



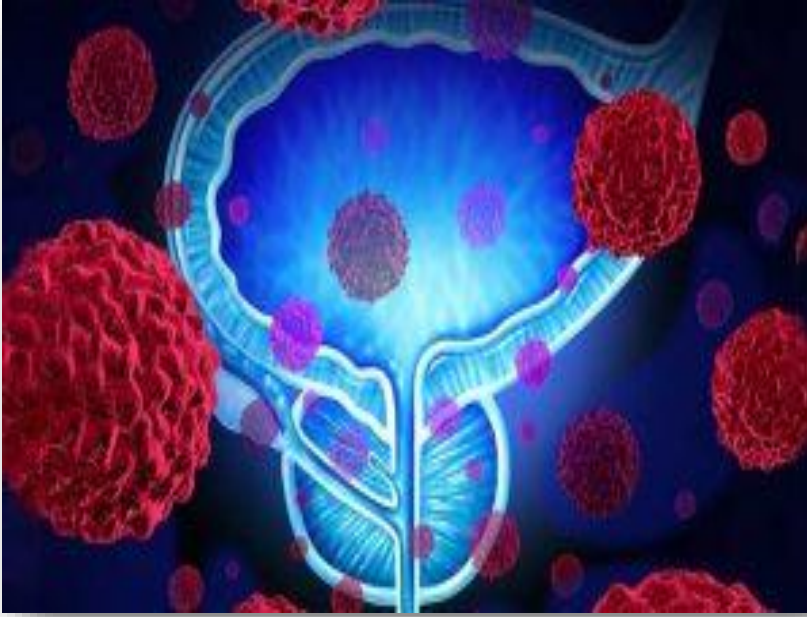
T.C. Sağlık Bakanlığı



Klinik Kalite

KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

PROSTAT KANSERİ



*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı*

© 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 Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı
6001. Cadde No: 9 Kat: 5 PK: 06800 Çankaya/ANKARA
Tel: 0312 458 50 02
web: www.kalite.saglik.gov.tr
www.klinikkalite.saglik.gov.tr

Editör

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

Uzm. Dr. Mehmet GÜNDÜZ

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

Hem. Çağlayan SARIOĞLAN

Sağ. Uzm. Yard. Gül HAKBİLEN

Sağ. Uzm. Yard. Ayşe AYKANAT

Sağ. Uzm. Yard. Şerife ENGELOĞLU

Hem. Nagehan AYAR

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Çetin DİNÇEL

Prof. Dr. Öner ODABAŞ

Prof. Dr. Hasan BAKIRTAŞ

Doç. Dr. Ali Fuat ATMACA

Uzm. Dr. Ali KARAKOÇ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	5
KISALTMALAR	6
TANIMLAR	7
I. BÖLÜM	8
TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI	8
1.1 Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci	9
1.2 Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları	9
1.3 Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi	10
II. BÖLÜM	12
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	12
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	13
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri	13
III. BÖLÜM	17
PROSTAT KANSERİ	17
4.1. Prostat Kanseri ve Komplikasyonları	18
4.2. Klinik Kalite Programında Prostat Kanseri ile ilgili Hedefler	18
4.3. Prostat Kanseri Standart ve İndikatörleri	18
4.4. Prostat Kanseri Verilerinin Toplanması ve Analizi	19
III. BÖLÜM	20
PROSTAT KANSERİ GÖSTERGE KARTLARI	20

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 itibarıyla, 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 odaklı 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. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

KISALTMALAR

K3DS: Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

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

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

Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır.

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

Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge ile ilgili verilerden, göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla Bakanlık tarafından oluşturulmuş formüldür.

Veri Kaynağı: Sağlık kuruluşunda hastaya ait olan demografik ve tıbbi bilgilerin toplandığı ve kaydedildiği elektronik ortamdır.

Ulusal Hedef: Gösterge bazında ulaşılması gereken hedeftir.

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

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 hedeflenmektedir.

2012 yılında başlatılan, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç odaklı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda, hasta güvenliği ve memnuniyetinin sağlanması ile en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır. İzlenecek olan sağlık olguları belirlenirken, ülke öncelikleri, sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri ve hastalık yükü dikkate alınmaktadır. Çalışmalar kapsamında öncelikle sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Standartlar, sağlık olgusu ile ilgili kanıta dayalı tıp rehberleri esas alınarak uzman çalışma grupları tarafından belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır.

Ölçülecek göstergeler belirlenirken;

- Sayısallaştırılabilen
- Verisi, bilgi sistemleri veri tabanlarından elde edilebilen
- Kanıta dayalı tıp uygulamaları ile uyumlu
- Sağlık olgusu bazında tüm göstergeler birlikte değerlendirildiğinde verilen sağlık hizmetinin etkinliği hakkında bilgi sağlayan
- Sağlık olgusuna yönelik verilen sağlık hizmetinin sonuçlarının ölçümüne ve değerlendirilmesine olanak sağlayan nitelikte olması dikkate alınmaktadır.

Bir sonraki aşamada ise, kurumlar tarafından gönderilen veriler K3DS'de 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

Program kapsamında ilk etapta belirlenen on bir (11) sağlık olgusu aşağıdadır. 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:

- Sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolunun** incelenmesi
- Sağlık olgusuna yönelik **kanıta dayalı tıp rehberinin** oluşturulması
- Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel kalite standartlarının** belirlenmesi
- Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **göstergelerin** oluşturulması
- 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:
 - **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 Cerrahisi
 - **KR:** Kolorektal Kanseri
 - **PR:** Prostat Kanseri
 - **Dİ:** Diş İmplantı
- **Standartların kodlanması:** Sağlık olgusunun kısaltması ve standart kelimesinin ilk harfi olan **S** ile standardın ilgili sıra numarası kullanılır. Örneğin **DM.S1**, Diabetes Mellitus sağlık olgusunun birinci standardını ifade eder.
- **Göstergelerin kodlanması:** Sağlık olgusunun kısaltması ve sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin, **DM.G1** Diabetes Mellitus sağlık olgusunun birinci göstergesini ifade eder.

Gösterge Yönetimine Yönelik Süreçler

- Gösterge kartlarının oluşturulması.
- Gösterge hedeflerinin belirlenmesi: Ulusal hedefler, akademisyenlerden oluşan klinik kalite çalışma grubu tarafından, kanıta dayalı rehberler ve uluslararası örnekler göz önünde bulundurularak belirlenir.
- Göstergeye yönelik karar destek sisteminin oluşturulması
- Geri bildirim raporunun oluşturulması:
Ulusal boyutta tüm sağlık kuruluşlarında tanı ve tedavi 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.

- Geri bildirim raporlarının izlenmesi
- Klinik kalite iyileştirme faaliyetlerinin izlenmesi

Gösterge tabloları birkaç farklı boyutta olabilir. Gösterge tablolarında her göstergeye ait hedeflere ulaşma düzeyini gösteren renklendirmeler yapılmıştır. Gösterge verilerine göre renklendirmeyi aşağıdaki örnek tabloda görebilirsiniz.

KATARAKT GÖSTERGELERİ	KA.1. Katarakt operasyon sırasında ön vitrektomi ve/veya vitreoretinal cerrahi yapılan hasta oranı	≤ %0.2	>% 0.2 - ≤% 0.4	>% 0.4
	KA.2. Katarakt operasyonu sonrası ortalama yatış gün sayısı	1	> 1 - ≤ 3	>3
	KA.3. Katarakt operasyon sonrası bir ay içinde endoftalmi görülme oranı	≤ %0.02	>% 0.02 - ≤% 0.04	>% 0.04
	KA. 4. Operasyon sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi görülme oranı	≤ %0.02	>% 0.02 - ≤% 0.04	>% 0.04
	KA.5. Katarakt Operasyonu sonrası bir ay içinde glokom görülme oranı	≤ %0.01	>% 0.01 - ≤% 0.03	>% 0.3
	KA.6. Katarakt Operasyonu sonrası bir - üç ay içinde glokom görülme oranı	≤ %0.03	>% 0.03 - ≤% 0.05	>% 0.05
	KA.7. Katarakt Operasyonu sonrası üç ay içinde Reoperasyon oranı	≤%0.5	>% 0.5 - ≤% 0.7	>% 0.7
	KA.8. Operasyon sonrası altı ay içinde görmeyi azaltan arka kapsül kesafeti gelişme oranı	≤ 5%	>% 5 - ≤% 7	>% 7
	KA. 9. Operasyon sonrası bir yıl içinde Dekolman ve yırtık görülme oranı	≤ %0.9	>% 0.09 - ≤% 0.1	>% 0.1
	KA.10. Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrole gelen hasta oranı	≥%95	<%95 - ≥%85	<%85

II. BÖLÜM

KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

2. Klinik Kalite İyileştirme Süreçleri

2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İlgili sağlık olgusu alanında hizmet veren sağlık kuruluşlarında “Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi” çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek, koordine etmek, iyileştirmeye ilişkin kararları almak ve uygulamasını takip etmek üzere sağlık kuruluşlarında oluşturulan yapıyı ifade eder.

Komite asgari aşağıdaki üyelere oluşmalıdır:

- a) Başhekim / Yönetici veya görevlendireceği bir yardımcısı
- b) İdari ve mali işler müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
- c) Sağlık bakım hizmetleri müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
- d) Kalite direktörü
- e) USS veri sorumlusu
- f) Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu için en az bir uzman hekim

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 K3DS ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) nden 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 dönemler halinde rapor oluşturmak ve kalite direktörlüğü kanalıyla il kalite koordinatörlüğü il klinik kalite birimine sunulmasını sağlamak

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 değerın 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:

Prostat kanseri tanı kodları girilmemektedir.

Sorunun nedeninin tespiti:

Biyopsi öncesi semptomatik tanılar girilmekte, ancak patoloji raporu sonrası kesin tanı girilmemektedir.

Prostat kanseri tanısı ile opere edilen hastalara, diğer sağlık kuruluşlarına başvurdıklarında daha önce konulan prostat kanseri tanısı yerine farklı tanılar konulabilmektedir.

Çözüm yollarının aranması:

Klinik Kalite İyileştirme Komitesi tarafından farklı tanılar konulmasının nedenine yönelik araştırma ve değerlendirmeler yapıp çözümler üretilmelidir.

Çözüm planlanması:

Patoloji istenen her hastaya rapor sonrası kesin tanının konulması zorunluluğu getirilmelidir. Aynı sağlık sorunuyla farklı kuruluşa başvuran hastalarda devam eden sağlık sorunu ile ilgili tanının konulmasına dikkat edilmelidir.

Çözümün uygulanması:

Alınan kararın hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına eğitim ve bilgilendirme yapılarak doğru verinin elde edilmesi sağlanabilir. Eğitim sonrası uygulamanın başarı düzeyine göre ödüllendirme veya 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 çalışan ile paylaşılmalıdır. Bu durum iyileşmenin çalışanlar tarafından da izlenmesi ve uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir.

III. BÖLÜM

PROSTAT KANSERİ

4.1. Prostat Kanseri ve Komplikasyonları

Prostat kanseri erkeklerde en yaygın görülen ikinci kanserdir ve yaş en önemli risk faktörüdür. Tanı konulan tüm vakaların yarısından fazlası 70 yaş üstü erkeklerdir. 50 yaş altı erkeklerde çok nadiren görülür.

4.2. Klinik Kalite Programında Prostat Kanseri ile ilgili Hedefler

- Prostat kanserli hasta takibinde en az olması gereken standart bakımı sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak
- Prostat kanserli hasta sayısını kontrol altında tutmak

4.3. Prostat Kanseri Standart ve İndikatörleri

Prostat kanseri hastalığı için toplam 2 standart ve 7 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından hastalıkların takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Her bir gösterge için ayrı ayrı ICD-10 ve SUT kodları mevcut olup farklı hesaplama formülleri bulunmaktadır. Ayrıca SUT ve ICD-10 kodu bulunmayan, hasta dosyalarından ya da muayene setlerinin içinden direk alınabilen göstergelerde mevcuttur.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

PR.S1 Prostat kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.

PR.S1 Göstergeleri

PR.G1 Alt üriner sistem şikayetleri ile gelen 50 - 80 yaş aralığındaki hastalarda PSA ölçümü yapılan hasta oranı

PR.S2 Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.

PR.S2 Göstergeleri

PR.G2 Total PSA değeri 2.5 ng/ml ve üzerinde olan 50 - 60 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı

PR.G3 Total PSA değeri 3 ng/ml ve üzerinde olan 60 - 70 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı

PR.G4 Total PSA değeri 5 ng/ml ve üzerinde olan 70 - 80 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı

PR.G6 Radyoterapi alan prostat kanseri tanılı hastalarda komplikasyon görülme oranı

PR.G7 Prostat kanserli hastalarda radikal prostatektomi sonrası komplikasyon görülme oranı

PR.S3 Prostat kanserinde etkin takibin yapılması için doğru işlemler seçilmelidir.

PR.S3 Göstergeleri

PR.G5 Prostat kanseri tanısı alan hastalarda serbest PSA bakılma oranı

4.4. Prostat Kanseri Verilerinin Toplanması ve Analizi

Gösterge takibinin ve hesaplamanın nasıl yapılacağı hususu gösterge kartlarında açıklanmıştır. Hastanelerin bilgi yönetim sistemlerinden elde edilen göstergeler için belirlenen kodlara (ICD, SUT) ait veriler, gösterge kartında belirtilen formüle göre hesaplanır ve göstergenin sonuç değeri bulunur. Sonuç değerleri belirlenen periyotlara göre Bölüm 2.2.'de belirtilen esaslar çerçevesinde analiz edilir ve gerekli görülen iyileştirme çalışmaları yapılır.

III. BÖLÜM

PROSTAT KANSERİ GÖSTERGE KARTLARI



T.C. Sağlık Bakanlığı

Alt Üriner Sistem Şikayetleri ile Gelen 50 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda PSA Ölçümü Yapılan Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

PR.G1

Kısa Tanım

Alt üriner sistem şikayetleri ile gelen 50 - 80 yaş aralığındaki tekil hastalardan total PSA bakılma oranını ifade etmektedir.

Standart

Prostat kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması

Hesaplama Yöntemi

İlgili dönemde;

(Paydada yer alan hasta grubunda total PSA ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / Alt üriner sistem şikayetleri ile gelen 50 - 80 yaş aralığındaki toplam tekil erkek hasta sayısı) X 100

Veri Kaynağı

Pay:
903220

Payda:
N40, N41, N41.1, N41.8, N41.9, N42.8, N42.9

Hedef Değer

≥%95

Veri Analiz Periyodu

Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Total PSA Değeri 2.5 ng/ml ve Üzerinde Olan 50 - 60 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	PR.G2	
Kısa Tanım	Total PSA değeri 2.5 ng/ml ve üzerinde olan 50 - 60 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı	
Standart	Prostat kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hasta grubunda prostat biyopsisi yapılan tekil hasta sayısı/ Total PSA değeri 2.5 ng/ml ve üzerinde olan 50 - 60 Yaş arası toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: 621330 Payda: 903220	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



**Total PSA Değeri 3 ng/ml ve Üzerinde
Olan 60 - 70 Yaş Aralığındaki Hastalarda
Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı**



Gösterge Kodu	PR.G3
Kısa Tanım	Total PSA değeri 3 ng/ml ve üzerinde olan 60 - 70 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hasta grubunda prostat biyopsisi yapılan tekil hasta sayısı/ Total PSA değeri 3 ng/ml ve üzerinde olan 60 - 70 yaş arası tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 621330 Payda: 903220
Hedef Değer	≥%80
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



**Total PSA Değeri 5 ng/ml ve Üzerinde
Olan 70 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda
Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı**



Gösterge Kodu	PR.G4
Kısa Tanım	Total PSA değeri 5 ng/ml ve üzerinde olan 70 - 80 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hasta grubunda prostat biyopsisi yapılan tekil hasta sayısı/ Total PSA değeri 5 ng/ml ve üzerinde olan 70-80 yaş arası tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 621330 Payda: 903220
Hedef Değer	≥%80
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



Prostat Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Serbest PSA Bakılma Oranı



Gösterge Kodu	PR.G5
Kısa Tanım	Prostat kanseri tanısı alan hastalarda serbest PSA bakılma oranı
Standart	Prostat kanserinde etkin takibin yapılması için doğru işlemler seçilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Serbest PSA bakılan prostat kanser tanılı tekil hasta sayısı/Prostat Kanseri tanısı alan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 903280 Payda: C61
Hedef Değer	≤%0.5
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Radyoterapi Alan Prostat Kanseri Tanılı Hastalarda Komplikasyon Görülme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	PR.G6	
Kısa Tanım	Radyoterapi alan prostat kanseri tanılı hastalarda komplikasyon görülme oranını ifade etmektedir.	
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; [Prostat kanser tanılı hastalarda radyoterapi sonrası komplikasyon gelişen tekil hasta sayısı (sistit, inkontinans, proktit) /Prostat kanseri tanısı ile radyoterapi alan toplam tekil hasta sayısı]X 100	
Veri Kaynağı	Pay: N30.4, R15, R32, N39.4,K62.7 Payda: 800040, 800110, 800160, 800220, 800320, 800440 C61	
Hedef Değer	≤%30	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



Prostat Kanseri Hastalarda Radikal Prostatektomi Sonrası Komplikasyon Görülme Oranı



Gösterge Kodu	PR.G7
Kısa Tanım	Prostat kanserli hastalarda radikal prostatektomi sonrası komplikasyon görülme oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Radikal prostatektomi sonrası komplikasyon gelişen tekil hasta sayısı/ Radikal prostatektomi yapılan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: N39.3, N39.4, R32, N48.4, Q64.3 Payda: 621410
Hedef Değer	≤%20
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu