



T.C. Sağlık Bakanlığı

Klinik Kalite Rehberi

Koroner Arter Hastalığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Klinik Kalite Daire Başkanlığı



Klinik Kalite

Klinik Kalite Rehberi-Koroner Arter Hastalığı (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. Engin BOZKURT

Prof. Dr. Erol ŞENER

Doç. Dr. Serkan ÇAY

Yard.Doç. Dr. Hüseyin AYHAN

Doç. Dr. Ümit KERVAN

Op. Dr. Emrah UĞUZ

Katkılarından dolayı Uzm. Dr. Utku SERKANT ve Dr. Banu EKİCİ'ye 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
KORONER ARTER HASTALIĞI	15
3.1. Koroner Arter Hastalığı ve Önemi	16
3.2. Klinik Kalite Programında Koroner Arter Hastalığı ile ilgili Hedefler	16
3.3. KAH Standart ve İndikatörleri	16
4. EKLER	18
KORONER ARTER HASTALIĞI 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

USVS Ulusal Sağlık Veri Seti

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

KAH: Koroner Arter Hastalığı

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 güvenliği** ve **etkililiğin** sağlanmasıdır.
 - o Konu ile ilgili en çok sorun yaşanan ya da en problemli olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalıdır.
 - o Öncelikle kolay ölçülebilen, 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. Personele 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 kullanılabilirlikle 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 değer, hedef değer ile karşılaştırılır. Ancak sonuçların analizi için sadece hedef değerle karşılaştırmak yeterli değildir.

- 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 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

KORONER ARTER HASTALIĞI

3.1. Koroner Arter Hastalığı ve Önemi

Yetişkinlik çağıının en önemli kronik hastalıklarından biri olan koroner arter hastalığı (KAH) 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 arter hastalığına bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması hastaların kaliteli bir sağlık hizmet almasına bağlıdır. Tesir ettiği 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 Arter Hastalığı ile ilgili Hedefler

“Koroner Arter Hastalığı”nın etkin şekilde tedavi ve takibine yönelik kalitenin izlenmesindeki amaç aşağıda belirtilmiştir:

- Hastalarda standart bakımı sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

3.3. KAH Standart ve İndikatörleri

Koroner arter hastalığı için toplam 2 standart ve 12 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 mevcuttur.

KH.S1. Koroner arter hastalığı olan hastalar yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.

KH. S1. İndikatörleri:

KH.S1.G1. İlk başvuruda LDL ölçümü yapılan KAH tanısı almış hasta oranı

KH.S1.G2. Kan basıncı değeri kontrol altında olan hasta oranı

KH.S1.G3. Sigara kullanmayan hasta oranı

KH.S2. Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.

KK.S2. İndikatörleri:

KH.S2.G1. Koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test yapılan hasta oranı

KH.S2.G2. Koroner anjiyografi yapılan hasta oranı

KH.S2.G3. Koroner anjiyoplasti yapılan hasta oranı

KH.S2.G4. Koroner anjiyografi yapılan hastalarda medikal tedavi verilme oranı

KH.S2.G5. By-pass cerrahisi uygulama oranı

KH S2.G6. Koroner reanjiyografi uygulama oranı

KH S2.G7. KAH tanılı hastalarda miyokard enfarktüsü görülme oranı

KH.S2.G8. By-pass cerrahisi sonrası mortalite oranı

KH.S2.G9. By-pass cerrahisi sonrası reoperasyon Oranı

4.EKLER

KORONER ARTER HASTALIĞI GÖSTERGE KARTLARI

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S1.G1	
Kısa Tanım	Koroner arter hastalığı tanısı alan hastalarda ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastalığı olan hastalar yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{LDL'si bakılan KAH tanısı almış hastalar}}{\text{Tüm KAH tanısı almış hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde "902290" kodu ile "LDL ölçümü" yapılan tekil hasta sayısı Payda: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını alındığı tarihten itibaren bir ayını doldurmuş tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S1.G2	
Kısa Tanım	KAH tanılı hastalarda, kan basıncı değeri < 140/90 mmHg olanların, kan basıncı ölçülen hastalar içindeki yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastalığı olan hastalar yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(KAH tanılı hastalarda, kan basıncı değeri 140/90 mmHg altı olanların sayısı / KAH tanısı olup tüm kan basıncı bakılan hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Diyastolik kan basıncı < 90mmHg ve sistolik kan basıncı < 140mmHg gönderilen koroner arter hastalığı muayene sayısı (çoklu ay seçiminde tekilleşmemektedir). Payda: Koroner arter hastalığı tanısı ile gönderilen muayene sayısından çıkarılan "kan basıncı" ölçülen hasta sayısı. ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Sigara Kullanmayan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S1.G3	
Kısa Tanım	KAH tanısı almış hastalar içinde sigara kullanmayan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastalığı olan hastalar yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(Sigara kullanmayan KAH tanısı almış hasta sayısı / KAH tanısı almış hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Sigara kullanmayan KAH tanısı almış hasta sayısı I25.0, I25.1, I25.8, I25.9 Koroner arter hastalığı tanısı konulup Tütün MSVS'de "Sigara Kullanmayan" tekil hasta sayısı Payda: Tüm KAH'sı olan hasta sayısı: ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S2.G1.	
Kısa Tanım	Koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test uygulanmış hastaların KAH tanısı konulmuş hastalar içindeki oranının yüzde olarak ifade edilmesidir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(KAH tanısı konulmuş koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test uygulanmış hastalar / KAH tanısı konulmuş koroner anjiyografi yapılmış hastalar) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: KAH tanısı konulmuş koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test uygulanmış yani 700530, 800800, 800830, 700620, 803880,803870,803970 SUT kodları ile işlem yapılmış hasta sayısı. Payda: KAH tanısı konulmuş koroner anjiyografi yapılmış hastalar: Koroner arter hastalığı ICD-10 tanısı konulup SUT Kodu 700810 il işlem yapılan tekil hasta sayısı ICD 10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Koroner Anjiyografi Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S2.G2	
Kısa Tanım	İlk kez KAH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjiyografi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	$(\text{KAH tanısı koyulup koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı} / \text{KAH tanısı alan hasta sayısı}) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde SUT Kodu "700810" ile "Anjiyografi" yapılan tekil hasta sayısı Payda: İlk kez koroner arter hastalığı tanısının alındığı tarihten itibaren bir ayını doldurmuş tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Koroner Anjioplasti Yapılan Hasta Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S2.G3	
Kısa Tanım	İlk kez KAH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjioplasti yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(KAH tanısı koyulup koroner anjioplasti yapılan hasta sayısı / KAH tanısı alan hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde SUT Kodları 700880,700910,70092 ile "Anjioplasti" yapılan tekil hasta sayısıdır. Payda: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını alındığı tarihten itibaren bir ayını doldurmuş tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Koroner Anjiyografi Yapılan Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S2.G4	
Kısa Tanım	İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde anjiyografi yapılan hastalardan, medikal tedavi ve statin verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\text{İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde anjiyografi yapılan hastalardan medikal tedavi ve statin verilen hasta sayısı} / \text{Koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde SUT Kodu 700810 ile "Anjiyografi" yapılan hastalardan medikal tedavi ve statin alan tekil hasta sayısı Payda: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde "Anjiyografi" yapılan tekil hasta sayısı. ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	By-pass Cerrahisi Uygulama Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S2.G5	
Kısa Tanım	KAH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde By-pass cerrahisi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{KAH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde By-pass cerrahisi uygulanan hasta sayısı}}{\text{KAH tanısı aldığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: İlk kez Koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir yıl içerisinde SUT Kodları 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 ile "Bypass cerrahisi" yapılan hasta sayısı. Payda: İlk kez Koroner Ater Hastalığı tanısını alındığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş tekil hasta sayısı ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Koroner Reanjiografi Uygulama Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH S2.G6	
Kısa Tanım	Koroner anjiyografi sonrası 9 ay içinde tekrar anjiyografi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	$(9 \text{ ay içerisinde tekrar koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı} / \text{Koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı}) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde SUT Kodu 700810 ile "Anjiyografi" yapıldıktan sonra 9 ay içerisinde SUT Kodu 700810 ile "Reanjiyografi" yapılan tekil hasta sayısı Payda: İlk kez koroner arter hastalığı tanısının alındığı tarihten itibaren 9 ayını doldurmuş tekil hasta sayısı. ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9, I20, I20.8, I20.9 ICD Son 9 ay içerisinde I25.0, I25.1, I25.8, I25.9, I20, I20.8, I20.9 ICD tanı kodları konan hasta sayısı.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	KAH Tanılı Hastalarda Miyokard Enfarktüsü Görülme Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH S2.G7	
Kısa Tanım	KAH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(KAH tanısı olan ve bir yıl içinde miyokard enfarktüsü geçiren hasta sayısı / Toplam KAH tanısı almış hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir yıl içerisinde "Miyokard enfarktüsü" geçiren tekil hasta sayısı. ICD 10 Kodları: I.20 , I20.8 , I20.9, I21, I21.0 I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 Payda: İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş tekil hasta sayısı. ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
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	KH.S2.G8	
Kısa Tanım	By-pass cerrahisi geçiren hastalardan cerrahi sonrası bir ay içinde ölen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(By-pass cerrahisi geçirdikten sonra bir ay içerisinde ölen KAH'lı hastalar / By-pass cerrahisi geçirmiş KAH'lı hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: SUT Kodları 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 ile “ By-pass cerrahisi yapıldıktan sonra bir ay içerisinde ölen hasta sayısı Payda: By-pass cerrahisi geçirmiş KAH'lı hasta sayısı: 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 SUT kodu ile bir yıl içerisinde işlem yapılan toplam hasta sayısı. ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	By-pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı	 Klinik Kalite
Gösterge Kodu	KH.S2.G9	
Kısa Tanım	By-pass cerrahisi sonrası bir ay içinde tekrar reoperasyona giden KAH tanılı hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Koroner arter hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.	
Hesaplama Yöntemi	(By-pass cerrahisi sonrası bir ay içinde tekrar reoperasyona giden KAH tanılı hastalar / Son bir ay içinde By-pass cerrahisi geçiren KAH tanılı hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: SUT Kodları 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 ile ilk kez B-ypass cerrahisi olduktan sonra bir ay içerisinde aynı SUT kodları ile reopere olan tekil hasta sayısı. Payda: SUT Kodları 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 ile ilk kez By-pass cerrahisi olduğu tarihten itibaren bir ayını tamamlamış tekil hasta sayısı. ICD-10 Kodları: I25.0, I25.1, I25.8, I25.9	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	