



T.C. Sağlık Bakanlığı

Klinik Kalite Rehberi

Diz ve Kalça Protezi Rehberi

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Klinik Kalite Daire Başkanlığı



Klinik Kalite

Klinik Kalite Rehberi-Diz ve Kalça Protezi (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. Bülent ATİLLA

Prof.Dr. Ertuğrul ŞENER

Prof. Dr. Mehmet DEMİRTAŞ

Prof. Dr. N. Reha TANDOĞAN

Prof. Dr. Ömer Faruk BİLGİN

Prof. Dr. Önder AYDINGÖZ

Doç.Dr. A. Turgay ÇAVUŞOĞLU

Doç. Dr. Didem SUNAY

Doç. Dr. Mehmet Hakan ÖZSOY

Uzm. Dr. Bilgehan KARADAYI

Uzm. Dr. Fatma Aybala ALTAY

Katkılarından dolayı Uzm. Dr. Nihal UĞUZ'a teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	3
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
DİZ VE KALÇA PROTEZİ	15
3.1. Diz / Kalça Protezi ve Komplikasyonları	16
3.2. Klinik Kalite Programında Eklem Protezi ile ilgili Hedefler	16
3.3. Diz Protezi Standart ve İndikatörleri	16
3.4. Kalça Protezi Standart ve İndikatörleri	17
4. EKLER	19
DİZ VE KALÇA PROTEZİ GÖSTERGE KARTLARI	19
DİZ PROTEZİ GÖSTERGE KARTLARI	20
KALÇA PROTEZİ GÖSTERGE KARTLARI	35

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

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
- Kalça Protezi
- 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 çok sorun yaşanan ya da en problemli olduğu duřunuēlen alanlar öncelikle ele alınmalıdır.
 - o Öncelikle kolay ölçülebilir, yüksek olarak personel uyumunun sađlanabileceđi 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 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

DİZ VE KALÇA PROTEZİ

3.1. Diz / Kalça Protezi ve Komplikasyonları

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

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

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

3.2. Klinik Kalite Programında Eklem Protezi ile ilgili Hedefler

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

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

3.3. Diz Protezi Standart ve İndikatörleri

Diz Protezi için toplam 4 standart ve 14 indikatör oluşturulmuştur.

Her bir gösterge için ayrı ayrı ICD-10 ve SUT kodları mevcut olup farklı hesaplama formülleri bulunmaktadır. Ayrıca SUT ve ICD-10 kodu bulunmayan hasta dosyalarından ya da muayene setlerinin içinden direkt alınabilen göstergeler de (antibiyotik verilme oranları gibi) mevcuttur.

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

DP. S1 İndikatörleri:

DP. S1.G1. Dislokasyon nedeni ile yeniden yatış oranı

DP.S1.G2. Reoperasyon gereken hasta oranı (ilk 2 ay)

DP.S1.G3. Reoperasyon gereken hasta oranı (ilk 12 ay)

DP. S1.G4. Ortalama kalış gün sayısı

DP. S1.G5. Revizyon cerrahisi gereken hasta oranı (ilk 12 ay)

DP.S2Diz cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.

DP.S2. İndikatörleri:

DP.S2.G1. Operasyon gününde profilaktik antibiyotik verilme oranı

DP.S2.G2. İlk 2 ayda cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yeniden yatış oranı

DP.S2.G3. İlk 12 ayda cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yeniden yatış oranı

DP.S3.Diz cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.

DP. S3. İndikatörleri:

DP.S3.G1. Antitrombotik ilaç verilen hasta oranı

DP.S3.G2. Hasta çıkışında antitrombotik ilaç reçete edilen hasta oranı

DP.S3.G3. Derin ven trombozu nedeni ile yeniden yatış oranı

DP.S3.G4. Pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı

DP.S4. Diz cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.

DP. S4. İndikatörleri:

DP. S4. G1. Sinir hasarı oranı

DP. S4. G2. Damar hasarı oranı

3.4. Kalça Protezi Standart ve İndikatörleri

Kalça Protezi için toplam 4 standart ve 14 indikatör oluşturulmuştur. Her bir gösterge için ayrı ayrı ICD-10 ve SUT kodları mevcut olup farklı hesaplama formülleri bulunmaktadır. Ayrıca SUT ve ICD-10 kodu bulunmayan hasta dosyalarından ya da muayene setlerinin içinden direkt alınabilen göstergeler de (antibiyotik verilme oranları gibi) mevcuttur.

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

KP. S1 İndikatörleri:

KP.S1.G1. Dislokasyon nedeni ile yeniden yatış oranı

KP.S1.G2. Reoperasyon gereken hasta oranı (ilk 2 ay)

KP.S1.G3. Reoperasyon gereken hasta oranı (ilk 12 ay)

KP.S1.G4. Ortalama kalış gün sayısı

KP.S1.G5. Revizyon cerrahisi gereken hasta oranı (ilk 12 ay)

KP.S2. Kalça cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.

KP.S2. İndikatörleri:

KP. S2.G1. Operasyon gününde profilaktik antibiyotik verilme oranı

KP.S2.G2. İlk 2 ayda cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yeniden yatış oranı

KP.S2.G3. İlk 12 ayda cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yeniden yatış oranı

DP.S3. Kalça cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.

KP. S3. İndikatörleri:

KP.S3.G1. Antitrombotik ilaç verilen hasta oranı

KP.S3.G2. Hasta çıkışında antitrombotik ilaç reçete edilen hasta oranı

KP.S3.G3. Derin ven trombozu nedeni ile yeniden yatış oranı

KP.S3.G4. Pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı

KP.S4. Kalça cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.

KP. S4. İndikatörleri:

KP.S4. G1. Sinir hasarı oranı

KP.S4.G2. Damar hasarı oranı

4.EKLER

DİZ VE KALÇA PROTEZİ GÖSTERGE KARTLARI

DİZ PROTEZİ GÖSTERGE KARTLARI

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S1.G1	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde "Dislokasyon" nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Dislokasyon nedeni ile hastaneye yeniden yatan diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı}}{\text{Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Dislokasyon" nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısı Payda: Diz Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 "Diz artroplastisi total" SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı tekillleştirilerek alınır (Yatış tarihinden itibaren 60 gün) ICD 10 Kodları M22, M22.0, M22.1, M22.2, M22.3, M22.4, M22.5, M22.6, M22.7, M22.8, M22.9, S83.0, S83.1, T84.0, T84.1, T84.2, T84.3, T84.4 tanısı almış ve SUT işlem kodları 610880, 611190, 611200, 613050, 613060, 613070, 613080, 613230, 613240, 613250, 613320	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 2 ay)	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S1.G2	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde reoperasyonu nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Herhangi bir sebeple reoperasyon gereken diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken tekil hasta sayısı Payda: Diz Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 "Diz artroplastisi total" SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı tekilleştirilerek alınır (Yatış tarihinden itibaren 60 gün) ICD 10 Kodları S72.4,S72.3, S72.8, S72.9, S82.0, S82.1, S82.2 tanısı almış Ve SUT işlem kodları aşağıdaki kodlardan biri olan: 612260,612270, 612330, 612430, 612440, 612441, 612460, 613270, 613300, 610940, 611220, 610990, 611000, 611010, 611020, 611030	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 12 ay)	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S1.G3	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra ilk 12 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Herhangi bir sebeple reoperasyon gereken diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken tekil hasta sayısı Payda: Diz Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 12 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı ICD 10 Kodları S72.4,S72.3, S72.8, S72.9, S82.0, S82.1, S82.2 tanısı almış Ve SUT işlem kodları aşağıdaki kodlardan biri olan: 612260,612270, 612330, 612430, 612440, 612441, 612460, 613270, 613300, 610940, 611220, 610990, 611000, 611010, 611020, 611030	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

İndikatör Kodu	DP.S1.G4
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonunu geçiren hastaların ortalama hastanede yatış gün sayılarını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	(Diz protezi geçiren hastaların hastanede kalış gün sayıları toplamı /Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	Pay: Diz protezi geçiren hastaların hastanede kalış gün sayıları toplamı: P612420, 612420 SUT Kodu ile diz protezi geçiren hastalarda yatan hasta paketinde operasyon tarihinden sonra çıkış zamanına kadar geçen süredir. Payda: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış tekil hasta sayısı
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6Aylık, Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Revizyon Cerrahisi Gereken Hasta Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S1.G5	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlk 12 ayda revizyon cerrahisi gereken diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Revizyon Cerrahisi" gereken tekil hasta sayısı SUT işlem kodları 612440, 612441, 612460 Payda: Diz Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 12 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilme Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S2.G1	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonu geçirmeden önce profilaktik antibiyotik verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik verilen hasta sayısı}}{\text{Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik verilen hasta sayısı: eklenecek (Artroplasti MSVS'de ilaç kullanımı ile ilgili alan var. MSVS işlerlik kazandıktan sonra raporlanabilir) Payda: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış tekil hasta sayısıdır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İlk 2 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S2.G2	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiş diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatan" tekil hasta sayısı. T84.5, T84.6, T84.7, M00 ve alt kırılımları kodları almış ve SUT kodu 613030, 613031, 612260, 612270, 613270, 613300, 612650, 612651, 612620 ile işlem yapılmış hasta sayısı Payda: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile Diz Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İlk 12 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S2.G3	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonu geçirdikten sonraki 12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yeniden yatan diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatan" tekil hasta sayısıdır.60 gün ile 12 ay arası yeniden yatış yaparak T84.5, T84.6, T84.7, M00 ve alt kırılımları kodları almış ve SUT kodu 613030, 613031, 612260, 612270, 613270, 613300, 612650, 612651, 612620 ile işlem yapılmış hasta sayısı Payda: Diz Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 12 ayını tamamlamış tekil hasta sayısıdır. P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısıdır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Antitrombotik İlaç Verilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S3.G1	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonu geçiren hastalarda, operasyon günü antitrombotik ilaç verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Antitrombotik ilaç verilen hasta sayısı}}{\text{Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Antitrombotik ilaç verilen hasta sayısı eklenecek (Artroplasti MSVS'de ilaç kullanımı ile ilgili alan var. MSVS işlerlik kazandıktan sonra raporlanabilir) Payda: Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısıdır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Hasta Çıkışında Antitrombotik İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S3.G2	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonu geçiren hastalarda, taburculukta antitrombotik ilaç reçete edilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılması	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Çıkışta Antitrombotik ilaç reçete edilen hasta sayısı}}{\text{Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Çıkışta Antitrombotik ilaç reçete edilen hasta sayısı: eklenecek (Artroplasti MSVS'de ilaç kullanımı ile ilgili alan var. MSVS işlerlik kazandıktan sonra raporlanabilir) Payda: Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısıdır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Derin Ven Trombozu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S3.G3	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Derin Ven Trombozu" nedeni ile yeniden yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılması	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Derin ven trombozu nedeni ile hastaneye yeniden yatan diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı}}{\text{Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Derin Ven Trombozu" nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısıdır. I82.8, I82.9 ve I80, I80.0, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9 ICD 10 kodlarıyla yatan hasta sayısı Payda: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S3.G4	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Pulmoner Emboli" nedeni ile yeniden yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılması	
Hesaplama Yöntemi	(Pulmoner emboli nedeni ile hastaneye yeniden yatan diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Pulmoner Emboli" nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısıdır. I26, I26.0, I26.9 ICD10 kodlarıyla yatan hasta sayısı Payda: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Sinir Hasarı Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	DP.S4.G1	
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Sinir Hasarı" görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Sinir hasarı gelişen diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı}}{\text{Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Sinir Hasarı" olan tekil hasta sayısı S84, S84.0, S84.1, S84.2, S84.7, S84.8, S84.9 ICD10 tanı kodu almış ve SUT kodu 616350, 616430, 616440, 616450 Payda: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 1 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

İndikatör Kodu	DP.S4.G2
Kısa Tanım	Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Damar Hasarı" görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	(Damar hasarı gelişen diz protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
İndikatör Hesaplama Kodları	Pay: Diz Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Damar Hasarı" olan tekil hasta sayısı S85, S85.01, S85.02, S85.03, S85.04, S85.05, S85.07, S85.08, S85.09, I74.3, I74.4, I74.8, I74.9 ICD10 kodu almış ve SUT Kodu 606030, 606040, 607080, 607090, 607100, 607110, 607390, 607330, 607340 Payda: P612420, 612420 Diz artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 1 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu

KALÇA PROTEZİ GÖSTERGE KARTLARI

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S1.G1	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde "Dislokasyon" nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Dislokasyon nedeni ile hastaneye yeniden yatan kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı}}{\text{Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Dislokasyon" nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısı Payda: Kalça Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 "Kalça artroplastisi total" SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı tekillleştirilerek alınır (Yatış tarihinden itibaren 60 gün) ICD 10 Kodları M22, M22.0, M22.1, M22.2, M22.3, M22.4, M22.5, M22.6, M22.7, M22.8, M22.9, S83.0, S83.1, T84.0, T84.1, T84.2, T84.3, T84.4 tanısı almış ve SUT işlem kodları 610880, 611190, 611200, 613050, 613060, 613070, 613080, 613230, 613240, 613250, 613320	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (ilk 2 ay)	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S1.G2	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde reoperasyonu nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir	
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Herhangi bir sebeple reoperasyon gereken kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken tekil hasta sayısı Payda: Kalça Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 "Kalça artroplastisi total" SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı tekilleştirilerek alınır (Yatış tarihinden itibaren 60 gün) ICD 10 Kodları S72.4,S72.3, S72.8, S72.9, S82.0, S82.1, S82.2 tanısı almış Ve SUT işlem kodları aşağıdaki kodlardan biri olan: 612260,612270, 612330, 612430, 612440, 612441, 612460, 613270, 613300, 610940, 611220, 610990, 611000, 611010, 611020, 611030	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 12 ay)	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S1.G3	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra ilk 12 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Herhangi bir sebeple reoperasyon gereken kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken tekil hasta sayısı Payda: Kalça Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 12 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı ICD 10 Kodları S72.4,S72.3, S72.8, S72.9, S82.0, S82.1, S82.2 tanısı almış Ve SUT işlem kodları aşağıdaki kodlardan biri olan: 612260,612270, 612330, 612430, 612440, 612441, 612460, 613270, 613300, 610940, 611220, 610990, 611000, 611010, 611020, 611030	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Ortalama Kalış Gün Sayısı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S1.G4	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonunu geçiren hastaların ortalama hastanede yatış gün sayılarını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Kalça protezi geçiren hastaların hastanede kalış gün sayıları toplamı /Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça protezi geçiren hastaların hastanede kalış gün sayıları toplamı: P612420, 612420 SUT Kodu ile kalça protezi geçiren hastalarda yatan hasta paketinde operasyon tarihinden sonra çıkış zamanına kadar geçen süredir. Payda: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Revizyon Cerrahisi Gereken Hasta Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S1.G5	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protez cerrahisi geçirmesi sağlanmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	İlk 12 ayda revizyon cerrahisi gereken kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Revizyon Cerrahisi" gereken tekil hasta sayısı SUT işlem kodları 612440, 612441, 612460 Payda: Kalça Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 12 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilme Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S2.G1	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonu geçirmeden önce profilaktik antibiyotik verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik verilen hasta sayısı}}{\text{Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik verilen hasta sayısı: eklenecek (Artroplasti MSVS'de ilaç kullanımı ile ilgili alan var. MSVS işlerlik kazandıktan sonra raporlanabilir) Payda: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış tekil hasta sayısıdır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İlk 2 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S2.G2	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonu geçirdikten sonraki ilk 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(ilk 2 ay içinde Cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiş kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra ilk 2 ay içerisinde "Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatan" tekil hasta sayısı. T84.5, T84.6, T84.7, M00 ve alt kırılımları kodları almış ve SUT kodu 613030, 613031, 612260, 612270, 613270, 613300, 612650, 612651, 612620 ile işlem yapılmış hasta sayısı Payda: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile Kalça Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	İlk 12 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S2.G3	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonu geçirdikten sonraki 12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	(Cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yeniden yatan kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatan" tekil hasta sayısıdır.60 gün ile 12 ay arası yeniden yatış yaparak T84.5, T84.6, T84.7, M00 ve alt kırılımları kodları almış ve SUT kodu 613030, 613031, 612260, 612270, 613270, 613300, 612650, 612651, 612620 ile işlem yapılmış hasta sayısı Payda: Kalça Protezi Operasyonu geçirdiği tarihten itibaren 12 ayını tamamlamış tekil hasta sayısıdır. P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısıdır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Antitrombotik İlaç Verilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S3.G1	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonu geçiren hastalarda, operasyon günü antitrombotik ilaç verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Antitrombotik ilaç verilen hasta sayısı}}{\text{Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Antitrombotik ilaç verilen hasta sayısı: eklenecek (Artroplasti MSVS'de ilaç kullanımı ile ilgili alan var. MSVS işlerlik kazandıktan sonra raporlanabilir) Payda: Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Hasta Çıkışında Antitrombotik İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S3.G2	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonu geçiren hastalarda, taburculukta antitrombotik ilaç reçete edilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılması	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Çıkışta Antitrombotik ilaç reçete edilen hasta sayısı}}{\text{Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Çıkışta Antitrombotik ilaç reçete edilen hasta sayısı: eklenecek (Artroplasti MSVS'de ilaç kullanımı ile ilgili alan var. MSVS işlerlik kazandıktan sonra raporlanabilir) Payda: Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış hasta sayısıdır.	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Derin Ven Trombozu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S3.G3	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Derin Ven Trombozu" nedeni ile yeniden yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılması	
Hesaplama Yöntemi	(Derin ven trombozu nedeni ile hastaneye yeniden yatan kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Derin Ven Trombozu" nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısıdır. I82.8, I82.9 ve I80, I80.0, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9 ICD 10 kodlarıyla yatan hasta sayısı Payda: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S3.G4	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Pulmoner Emboli" nedeni ile yeniden yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılması	
Hesaplama Yöntemi	(Pulmoner emboli nedeni ile hastaneye yeniden yatan kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde "Pulmoner Emboli" nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısıdır. I26, I26.0, I26.9 ICD10 kodlarıyla yatan hasta sayısı Payda: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 2 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Sinir Hasarı Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S4.G1	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Sinir Hasarı" görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Sinir hasarı gelişen kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı}}{\text{Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Sinir Hasarı" olan tekil hasta sayısı S84, S84.0, S84.1, S84.2, S84.7, S84.8, S84.9 ICD10 tanı kodu almış ve SUT kodu 616350, 616430, 616440, 616450 Payda: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 1 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	

 T.C. Sağlık Bakanlığı	Damar Hasarı Oranı	 Klinik Kalite
İndikatör Kodu	KP.S4.G2	
Kısa Tanım	Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Damar Hasarı" görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.	
Standart	Kalça cerrahisi ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli ve uygun adımlar atılmalıdır.	
Hesaplama Yöntemi	$\left(\frac{\text{Damar hasarı gelişen kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı}}{\text{Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$	
Veri Kaynağı	Pay: Kalça Protezi Operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde "Damar Hasarı" olan tekil hasta sayısı S85, S85.01, S85.02, S85.03, S85.04, S85.05, S85.07, S85.08, S85.09, I74.3, I74.4, I74.8, I74.9 ICD10 kodu almış ve SUT Kodu 606030, 606040, 607080, 607090, 607100, 607110, 607390, 607330, 607340 Payda: P612420, 612420 Kalça artroplastisi total SUT Kodu ile operasyon yapılmış 1 ayını tamamlamış tekil hasta sayısı	
Hedef Değer		
Veri Analiz Periyodu	Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık, Yıllık	
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu	