



T.C. Sağlık Bakanlığı

KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

KORONER KALP HASTALIĞI



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

Hem. Nagehan AYAR

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Engin BOZKURT

Prof. Dr. Erol ŞENER

Doç. Dr. Emrah UĞUZ

Doç. Dr. Hüseyin AYHAN

Doç. Dr. Serkan ÇAY

Doç. Dr. Ümit KERVAN

Uzm. Dr. Deniz ŞAHİN

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	15
KORONER KALP HASTALIĞI	15
3.1. Koroner Kalp Hastalığı ve Önemi	16
3.2. Klinik Kalite Programında Koroner Kalp Hastalığı ile ilgili Hedefler	16
3.3 Koroner Kalp Hastalığı Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri	16
IV. BÖLÜM	18
KORONER KALP HASTALIĞI GÖSTERGE KARTLARI	18

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, özellikli 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 Tebliđi

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

KKH :Koroner Kalp Hastalığı

LDL :Low Density Lipoprotein (Düşük Yođunluklu Lipoprotein)

AMİ :Akut Miyokart Infarktüsü

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 çıktılarının 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 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 kanıt 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
- Kanıt 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 **KK.S1**, KKH sağlık olgusunun birinci standardını ifade eder.
- Göstergelerin kodlanması: Sağlık olgusunun kısaltması ve sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin, **KK.G1** KKH 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 ayakta 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

Kuruluştaki 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) Kuruluştaki 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) Gerekliğinde iyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi
- 6) Hedefte 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 değeri 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:

KKH'de, beden kütle indeksi (BKİ), tansiyon veya tütün kullanımına ilişkin verilerin düşük çıkması ya da "0" çıkması

Sorunun nedeninin tespiti:

KKH'de, beden kütle indeksi (BKİ), tansiyon veya tütün kullanımına ilişkin kod bulunmadığından veriler kayıt altına alınmamaktadır.

Çözüm planlanması:

HBYS'de, KKH hastalarına yönelik tütün kullanımı, tansiyon değerleri, boy-kilo ölçümlerine ilişkin verileri içeren kullanıcı dostu bir veri seti hazırlanmalıdır.

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

KORONER KALP HASTALIĞI

3. Koroner Kalp Hastalığı

3.1. Koroner Kalp Hastalığı ve Önemi

Yetişkinlik çağının en önemli kronik hastalıklarından biri olan koroner kalp hastalığı (KKH) tüm dünyada, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin en sık nedeni olup bu hastalığın beslenme alışkanlıklarının değişmesi, stres faktörlerinin artması nedeniyle gelecekte daha da ön plana çıkacağı ve 2020 yılına gelindiğinde tüm dünyada işlevsel yetersizlikler arasında ilk sırada yer alacağı tahmin edilmektedir.

Koroner kalp hastalığına bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması hastaların kaliteli bir sağlık hizmet almasına bağlıdır. Etkilediği insan popülasyonunun oldukça büyük olması sebebi ile bu hastalığın tedavi ve takibinin etkin şekilde gerçekleştirilmesi, hem toplum sağlığı ve hem de kaynakların ekonomik ve verimli şekilde kullanımı açısından önem arz etmektedir.

3.2. Klinik Kalite Programında Koroner Kalp Hastalığı ile ilgili Hedefler

- KKH tanısı alan hastaların takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak
- KKH tanısı alan hasta sayısını kontrol altında tutmak

3.3 Koroner Kalp Hastalığı Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

KKH sağlık olgusu için toplam iki standart ve 13 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 direkt alınabilen göstergeler de mevcuttur.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

KK.S1 Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.

KK.S1 Göstergeleri:

KK.G1 İlk kez KKH tanısı almış hastalarda LDL ölçümü yapılan hasta oranı

KK.G2 Kan basıncı değeri kontrol altında olan KKH tanılı hasta oranı

KK.G3 KKH tanılı hastalarda tütün kullanma oranı

KK.S2 Koroner kalp hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.

KK.S2 Göstergeleri:

- KK.G4** Koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test yapılan KKH tanılı hasta oranı
- KK.G5** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda koroner anjiyografi yapılma oranı
- KK.G6** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda koroner anjiyoplasti yapılma oranı
- KK.G7** Koroner anjiyografi yapılan KKH tanılı hastalarda medikal tedavi verilme oranı
- KK.G8** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda by-pass cerrahisi uygulanma oranı
- KK.G9** KKH tanılı hastalarda koroner reanjiyografi uygulama oranı
- KK.G10** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda miyokart enfarktüsü görülme oranı
- KK.G11** Miyokart enfarktüsü mortalite oranı
- KK.G12** By-pass cerrahisi sonrası mortalite oranı
- KK.G13** By-pass cerrahisi sonrası reoperasyon oranı

IV. BÖLÜM

KORONER KALP HASTALIĞI GÖSTERGE KARTLARI



T.C. Sağlık Bakanlığı

İlk Kez KKH Tanısı Almış Hastalarda LDL Ölçümü Yapılan Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G1
Kısa Tanım	Koroner kalp hastalığı tanısı alan hastalarda, tanı aldıktan sonra ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan hastaların oranını ifade etmektedir. KKH'de LDL düzeyinin düşük seviyelerde bulunması, risklerin kontrol altında tutulması açısından önemlidir.
Standart	Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 902290 Payda: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≥%95
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde de KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan KKH Tanılı Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G2
Kısa Tanım	KKH tanılı hastalarda, kan basıncı değeri < 140/90 mmHg olanların, kan basıncı ölçülen hastalara oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan basıncı değeri 140/90 mmHg altında olan KKH tanılı hasta sayısı / Kan basıncı ölçülen KKH tanılı toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: Koroner kalp hastalığı tanısı alan hastalardan kan basıncı ölçülen ve sistolik kan basıncı < 140mmHg, diyastolik kan basıncı < 90mmHg olan hasta sayısı Payda: Koroner kalp hastalığı tanısı alan hastalarda kan basıncı ölçülen hasta sayısı ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≥%95
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Not	Pay ve paydada başvuru sayısı esas alınacaktır



T.C. Sağlık Bakanlığı

KKH Tanılı Hastalarda Tütün Kullanma Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G3
Kısa Tanım	KKH tanısı alan hastalar içinde tütün kullanan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tütün kullanan KKH tanısı almış hasta sayısı /KKH tanısı almış hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: Veri setinde tütün kullanımı işaretlenmiş hastalar Payda: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≥%95
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan KKH Tanılı Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

KK.G4

Kısa Tanım

Koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test uygulanmış hastaların KKH tanısı konulmuş hastalar içindeki oranını ifade etmektedir. KKH tanısı alan kişilerde koroner anjiyografi öncesi uygun noninvaziv tanı testleri yapılmalıdır.

Standart

Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.

Hesaplama
Yöntemi

(KKH tanısı konulmuş koroner anjiyografiden bir ay öncesine kadar noninvaziv test uygulanmış tekil hasta sayısı / KKH tanısı konulmuş koroner anjiyografi yapılmış tekil hasta sayısı) X 100

Veri Kaynağı

Pay:
700530, 800800, 800830, 700620, 803880,803870,803970
Payda:
700810, 700820, 700840 SUT Kodu ile işlem yapılan ve I25.0, I25.1, I25.8, I25.9 tanılı tekil hastalar

Hedef Değer

≥%50

Veri Analiz
Periyodu

Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyografi Yapılma Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G5
Kısa Tanım	İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjiyografi yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjiyografi yapılan tekil hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 700810, 700820, 700840 Payda: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≥%50
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde de KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyoplasti Yapılma Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G6
Kısa Tanım	İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjiyoplasti yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra bir ay içerisinde koroner anjiyoplasti yapılan tekil hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 700880, 700910, 70092 Payda: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde de KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

Koroner Anjiyografi Yapılan KKH Tanılı Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

KK.G7

Kısa Tanım

Koroner anjiyografi yapılan ve medikal tedavi verilen hasta oranını ifade etmektedir.

Standart

Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.

Hesaplama Yöntemi

İlgili dönemde;
(Koroner anjiyografi yapılan hastalar içinde medikal tedavi verilen hasta sayısı / Koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı) X 100

Veri Kaynağı

Pay: Medikal tedavi uygulanan hasta sayısı
Payda:
700810, 700820, 700840

Hedef Değer

≥%90

Veri Analiz Periyodu

Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda By-Pass Cerrahisi Uygulanma Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G8
Kısa Tanım	İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde By-Pass cerrahisi uygulanan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde By-Pass cerrahisi uygulanan hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı aldığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 Payda: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	%1-4
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde de KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

KKH Tanılı Hastalarda Koroner Reanjiyografi Uygulama Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G9
Kısa Tanım	Koroner anjiyografi sonrası 9 ay içinde tekrar anjiyografi yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Koroner anjiyografi sonrası 9 ay içerisinde tekrar koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı / Koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 700810, 700820, 700840 Payda: 700810, 700820, 700840
Hedef Değer	% 1-3
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Miyokart Enfarktüsü Görülme Oranı



Gösterge Kodu	KK.G10
Kısa Tanım	İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde miyokart enfarktüsü geçiren hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde miyokart enfarktüsü geçiren hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı aldığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: I.20, I20.8, I20.9, I21, I21,0 I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 Payda: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	% 1-4
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde de KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

Miyokart Enfarktüsü Mortalite Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G11
Kısa Tanım	AMİ tanısı alan hastalarda bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (AMİ tanısı alan hastalardan bir ay içinde ölen hasta sayısı / AMİ tanısı alan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: I.20, I20.8, I20.9, I21, I21,0 I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 Payda: I.20, I20.8, I20.9, I21, I21,0 I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G12
Kısa Tanım	By-Pass cerrahisi geçiren hastalarda cerrahi sonrası bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (By-Pass cerrahisi geçirdikten sonra bir ay içerisinde ölen KKH tanılı hastalar / By-Pass cerrahisi geçirmiş KKH tanılı hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 Payda: 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 ve I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	% 1-3
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	KK.G13
Kısa Tanım	By-Pass cerrahisi sonrası bir ay içinde reoperasyon yapılan KKH tanılı hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (By-Pass cerrahisi sonrası bir ay içinde reoperasyon yapılan KKH tanılı hasta sayısı / By-Pass cerrahisi geçiren KKH tanılı hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 Payda: 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 ve I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	% 10-20
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu