



T.C. Sağlık Bakanlığı

KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

DİZ VE KALÇA PROTEZİ



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire 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 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
e-posta: 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. Bülent ATILLA

Prof. Dr. Ertuğrul ŞENER

Prof. Dr. Mehmet DEMİRTAŞ

Prof. Dr. N. Reha TANDOĞAN

Prof. Dr. Ömer Faruk BİLGİN

Prof. Dr. Önder AYDINGÖZ

Doç. Dr. A. Turgay ÇAVUŞOĞLU

Doç. Dr. Didem SUNAY

Doç. Dr. Mehmet Hakan ÖZSOY

Uzm. Dr. Fatma Aybala ALTAY

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	4
KISALTMALAR	5
TANIMLAR	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
II. BÖLÜM	11
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	11
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi	12
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri	12
III. BÖLÜM	16
DİZ VE KALÇA PROTEZİ	16
3.1. Diz /Kalça Protezi ve Komplikasyonları	17
3.2. Klinik Kalite Programında Eklem Protezi ile ilgili Hedefler	17
3.3. Diz Protezi Standart ve Göstergeleri	17
3.4. Kalça Protezi Standart ve Göstergeleri	19
IV. EKLER	21
DİZ VE KALÇA PROTEZİ	21
GÖSTERGE KARTLARI	21

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 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. Nurullah OKUMUŞ
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

KISALTMALAR

K3DS : Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

SUT : Sağlık Uygulama Teblięi

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: Kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde, belirlenmiş sağlık olgusuna yönelik klinik kılavuzluk bilgileri içeren kesin hedefleri ifade eder.

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 ulaşılması 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 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 edip 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 Kanser
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 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
 - **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

1. Gösterge kartlarının oluşturulması.
2. Gösterge hedeflerinin belirlenmesi: Ulusal hedefler, akademisyenlerden oluşan klinik kalite çalışma grubu tarafından, kanıta dayalı rehberler ve uluslararası örnekler göz önünde bulundurularak belirlenir.
3. Göstergeye yönelik karar destek sisteminin oluşturulması
4. 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.

5. Geri bildirim raporlarının izlenmesi
6. Klinik kalite iyileştirme faaliyetlerinin izlenmesi

II. BÖLÜM

KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

1.Klinik Kalite İyileştirme Süreçleri

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 üyelere 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 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) Gerektiğinde iyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi
- 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 göstergelere ait doğru verilerin sağlanması, yanlış ve eksik verilerin düzeltilmesi, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Sorumlular, o göstergelere 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 göstergelere 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:

Beşinci gösterge olan revizyon cerrahisi sayısının düşük çıkması ya da "0" çıkması

Sorunun nedeninin tespiti:

Hekimlerin revizyon cerrahisi kodunu girmek istememeleri

Çözüm yollarının aranması:

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

Çözüm planlanması:

Kurum yönetimi tarafından revizyon cerrahisi yapıldığı zaman kodun girilmesi için yaptırım gücünün sağlanması

Çözümün uygulanması:

Alınan kararın hekimlere ve diğer sağlık personellerine eğitim ve bilgilendirme yapılarak doğru kodlanmanın yapılması sağlanabilir. Eğitim sonrası planın uygulanma düzeyinin artırılması için ödüllendirme ve cezalandırma yapılabilir.

Çözümün değerlendirilmesi:

Eğitim ve bilgilendirme sonrasında eski ve yeni veriler tekrar değerlendirilir ve verilerin validasyonu (doğruluğu) değerlendirilir.

Sonucun raporlanması ve bildirimini yapılması:

Analiz ve raporlanan sonuçlar uygulamada rolü olan personel tarafından paylaşılmalı. İyileşmenin gözlenmesi uygulamanın sürekliliğini sağlayacaktır.

Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması:

Değerlendirme kısmında iyileşme gözlenmediyse, tekrar sorunun çözümü için yeni araştırmalar yapılmalı ve sorunun çözümünde etkili olmayan uygulamalar da mutlaka kayıt altına alınmalıdır.

III. BÖLÜM

DİZ VE KALÇA PROTEZİ

3.1. Diz /Kalça Protezi ve Komplikasyonları

Total Diz veya Kalça Protezi cerrahisi en sıklıkla gerçekleştirilen ortopedik cerrahi girişimler arasında yer almaktadır. Aşınmış olan eklem yüzleri, özel tasarlanmış malzemelerle kaplanarak yapay bir eklem oluşturulur. Gelişen cerrahi teknikler, kullanılan maddeler ve tasarım alanındaki ilerlemeler sayesinde günümüzde başarılı bir tedavi yöntemi olarak sıklıkla uygulanmaktadır.

Total Eklem Protezi uygulamasındaki amaç; ağrıyı gidermek, hareketi sağlamak ve deformiteyi düzeltmektir. Sağlık harcamaları açısından incelendiğinde bu tedavi için önemli bir bütçe ayrıldığı görülmektedir.

Genellikle geriatrik hasta grubundan oluşan bir popülasyonu ilgilendirmesi sebebi ile kişinin ek kronik hastalığı ile ilişkili kardiyovasküler veya akciğer ilişkili genel komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca, yara yerine bağlı komplikasyonlar, nörovasküler komplikasyonlar, enfeksiyon, periprotetik kırıklar, protezde gevşeme, eklem instabilitesi, hareket kısıtlılığı ve nedeni açıklanamayan ağrı gibi lokal komplikasyonlar ile de karşılaşılabilir.

3.2. Klinik Kalite Programında Eklem Protezi ile ilgili Hedefler

Diz/ Kalça Protezi Cerrahisine yönelik klinik kalitenin izlenmesi için standart ve Göstergeler geliştirilmiştir. Bu Göstergeler hazırlanırken amaç Diz /Kalça Protez Cerrahisi geçiren hastalarda;

- Standart hasta bakımını sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatış sürelerini azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

3.3. Diz Protezi Standart ve Göstergeleri

Diz Protezi için toplam 4 standart ve 14 Gösterge oluşturulmuştur.

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 direkt alınabilen göstergeler de (antibiyotik verilme oranları gibi) mevcuttur.

DP.S1. Tüm hastaların etkin bir diz protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.

DP. S1 Göstergeleri:

DP.G1. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda dislokasyon nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 2 ay)

DP.G2. Diz protezi operasyonu Yapılan Hastalarda reoperasyon geçiren hasta oranı (ilk 2 ay)

DP.G3. Diz protezi operasyonu yapılan hastalarda reoperasyon geçiren hasta oranı (ilk 12 ay)

DP.G4. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda hastanede ortalama yatış gün sayısı

DP.G5. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda revizyon cerrahisi yapılan hasta oranı (ilk 12 ay)

DP.S2. Diz cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

DP.S2. Göstergeleri:

DP.G6. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda operasyon gününde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranı

DP.G7. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (ilk 2 ay)

DP.G8. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (2 ay-12 ay)

DP.S3. Diz cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

DP. S3. Göstergeleri:

DP.G9. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda antikoagulan ilaç verilen hasta oranı

DP.G10. Taburcu edilen diz protezi operasyonu geçirmiş hastalarda antikoagulan ilaç reçete edilenlerin oranı

DP.G11. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda derin ven trombozu tespit edilen hasta oranı (ilk 3 ay)

DP.G12. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 3 ay)

DP.S4. Diz cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

DP. S4. Göstergeleri:

DP.G13. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda sinir hasarı oranı (ilk 1 ay)

DP.G14. Diz Protezi Operasyonu geçiren hastalarda Damar hasarı oranı (ilk 1 ay)

3.4. Kalça Protezi Standart ve Göstergeleri

Kalça Protezi için toplam 4 standart ve 14 Gösterge oluşturulmuştur. 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 direkt alınabilen göstergeler de (antibiyotik verilme oranları gibi) mevcuttur.

KP.S1. Tüm hastaların etkin bir kalça protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.

KP. S1 Göstergeleri:

KP.G1. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda dislokasyon nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 2 ay)

KP.G2. Kalça protezi operasyonu yapılan hastalarda reoperasyon geçiren hasta oranı (ilk 2 ay)

KP.G3. Kalça Protezi Operasyonu geçiren hastalarda reoperasyon nedeni ile yeniden yatış yapılan hasta oranı (ilk 12 ay)

KP.G4. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda hastanede ortalama yatış gün sayısı

KP.G5. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda revizyon cerrahisi yapılan hasta oranı (ilk 12 ay)

KP.S2. Kalça cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

KP.S2. Göstergeleri:

KP.G6. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda operasyon gününde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranı

KP.G7. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (ilk 2 ay)

KP.G8. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (2 ay-12 ay)

KP.S3. Kalça cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

KP. S3. Göstergeleri:

KP.G9. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda antikoagulan ilaç verilen hasta oranı

KP.G10. Taburcu edilen kalça protezi operasyonu geçirmiş hastalarda antikoagulan ilaç reçete edilenlerin oranı

KP.G11. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda derin ven trombozu tespit edilen hasta oranı (ilk 3 ay)

KP.G12. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 3 ay)

KP.S4. Kalça cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

KP. S4. Göstergeleri:



KP.G13. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda sinir hasarı oranı (ilk 1 ay)



KP.G14. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda damar hasarı oranı (ilk 1 ay)

IV. EKLER

DİZ VE KALÇA PROTEZİ GÖSTERGE KARTLARI

 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı (İlk 2 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G1	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde "Dislokasyon" nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan dislokasyon nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısı/ Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: M22, M22.0, M22.1, M22.2, M22.3, M22.4, M22.8, M22.9, S83.0, S83.1, T84.0, T84.1, T84.2, T84.3, T84.4 ve/veya 610880, 611190, 611200, 613050, 613060, 613070, 613080, 613230, 613240, 613250, 613320 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ %0.8	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (ilk 2 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G2	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonraki ilk 2 ay içerisinde reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonraki ilk 2 ay içerisinde reoperasyon geçiren tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: 612260,612270, 612330, 612430, 612440, 612441, 612460, 613270, 613300, 610940, 611220, 610990, 611000, 611010, 611020, 611030 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ %5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 12 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G3	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra ilk 12 ay içerisinde reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde reoperasyon geçiren tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: 612260,612270, 612330, 612430, 612440, 612441, 612460, 613270, 613300, 610940, 611220, 610990, 611000, 611010, 611020, 611030 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ %5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Hastanede Ortalama Yatış Gün Sayısı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G4	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonunu geçiren hastaların operasyon tarihinden sonra hastanede ortalama yatış gün sayısını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonu geçiren tekil hastaların operasyon tarihinden sonra hastanede yatış gün sayıları toplamı /Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: P612420, 612420, 612421 SUT Kodu ile diz protezi operasyonu geçiren hastalarda yatan hasta paketinde operasyon tarihinden sonra çıkış zamanına kadar geçen süredir. Yatılan gün sayısıdır. Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ 5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



T.C. Sağlık Bakanlığı

**Diz Protezi Operasyonu Geçiren
Hastalarda Revizyon Cerrahisi
Yapılan Hasta Oranı (12 ay)**



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

DP.G5

Kısa Tanım

Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde revizyon cerrahisi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.

Standart

Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.

**Hesaplama
Yöntemi**

İlgili dönemde;
(İlk 12 ayda revizyon cerrahisi yapılan diz protezi operasyonu geçirmiş tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) x 100

Veri Kaynağı

Pay:
612440, 612441, 612460, 612260,612270, 612430
Payda:
P612420, 612420, 612421

Hedef Değer



≤ %1



**Veri Analiz
Periyodu**



Yıllık



Sorumlular



Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G6	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonu geçirmeden önce profilaktik antibiyotik verilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonu öncesi profilaktik antibiyotik verilen tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Profilaktik antibiyotik ATC kodları J01DB - Birinci Kuşak Sefalosporinler J01DB01 - Sefaleksim J01DB04 - Sefazolin Sodyum J01DB05 - Sefadroxil Monohidrat 01XA - Glikopeptid Antibakteriyeller J01XA01 - Vankomisin HCL J01XA02 - Teikoplanin Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 T.C. Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (İlk 2 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G7	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: T84.5, T84.6, T84.7, M00, M00.0, M00.1, M00.2, M00.8, M00.9 ve/veya 613030, 613031, 612260, 612270, 613270, 613300, 612650, 612651, 612620 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤%5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (2 ay-12 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G8	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2- 12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2-12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: T84.5, T84.6, T84.7, M00, M00.0, M00.1, M00.2, M00.8, M00.9 ve/veya 613030, 613031, 612260, 612270, 613270, 613300, 612650, 612651, 612620 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ %5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 T.C. Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Antikoagulan İlaç Verilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G9	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda, operasyon günü antikoagulan ilaç verilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan aynı gün içinde antikoagulan ilaç verilen tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Antikoagulanlar B01AB01 – Heparin B01AA03 - Varfarin Sodyum N02BA01 - Asetilsalisik Asit Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



 T.C. Sağlık Bakanlığı	Taburcu Edilen Diz Protezi Operasyonu Geçirmiş Hastalarda Antikoagulan İlaç Reçete Edilenlerin Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G10	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda, taburculukta antikoagulan ilaç reçete edilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Taburculuk sırasında antikoagulan ilaç reçete edilen tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Antikoagulanlar B01AB01 – Heparin B01AA03 - Varfarin Sodyum N02BA01 - Asetilsalisik Asit Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≥%95	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Derin Ven Trombozu Tespit Edilen Hasta Oranı (ilk 3 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G11	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen tekil hasta sayısı/ Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: I82.8, I82.9 ve I80, I80.0, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ % 4	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı (ilk 3 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G12	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: I26, I26.0, I26.9 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ %5	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Sinir Hasarı Oranı (ilk 1 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G13	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen tekil hasta sayısı /Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: S84, S84.0, S84.1, S84.2, S84.7, S84.8, S84.9 veya 616350, 616430, 616440, 616450 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ % 0.8	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Damar Hasarı Oranı (ilk 1 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DP.G14	
Kısa Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde damar hasarı görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde damar hasarı tespit edilen tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Gösterge Hesaplama Kodları	Pay: S85, S85.01, S85.02, S85.03, S85.04, S85.05, S85.07, S85.08, S85.09, I74.3, I74.4, I74.8, I74.9 veya 606030, 606040, 607080, 607090, 607100, 607110, 607390, 607330, 607340 Payda: P612420, 612420, 612421	
Hedef Değer	≤ % 0.1	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Dislokasyon Nedeni İle Yeniden Yatış Oranı (İlk 2 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G1	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde dislokasyon nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonu geçiren hastalardan dislokasyon nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısı/ Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: S73.0, S73.1, Q65.6, R29.4, S32.4 ve/veya P610880, P611190, P611200, P611210, Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 5%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Reoperasyon Yapılan Hasta Oranı (ilk 2 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G2	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonraki ilk 2 ay içerisinde reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir	
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonraki ilk 2 ay içerisinde Reoperasyon geçiren tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: 610910, 610940, 610990, 611010, 611020, 611030, 611340, 611350, P612350, P612470, P612471, P612472, P612480, P612490 Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 5%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Kalça Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 12 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G3	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra ilk 12 ay içerisinde reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde reoperasyon geçiren tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: 610910, 610940, 610990, 611010, 611020, 611030, 611340, 611350, P612350, P612470, P612471, P612472, P612480, P612490, Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 5%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



TC. Sağlık Bakanlığı

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Hastanede Ortalama Yatış Gün Sayısı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

KP.G4

Kısa Tanım

Kalça protezi operasyonunu geçiren hastaların operasyon sonrası hastanede ortalama yatış gün sayısını ifade etmektedir.

Standart

Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.

Hesaplama Yöntemi

İlgili dönemde;
(Kalça protezi operasyonu geçiren tekil hastaların operasyon sonrası hastanede yatış gün sayıları toplamı /Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100

Veri Kaynağı

Pay:
612.340 Kalça Eklemi Protezleri SUT Kodu ile operasyon yapılmış yatan hasta paketinde operasyon tarihinden sonra çıkış zamanına kadar geçen süredeki toplam gün sayısı.
Payda:
P612340, 612340

Hedef Değer

≤ 5

Veri Analiz Periyodu

Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



TC. Sağlık Bakanlığı

**Kalça Protezi Operasyonu Geçiren
Hastalarda Revizyon Cerrahisi
Yapılan Hasta Oranı (12 ay)**



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

KP.G5

Kısa Tanım

Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde revizyon cerrahisi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.

Standart

Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.

**Hesaplama
Yöntemi**

İlgili dönemde;
(İlk 12 ayda revizyon cerrahisi yapılan kalça protezi operasyonu geçirmiş tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100

Veri Kaynağı

Pay:
P612350, P612470, P612471, P612472, P612480, P612490,
P612500,P612510
Payda:
P612340, 612340

Hedef Değer



$\leq 1\%$

**Veri Analiz
Periyodu**

Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 TC Sağlık Bakanlığı	Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G6	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonu geçirmeden önce profilaktik antibiyotik verilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonu öncesi profilaktik antibiyotik verilen tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Profiltik antibiyotik ATC kodları J01DB - Birinci Kuşak Sefalosporinler J01DB01 - Sefaleksim J01DB04 - Sefazolin Sodyum J01DB05 - Sefadroxil Monohidrat 01XA - Glikopeptid Antibakteriyeller J01XA01 - Vankomisin HCL J01XA02 - Teikoplanin Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 95%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



T.C. Sağlık Bakanlığı



Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (ilk 2 ay)





Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KP.G7
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: T84.5, T84.6, T84.7, M00, M00.0, M00.1, M00.2, M00.8, M00.9 ve/veya P611350, 612260, 612270, 612330, 612500, 612470, 612620, 612651, 613270, 613030, 613300, 613031, 612650, 611340 Payda: P612340, 612340
Hedef Değer	≤ 5%
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 TC Sağlık Bakanlığı	Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (2 ay-12 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G8	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2- 12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2-12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: T84.5, T84.6, T84.7, M00, M00.0, M00.1, M00.2, M00.8, M00.9 ve/veya SUT kodu P611350, 612260, 612270, 612330, 612500, 612470, 612620, 612651. 613270, 613030, 613300, 613031, 612650, 611340 Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 5%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Antikoagulan İlaç Verilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G9	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda, operasyon günü antikoagulan ilaç verilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonu geçiren hastalardan aynı gün içinde antikoagulan ilaç verilen tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Antikoagulanlar B01AB01 – Heparin B01AA03 - Varfarin Sodyum N02BA01 - Asetilsalisik Asit Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 95%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 TC Sağlık Bakanlığı	Taburcu Edilen Kalça Protezi Operasyonu Geçirmiş Hastalarda Antikoagulan İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G10	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda, taburculukta antikoagulan ilaç reçete edilen hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Taburculuk sırasında antikoagulan ilaç reçete edilen tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Antikoagülanlar B01AB01 – Heparin B01AA03 - Varfarin Sodyum N02BA01 - Asetilsalisik Asit Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 95%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



TC. Sağlık Bakanlığı

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Derin Ven Trombozu Tespit Edilen Hasta Oranı (ilk 3 ay)



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KP.G11
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen tekil hasta sayısı/ Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: I82.8, I82.9 ve I80, I80.0, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9 Payda: P612340, 612340
Hedef Değer	≤ 4%
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 TC Sağlık Bakanlığı	Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Pulmoner Emboli Nedeni İle Yeniden Yatış Oranı (ilk 3 ay)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KP.G12	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan hasta oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: I26, I26.0, I26.9 Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤ 0.1%	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



TC. Sağlık Bakanlığı

**Kalça Protezi Operasyonu Geçiren
Hastalarda Sinir Hasarı Oranı
(ilk 1 ay)**



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KP.G13
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen tekil hasta sayısı /Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: S84, S84.0, S84.1, S84.2, S84.7, S84.8, S84.9 veya 616350, 616430, 616440, 616450 Payda: P612340, 612340
Hedef Değer	≤% 4
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Damar Hasarı Oranı (ilk 1 ay)	 <p>Klinik Kalite</p>
Gösterge Kodu	KP.G14	
Kısa Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde damar hasarı görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde damar hasarı tespit edilen tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100	
Gösterge Hesaplama Kodları	Pay: S75, S75.0, S75.1, S75.2, S75.7, S75.8, S75.9 veya P606310, P606620, P606680, P606970, P606980, P607380, P607500, P607050, P607060, P607070, P607080, P608250, P608260 Payda: P612340, 612340	
Hedef Değer	≤% 0.1	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	