

617340, 617341, 617342, 617420, 617430

Hedef Değer

Veri Analiz Periyodu

Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu