



T.C. Sağlık Bakanlığı

Klinik Kalite Rehberi

Diabetes Mellitus

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Klinik Kalite Daire Başkanlığı



Klinik Kalite

Klinik Kalite Rehberi-Diabetes Mellitus (Versiyon1.0)
Ocak 2015

© 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
Klinik Kalite Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 1. kat Kolej / Ankara
Tel: 0312 458 50 02 - 03
Faks: 0312 435 16 79
web: www.klinikkalite.saglik.gov.tr
e-posta: klinikkalite@saglik.gov.tr

Editör

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Hazırlayanlar

Dr. Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Uzm. İbrahim KÖSTEKLİ

Havva İLHAN

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Serdar GÜLER

Prof. Dr. Tuncay DELİBAŞI

Doç. Dr. Adem ÖZKARA

Doç. Dr. Dilek BERKER

Uz. Dr. Rabia KAHVECİ

Katkılarından dolayı Uzm. Dr. Özlem ÜLGER ve Elife DİLMAÇ'a teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	4
KISALTMALAR	5
TANIMLAR	6
1. 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	8
1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Toplama, Analiz ve Raporlama Süreçleri	10
2. BÖLÜM	11
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	11
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	12
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri	12
3. BÖLÜM	15
DİABETES MELLİTUS	15
3.1. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonları	16
3.2. Klinik Kalite Programında Diabetes Mellitus ile ilgili Hedefler	16
3.3. Diabetes Mellitus Standart ve İndikatörleri	16
3.4. Diabetes Mellitus Verilerinin Toplanması ve Analizi	17
4. EKLER	18
DİABETES MELLİTUS GÖSTERGE KARTLARI	18

ÖNSÖZ

2003 yılında uygulanmaya başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın temel hedeflerinden biri, ülkemiz insanlarına yaygın, erişimi kolay, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sağlamaktır. 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 ve kalite değerlendirmelerine ilişkin süreçler oluşturulmuş ve başarı ile uygulanmıştır. Sonrasında, ölçme ve değerlendirme sisteminin daha da geliştirilerek tıbbi süreçleri ve hastada elde edilen sonuçları detaylı şekilde ölçmek ve izlemek hedefi ile çalışmalar başlatılmıştır. Sağlığın iyileştirilmesi, verilen sağlık hizmetinin standardize edilerek, etkin, etkili ve güvenilir şekilde sunulması için ölçme ve değerlendirme sisteminin etkin şekilde uygulanması büyük önem arz etmektedir.

2012 yılında başlatılan “Türkiye Klinik Kalite Programı”, ülke öncelikleri ve insanımızın yaşam kalitesine etkileri gözönünde tutularak belirlenen çeşitli sağlık olguları üzerinde çalışmalarını sürdürmektedir. Çalışmalar kapsamında öncelikle, belirlenen sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır. Diğer aşamada ise, göstergeler kurumlar tarafından standart bir şekilde ölçülür, izlenir ve elde edilen veriler Bakanlığımıza iletilir. Sonuçlar Bakanlığımız tarafından analiz edilir ve kurumlara geribildirimde bulunulur. 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.

Yukarıda özetlediğimiz algoritmayı içeren sağlık olgularına yönelik kalite çalışmaları, temelde, sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesini ve dolayısı ile ülkenin tamamında aynı kalitede sağlık bakım hizmeti sunulmasını hedeflemektedir.

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

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

KISALTMALAR

MSVS: Minimum Sağlık Veri Seti

KDS: Karar Destek Sistemi

SUT: Sağlıkta Uygulama Tebliği

ICD.10: International Classification of Diseases

DM: Diabetes Mellitus

USVS Ulusal Sağlık Veri Seti

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

TANIMLAR

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi: Hastanenin idari ve tıbbi bilgilerinin yönetimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için düzenlenmiş bilgi sistemidir.

Standart: Belirlenmiş 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 Kimlik Kartı: Her bir gösterge için özel hazırlanan, ilgili göstergenin yönetimine ilişkin esasları içeren bilgi kartlarıdır.

Standart Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş standartların izlenebilirliği için oluşturulan koddur.

Gösterge Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş göstergelerin izlenebilirliği için oluşturulan koddur.

Kısa Tanım: Göstergenin kısa açıklamasını içeren metindir.

Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge ile ilgili verilerden göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla standart olarak ortaya konulmuş formüldür.

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

Hedef Değer: İki şekilde belirlenmiştir.

- **Ulusal Hedef:** Türkiye genelinde klinik Kalite adına ulaşılması gereken hedeftir.
- **Kurumsal Hedef:** Ulusal Hedefi yakalamak için oluşturulan hastane bazlı hedeftir. Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler veya bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değer de revize edilmesi gerekebilir.

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

Sorumlular: Göstergenin toplanması, analizi, raporlanması ve göstergenin iyileştirilmesi sürecinde görev alan kişilerdir.

1.BÖLÜM

TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI

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. Bakanlığımız tarafından Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapı, süreç ve sonuç bazlı olarak kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır. Sağlıkta Kalite Standartları ile sağlık kurumlarında kalite yönetiminin temel esasları ortaya konmuştur. Bunun yanında standartlar, sağlık çalışanlarında kalite kültürünün geliştirilmesi ve sağlık hizmetinin yapısal ve süreç bazlı kalite standartları vasıtası ile izlenmesini sağlamıştır. 2012 Şubat ayı itibari ile de, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç bazlı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programı uygulamaları gündeme gelmiştir. Bu program; sağlık politikalarının geliştirilmesi, özellikle sağlık sorunları ve hastalıklar bazında yapılan faaliyetlerin sonuçlarının izlenmesi ve hesap verilebilirlik noktasında çok önemli olan ölçme, izleme ve değerlendirme kültürünün ulusal düzeyde geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi kavramının sağlık sisteminin her alanında geliştirilmesi (ulusal, bölgesel, kurumsal, bireysel) hedeflenmektedir. Belirlenen sağlık olgularına yönelik çıktıların ölçümü ve kıyaslamaların yapılabilmesi için veri tabanlarının oluşturulması gerekmektedir.

1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları

Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında izlenecek sağlık olguları belirlenirken, sağlık sorununun bireye ve topluma etkisi, hastalık yükü, ölçülebilirliği ve uluslararası uygulamalar dikkate alınmıştır. Bu çerçevede belirlenen ilk 6 konu başlığı aşağıda görülmektedir:

- Diabetes Mellitus
- Diz Protezi Replasmanı
- Kalça Protezi Replasmanı
- İnme
- Koroner Arter Hastalığı
- Gebelik ve Doğum Süreci

1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi

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

- Ülkede ilgili sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolunun** belirlenmesi (birinci basamak, ikinci basamak hizmet gibi)
- Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel kalite standartlarının** belirlenmesi
- Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **gösterge havuzunun oluşturulması** (ulusal ve uluslararası uygulamalar ve literatür incelenerek)

- Gösterge havuzunun ülke genelinde ölçülebilirlik ve etkinlik açısından incelenmesinin ardından ölçülecek **göstergelerin belirlenmesi**
 - **Göstergelerin ve standartların kodlanması:**
 - o Öncelikle standartlar kodlanır. Standart kodlamasında iki harften oluşan bir kısım ile bir harf ve bir rakamdan oluşan ikinci kısım bulunmaktadır. İlk kısımda yer alan iki harf incelenen sağlık olgusuna göre belirlenir. Örneğin Diabetes Mellitus için **DM**, Diz protezi için **DP**, İnme için **İN** harf grupları kullanılmaktadır. Sağlık olguları için terminolojide mümkün olduğunca Türkçe isimler esas alınmaktadır. İkinci kısımda yer alan ve bir harf ve bir rakam Standart kelimesinin ilk harfi olan S ile Standardın ilgili sağlık olgusu için sıra numarasını ifade etmektedir (**S1, S2** gibi). Örneğin Diabetess mellitus için 2. Standart kodlama sistemi içinde şu şekilde ifade edilmektedir:
 - **DM.S1**
 - o Göstergeler mevcut standart kodlamasına üçüncü bir kısım eklenerek oluşturulmaktadır. Üçüncü kısım, “Gösterge” kelimesinin ilk harfi olan “G” ile başlar ve göstergenin o standarda göre sıra numarasını ifade eder. Örneğin İnme konusunun ikinci standardının dördüncü göstergesi kodlama sisteminde şu şekilde ifade edilmektedir:
 - **İN.S2.G4**
 - **Gösterge yönetimine yönelik süreçlerin belirlenmesi**
 - o Süreçler ile ilgili aşağıdaki parametreler belirlenir;
 - Gösterge kartları

Bakanlık tarafından belirlenen gösterge kartlarında aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:

 - Gösterge Kodu
 - Kısa Tanım
 - Standart
 - Hesaplama Yöntemi
 - Veri Kaynağı
 - Hedef Değer
 - Veri Analiz Periyodu
 - Sorumlular
 - Veri tanımları (dahil etme/hariç tutma kriterleri, veri özellikleri, veri kayıt ortamı)
 - Veri kayıt formu
 - Hesaplama yöntemi (verilerden sonuca ulaşmak için hangi formül ya da formüllerin kullanılacağı, pay/payda tanımları)
 - Veri geribildirim formatları (aylık/üç aylık gibi)
 - **Standart ve gösterge rehberlerinin oluşturulması**
 - **Raporlama formatının belirlenmesi** (hastane, il, bölge kapsamında ve ulusal boyutta)
- Ölçülecek olan göstergeler belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınır:

- Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda **hasta guvenliği** ve **etkililiğin** sağlanmasıdır.
 - o Konu ile ilgili en cok sorun yaşanan ya da en problemli olduğu duřunuēlen alanlar öncelikle ele alınmalıdır.
 - o Öncelikle kolay ölçülebilir, yüksek olarak personel uyumunun sağlanabileceği göstergeler tercih edilmelidir.
 - o Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmelidir.

Veri toplama yöntemi verinin kalitesini direk olarak etkileyen bir işlemdir. Bu yöntemin kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması, tüm basamaklarının net olarak ortaya konmuş olması gereklidir. Personelle fazla ek iş yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntemin uzun süreli uygulanabilirliği düşük olacaktır.

Göstergenin türüne göre veri toplama yöntemi değişebilir. Bildirime dayalı veriler kullanılabilmele birlikte veri toplamadaki kolaylık nedeni ile bilgi yönetim sistemi üzerinden elde edilen veriler tercih edilmektedir

1.4. Bakanlık Düzeyinde Veri Toplama, Analiz ve Raporlama Süreçleri

Veri toplama kuralları çerçevesinde elde edilen veriler ve sonuçlar, Bakanlık tarafından belirlenen formatta Klinik Kalite Daire Başkanlığına gönderilir. Daire Başkanlığınca oluşturulan elektronik veri tabanında işlenen veriler analiz edilir. Her bir gösterge için hastane, il, bölge kapsamında ve ulusal boyutta belirlenen rapor formatına uygun şekilde raporlar oluşturulur. Raporlar ilgili paydaşlara (Bakanlık ilgili birimleri, TKHK, İl sağlık Müdürlükleri, Kurumlar) iletilir.

2.BÖLÜM

KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

Her hastanede kendi bünyesinde hastane yöneticileri ve sağlık çalışanlarından oluşan bir Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu oluşturulmalıdır. Komisyona başhekim başkanlık etmelidir. Ayrıca en az bir başhekim yardımcısı, bir müdür yardımcısı, klinik kalite açısından takip edilen her hastalık grubu için bir uzman hekim, bir bilgi işlemci bulunmalıdır. Komisyon tarafından düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı, hastane klinik kalite verilerinin analizi yapılmalıdır. Yapılan analizler hastane yönetimine ve belirlenen periyotlarda Klinik Kalite Daire Başkanlığına bildirilmelidir.

Komisyon aşağıdaki görevlerden sorumludur:

- Hastane klinik kalite verilerinin tam ve doğru toplanmasını sağlamak
- Klinik kalite verilerinin analiz ve raporlarını hazırlamak
- Hazırlanan raporları üst yönetime ve Klinik Kalite Daire Başkanlığına göndermek
- Yapılan iyileştirme çalışmalarının sonucunu takip etmek
- Diğer hastane ve il verileri ile kıyaslama yapmak
- Belirlenen ulusal klinik kalite hedeflerinin yakalanmasına yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yürütülmesini 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) Veri toplama ile ilgili alt yapının oluşturulması
- 3) İlgili personelin eğitilmesi
- 4) Veri toplama
- 5) Verilerin sonuçlara dönüştürülmesi
- 6) Sonuçların analizi ve yorumlanması (Belirlenen periyotlarda)
- 7) Hedef değerin belirlenmesi
- 8) Gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması
- 9) Gösterge izlem sürecinin gözden geçirilmesi (her analiz döneminde tüm basamaklar tekrar gözden geçirilir ve gerekli değişiklikler yapılır)

1) Göstergelerin İzlemi ile ilgili Sorumluların Belirlenmesi

Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Bu kişiler, günlük pratiğinde o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personel arasından seçilebilir. Sorumluların sürece hâkim, nitelikli kişiler arasından seçilmesi uygun olacaktır. Gösterge yönetiminde başarı için sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir. Gösterge sorumlularının, ilgili her türlü kararda sürece dâhil edilmesi, katkılarının çok daha etkili bir şekilde alınmasını sağlayacağı gibi, iş motivasyonunu da artıracaktır

2) Veri Toplama ile ilgili Alt Yapının Oluşturulması

Veri toplama için oluşturulacak olan formlar manuel ya da elektronik ortama entegre şekilde kullanılabilir. Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmelidir. Ancak veri toplama alt yapısının elektronik sistem, tercihen bilgi yönetim sistemi üzerinden kurgulanması performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından oldukça önemlidir. Bu şekilde personele minimum ek iş yükü oluşturulacak, aynı zamanda da verinin analizi önemli ölçüde kolaylaşacaktır.

3) İlgili Personelin Eğitilmesi

Bütün bu işlemler tamamlandıktan sonra, gösterge sorumlusu ile birlikte özellikle veri kaydında görev alacak ilgili tüm personelin eğitimi gereklidir. Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

4) Veri Toplama

Özellikle uygulamanın ilk dönemlerinde ilgili sorumluların veri kaydı ve veri toplama aşamasını yakından izlemesi, yaşanan problemleri zamanında tespit ederek gerekli ise bazı düzenlemeleri yapması önemlidir. Veri kalitesinin sağlanması için kritik aşamalardan biri veri toplama aşamasıdır.

5) Verilerin Sonuçlara Dönüştürülmesi

Elde edilen veriler, Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemi ile formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır.

6) Sonuçların Analizi ve Yorumlanması

Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değeri, hedef değeri ile karşılaştırılır. Ancak sonuçların analizi için sadece hedef değeriyle karşılaştırmak yeterli değildir.

- Sonucun; hedef değeri, 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 gerektiğinde kullanılmalıdır.

Ölçme, değerlendirme ve iyileştirme sürecindeki en can alıcı noktanın veri kalitesi olduğu unutulmamalıdır. Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulmalı, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmelidir.

7) 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 ara

hedefler belirlemesi mümkündür. Kurum her iyileşme sürecinden sonra hedefini yükseltebilir.

8) Gerekli İyileştirme Çalışmalarının Yapılması

Analiz sonuçları hedef değerden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır. Sonuç olumlu ya da olumsuz olsun bu sonuca ulaşılmasındaki kritik noktalar değerlendirilir. Olumlu sonucun korunması ya da daha da iyileştirilmesi, olumsuz sonucun ise düzeltilmesi için hangi faaliyetlerin yapılabileceği konusu ele alınır.

Sorun kaynakları nedenine yönelik araştırmalar yaparak tespit edilmeli ve mutlaka kayıt edilmelidir. Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir.

- Sorunun tespiti
- Sorunun nedeninin tespiti
- Çözüm yollarının aranması
- Çözüm planlanması
- Çözümün uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesi
- Sonucun raporlanması ve bildiriminin yapılması
- Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması

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

3.BÖLÜM

DIABETES MELLİTUS

3.1. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonları

Diabetes Mellitus (DM), her yaşta görülebilen, ülkemizde ve dünyada hızla artan, sürekli tıbbi bakım gerektiren, tedavi maliyeti yüksek ve önemli komplikasyonları olan bir endokrin hastalıktır. Kontrolsüz DM akut komplikasyonlarla ölüme yol açabilir. Uzun dönemde gelişen kronik komplikasyonları ile de kalp, damar, göz, böbrek ve sinir dokusu başta olmak üzere hemen tüm yaşamsal organlarda kalıcı bozukluklara neden olarak yaşam kalitesini bozar.

3.2. Klinik Kalite Programında Diabetes Mellitus ile ilgili Hedefler

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

3.3. Diabetes Mellitus Standart ve İndikatörleri

DM hastalığı için toplam 3 standart ve 20 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 göstergelerde mevcuttur.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

DM.S1.Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

DM.S1. Göstergeleri

DM.G1. HbA_{1c} ölçümü yapılan hasta oranı

DM.G2. Yılda en az 4 kez HbA_{1c} ölçümü yapılan hasta oranı

DM.G3. Son ölçülen HbA_{1c} ≥ 9 olan hasta oranı

DM.G4. Son ölçülen HbA_{1c} ≤ 7 olan hasta oranı

DM.G5. Son HbA_{1c} düzeyi % 7-9 arasında olan hasta oranı

DM.G6. İncelenen dönemde eğitim alan hasta oranı

DM.G7. Vücut kitle indeksi hesaplanan hasta oranı

DM.S2. Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.

DM.S2. Göstergeleri

DM.G8. LDL kolesterol ölçümü yapılan hasta oranı

DM.G9. LDL kolesterol düzeyi <100 mg/dl olan hasta oranı

DM.G10. Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hasta oranı (komplikasyonsuz)

DM.G11. Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hasta oranı (akut komplikasyonlar)

DM.G12. DM tanılı hastalarda kan basıncı ölçülen hasta oranı

DM.G13. DM tanılı hastalarda kan basıncı son ölçüm değeri 130/80 altında olan hasta oranı

DM.G14. DM tanılı hastalarda tütün kullanım oranı

DM.S3. Diyabetli hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.

DM.S3. Göstergeleri

DM.G15. Nefropati taraması amacı ile Mikroalbuminüri ölçümü yapılan hasta oranı

DM.G16. Diyabet nedeni ile gelişmiş böbrek hastalığı bulunan hasta oranı

DM.G17. Göz muayenesi yapılan hasta oranı

DM.G18. Alt ekstremité amputasyon oranı

DM.G19. Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hasta oranı (kronik komplikasyonlar)

DM.G20. Ayak muayenesi yapılan hasta oranı

3.4. Diabetes Mellitus Verilerinin Toplanması ve Analizi

Ek. 1'de DM ile ilgili göstergelere ilişkin kartlar bulunmaktadır. Gösterge takibinin nasıl yapılacağı kartlarda açıklanmıştır. Gösterge için belirlenen kodların (ICD ve SUT) karşılıkları hastanelerin yerel sistemlerinden toplanıp belirtilen hesaplama yöntemi ile göstergenin sonuç değeri bulunur. Sonuç değerleri belirlenen periyotlara göre Bölüm 2.2.'de belirtilen esaslar çerçevesinde analiz edilir ve gerekli görülen iyileştirme çalışmaları yapılır.

4. EKLER

DİABETES MELLİTUS GÖSTERGE KARTLARI

 T.C. Sağlık Bakanlığı	HbA_{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S1.G1	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı alanlarda HbA _{1c} ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Rapor süresi içinde HbA _{1c} düzeyi ölçülen hasta sayısı/ Rapor süresi içerisinde diyabet tanılı hasta sayısı) X100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan HbA_{1c} düzeyi tetkik sonucu, muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından '901460', '901450' nolu SUT kodlarını almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Yılda En Az 4 Kez HbA_{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S1.G2	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda raporlama tarihinden geriye doğru bir yıl içinde 4 ve üzeri HbA _{1c} ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Yılda 4 ve üzeri HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı / Rapor süresi içerisinde tekilleştirilmiş diyabetli hastalar) x100	
Veri Kaynağı	Pay: Bir yılını doldurmuş diyabet tanısı alan hastaların bir yıllık süreçte tetkik sonucu, muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından '901460', '901450' nolu SUT kodlarını 4 ve daha fazla kez almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%70	
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Son Ölçülen HbA_{1c} düzeyi ≥%9 Olan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S1.G3	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA _{1c} düzeyi ≥%9 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(HbA _{1c} bakılan hastalar içinde, HbA _{1c} değeri ≥ %9 olanların sayısı / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hastalar içinde HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan tetkik sonucu veri setinde '901460', '901450' nolu SUT kodları ile gelen verilerin tetkik sonuçları %9 ve üzeri gelmiş tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde tetkik sonucu, muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından '901460', '901450' nolu SUT kodlarını ve aşağıdaki ICD-10 kodlarını almış tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%20	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Son ölçülen HbA_{1c} düzeyi ≤ 7 olan hasta oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S1.G4	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA _{1c} değeri ≤ %7 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(HbA _{1c} bakılan hastalar içinde, HbA _{1c} değeri HbA _{1c} düzeyi ≤ %7 olanların sayısı / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hastalar içinde HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan tetkik sonucu veri setinde '901460', '901450' nolu SUT kodları ile gelen verilerin son tetkik sonuçları % 7 ve altında gelmiş tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde Tetkik sonucu, muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından '901460', '901450' nolu SUT kodlarını ve aşağıdaki ICD10 kodlarını almış tekil hasta sayısı ICD10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%70	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Son HbA_{1c} Düzeyi % 7-9 Arasında Olan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S1.G5	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA _{1c} % 7-9 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(HbA _{1c} bakılan hastalar içinde, HbA _{1c} düzeyi %7-9 arasında olanların sayısı / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hastalar içinde HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan tetkik sonucu veri setinde '901460', '901450' nolu SUT kodlarını ile gelen verilerin son tetkik sonuçları %7-9 arasında gelmiş tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde tetkik sonucu, muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından '901460', '901450' nolu SUT kodlarını ve aşağıdaki ICD-10 kodlarını almış tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%20	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İncelenen Dönemde Eğitim Alan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S1.G6	
Kısa Tanım	İncelenen dönemde eğitim verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Diyabet tanısı alan hastalar içerisinde rapor süresince eğitim alan hasta sayısı / Rapor süresi içerisindeki diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet veri setinde diyabet eğitimi alanı "1" girilen veya muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından 530090 nolu SUT kodunu almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde Muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden aşağıdaki diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Vücut Kitle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S1.G7	
Kısa Tanım	Diyabetli hastalarda vücut kitle indeksi hesaplanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm diyabetli hastalarda, hedeflenen kan glukozu düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Tüm diyabetli hastalar içinde muayene veri seti içinde boy ve kilo ikisi birden girilen kişi sayısı / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Diyabet Tanısı alan hastalar içinde, muayene veri setinde boy ve kilo alanları 1 girilen kayıtlar dışında doldurulan tekil diyabetli hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde Muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı çıkış, ana tanı çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S2.G1	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı alanlarda LDL kolesterol takibi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{LDL Kolesterol ölçümü yapılan hasta sayısı}}{\text{Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hastalar}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan tektik sonucu, muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından '902290' nolu SUT kodunu almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı çıkış, ana tanı çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden aşağıdaki diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	LDL Kolesterol Düzeyi <100 mg/dl Olan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S2.G2	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı alanlarda LDL kolesterol düzeyi <100 mg/dl olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{LDL Kolesterol ölçümü yapılan hastalar içinde LDL düzeyi} < 100 \text{ mg/dl olanların sayısı}}{\text{Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hastalar içinde LDL kolesterol ölçümü yapılan hastalar}} \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde tetkik sonucu müdahale alanından '902290' nolu SUT kodunu almış ve tetkik sonucu 100 ün altında gelen tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından '902290' nolu SUT kodunu almış tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları: E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%50	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S2.G3	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı nedeni ile yatışı yapılan komplikasyonu olmayan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hasta sayısı (komplikasyonsuz) / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan yatan hasta MSVS de 'E10.9', 'E11.9', 'E13.9', 'E14.9' ICD 10 kodlarını almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden aşağıdaki diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9)	
Hedef Değer	%30	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S2.G4	
Kısa Tanım	Diyabet tanısı ile birlikte diyabetin akut komplikasyonları (ketoasidoz, hiperosmolarite, koma) nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	[Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hasta sayısı (akut komplikasyonlar) /Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı] X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan yatan hasta MSVS de'E10.0', 'E10.1', 'E13.0', 'E13.1', 'E14.0', 'E14.1' ICD-10kodlarını almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9)	
Hedef Değer	%30	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S2.G5	
Kısa Tanım	Diyabetli hastalarda kan basıncı ölçülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Diyabetli hastalar içerisinde kan basıncı ölçümü yapılan hasta sayısı / Rapor süresi içerisinde tekileştirilmiş diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan muayene MSVS’de kan basıncı ölçümü girilen hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Son Ölçüm Değeri 130/80 Altında Olan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S2.G6	
Kısa Tanım	Diyabetli hastalarda kan basıncı son ölçüm değeri 130/80 altında olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Diyabet tanılı hastalarda kan basıncı son ölçüm değeri 130/80 altında olan hasta sayısı /Rapor süresi içerisinde diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan muayene MSVS’de diastolik kan basıncı < 80, sistolik kan basıncı < 130 olan tekil hasta sayısıdır. Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%60	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	DM Tanılı Hastalarda Tütün Kullanım Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S2.G7	
Kısa Tanım	DM tanılı hastalarda tütün kullanım oranının yüzde olarak ifade edilmesidir.	
Standart	Diyabetli hastalar akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Tüm diyabetli hastalar içinde sigara kullananlar / Rapor süresi içerisinde tekilleştirilmiş diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan hasta özlük bilgileri içinde sigara kullanımı alanı 5,6 olarak doldurulanlar tekil hasta sayısı (Hastanın en güncel özlük bilgisi dikkate alınmaktadır) Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%10	
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S3.G1	
Kısa Tanım	Diyabet hastalarında Nefropati taraması amacı ile mikroalbuminüri ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Mikroalbuminüri ölçümü yapılan hasta sayısı / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan muayene veya yatan hasta müdahale alanlarından 902540 nolu SUT kodunu almış veya diyabet MSVS’de nefropati alanı 6, 7 olarak doldurulmuş tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>asağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S3.G2	
Kısa Tanım	Diyabet nedeni ile gelişmiş böbrek hastalığı bulunan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Belirlenen kodlara göre böbrek hastalığı tanısı alan hastalar / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı) x 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan diyabet MSVS’de nefropati alanı 3, 4, 5 olarak doldurulmuş tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%20	
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Göz Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S3.G3	
Kısa Tanım	Diyabet hastalarında göz muayenesi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Raporlama süresi içinde, Diyabet tanısı alan hastalar arasında göz muayenesi olanlar / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan muayene MSVS’de muayene yapılan poliklinik alanı 27 kodu olarak doldurulmuş tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Alt Ekstremitte Amputasyon Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S3.G4	
Kısa Tanım	Diyabet hastalarında ilgili rapor döneminde alt ekstremitte amputasyonu gerçekleştirilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Amputasyon yapılan hasta sayısı / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan muayene ve yatan hasta müdahale alanlarından 'P611220', '611220', 'P611230', '611230', 'P611240', '611240', 'P611250', '611250', 'P611260', '611260', 'P611270', '611270', 'P611280', '611280' nolu SUT kodlarını almış tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%0	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	



Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Kronik Komplikasyonlar)



Gösterge Kodu

DM.S3.G5

Kısa Tanım

Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hastalardan kronik komplikasyonu (böbrek, göz, nörolojik, kardiyovasküler ve diğer non spesifik komplikasyonlar) olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.

Standart

Diyabetli hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.

Hesaplama Yöntemi

[Diyabet tanısı ile yatan hasta sayısı (Kronik Komplikasyonlar) / Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı] X 100

Veri Kaynağı

Pay:

Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan yatan hasta MSVS'de ana tanı çıkış kodu 'E10.2', 'E10.3', 'E10.4', 'E10.5', 'E10.6', 'E10.7', 'E10.8', 'E11.2', 'E11.3', 'E11.4', 'E11.5', 'E11.6', 'E11.7', 'E11.8', 'E13.2', 'E13.3', 'E13.4', 'E13.5', 'E13.6', 'E13.7', 'E13.8', 'E14.2', 'E14.3', 'E14.4', 'E14.5', 'E14.6', 'E14.7', 'E14.8', 'G59.0', 'G63.2', 'H28.0', 'H36.0', 'M14.2', 'N08.3' ICD 10 kodlarını almış tekil hasta sayısı

Payda:

Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden aşağıdaki diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı

ICD-10 Kodları:

E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9

Hedef Değer

%10

Veri Analiz Periyodu

Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Ayak Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	DM.S3.G6	
Kısa Tanım	Diyabet hastalarında ayak muayenesi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diyabetli hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Diyabet tanısı alan hastalar içerisinde rapor süresince ayak komplikasyonları açısından taranan hastalar/ Rapor süresi içerisinde tüm diyabetli hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Seçilen zaman diliminde diyabet tanısı alan hastalardan Diyabet veri seti içerisinde diyabet komplikasyonu veri elemanı doldurulan tekil hasta sayısı Payda: Seçilen zaman diliminde muayene ana tanı, ek tanı, yatan hasta ana tanı, çıkış ana tanı, çıkış ek tanısı ve diyabet veri setinden <u>aşağıdaki</u> diyabet tanı kodları gelen tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları: E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9, R73, R73.0, R73.9, O24, O24.0, O24.1, O24.2, O24.3, O24.4, O24.9	
Hedef Değer	%100	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	