KLİNİK KALİTE

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

Klinik Kalite

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIKTA KALİTE, AKREDİTASYON VE ÇALIŞAN HAKLARI DAİRESİ BAŞKANLIĞI

KLİNİK KALİTE
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

(SÜRÜM 1.1)

MART,2021

ISBN: 978-975-590-758-1

Yayın No: 1154

Yazarlar - Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

© Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı'na aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim
T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cadde No: 9 Kat: 5 PK: 06800 Çankaya/ANKARA
Tel: 0312 585 2581

Tasarım ve Baskı
Tam Pozitif Matbaa
Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/19 Yenimahalle / ANKARA
Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12 www.pozitifmatbaa.com – E-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 5
TANIMLAR 6

BÖLÜM 1

I. Türkiye Klinik Kalite Programı 10
I.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Gelişim Süreci 10
I.2. Kurumsal Yapılanma 10
I.2.1. İl Sağlık Müdürlüğü Düzeyinde Kurumsal Yapı 11
I.2.2. Hastane Düzeyinde Kurumsal Yapı 12
I.3. Klinik Kalite Süreçleri 14

BÖLÜM 2

II. Sağlık Olgusu, Standart ve Göstergelerin Tanımlanması 16
II.1. Klinik Kalite Sağlık Olgularının Belirlenmesi . 16
II.1.1. Sağlık Olgularının Kodlanması 16
II.2. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi 17
II.2.1. Standart ve Göstergelerin Kodlanması 17
II.2.2. Gösterge Kartının Oluşturulması 18
II.2.3. Hazırlanan göstergelerin sahada uygulama süreci 18

BÖLÜM 3

III. Ölçme, Değerlendirme ve İyileştirme Süreçleri 20
III.1. Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Süreçleri 20
III.1.1. Veri Toplama 20
III.1.2. Veri Doğrulama 22
III.1.3. Analiz ve Raporlama 22
III.1.4. Geri Bildirim 23
III.1.5 Veri Girişinde Yaşanan Sorunlar 25
III.2. İyileştirme Süreçleri 26
III.3. Klinik Kalite Ölçme Değerlendirme Sisteminde Dikkat Edilecek Genel Hususlar 27

BÖLÜM 4

SAĞLIK OLGULARI KLİNİK KALİTE GÖSTERGE KARTLARI 28
DİZ PROTEZİ 29
GEBELİK SÜRECİ VE DOĞUM 46
DİABETES MELLİTUS 80
KALÇA PROTEZİ 118
İNME 135
KORONER KALP HASTALIĞI 156
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH) 170
KATARAKT CERRAHİSİ 179
KOLOREKTAL KANSER 187
PROSTAT KANSERİ 200
DİŞ İMPLANTI 209
ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMLARI 218
MEME KANSERİ 235
BARİATRİK VE METABOLİK CERRAHİ 248
HİPERTANSİYON 266
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ 282

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ
Dr. Muhammed Ertuğrul EĞİN

HAZIRLAYANLAR

Uzm. Dr. Dilek TARHAN
Dr. Abdullah ÖZTÜRK
İbrahim DOLUKÜP
Uzm. Dr. Sabahat ERDİN
Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ
Çiğdem GÜNAY
Tayibe Sema KARADUMAN
Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN
Çağlayan SARIOĞLAN
Hacer ÇİL
Sağ. Uzm. Gül HAKBİLEN
Gülay DİNÇ
Nesrin DEMİR EREN
Öznur ÖZEN
Uzm. Hem. Seval ÇİFTÇİ
Sibel BAYRAKTAR
Şakire ŞAHİNBAŞ
Sağ. Uzm. Şerife ENGELOĞLU

KATKIDA BULUNANLAR

Uzm. Dr. Cemil BİNARBAŞI
Uzm. Dr. Hilal AKSOY
Uzm. Dr. Nazan AVŞAR
Dr. Özgür SEZER
Kıvanç YILMAZ
Abdullah AKÜNAL
Aynur BAŞARAN
Hilal ZENGİN
Meltem YILMAZ
Erkan GÜNEŞ
Uzm. Dt. Gül ATEŞ
Zekiye NİYAZ ÇINAR

ÖNSÖZ

Son yıllarda bilim ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte yaşam kalitesinin artması, sağlık hizmetlerinin de yüksek standartlarda verilmesini zorunlu hâle getirmiştir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bakanlığımız bünyesinde 2005 yılında başlatılan sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları, günümüzde ülke genelinde tüm sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır. 2005 yılından bu yana sağlık hizmetlerinde uygulanan kalite iyileştirme çalışmalarında gerek Bakanlığımız gerekse sağlık çalışanlarımızın özverili çalışmaları ile uzun yol katedilmiş ve bu yolda yapılan tüm kazanımlar dünya nazarında sağlık hizmetlerinde ülkemizi takdir edilen bir ülke konumuna getirmiştir.

2012 yılında sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarının farklı bir boyutu olan, kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılması amacıyla Türkiye Klinik Kalite Programı çalışmaları başlamıştır. Program, ülke genelinde tanı, tıbbi uygulamalar ve klinik tedavide bir ölçme ve değerlendirme sistemi oluşturarak tüm hastalara aynı standartta bakımın sağlanmasını ve sağlık hizmetlerinde klinik kaliteyi iyileştirmeyi hedeflemektedir.

Program kapsamında sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri, ülke öncelikleri ve hastalık yükü dikkate alınarak toplamda 16 sağlık olgusu belirlenmiş ve gösterge kartları hazırlanmıştır. Daha önce her sağlık olgusu için ayrı ayrı hazırlanan ölçme ve değerlendirme rehberleri bu rehberde birleştirilmiştir.

Rehberin ilk bölümünde Türkiye Klinik Kalite Programı hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde sağlık olgusu ve bu olgulara ait göstergelerin tanımlanması konusu, üçüncü bölümde de ölçme, değerlendirme ve iyileştirme süreçleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Dördüncü ve son bölümde ise tüm sağlık olgularına ait açıklayıcı bilgilerle birlikte ilgili gösterge kartlarına yer verilmiştir.

Rehberin saha çalışmalarında öncelikle sağlıklı ve doğru klinik kalite verilerinin oluşturulması, standart ve göstergelerin usulüne uygun olarak izlenmesi ve raporlarının iyileştirilmesi açısından önemli bir katkı sağlamasını diler, tüm sağlık çalışanlarına ve paydaşlarımıza faydalı olmasını temenni ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

TANIMLAR

Ana Tanı: Araştırma sonunda hastanın hastanedeki bakım epizodunun veya sağlık kurumunda bulunmasının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır.

Ayaktan Hasta: Yatış işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

Daire Başkanlığı: Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı'nı ifade etmektedir.

Ek Tanı: Hastanın bakım epizodu veya sağlık kuruluşunda bulunduğu sırada ana tanısına eşlik eden durumu veya şikayetidir.

Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır.

Gösterge Hedefi: Çalışma grupları tarafından kanıta dayalı kaynaklardan veya ulusal düzeydeki çalışmalardan yararlanılarak belirlenen ve gösterge bazında ulaşılması amaçlanan hedeftir.

Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge sonucunun hesaplanmasına yönelik Bakanlık tarafından oluşturulan formüldür.

Gösterge Kartı: Her bir göstergenin amacı, hesaplama yöntemi ve hesaplamada kullanılacak olan veri kaynağı gibi bilgileri içeren formdur.

Gösterge Puanı: Hesaplanan gösterge sonucunun belirlenen gösterge hedefine ulaşma durumuna göre 0 ile 100 arasında elde edilen değerdir.

Karar Destek Sistemleri: Yönetimin karar verme sürecinde kullanacağı verilerin toplanmasını, depolanmasını, analiz edilmesini, kolay erişilebilmesini, planlamalarda, stratejilerin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında kullanılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan sistematik bir yapılanmadır.

Klinik Kalite Karar Destek Sistemi: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan klinik kaliteye ilişkin veri toplama, analiz ve raporlama aracıdır. K3DS, e-Nabız sistemi üzerinden elde edilen verileri esas almaktadır.

Klinik Kalite: Kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır.

Klinik Kalite Dönemsel Raporları: İllere ve sağlık kuruluşlarına ait klinik kalite başarı puanını gösteren verilerin yer aldığı, Karar Destek Sisteminde (KDS) yayınlanan geri bildirim raporlarıdır.

Kök Neden Analizi: Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.

Kurumsal Kalite Sistemi: Kurumsal kalite uygulamalarının izlenebilmesi ve değerlendirilebilmesi amacıyla Bakanlığımız bünyesinde oluşturulan sistemdir.

LOINC Kodu: Kâr amacı gütmeyen Amerikan Regenstrief Enstitüsü Tıbbi Araş-

tırma Organizasyonu tarafından 1994 yılında laboratuvar ve klinik test sonuçlarının her birini bir ID kod ile tanımlamak ve verilerde standardizasyonu sağlamak için geliştirilmiş bir veri tabanıdır.

Olgu Klinik Kalite Puanı: Klinik kalite karar destek sisteminde takip edilen sağlık olgusunun gösterge kartında belirtilen hedef değerlere ulaşma durumuna göre 100 üzerinden hesaplanan ve dönemsel raporlarda yayınlanan puandır.

Prevalans: Belirli bir nüfusta, belirli bir zaman dilimi içerisinde, çalışma kapsamında yer alan, belirli bir hastalık veya hastalıklara sahip tüm olguların oranıdır.

Standart: Belirlenen sağlık olgusu ile ilgili kabul görmüş klinik kılavuzluk bilgileri veya tanımlamaları içeren kesin kriterlerdir.

Veri ambarı: İlişkili verilerin sorgulandığı ve analizlerinin yapılabildiği bir depodur. Veri ambarı veritabanını yormamak için oluşturulmuştur. Bir veri ambarı ilgili veriyi kolay, hızlı, ve doğru biçimde analiz etmek için gerekli işlemleri yerine getirir.

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

Veri Kaynağı: Göstergenin hesaplanması için gerekli olan ICD-10 tanı kodları, SUT işlem kodları, ilaç ATC kodları, LOİNC kodları, demografik ve tıbbi bilgilerin toplandığı ve kaydedildiği elektronik ortamdır.

Yatan Hasta: Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara, günübirlik yatış işlemi yapılan hastalar dâhildir.

ŞEKİLLER

Şekil 1: Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi 10
Şekil 2: Klinik Kalite Kurumsal Yapısı 11
Şekil 3: Klinik Kalite Süreçleri 14
Şekil 4. SİNA Giriş Ekranı 22
Şekil 5: KKS Geri Bildirim Giriş Ekranı 23
Şekil 6: İl Sağlık Müdürlüğü Geri Bildirim Raporu Örneği 24
Şekil 7: Hastane Geri Bildirim Raporu Örneği 24

KISALTMALAR

DÖF : Düzeltici Önleyici Faaliyet

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

K3DS : Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

LOINC : Logical Observation Identifiers Names and Codes (Gözlemlerin Mantıksal Tanımlayıcı Adları ve Kodları)

SBSGM: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

SBYS : Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi

SİNA : Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler

SUT : Sağlık Uygulama Tebliği

USS : Ulusal Sağlık Sistemi

BÖLÜM 1
TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI

I. Türkiye Klinik Kalite Programı

I.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Gelişim Süreci

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, Bakanlığımızın öncelikli hedefleri arasında yer alan ve Sağlıkta Dönüşüm Programının 8 ana bileşeninden 6.sı olan **"Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon"** bileşeni kapsamında kurulmuştur. Türkiye'de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlarken; hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmayı amaçlamıştır.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin Şekil 1' de bahsedildiği gibi üç yapı taşı bulunmaktadır:

- Kurumsal Yapı
- Sağlıkta Hizmet Kalitesi
- Klinik Kalite



Şekil 1: Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi

Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişimin büyük oranda sağlanması, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin farklı boyut ve alanlarda ölçülmesini gerekli kılmıştır. Kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi kavramının sağlık sisteminin her alanında geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Bu amaçla, 2012 yılında ülke öncelikleri ve sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri göz önünde tutularak, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç odaklı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programı başlatılmıştır. Program kapsamında bugüne kadar 16 sağlık olgusu belirlenmiş olup ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeyi sağlayacak göstergeler oluşturulmuştur. 2023 yılının sonuna kadar 9 sağlık olgusu daha belirlenerek toplamda 25 sağlık olgusunun klinik kalitesinin izlemi ve iyileştirilmesi planlanmıştır. Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda, hasta güvenliği ve memnuniyetinin sağlanması ile en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır.

I.2. Kurumsal Yapılanma

Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında, 2019/15 nolu genelge ile Bakanlık merkez teşkilatından sağlık kuruluşlarındaki ilgili tüm çalışanlara kadar, hizmetin tüm paydaşlarını kapsayacak şekilde yürütülmesi hedeflenmiştir. Sisteme ilişkin faaliyetler, Bakanlığımız Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. (Şekil 2)



Şekil 2: Klinik Kalite Kurumsal Yapısı

I.2.1. İl Sağlık Müdürlüğü Düzeyinde Kurumsal Yapı

İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde klinik kalite uygulamalarını il klinik kalite birimi yürütür. İldeki klinik kalite çalışmalarının koordinasyonu ve denetlenmesinden sorumludur. Birimde bulunması gereken çalışanlar;

- İl Kalite Koordinatörü
- Klinik Kalite Birim Sorumlusu
- USS Sorumlusu
- Diğer

İl Klinik Kalite Biriminin Görevleri:

İl klinik kalite birimi görev tanımları aşağıda açıklanmaktadır.

- Bakanlık talimatlarını (mevzuat, resmi yazılar, bakanlık duyuruları, eğitim ya da çalıştay sonrası yapılması planlanan çalışmalar…) sağlık kuruluşlarına iletmek ve uygulamaları izlemek
- İl merkezinde ve ilçelerinde bulunan tüm sağlık kuruluşları hakkında bilgi sahibi olmak
  - Hastanelerin büyüklüğü, türü
  - Klinik kalite gösterge verilerini sağlayabilen sağlık kuruluşları
  - Klinik kalite uygulamalarından muaf sağlık kuruluşları
  - Kalite direktörleri iletişim bilgileri
  - Sağlık kuruluşlarının KDS raporları
- İl klinik kalite çalışmalarını izlemek ve il sağlık müdürlüğüne raporlamak
  - Veri gönderiminin izlenmesi
  - İl geneli ve sağlık kuruluşlarının dönemsel raporların izlenmesi
  - Puanı düşük göstergelerin tespit edilmesi
  - İl klinik kalite sağlık olgusu puanını düşüren sağlık kuruluşlarının tespit edilmesi
  - İyileştirme çalışmalarını başlatmaları için sağlık kuruluşlarının uyarılması
  - Başlatılan iyileştirme faaliyetlerinin takip edilmesi
  - İl uygulamalarının sağlık müdürlüğüne raporlanması
- İl düzeyinde eğitim ihtiyaçlarını karşılamak
  - İl içerisindeki tüm sağlık kuruluşların bilgilendirme amaçlı eğitimlerinin sağlanması
  - Bakanlık talimatıyla verilmesi gereken eğitimlerin yapılması
  - Uygulamada karşılaşılan sorunlara yönelik eğitimlerin verilmesi
  - İyi uygulamaların paylaşılması amacıyla yapılan eğitimlerin gerçekleştirilmesi

- Sağlık kuruluşlarında yerinde incelemeler yapmak
  - Sağlık olgularının BYS ve E-Nabız veri validasyonu doğruluğu ile karşılaştırılması
  - Kodların kullanımı, veri girişi, hesaplama yöntemleri
  - Hedeften düşük göstergeler
  - İyileştirme faaliyetleri
  - DÖF oluşturulması
  - Rapor yazılması
- Klinik kalite değerlendirme toplantıları gerçekleştirmek
  - En az altı ayda bir kalite direktörleri ile birlikte toplantıların gerçekleştirilmesi ve uygulamalara yönelik rehberlik yapılması
  - İl ve sağlık kuruluşları bazında dönemsel raporların değerlendirilmesi
  - Sorunlar ve iyileştirme çalışmalarının incelenmesi
  - İyileştirilen ve devam eden sorunların raporlanması
  - Hastaneler arası yapılan klinik kalite uygulamalarının paylaşılması, iyi ve hatalı uygulamaların tespit edilmesi
  - Sahada karşılaşılan ve çözülemeyen sorunların Bakanlığa iletilmesi
- Sağlık kuruluşlarının geri bildirim raporlarını ve iyileştirme faaliyetlerini izlemek
  - Sağlık kuruluşlarının KKS' deki dönemsel rapor geri bildirimlerinin zamanında, tam ve doğru bildirilmesinin sağlanması
  - İyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarının takip edilmesi
- İl düzeyinde geri bildirim raporlarını Bakanlığa iletmek
  - Sağlık kuruluşlarından belirtilen geri bildirimler sonrasında il geneli ortak sorunları ve iyileştirme faaliyetlerini içeren raporların KKS üzerinden Bakanlığa iletilmesi.

I.2.2. Hastane Düzeyinde Kurumsal Yapı

Hastanelerde klinik kalite uygulamalarını kalite direktörlüğü ve klinik kalite iyileştirme komitesi yürütür.

Kalite Direktörlüğünün Klinik Kaliteye İlişkin Görevleri:

- Klinik kalite iyileştirme komitesinin sekretaryasını yürütmek
  - Komite üyelerine bilgilendirme eğitiminin yapılması
  - Hastane klinik kalite raporlarının hazırlanması
  - Klinik kalite iyileştirme komitesi toplantılarının planlanması ve gerçekleştirilmesi
  - Toplantı kararlarının raporlanması
  - İyileştirme faaliyetleri için DÖF takibinin yapılması
- Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatlar doğrultusunda uygulamaların kuruluşta gerçekleştirilmesini sağlamak
  - Bakanlık tarafından belirlenen klinik kalite kurumsal yapısı, resmi yazılar, mevzuatlar kapsamında klinik kalite uygulamalarının kuruluş çalışanlarına iletilmesi ve yürütülmesi
- Sağlık kuruluşu düzeyinde, klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesini koordine etmek
  - Tüm hastane çalışanlarının klinik kalite uygulamaları hakkında bilgilendirilmesi
  - Uygulama sırasında problemlerle karşılaşılması durumunda il sağlık müdürlüğü yada Bakanlıktan eğitim talebinde bulunulması
- USS veri sorumlusu ile koordineli olarak, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair süreçleri takip etmek
  - Sağlık kuruluşuna ait; KDS gün sonu raporları, aylık ve dönemsel raporların izlenmesi ve analiz edilmesi
  - Hedef değerden sapma gösteren göstergelerin tespit edilmesi
  - Hedef değerden sapma gösteren göstergelerde kök neden analizinin yapılması
  - SBYS'ne veri girişlerinin kontrol edilmesi, Bakanlık talimatları doğrultusunda veri girişlerinin sağlanması
  - Veri girişleri ve doğru veri hakkında gerekirse eğitimlerin verilmesi

- Doğru veri girişleri için denetimlerin yapılması

- Kuruluşta karşılaşılan klinik kaliteye ilişkin sorunları ve bu sorunlara yönelik düzeltici önleyici faaliyet planlarını üst yönetime ve il kalite koordinatörlüğü il klinik kalite birimine raporlamak
  - Sağlık kuruluşunda yeni açılan ve sonuçlanan DÖF'lerin üst yönetime sunulması
  - Yayınlanan raporlar sonrası tüm göstergelerin hedef değer açısından değerlendirilmesi
  - Hedeften uzak olan göstergeler için sorunun nedeni, yapılan iyileştirme faaliyetleri ve sonuçları hakkında geri bildirim raporlarının oluşturularak KKS üzerinden Bakanlığa ve Sağlık Müdürlüğüne iletilmesi
  - Sağlık müdürlüğü tarafından istenilen klinik kalite raporlarının hazırlanması
- Uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesini koordine etmek

Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İlgili sağlık olgusu alanında hizmet veren sağlık kuruluşlarında "Türkiye Klinik Kalite Programı" çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek, koordine etmek, iyileştirmeye ilişkin kararları almak ve takip etmek üzere sağlık kuruluşlarında oluşturulan yapıyı ifade eder.

Komite asgari aşağıdaki üyelerden oluşmalıdır:

a) Başhekim / Yönetici veya görevlendireceği bir yardımcısı
b) İdari ve mali işler müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
c) Sağlık bakım hizmetleri müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
d) Kalite direktörü
e) USS veri sorumlusu
f) Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu için en az bir uzman hekim

Klinik Kalite İyileştirme Komitesinin Görevleri:

a) Sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen klinik kalite çalışmalarının Bakanlıkça yayımlanan "Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi" doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlamak,

b) Sağlık olgusu bazında izlenen tüm klinik kalite göstergeleri ile ilgili veri kalitesini değerlendirmek, veri kalitesi ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri belirlemek ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak,

c) Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Bakanlık tarafından gönderilen geri bildirim raporlarını, K3DS ve kuruluş Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) nden elde edilen sonuçlar ile karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapmak.

Bakanlığımız USS'de 2019 Şubat ayından itibaren ana tanı ve ek tanı ayrımı yapılmaya başlaması sebebiyle daha önceki tarihlerdeki verilerin SBYS verileri ile karşılaştırılmasında tam eşleşme olmayabilir.

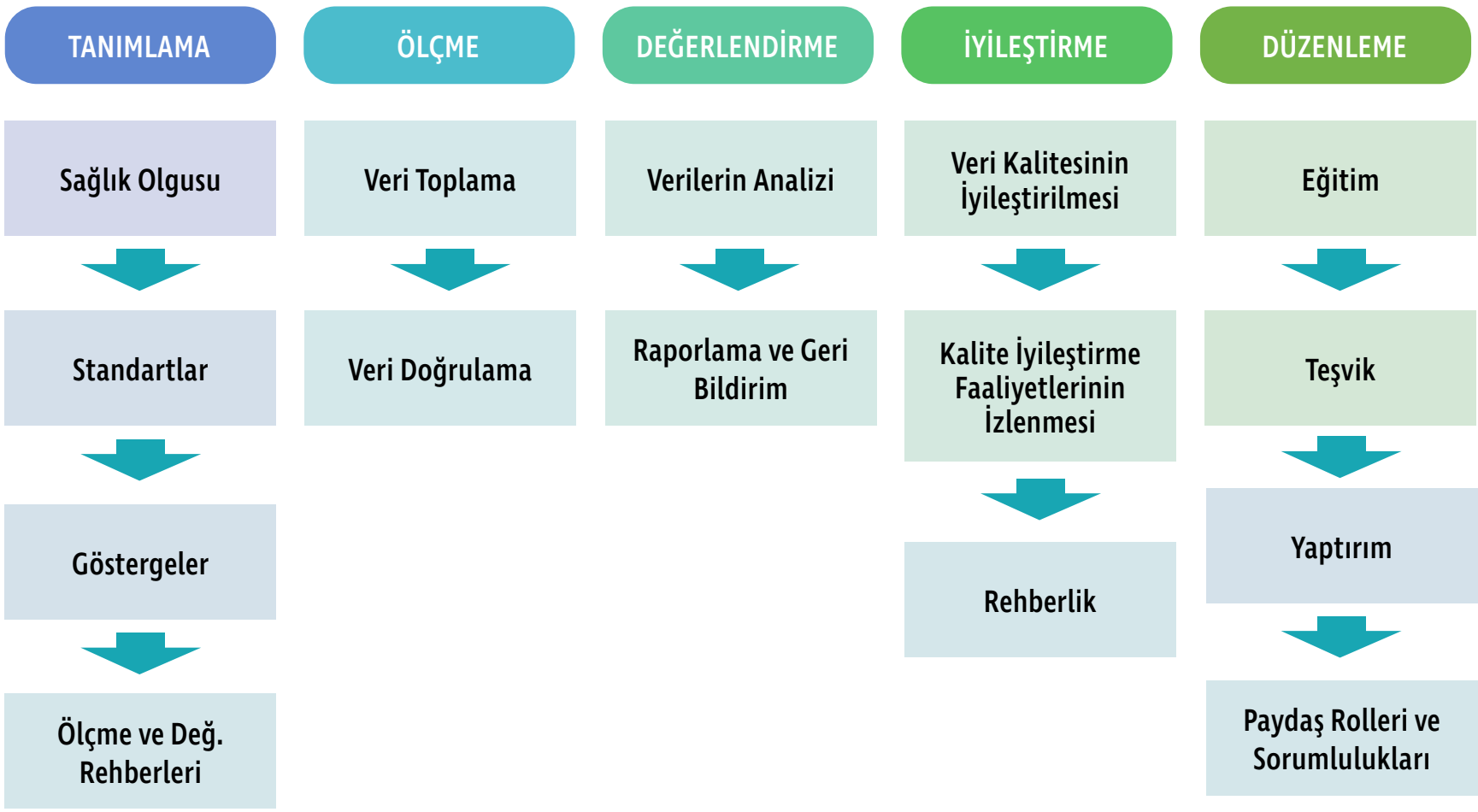
a) Gösterge bazında hedeflere ulaşma düzeyini değerlendirmek, hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetleri planlamak,

b) Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak,

c) Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu ile ilgili sonuçlar, yapılan çalışmalar ve gerçekleştirilmesi gereken iyileştirme faaliyetleri hakkında üçer aylık dönemler halinde rapor oluşturmak ve kalite direktörlüğü kanalıyla il kalite koordinatörlüğü il klinik kalite birimine sunulmasını sağlamak.

I.3. Klinik Kalite Süreçleri

Klinik kalite süreçleri; tanımlama, ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve düzenleme faaliyetlerini içeren beş aşamadan oluşmaktadır. Bu süreçlerin içeriklerine ilişkin detaylara aşağıdaki şekilde yer verilmiştir.



Şekil 3: Klinik Kalite Süreçleri

BÖLÜM 2

SAĞLIK OLGUSU, STANDART VE GÖSTERGELERİN TANIMLANMASI

II. Sağlık Olgusu, Standart ve Göstergelerin Tanımlanması

İzlenecek olan sağlık olguları belirlenirken, ülke öncelikleri, sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri ve ulusal hastalık yükü dikkate alınmaktadır. Çalışmalar kapsamında öncelikle sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Standartlar, sağlık olgusu ile ilgili kanıta dayalı tıp rehberleri ve klinik protokoller esas alınarak uzman çalışma grupları tarafından belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır.

II.1. Klinik Kalite Sağlık Olgularının Belirlenmesi

Sağlık olgusu seçiminde esas alınan niceliksel ve niteliksel hususlar şunlardır:

Niceliksel Hususlar

Hastalık ya da sağlık olgusunun;

- Prevalansının yüksek olması
- Bakım ve/veya hastalık yükünün (DALY) yüksek olması
- Yeti yitimi (YLD) ve kaybedilen yaşam yılları (YLL) yükünün yüksek olması
- Erken mortalite nedenleri arasında yer alması
- Yaşam kalitesini etkiliyor olması
- Etkin bir tedavisinin olması
- Tanı ve tedavisinin maliyet etkili olması
- OECD'de öncelikli olgular arasında yer alması

Niteliksel Hususlar

Hastalık ya da sağlık olgusunun;

- Ülke öncelikleri ve Bakanlık hedefleri ile uyumlu olması
- Halk sağlığı ve sosyal bakımı doğrudan etkilemesi
- Mevcut yönetimin stratejik planı ile uyumlu olması
- Yönetim sürecine ilişkin takip edilebilir göstergeler hazırlanabilmesi
- Klinik çıktıların ölçülebilmesi ve ölçülen çıktılar üzerinden klinik kalite hakkında yorum yapılabilmesi
- Çıktıları iyileştirebilecek kanıtların ve müdahalelerin varlığı

II.1.1. Sağlık Olgularının Kodlanması

Sağlık olguları ismini simgeleyen kısaltılmış iki harfden oluşur.

Sağlık olguları için belirlenen kısaltmalar:

- **DM:** Diabetes Mellitus
- **KK:** Koroner Kalp Hastalığı
- **DP:** Diz Protezi
- **KP:** Kalça Protezi
- **GD:** Gebelik ve Doğum Süreci
- **İN:** İnme
- **KH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- **KA:** Katarakt Cerrahisi
- **KR:** Kolorektal Kanser
- **PR:** Prostat Kanseri
- **Dİ:** Diş İmplantı
- **MK:** Meme Kanseri
- **ÇA:** Çocukluk Çağı Astımları

- **BM:** Bariatrik ve Metabolik Cerrahi
- **KB:** Kronik Böbrek Hastalığı
- **HT:** Hipertansiyon

II.2. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi

Her sağlık olgusunun klinik kalite göstergelerinin belirlenmesi için bünyesinde ilgili uzman ve akademisyenler ile Daire Başkanlığı program sorumlularının bulunduğu çalışma grupları oluşturulmaktadır. Çalışma grupları ile birlikte gerçekleştirilen klinik kalite standart ve göstergelerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar aşağıdaki iş akışı kapsamında yürütülmektedir:

- Çalışma gruplarına yönelik Türkiye Klinik Kalite Programı hakkında bilgilendirme toplantısı düzenlenir.
- Çalışma grubu tarafından;
  - Sağlık olgusuna yönelik **kanıta dayalı ulusal ve uluslararası klinik protokoller ve tıp rehber**leri incelenir.
  - Sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolu** incelenir.
  - Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel amaçları temsil eden klinik kalite standartları** belirlenir.
  - Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **göstergeler** oluşturulur.
  - Her gösterge için **hesaplama yöntemi** belirlenir.
  - Göstergelerin hesaplanmasında kullanılacak **veri kaynakları** (ICD 10 kodları, SUT kodları, muayene veri setleri, hasta dosyaları gibi) belirlenir.

Klinik kalite standartları ve göstergeleri belirlenirken aşağıdaki kriterler dikkate alınır:

Standart Belirleme Kriterleri

Klinik kalite standartları göstergenin temel amacını tanımlamaktadır. Genellikle aşağıdaki kriterleri içerir:

- Doğru tanının konulabilmesi için kanıta dayalı işlemlerin yapılması
- Morbiditenin azaltılması
- Etkin tedavi için doğru işlemlerin yapılması
- Komplikasyonların önlenmesi
- Mortalitenin önlenmesi

Gösterge Belirleme Kriterleri

Klinik kalite göstergeleri belirlenirken objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek olanlar tercih edilmelidir. Gösterge belirleme sürecinde dikkat edilen bazı kriterler aşağıda özetlenmiştir:

- Sağlık olgusunun klinik izlemi hakkında bilgi vermeli
- Ölçülebilir olmalı
- Gösterge sonuçları kanıta dayalı olmalı
- Tanımlanan sağlık kuruluşlarından elde edilebilir olmalı
- Klinik uzmanlar tarafından hazırlanmalı
- Hesaplama yöntemi tanımlı olmalı
- Hedefe yönelik olmalı
- İyileştirilebilir olmalı

II.2.1. Standart ve Göstergelerin Kodlanması

Standartların kodlanması:

Sağlık olgusunun kısaltması ve standart kelimesinin ilk harfi olan S ile standardın ilgili sıra numarası kullanılır. Örneğin DM.S1, Diabetes Mellitus sağlık olgusunun birinci standardını ifade eder.

Göstergelerin kodlanması:

Sağlık olgusunun kısaltması ve sıra numarası verilerek yapılır. Örneğin, DM.G1 Diabetes Mellitus sağlık olgusunun birinci göstergesini ifade eder.

Göstergelerin hangi düzeyde izleminin yapılacağını belirtmek için ayrıca bir kodlama daha yapılmaktadır. Bu kodlama aşağıdaki gibidir;

U: Ulusal

B: Bölgesel

K: Kurumsal

Örneğin; Gösterge Kodunda UBK yazıyorsa göstergenin hem ulusal hem bölgesel hem de kurumsal izleneceğini gösterir.

II.2.2. Gösterge Kartının Oluşturulması

- **Sağlık olgularının takibinde kullanılan gösterge kartları:** Gösterge kodu, tanım, standart, hesaplama yöntemi, veri kaynağı , hedef değer, hedef grup, hariç tutulacaklar, teknik notlar, veri analiz periyodu, sorumlular başlıklarından oluşmaktadır. Tanım ve standart sağlık olgusunda takip edilen göstergeye ait temel amacı tanımlamaktadır.
- **Hesaplama yöntemi ve veri kaynağının belirlenmesi:** Göstergelerde ölçme değerlendirme ve iyileştirmenin gerçekleştirilmesi için hesaplama yöntemlerinin pay ve paydasında kullanılacak veri kodlarının tanımlanmasıdır. Bu kısımda verilerin hangi dönemde, nereden elde edileceği, hangi tanıların (ek/ana tanı gibi) kullanılacağı belirlenir. Hesaplama kapsamına alınacak hasta türü (yatan, ayaktan, yaş/cinsiyet kategorisi, hariç tutulacak hastalıklar gibi) tanımlanır.
- **Gösterge hedeflerinin belirlenmesi:** Ulusal hedefler, klinik kalite çalışma grubu tarafından, kanıta dayalı kaynaklar veya ulusal düzeydeki çalışmalar göz önünde bulundurularak belirlenir.
- **Teknik notların oluşturulması:** Pay ve payda kısmında yer alan verilerin hesaplanabilmesi için HBYS firmalarının baz alacakları tarih aralıkları ve dikkat edilmesi gereken hususlar örnekler ile açıklanır.

II.2.3. Hazırlanan göstergelerin sahada uygulama süreci

- **Sahada pilot uygulamalar yapılması:** Taslak kartları oluşturulan göstergeler ölçülebilirlik açısından SBSGM tarafından değerlendirilir. Ölçülebilir olduğu tespit edilen göstergeler için sağlık olgusu kapsamında hizmet veren randomize seçilmiş sağlık kuruluşlarında uygulanabilirlik ve mevcut durum açısından pilot uygulama gerçekleştirilir. Uygulamada saptanan sorunlar göz önünde bulundurularak göstergelere son hali verilir.
- **Göstergelerin izlemi için web tabanlı ulusal bir sistemin oluşturulması:** Her sağlık olgusunun göstergelerinin herbirinin hesaplama yöntemlerine göre ulusal, il ve sağlık kuruluşu düzeyinde KDS üzerinden raporlanması sağlanır.
- **Geri bildirim raporunun oluşturulması:** KDS'de oluşan klinik kalite raporlarının 3'er aylık ve yıllık dönemlerde sağlık olguları bazında gösterge hedeflerine yönelik puanlandırma işleminin yapılarak sağlık kuruluşların ve illerin klinik başarısını gösteren raporlar(dönemsel raporlar) oluşturulur.
- **Geri bildirim raporlarının izlenmesi:** Her sağlık kuruluşu ve il sağlık müdürlüğü klinik kalite raporlarını K3DS ekranlarından kendine ait kullanıcı adı ve şifre ile sisteme giriş yaparak izleyebilir. Bu raporlar ile gerçekleştirilen analizler, ilgili sağlık olgusuna yönelik iyileştirilmesi gereken alanları tespit etmemizi ve gerekli çalışmaları planlamamızı ve uygulamamızı sağlar.
- **Klinik kalite iyileştirme faliyetlerinin izlenmesi:** Klinik kalite raporlarındaki analiz sonrası başlatılan iyileştirme faaliyetlerinin klinik kaliteyi ne kadar iyileştirdiği takip edilir.

BÖLÜM 3

ÖLÇME, DEĞERLENDİRME VE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

III. Ölçme, Değerlendirme ve İyileştirme Süreçleri

III.1. Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Süreçleri

Klinik kalite göstergelerinin ülke genelinde izlenmesi için Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından Klinik Kalite Karar Destek Sistemi (K3DS) içerisinde klinik kalite raporları oluşturulmuştur. Bu raporların oluşma aşamalarına aşağıda değinilmiştir.

- Veri Toplama
- Veri Doğrulama
- Analiz ve Raporlama
- Geri Bildirim

III.1.1. Veri Toplama

Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi

"2015-17 nolu Sağlık Bilgi Sistemleri Uygulamaları Genelgesi'nde SBYS (Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi), sağlık tesisleri tarafından klinik, idari ya da yönetimsel amaçlarla kullanılan, gerektiğinde diğer bilgi yönetim sistemleri ile veri alışverişi yapabilen yazılım sistem ya da alt sistemleri olarak tanımlanmıştır.

Klinik kalite göstergelerinin ham maddesi olan; hasta demografik bilgileri, SUT ve ICD-10 tanı kodları, poliklinik muayene, reçete bilgileri, doktor tetkik istemleri, laboratuvar işlemleri ve sonuçları, yatış bilgileri, serviste yapılan işlemlerden taburcu işlemlerine kadar tüm bilgiler SBYS verileri içerisinde yer almaktadır. Verilen hizmetin klinik kalitesinin ölçülmesinde reel ve etkili bir rapor oluşturulması için veri girişlerinden veri gönderimine kadar Bakanlığımızca tanımlanmış iş kuralları göz önünde bulundurulmalıdır.

Ulusal Sağlık Sistemi

Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında oluşturulan sağlık verilerinin (SBYS) web servisler aracılığıyla online (çevrim içi) toplanmasını, işlenmesini ve veri kalitesinin yükseltilmesini sağlayan sistematik ve işlevsel kayıt sistemidir.

Bakanlığımızca belirlenmiş yasal mevzuatlar çerçevesinde ülke genelinde bulunan özel, üniversite ve kamu sağlık kuruluşları tarafından SBYS'de bulunan tıbbi kayıtların e-Nabız'a entegrasyonu ve USS'ye düzenli veri gönderimi sağlanmalıdır. Bu konu ile ilgili bazı mevzuat ve resmi talimat hükümlerine aşağıda yer verilmiştir:

Sağlık.Net Online ve e-Nabız Hakkında 2016/6 Sayılı Genelge Güncelleme Tarihi: 23 Ocak 2017;

01 Ocak 2015 tarihinden itibaren;

Özel, kamu, üniversite hastaneleri ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri'nin tutulan kayıtlarını e-Nabız'a entegre edilmiş ve Sağlık.Net Online Sistemi'ne veri gönderiyor olması gerekmektedir.

Özel Hastaneler Yönetmeliği;

> **Madde 49.** (Değişiklik karar: RG-22/3/2017-30015) Özel hastaneler tarafından kayıt altına alınan kişisel sağlık verileri, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uygun bir şekilde işlenir ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun bir şekilde merkezi sağlık veri sistemine aktarılır.
>
> Bakanlık tarafından kurulan kayıt ve bildirim sistemine ve Bakanlıkça yapılacak diğer iş ve işlemlere esas olmak üzere, istenilen bilgi ve belgelerin Bakanlığa gönderilmesi zorunludur.

e-Nabız Sistemine Veri Gönderimi hakkındaki 13/06/2019 tarih ve 95741342-719- E.668 sayılı resmi yazı;

Kamuya ve özel sağlık tesisleri için aşağıda belirtilen hizmetler için e-Nabız sistemine veri göndermediği takdirde MEDULA Sistemine hizmet kayıt aşaması öncesinde bildirimleri yapılmayacaktır.

- Laboratuvar Sonuç Kayıt Paketi
- Muayene Bilgisi
- Çıkış Kayıt Bilgisi Paketi
- Teletıp Sistemine İletilmeyen Mamografi Tetkikleri
- LOINC Kodu

- Patoloji Kayıt
- Yoğun Bakım Hizmet Formu Paketi

Karar Destek Sistemi

Yönetimin karar verme sürecinde kullanacağı verilerin toplanmasını, depolanmasını, analiz edilmesini, kıyaslanmasını, birden çok boyutta değerlendirilmesini, kolay erişilebilmesini, planlamalarda, stratejilerin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında kullanılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan sistematik bir yapılanmadır.

Sahadan toplanan veriler Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü'nde tanımlanan Standart Veriler ve bu verilerin birlikte yer aldığı Veri Setlerinden oluşan paketlere göre anlık olarak "Merkez Veri Tabanına" buradan da "KDS Veri Ambarına" periyodik olarak taşınmaktadır.

Klinik Kalite Karar Destek Sistemi (K3DS)

Türkiye Klinik Kalite Programı çerçevesinde izlenen sağlık olgularına ilişkin klinik kalite raporları sağlık kuruluşu, il ve ulusal düzeyde K3DS üzerinden izlenmektedir. İlgili kurumlardan gelen veriler bu sistemde toplanır ve ilgili gösterge kartında yer alan formüllere göre gerekli hesaplamalar yapılarak sağlık olgularına ait gösterge değerleri elde edilir. Bu sistem, sağlık kurumlarında klinik kalite konusunda ortaya çıkabilecek hata ve eksikliklerin tespiti ve sonrasında yapılacak iyileştirme çalışmalarına destek olmak amacı ile hazırlanmıştır.

SBYS'de kayıt altına alınan klinik kalite verileri;

Elektronik ya da manuel olarak kayıt altına alınan hastaya ait bilgileri içerir.

- Demografik Veri Kaydı
- ICD-10 Tanı Kodları
- SUT Kodu
- LOİNC Kodları
- Klinik Veri Kayıtları

Demografik Veri Kaydı;

- Kuruma Giriş
- T.C. Kimlik
- Yaş
- Cinsiyet
- Boy
- Kilo
- İlk Tanı Tarihi
- Yatış Tarihi
- Taburcu Olduğu Tarih

ICD-10 Tanı Kodları

- E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte
- I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal

SUT Kodu Bazlı Veriler;

- Girişimsel İşlem Kodları…….. 611220 (Alt Ekstremite Amputasyon)
- Laboratuvar Tetkik Kodları……..902290 (HgA1c)
- Görüntüleme Tetkik Kodları……..803890 (BT)

Klinik Veri Kayıtları;

- Tansiyon
- Sigara Kullanım Durumu
- Diyabet Eğitimi
- İlaç Kullanımı
- Ambulans ile Gelen Hasta
- İlk 30 Dakikada Aspirin Kullanımı

III.1.2. Veri Doğrulama

Veri doğrulama; çeşitli bilimsel alanlarda farklı tanımlamalar mevcut olmakla birlikte doğrulama, bir sistem veya yöntemin beklendiği şekilde çalıştığını kanıtlama eylemi veya süreci olarak ifade edilebilir.

"Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi"nde veri kalitesinin doğrulama süreci birden fazla basamakta tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından, kuruluşlarda verinin kaydını gerçekleştiren personele kadar tüm basamaklarda sorumlulukların tanımlanması ve paylaşılması sistemin başarısı açısından önem arz etmektedir.

Klinik kalite veri doğrulamasının yapılabilmesi için sağlık kuruluşlarında;

- USS sorumlusu, klinik kalite sorumlusu ve HBYS firması birlikte çalışmalıdır.
- Her gösterge tek tek hesaplama yöntemlerine göre HBYS verileri SİNA verileri ile karşılaştırılarak doğruluğu tespit edilir. Bilgi yönetim sistemi (BYS) karşılaştırması ile eşleşmiyor ise; kodların kullanımı, veri girişi, hesaplama yöntemleri, gibi konularla ilgili hata olup olmadığı gözden geçirilmelidir.
- Kurum tarafından belirlenen periyotlarda tüm verinin eksiksiz gönderildiğinin testi yapılmalıdır.
- Veriler bekletilmeden gönderilmeli, hatalı veri girişi tespit edildiğinde veri düzeltilip tekrar gönderilmelidir.
- Pakete dahil olmayan işlemler mutlaka iletilmelidir.
- Silinen kayıtlar ve silinen içeriklerin bildirimi mutlaka yapılmalıdır.

Veri doğruluğunu etkileyen işlemlere örnekler aşağıda sıralanmıştır.

- Hastaya ait veriler USS ye gönderildikten sonra yapılan ilave işlemlerin gönderilmemesi ya da update edilmemesi,
- Güncellemelerin gün içerisinde belirli periyotlarla yapılmaması,
- Aynı işleme ait SUT kodunun tekrar "P" 'kodlu olarak gönderilmesi,
- Ön tanı ile girişi yapılan hastanın ana tanısının sisteme girilmemesi vb.

III.1.3. Analiz ve Raporlama

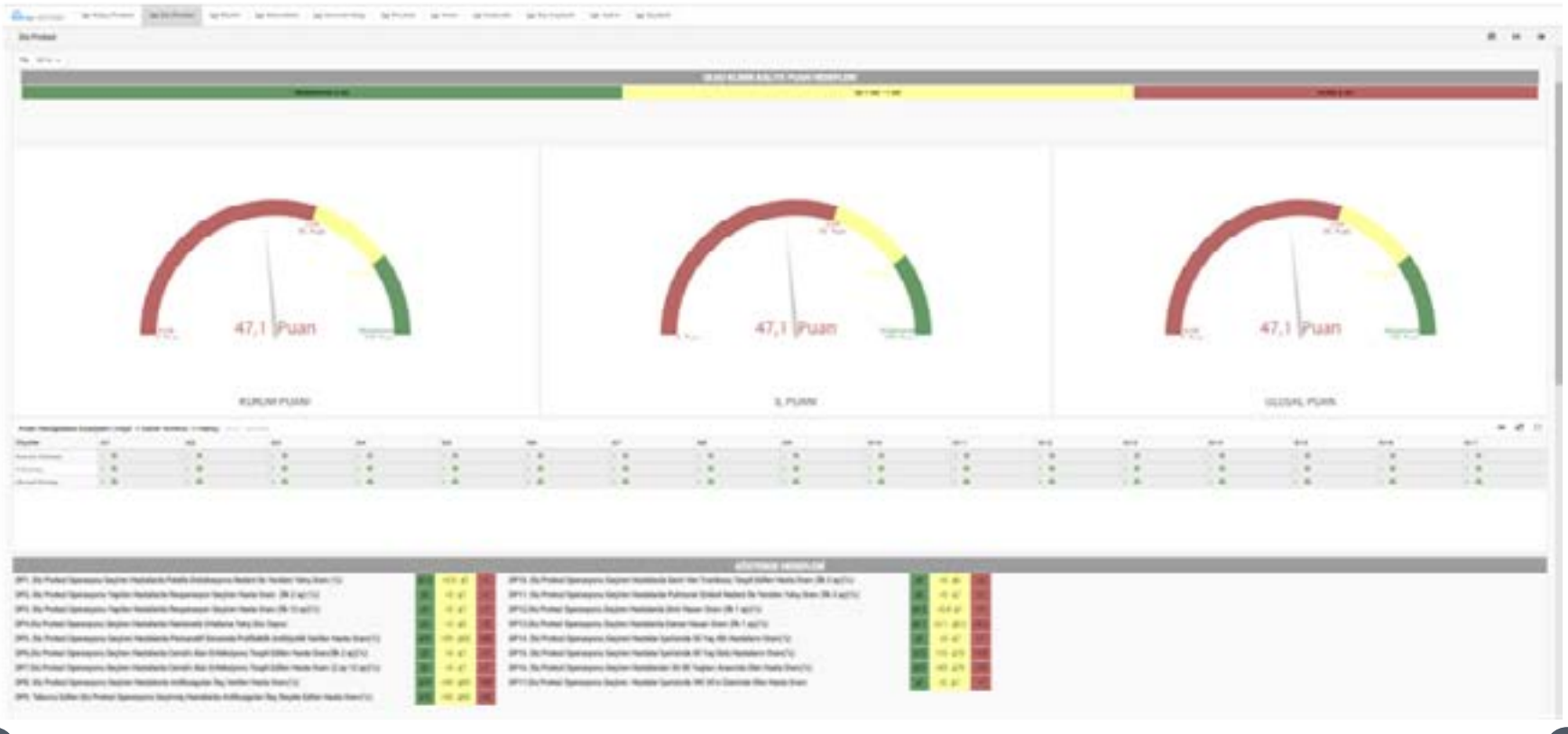
Klinik kalite kapsamında izlenmesi gereken raporlar sağlık olguları bazında SİNA sistemi üzerinde bulunmaktadır.

SİNA

Sağlık tesislerine ait tüm idari, mali ve tıbbi süreçlerin merkezden canlı olarak takip edilebilmesine olanak sağlayan temel iş zekası platformudur.

Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA); kurum kaynaklarının daha etkin yönetilmesi, merkez ve taşra teşkilatı kullanıcılarının karar alma yetkinliğinin artırılması amacıyla geliştirilen, Sağlık Bakanlığına ait yerli karar destek sistemi platformudur. SİNA, bu yönleriyle sağlık hizmet sunucularından Sağlık Bakanlığına iletilen sağlık istatistiklerinin tüm detaylarıyla raporlanmasına imkan sunmaktadır.

https://sina.saglik.gov.tr



Şekil 4: SİNA Giriş Ekranı

SİNA Uygulaması;

Sistemdeki verilerin, istatistiksel formüllerle değil canlı ve renkli grafiklerle anlık olarak takip edilebilmesine ve harita üzerinde problemli bölgeler sorun oluştuğu anda belirginleşerek hızlı olarak müdahale edilebilmesine olanak sağlamaktadır.

Veri akışı devam ettiği sürece sayılarda değişiklik gözlenebilir. Bu durum, sağlık kuruluşlarına veri değerlerinde görmüş olduğu yanlışlıkları dönemsel raporlar yayınlanana kadar düzeltme fırsatı sunar. Klinik kalite raporları ulusal düzeyden il ve kurum düzeyine kadar izlenebilir.

Klinik kalite raporlarında sağlık olguları ve göstergeler hedef değerine göre üç kategoride değerlendirilir. Hedeften uzak değerler kırmızı, hedefe yakın değerler sarı ve hedefte olan değerler yeşil olarak belirtilmiştir.

Sağlık Olgusu ve Gösterge Puanlandırma

- Puanlama 100 üzerinden yapılır.
- İlgili dönem ortalaması (%) sarı aralığa düşüyorsa, ((ilgili dönem ortalaması)-(hedef aralığı en küçük değeri)) / (en yüksek hedef değer – en düşük hedef değer)*(Gösterge başına max puan) Gösterge başına max puan (100 / Gösterge sayısı) şeklinde hesaplanıp eşit dağıtılır.
- İlgili dönem ortalaması (%) hedefin altında yani kırmızı olanlara sıfır puan yazılır.
- İlgili dönem ortalaması (%) hedef aralığında yani yeşil ise gösterge başına düşen max puan yazılır.

Örneğin; DM.1. gösterge için ilgili dönem ortalaması %89 olsun. ((89 – 85)/10)*6.25 =2.5 puan

Yine 1. gösterge için ilgili dönem ortalaması %94 olsun. ((94 – 85)/10)*6.25 = 5,6 puan

Not: Gösterge sayısı 16 kabul edildiğinde gösterge başına düşen puan 6.25'tir.

Sağlık olgusu puanı hesaplanırken;

- Tüm göstergelerin puanı yukarıda yer alan formüle göre hesaplanır. Toplam puan 80 ve üzerinde yeşil, 60 ve 79 arasında sarı, 60 ın altında ise kırmızı alan olarak değerlendirilir. Puanlamada 80 ve üzerinde olan değerler mükemmel 60'ın altında olan puanlar kötü olarak kabul edilir.

III.1.4. Geri Bildirim

Kurumsal Kalite Sistemi; Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkalığı tarafından hazırlanan, kurumsal kalite uygulamalarının izlenebilmesi ve değerlendirilebilmesi amacıyla oluşturulan bir sistemdir. Klinik kalite dönemsel raporları puanları ve iyileştirme faaliyetlerine ilişkin sağlık kuruluşları ve il sağlık müdürlükleri tarafından geri bildirim yapılabilen bir sistemdir. Sistem incelendiğinde; sağlık kuruluşunun klinik kalite olgu puanı, veri hataları varsa sebepleri ve gösterge iyileştirme faaliyetleri ve sonuçlarına ilişkin bilgiler KKS üzerinden Bakanlığa raporlanır. Raporlar iki düzeyde gönderilir;

- Sağlık kuruluşu düzeyinde raporların gönderimi
- İl sağlık müdürlüğü düzeyinde raporların gönderimi

Kurumsal Kalite Sistemi



Şekil 5: KKS Geri Bildirim Giriş Ekranı

Sağlık Kuruluşu Düzeyinde Raporların Gönderimi

Sağlık kuruluşu dönemsel raporlarının izlemi sonrası her gösterge için KKS üzerinden Bakanlığa geri bildirim raporu doldurur. Bu raporda sorunların kaynağının, yapılan iyileştirme faaliyetlerinin eğer sonuçlandıysa sonucunun açık ve net bir şekilde yazılması gerekmektedir. Eksik veri gönderimi ya da hatalı kod kullanımı gibi sorunlarda eksik gönderilen ya da hatalı kullanılan kodun mutlaka belirtilmesi gerekmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğü Düzeyinde Raporların Gönderimi

İl sağlık müdürlükleri, sağlık kuruluşlarının Bakanlığa gönderdiği geri bildirim raporlarının tümünü değerlendirerek ortak sorun ve çözümlerine ilişkin il genelinde geri bildirim raporlarını Bakanlığa iletir.Ülke genelinde oluşturulan klinik kalite raporları en son Bakanlığımız tarafından değerlendirilir. Çözülemeyen ve yanlış yapılan uygulamalar için Bakanlığımız iyileştirme çalışmaları başlatır.

Aşağıda KKS üzerinden Bakanlığımıza gönderilen sağlık kuruluşları ve il sağlık müdürlüğü geri bildirim raporlarına ait örnekleri görebilirsiniz.

Geri Bildirim Raporu Örnekleri

Gösterge	Gösterge Gösterge Puanı*	Uygunsuzluk Nedeni	Açıklama	Planlanan İyileştirme Faaliyeti
DM.1. DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c düzeyi yapılan hasta oranı	78,8	Eksik Veri Gönderimi Hatalı Kod Diğer	Hastanelerimizde hata nedenleri farklı olabileceğinden dolayı, her bir hastanenin hedefe ulaşmayan göstergeleri ile ilgili hata nedenleri ve iyileştirme çalışmalarının Klinik Kalite Komitelerinde incelenerek planlanması sağlanmalıdır.	Hastanelerin tüm veriler KKS'den kontrol edilerek hata kaynaklarının nedenleri hastane bazında kök neden analizleri değerlendirilecektir. HBYS-KDS verilerinin aylık olarak uyumu ve veri gönderim oranları takibi sağlanacaktır. Tüm kurumlara 2018'de Koordinatörlüğümüzce verilen eğitimler, dönemsel raporlar göz önüne alınarak revize edilip klinik kalite ve USS sorumlularına verilecektir. Yüz yüze kalite günleri kapsamında yapılmış olan faaliyetler klinik kalite ağırlıklı olarak her bir hastane için 2019-2020 yılı olarak devam edecektir ve komite çalışmalarının periyodik olarak takibi yapılacaktır.
DM.2. DM tanısı alan hastalarda yılda 4 kez ve üzeri HBA1c ölçümü yapılan hasta oranı	11,57	Eksik Veri Gönderimi Hatalı Kod Diğer	Hastanelerde randomize geriye dönük TC bazında hasta kontrollerinin gösterge bazlı yapılması sağlanarak hasta kaynaklı verilerin tespitinin sağlanması. Ayrıca randomize olarak geriye dönük izlem yapılarak hata kodu girilen kliniklerin saptanması.	Diabet tanısı alan hastaların hastalık izlemleri ile ilgili bilgilendirilmesini sağlamak. Hatalı kod girilmesini önlemek için veri girişleri hakkında hastanelere personellerinin bilgilendirilmesini sağlamak.
DM.3. DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c düzeyi ?%9 olan hasta oranı	22,94	Eksik Veri Gönderimi Hatalı Kod Diğer	Hastanelerde randomize geriye dönük TC bazında hasta kontrollerinin gösterge bazlı yapılması sağlanarak hasta kaynaklı verilerin tespitinin sağlanması. Ayrıca randomize olarak geriye dönük izlem yapılarak hata kodu girilen kliniklerin saptanması.	Diabet tanısı alan hastaların hastalık izlemleri ile ilgili bilgilendirilmesini sağlamak. Hatalı kod girilmesini önlemek için veri girişleri hakkında hastanelere personellerinin bilgilendirilmesini sağlamak.
DM.4. DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c düzeyi 7 olan hasta oranı	55,55	Eksik Veri Gönderimi Hatalı Kod Diğer	Hastanelerde randomize geriye dönük TC bazında hasta kontrollerinin gösterge bazlı yapılması sağlanarak hasta kaynaklı verilerin tespitinin sağlanması. Ayrıca randomize olarak geriye dönük izlem yapılarak hata kodu girilen kliniklerin saptanması.	Diabet tanısı alan hastaların hastalık izlemleri ile ilgili bilgilendirilmesini sağlamak. Hatalı kod girilmesini önlemek için veri girişleri hakkında hastanelere personellerinin bilgilendirilmesini sağlamak.
DM.5. DM tanısı alan hastalarda son HbA1c düzeyi % 7-9 arasında olan hasta sayısı	16,53			

Şekil 6: İl Sağlık Müdürlüğü Geri Bildirim Raporu Örneği

Gösterge	Gösterge Gösterge Puanı*	Uygunsuzluk Nedeni	Açıklama	Planlanan İyileştirme Faaliyeti
DM.1. DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c düzeyi yapılan hasta oranı	70,8	Gönderilen Veri Doğru	Tanı öncesi farklı bölüm birimlerde veya dış merkezlerde HbA1c düzeyi ölçümü yapılmış olması, 3 aylık dönem öncesi yeniden HbA1c istemi yapılmaması gibi nedenlerle ölçümün direkte Diyabet tanısı ile ilişkilendirilemediği düşünülmektedir.	
DM.2. DM tanısı alan hastalarda yılda 4 kez ve üzeri HBA1c ölçümü yapılan hasta oranı	0		KDS'de veri görünmüyor.	
DM.3. DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c düzeyi ?%9 olan hasta oranı	10,37	Gönderilen Veri Doğru		
DM.4. DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c düzeyi 7 olan hasta oranı	68,74	Gönderilen Veri Doğru	Hastanelerde randomize geriye dönük TC bazında hasta kontrollerinin gösterge bazlı yapılması sağlanarak hasta kaynaklı verilerin tespitinin sağlanması. Ayrıca randomize olarak geriye dönük izlem yapılarak hata kodu girilen kliniklerin saptanması.	
DM.5. DM tanısı alan hastalarda son HbA1c düzeyi % 7-9 arasında olan hasta sayısı	9,8	Gönderilen Veri Doğru		
DM.6. DM tanısı alan hastalarda DM Eğitimi alan hasta oranı	18,28	Gönderilen Veri Doğru	Yapılan eğitimlerin sistem girişlerinin yapılmaması nedeniyle oran düşük bulunmuştur.	Verilen eğitimlerin etkin şekilde sisteme girişlerinin yapılmasının sağlanması planlanmaktadır.
DM.7. DM tanısı alan hastalarda beden kütle indeksi hesaplanan hasta oranı	12,3	Gönderilen Veri Doğru	BKİ veri girişlerinde sorun yaşanması	Hasta muayene ve anamnesi esnasında yapılan hesaplamaların tamamının kayıt altına alınması yönünde ilgililerin uyarılması planlanmaktadır.
DM.8. DM tanısı alan hastalarda LDL kolesterol ölçümü yapılan hasta oranı	76,37	Gönderilen Veri Doğru	Farklı ana bilim dallarında diyabet tanısı girilmesine rağmen LDL istenmemesi, endokrin dışı yapılan LDL ölçümü istemlerinin diyabet tanısı ile eşleşmemesi nedeniyle oranın düşük olduğu düşünülmektedir.	
DM.9. DM tanısı alan hastalarda LDL kolesterol düzeyi 100 mg/dl olan hasta oranı	3,09	Gönderilen Veri Doğru	Hastaların verilen tedaviye uyumlarının olmaması ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmamız nedeniyle hastaların ileri evre hasta olmasından kaynaklanmaktadır.	Hastaların tedavi uyumlarını artırmaya, hastalıklarını yönetmeye yönelik eğitimlerin verilmesi planmaktadır.

Şekil 7: Sağlık Kuruluşları Geri Bildirim Raporu Örneği

III.1.5 Veri Girişinde Yaşanan Sorunlar

Pilot uygulamalar ve klinik kalite dönemsel raporlarının analizleri sonrası veri girişlerine ait birçok sorun saptanmıştır. Bu sorunlar düzeltilmesi kolay olmakla birlikte iyileştirme yapılmadığı takdirde göstergelerin yanlış hesaplanmasına ve hedeften sapmasına neden olmaktadır.

En sık karşılaşılan veri girişi hataları aşağıda sıralanmıştır.

- Bazı ilaçların geri ödemesinin yapılabilmesi için farklı ICD 10 hastalık tanılarının girilmesi
- Tanılara ait veri setini doldurmamak için ilgili tanının girilmemesi
- Hasta başvurusunda verilen semptoma ait ön tanının ilerleyen süreçte ana tanı ile değiştirilmemesi
- Dört kırılım yerine üç kırılımlı ICD 10 tanı kodlarının kullanılması
- Hasta başı işlem kodlarında (SUT) puanı olmayan işlemlerin kaydının yapılmaması, ya da yapılan işlemlerin zamanında sisteme aktarılmaması.
- SUT ve ICD-10 kodları dışında kalan sağlık verilerinin belli bir standartta (TA 120/80 mmHg) sisteme girilmemesi
- Manuel kayıtların kullanılması

Çözüm Önerileri

Aşağıda uygunsuzluk nedenleri ve çözüm önerileri sıralanmıştır.

- Hatalı Tanı Kodu (ICD-10) girilmesi
- Doğru tanı ve müdahale kodlarının girilmesi amacıyla bilgilendirme eğitimlerinin yapılarak farkındalığın oluşturulması
- Yönetim tarafından gerekli denetimlerin yapılması
- Üç kırılımlı kodların girilmesinin sistem üzerinden engellenmesi
- Veri Gönderim Hatası
- USS'ye verilerin günlük olarak, zamanında ve tam gönderilmesi açısından sorumlu personelin bilgilendirilmesi ve denetlenmesi
- Uygulama Kaynaklı Hatalar
- DM eğitimlerinin verilmesi için uygun alan tanımlanması
- Eğitimler için gerekli personel kapasitesinin oluşturulması
- Yatış gün sayılarının olduğundan fazla gösterilmemesi gerektiği hakkında ilgili personelin bilgilendirilmesi
- Yatış gün sayılarının iyileştirilmesine yönelik gerekli denetimlerin yapılması
- Taburculuk tarihlerindeki hataların nedenlerinin analiz edilmesi ve düzeltilmesi
- Sosyal endikasyonların uygulanmasına yönelik kuralların tanımlanması ve kurallar çerçevesinde hareket edilmesinin sağlanması
- Kullanıcı dostu ekranlar oluşturularak tanı seçimleri kolaylaştırılması

III.2. İyileştirme Süreçleri

Klinik Kalitenin İyileştirilmesi

İl düzeyinde İl kalite koordinatörlüğü, sağlık kuruluşu düzeyinde ise klinik kalite iyileştirme komitesi tarafından her sağlık olgusuna yönelik dönemsel raporlar analiz edilmelidir. Veri kalitesi açısından sorun olduğu tespit edilen göstergelere yönelik veri toplama süreci ile ilgili sorunlar tespit edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Veri doğruluğu ve kalitesinden emin olunan göstergelerin sonuçları, belirtilen hedef değere göre analiz edilmeli, başarılı ve başarısız olan göstergeler tespit edilmelidir. Hedeften sapma gösteren göstergeler için klinik süreçleri iyileştirmeye yönelik çalışmalar başlatılmalı ve iyileştirmenin yapılacağı birim ya da çalışanlar konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Ayrıca veri kalitesi ve kalite iyileştirme süreçlerinde görev alacak ilgili tüm personele yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, tespit edilen uygunsuzluklar ve çözüm önerileri ile dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda eğitim verilmelidir.

Dönemsel raporlarda hedefe ulaşamayan göstergeler için başlatılan iyileştirme faaliyetlerine yönelik sorun çözümlerinde dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıdaki gibi olmalıdır.

- Sorunun tespiti
- Sorunun nedeninin tespiti
- Çözüm planlanması
- Çözümün uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesi
- İyileştirme faaliyeti sonuçlarının raporlanması ve paylaşılması

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

Örnek İyileştirme Çalışması

1. Sorunun tespiti:

İncelenen dönemsel raporlarda Diz Protezi Sağlık olgusuna ait DP.G8. Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Antikoagulan İlaç Verilen Hasta Oranı göstergesinin hedef değer olan ≥%95 oranından düşük olması

2. Sorunun nedeninin tespiti:

Hedefe ulaşamama nedeni olarak yapılan kök neden analizlerinde hastanın beraberinde getirdiği antikoagülan ilaçlarının bulunması dolayısı ile hastaya order edilmemesi

3. Çözüm planlanması:

Klinik Kalite İyileştirme Komitesi kararı ile düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılarak hastanın getirdiği ilaçları kullanmayarak yatış süresince hastane eczanesinden ilaç kullanımının sağlanması ve ilgili personele bilgilendirmenin yapılması

4. Çözümün uygulanması:

Planlanan uygulamaların sürekliliğinin sağlanarak takiplerinin yapılması

5. Çözümün değerlendirilmesi:

İyileştirme faaliyetleri ve bilgilendirme sonrasında kuruluşa ait eski ve yeni sonuçlar karşılaştırılır, uygunsuzluğun devam etmesi durumunda sorunun kaynağı ve çözüm yolları yeniden gözden geçirilir.

6. İyileştirme faaliyeti sonuçlarının raporlanması ve paylaşılması:

İyileştirme faaliyetlerinin raporu mevzuatta belirtilen esaslar çerçevesinde ilgili makamlara sunulur ayrıca ilgili tüm personel ile sonuçlar paylaşılır. Bu durum iyileşmenin personel tarafından da izlenmesi ve uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir.

III.3. Klinik Kalite Ölçme Değerlendirme Sisteminde Dikkat Edilecek Genel Hususlar

UBK (Ulusal, Bölgesel, Kurumsal): Sağlık olgusu klinik kalite puanı hesaplanırken ilgili göstergenin ulusal, bölgesel ve kurum bazında ölçülerek hesaplamaya dâhil edilmesini ifade eder.

Hesaplama yapılırken konu ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

- **Kurum düzeyinde rapor oluşturmak için;**
  - **Payda;** ölçüme esas kurumda, "payda veri kaynağındaki" tanı ve/veya işlem kodlarını alan hastalar/işlemler çekilerek oluşturulur.
  - **Pay;** payda içinde aranır.
    - "Pay veri kaynağındaki" tanı ve/veya işlem kodlarını herhangi bir kurumdan alan hastalar/işlemleri içerir.

    (Bu kural ile ilgili istisnai bir durum var ise, bu durum gösterge kartı veya hesaplama algoritmasında belirtilecektir)
- **İl düzeyinde rapor oluşturmak için;**
  - **Payda;** ölçüme esas ilde, "payda veri kaynağındaki" tanı ve/veya işlem kodlarını alan hastalar/işlemler çekilerek oluşturulur.
  - **Pay;** payda içinde aranır.
    - "Pay veri kaynağındaki" tanı ve/veya işlem kodlarını herhangi bir ilden alan hastaları içerir.

    (Bu kural ile ilgili istisnai bir durum var ise, bu durum gösterge kartı veya hesaplama algoritmasında belirtilecektir)

UB (Ulusal, Bölgesel): Sağlık olgusu klinik kalite puanı hesaplanırken ilgili göstergenin ulusal ve bölgesel (il) bazda ölçülerek hesaplamaya dâhil edilmesidir.

Payda: Ölçüme esas dönemde kurum, il veya ülke genelinde, "payda veri kaynağındaki" tanı ve/veya işlem kodlarını alan hastalar/işlemler çekilerek oluşturulur.

Pay: Payda kümesi içinde aranır ve "pay veri kaynağındaki" tanı ve/veya işlem kodlarını alan hastalar/işlemleri içerir (Bu kural ile ilgili istisnai bir durum var ise, bu durum gösterge kartı veya hesaplama algoritmasında belirtilecektir).

Hesaplama Yöntemi: Gösterge puanının hesaplanabilmesi için oluşturulmuş pay ve payda açıklamasının belirtildiği alandır.

Veri Kaynağı: Gösterge puanının hesaplanabilmesi için SUT işlem kodu, ICD 10 tanı kodu, ATC ilaç kodu ve/veya demografik bilgilerin yer aldığı alandır.

Teknik Notlar: Bilgi sistemi yazılımcılarına rehberlik etmek amacı ile hazırlanan ve hesaplama yapılırken pay payda kısımlarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini örneklerle vurgulayan alandır.

Tekil Hasta: Ölçüm dönemi boyunca hastanın başvuru sayısı ya da gerçekleştirilen işlem sayısına bakılmaksızın tek bir hasta/işlem olarak hesaplamaya dahil edilmesidir.

Başvuru sayısı (işlem sayısı, operasyon sayısı): Ölçüm dönemi boyunca hastanın her başvurusunun (işlem sayısı, operasyon sayısı) hesaplamaya dahil edilmesidir.

İleriye dönük hesaplama: Hesaplamaya dâhil edilecek verilerin işlem (başvuru, operasyon) tarihinden sonraki istenilen tarih aralıklarında elde edilmesidir.

Geriye dönük hesaplama: Hesaplamaya dahil edilecek verilerin işlem (başvuru, operasyon) tarihinden önceki istenilen tarih aralıklarında elde edilmesidir.

Ana tanı: Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki yatışının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır veya ana yatış nedenidir.

Ek tanı: Gerek ana tanı ile birlikte seyreden (komorbidite) gerekse hasta yatışı sırasında ortaya çıkan (komplikasyon) bir durum veya şikâyet olarak tanımlanmaktadır.

Perioperatif: Hastaneye kabulden başlayarak cerrahi operasyon ve iyileşmeyi de içine alan ve taburculuğa kadar geçen süredir.

Preoperatif: Hastanın hastaneye kabulünden cerrahi operasyonun başladığı zamana kadar geçen dönemdir.

Postoperatif: Ameliyatın sona ermesiyle başlayan hasta normal fonksiyonlarına kavuşuncaya ya da tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eden bir süreci ifade eder.

BÖLÜM 4
SAĞLIK OLGULARI KLİNİK KALİTE GÖSTERGE KARTLARI

- DİZ PROTEZİ
- GEBELİK SÜRECİ VE DOĞUM
- DİABETES MELLİTUS
- KALÇA PROTEZİ
- İNME
- KORONER KALP HASTALIĞI
- KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)
- KATARAKT CERRAHİSİ
- KOLOREKTAL KANSER
- PROSTAT KANSERİ
- DİŞ İMPLANTI
- ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMLARI
- MEME KANSERİ
- BARİATRİK VE METABOLİK CERRAHİ
- HİPERTANSİYON
- KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ



DİZ PROTEZİ 01

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. A. Turgay ÇAVUŞOĞLU
Prof. Dr. Bülent ATİLLA
Prof. Dr. Didem SUNAY
Prof. Dr. Ertuğrul ŞENER
Prof. Dr. Mehmet DEMİRTAŞ
Prof. Dr. Mehmet Hakan ÖZSOY
Prof. Dr. N. Reha TANDOĞAN
Prof. Dr. Ömer Faruk BİLGEN
Prof. Dr. Önder AYDINGÖZ
Doç. Dr. Fatma Aybala ALTAY



Diz Protezi ve Komplikasyonları

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

Klinik Kalite Programında Diz Protezi ile İlgili Hedefler

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

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

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 karşılaşılabilmektedir.

Diz Protezi Standart ve Göstergeleri

Diz Protezi için toplam 4 standart ve 17 Gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

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

DP. S1 Göstergeleri:

- **DP.G1**. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda patella dislokasyonu nedeni ile yeniden yatış oranı (İlk 2 ay)
- **DP.G2.** Diz protezi operasyonu yapılan hastalarda reoperasyon geçiren hasta oranı (ilk 2 ay)
- **DP.G3.** Diz protezi operasyonu yapılan hastalarda reoperasyon geçiren hasta oranı (ilk 12 ay)
- **DP.G4.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda hastanede ortalama yatış gün sayısı
- **DP.G14.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 50 yaş altı hastaların oranı
- **DP.G15.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 80 yaş üstü hastaların oranı
- **DP.G16.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan 50-80 yaşları arasında olan hasta oranı
- **DP.G17.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta oranı

DP.S2 **Diz protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.**

DP.S2. Göstergeleri:

- **DP.G5.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranı
- **DP.G6.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (ilk 2 ay)
- **DP.G7.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (2 ay-12 ay)

DP.S3 **Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.**

DP. S3. Göstergeleri:

- **DP.G8.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda antikoagulan ilaç verilen hasta oranı
- **DP.G9.** Taburcu edilen diz protezi operasyonu geçirmiş hastalarda antikoagulan ilaç reçete edilenlerin oranı
- **DP.G10.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda derin ven trombozu tespit edilen hasta oranı (ilk 3 ay)
- **DP.G11.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 3 ay)

DP.S4 **Diz protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.**

DP. S4. Göstergeleri:

- **DP.G12.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda sinir hasarı oranı (ilk 1 ay)
- **DP.G13.** Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda damar hasarı oranı (ilk 1 ay)



Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Patella Dislokasyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı (İlk 2ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G1.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan operasyon sonrası ilk 2 ay içerisinde "Patella Dislokasyonu" nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan dislokasyon nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısı/ Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Dislokasyon ICD 10 kodları:** * M22 Patella bozuklukları * M22.0 Patellanın rekürren dislokasyonu * M22.1 Patellanın rekürren sublüksasyonu * M22.2 Patellofemoral bozukluklar * M22.3 Patellanın diğer yerleşim bozuklukları * M22.4 Kondromalazia patella * M22.8 Patellanın diğer bozuklukları * M22.9 Patellanın bozukluğu, tanımlanmamış * S83.0 Patella çıkığı **Dislokasyon nedeniyle gerçekleştirilen işlemlerle ilişkili SUT kodları:** * 610.870 Orta eklem çıkığı kapalı redüksiyonu (Bakıcı dirseği dahil) * 610.880 Büyük eklem çıkığı kapalı redüksiyonu * 611.170 Orta eklem çıkığı açık redüksiyon * 611.180 Büyük eklem çıkığı kapalı redüksiyonu * 611.190 Büyük eklem çıkığı açık redüksiyon
Veri Kaynağı	* 613.230 Patella distal ve proksimal dizilim cerrahisi * 613.240 Patella distal realinman * 613.250 Patella proksimal dizilim cerrahisi * 613.320 Büyük eklem habitüel çıkık onarımı
Veri Kaynağı	**Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %0.8
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde dislokasyon ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve SUT kodlarından herhangi birini alarak operasyon tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisinde yeniden yatan tekil hasta sayısı ***Not:*** Payın hesaplanması için dislokasyon ICD 10 kodlarından herhangi biri ve/veya dislokasyon nedeniyle gerçekleştirilen işlemlerle ilişkili SUT kodlarından herhangi birini alarak yatışı yapılan hastalar hesaplamaya dâhil edilir. ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda**: Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Diz Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 2 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G2.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan operasyon sonrası ilk 2 ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda diz protezi operasyonunu geçirdikten sonraki ilk 2 ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon yapılan tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Diz protezi operasyonu sonrası reoperasyonla ilişkili SUT kodları:** * 610.940 Büyük eklemin anestezi altında mobilizasyonu * 610.990 Büyük kemik kırıkları cerrahi tedavisi, açık IMN * 611.020 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, açık IMN * 611.000 Büyük kemik kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 611.030 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 612.260 Antibiyotikli hazır spacer uygulanması * 612.270 Antibiyotikli imalat spacer uygulanması, ameliyathanede * 612.330 Büyük eklem rezeksiyon interpozisyon artroplastisi * 612.430 Diz artroplastisi, total protez çıkarma * 612.440 Diz revizyon artroplastisi, total * 612.441 Diz revizyon artroplastisi, parsiyel * 612.460 Diz artroplastisi, total, polietilen değiştirme * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi * 613.300 Sinovektomi, büyük eklem * 611220 Büyük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu * 611010 Büyük kemik kırıkları cerrahisi ve damar sinir eksplorasyonu
Veri Kaynağı	**Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde diz protezi operasyonu sonrası aynı taraf için reoperasyon SUT kodlarından herhangi birini alan operasyon tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisindeki tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı ***Not:*** Hasta tekilleştirilirken opere edilen diz tarafı (sağ/sol/bilateral) dikkate alınır.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Diz Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 12 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G3.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra ilk 12 ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon yapılan tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Diz protezi operasyonu sonrası reoperasyonla ilişkili SUT kodları:** * 610.940 Büyük eklemin anestezi altında mobilizasyonu * 610.990 Büyük kemik kırıkları cerrahi tedavisi, açık IMN * 611.020 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, açık IMN * 611.000 Büyük kemik kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 611.030 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 612.260 Antibiyotikli hazır spacer uygulanması * 612.270 Antibiyotikli imalat spacer uygulanması, ameliyathanede * 612.330 Büyük eklem rezeksiyon interpozisyonartroplastisi * 612.430 Diz artroplastisi, total protez çıkarma * 612.440 Diz revizyonartroplastisi, total * 612.441 Diz revizyonartroplastisi, parsiyel * 612.460 Diz artroplastisi, total, polietilen değiştirme * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi * 613.300 Sinovektomi, büyük eklem * 611220 Büyük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu * 611010 Büyük kemik kırıkları cerrahisi ve damar sinir eksplorasyonu
Veri Kaynağı	**Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde aynı taraf için reoperasyon SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı ***Not:*** Hasta tekilleştirilirken opere edilen diz tarafı (sağ/sol/biletaral) dikkate alınır.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Hastanede Ortalama Yatış Gün Sayısı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G4.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonunu geçiren hastaların operasyon tarihinden itibaren hastanede ortalama yatış gün sayısını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastaların operasyon tarihinden itibaren hastanede yatış gün sayıları toplamı /Diz protezi operasyonu sayısı)
Veri Kaynağı	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon tarihinden itibaren çıkış zamanına kadar geçen süre esas alınır. **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ 3 gün
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastaların operasyon tarihinden itibaren yatış gün sayıları toplamıdır. İlgili dönemde yatan tüm hastaların yatış gün süreleri diğer aylara sarksa bile hesaplamaya dahil edilmelidir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral) ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



GÖSTERGE KARTLARI

Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Perioperatif Dönemde Profilaktik Antibiyotik Verilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G5.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda perioperatif dönemde uygun şekilde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yatışı süresince en fazla dört doz antibiyotik order edilen hasta sayısı / Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Profilaktik antibiyotik ATC kodları** * J01DB01 Sefaleksin * J01DB04 Sefazolin Sodyum * J01DB05 Sefadroxil Monohidrat * J01DC02 Sefuroksim * J01DD01 Sefotaksim Sodyum * J01DD02 Seftazidim * J01DD04 Seftriakson * J01DD07 Seftizoksim * J01DD12 Sefoperazon * J01DD54 Seftriakson Kombinasyonları * J01DD62 Sefoperazon Kombinasyonları * J01FF01 Klindamisin **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex

Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	Dört doz üstünde antibiyotik verilen hastalar paya dahil edilmeyecektir.
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, yatış süresince veri kaynağında ATC ilaç kodlarından herhangi birini alıp en fazla dört doz antibiyotik order edilen hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral) ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (İlk 2 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G6.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyondan sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Diz protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonu ile ilişkili ICD 10 kodları** * T84.5 İnternal eklem protezinden dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.6 İnternal tesbit cihazından [herhangi yer] dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.7 İnternal ortopedik protez cihazları, implantları ve greftlerinden dolayı diğer enfeksiyon * M00 Piyojenik artrit * M00.0 Stafilokokal artrit ve poliartrit * M00.1 Pnömokokal artrit ve poliartrit * M00.2 Streptokokal artrit ve poliartrit, diğer * M00.8 Artrit ve poliartrit, diğer tanımlanmış bakteriyel ajanlara bağlı * M00.9 Piyojenik artrit, ajanın belirlenmediği **Diz protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonuna müdahale ile ilişkili SUT kodları:** * 612.260 Antibiyotikli hazır spacer uygulanması * 612.270 Antibiyotikli imalat spacer uygulanması, ameliyathanede * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi
Veri Kaynağı	* 613.300 Sinovektomi, büyük eklem * 613.030 Büyük eklem debritmanı * 613.031 Yara evantrasyonunda revizyon * 612.620 Büyük kemik osteomyelit tedavisi * 612.650 Artroskopi, tanısal * 612.651 Girişimsel artroskopi * 612.440 Diz revizyon artroplastisi, total * 612.441 Diz revizyon artroplastisi, parsiyel * 612.460 Diz artroplastisi, total, polietilen değiştirme * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi * 612.430 Total diz artroplastisi protez çıkarma **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 60 gün içinde aynı taraf için (sağ/sol/bilateral) cerrahi alan enfeksiyonu ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak ya da SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı(2 ay-12 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G7.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2-12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyondan sonraki 2-12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta sayısı / Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Diz protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonu ile ilişkili ICD 10 kodları** * T84.5 İnternal eklem protezinden dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.6 İnternal tesbit cihazından [herhangi yer] dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.7 İnternal ortopedik protez cihazları, implantları ve greftlerinden dolayı diğer enfeksiyon * M00 Piyojenik artrit * M00.0 Stafilokokal artrit ve poliartrit * M00.1 Pnömokokal artrit ve poliartrit * M00.2 Streptokokal artrit ve poliartrit, diğer * M00.8 Artrit ve poliartrit, diğer tanımlanmış bakteriyel ajanlara bağlı * M00.9 Piyojenik artrit, ajanın belirlenmediği **Diz protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonuna müdahale ile ilişkili SUT kodları:** * 612.260 Antibiyotikli hazır spacer uygulanması * 612.270 Antibiyotikli imalat spacer uygulanması, ameliyathanede * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi * 613.300 Sinovektomi, büyük eklem * 613.030 Büyük eklem debritmanı * 613.031 Yara evantrasyonunda revizyon * 612.620 Büyük kemik osteomyelit tedavisi * 612.650 Artroskopi, tanısal * 612.651 Girişimsel artroskopi * 612.440 Diz revizyon artroplastisi, total * 612.441 Diz revizyon artroplastisi, parsiyel * 612.460 Diz artroplastisi, total, polietilen değiştirme * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi * 612.430Total diz artroplastisi protez çıkarma **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex * Not: Payın hesaplanması için cerrahi alan enfeksiyonu ile ilişkili ICD 10 kodlarından herhangi biri ve/veya cerrahi alan enfeksiyonuna müdahale ile ilişkili SUT kodlarından herhangi birini alan hastalar hesaplamaya dâhil edilir.
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 60 gün ile 12 ay içinde aynı taraf için (sağ/sol/bilateral) cerrahi alan enfeksiyonu ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak ya da SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar, 14 Mayıs tarihi ile bir sonraki yıl 15 Mart tarihleri arasında izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Antikoagulan İlaç Verilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G8.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda, yatış süresince antikoagulan ilaç verilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda yatış süresince antikoagulan ilaç verilen hasta sayısı / Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Profilaksi ICD 10 Kodu** * Z29.8 Profilaktik tedbirler diğer, tanımlanmış * Z29.9 Profilaktik tedbir, tanımlanmamış **Antikoagülan ATC kodları:** * B01AB Heparingrubu ilaçlar * B01AA03 Varfarin Sodyum * B01AC06 Asetilsalisik Asit * B01AE07 Dabigatran * B01AF02 Apiksaban * B01AX05 Fondaparinuks Sodyum * B01AX06 Rivaroksaban **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, yatışı süresince veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve ATC İlaç kodunu alarak antikoagülan reçete edilen hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral) ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Taburcu Edilen Diz Protezi Operasyonu Geçirmiş Hastalarda Antikoagulan İlaç Reçete Edilenlerin Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G9.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda, taburculuğu sırasında antikoagulan ilaç reçete edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, taburculuğu sırasında antikoagulan ilaç reçete edilen hasta sayısı / Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Profilaksi ICD 10 Kodu** * Z29.8 Profilaktik tedbirler diğer, tanımlanmış * Z29.9 Profilaktik tedbir, tanımlanmamış **Antikoagülan ATC kodları:** * B01AB Heparingrubu ilaçlar * B01AA03 Varfarin Sodyum * B01AC06 Asetilsalisik Asit * B01AE07 Dabigatran * B01AF02 Apiksaban * B01AX05 Fondaparinuks Sodyum * B01AX06 Rivaroksaban **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex

Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, taburculuğu sırasında veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve ATC ilaç kodlarından biri reçete edilerek taburcu edilen hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral) ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



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

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G10.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen tekil hasta sayısı/ Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Derin ven trombozu ICD 10 kodları:** * I80 Flebit ve tromboflebit * I80.0 Alt ekstremite yüzeyel damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.1 Femoral ven flebit ve tromboflebiti * I80.2 Alt ekstremite diğer derin damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.3 Alt ekstemite flebit ve tromboflebiti, tanımlanmamış * I80.8 Flebit ve tromboflebit, diğer yerlerin * I80.9 Flebit ve tromboflebit, tanımlanmamış yerlerin * I82.8 Emboli ve tromboz, diğer tanımlanmış venlerin * I82.9 Emboli ve tromboz, tanımlanmamış venlerin **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %4
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 90 gün içinde derin ven trombozu ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 13 Haziran tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda son yatışı hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı (ilk 3 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G11.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası üç ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan tekil hasta sayısı / Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Pulmoner emboli ICD 10 kodları:** * I26 Pulmonerembolizm * I26.0 Pulmonerembolizm, akut kor pulmonale ile birlikte * I26.9 Pulmonerembolizm, akut kor pulmonale olmaksızın **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan 90 gün içinde pulmoner emboli ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve yatışı yapılan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 13 Haziran tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda son yatışı hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



GÖSTERGE KARTLARI

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

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G12.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra bir ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen hasta sayısı /Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Sinir hasarı ile ilişkili ICD 10 kodları:** * S84 Baldır düzeyinde sinir yaralanması * S84.0 Baldır düzeyinde tibial sinir yaralanması * S84.1 Baldır düzeyinde peroneal sinir yaralanması * S84.2 Baldır düzeyinde kutanöz duyu sinir yaralanması * S84.7 Baldır düzeyinde birden fazla sinir yaralanması * S84.8 Baldır düzeyinde diğer sinirlerin yaralanması * S84.9 Baldır düzeyinde tanımlanmamış sinir yaralanması **Sinir hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodları:** * 616.350 Her türlü periferik sinir eksplorasyonu, tek bir sinir * 616.430 Dijital veya diğer saf duyu sinir onarımı,tek bir sinir * 616.440 Sinir onarımı, greftile, tek bir sinir * 616.450 Dijital veya diğer saf duyu sinir onarımı, greft ile, ilave her bir sinir **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex

Hedef Değer	≤ %0.8
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30 gün içinde sinir hasarı ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı veya ek tanı** olarak alan ve/veya sinir hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodlarından herhangi birini aynı taraf için alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Nisan tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatış hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Damar Hasarı Oranı (ilk 1 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G13.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonunu geçirdikten sonra bir ay içerisinde damar hasarı görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diz protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir ay içerisinde damar hasarı tespit edilen hasta sayısı / Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Damar hasarı ile ilişkili ICD 10 kodları:** * S85 Baldır düzeyinde kan damarları yaralanması * S85.1 (Anterior) (posterior) tibial arter yaralanması * S85.2 Peroneal arter yaralanması * S85.3 Baldır düzeyinde büyük safen ven yaralanması * S85.4 Baldır düzeyinde küçük safen ven yaralanması * S85.5 Popliteal ven yaralanması * S85.7 Baldır düzeyinde birden fazla kan damarları yaralanması * S85.8 Baldır düzeyinde diğer kan damarları yaralanması * S85.9 Baldır düzeyinde tanımlanmamış kan damarları yaralanması * I74.3 Alt ekstremite arterlerinin embolizm ve trombozu * I74.4 Ekstremite arterlerinin embolizm ve trombozu, tanımlanmamış * I74.8 Arterlerin embolizm ve diğer trombozu * I74.9 Arterlerin embolizm ve trombozu, tanımlanmamış **Damar hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodları:** * 606.030 Embolektomi veya trombektomi, femoropopliteal, aortoilyak arter bacak insizyonuile,katater var veya yok * 606.040 Embolektomi veya trombektomi, popliteal, tibiyoperoneal arter, bacak insizyonuile,kateter var veya yok * 607.080 İnsituvenby-pass, aortofemoral-popliteal * 607.090 İnsituvenby-pass, femoral-popliteal * 607.100 İnsituvenby-pass, femoral-anteriyortibiyal, posteriyor tibiyal veya peroneal arter * 607.110 İnsituvenby-pass, popliteal-tibiyal, peroneal * 607.330 By-passgreft, ven dışındakilerle, femoral-anteriyortibiyal, posteriyor tibiyal veya peroneal * 607.340 By-pass greft, ven dışındakilerle, popliteal-tibiyal veya peroneal arter * 607.390 Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, popliteal arter **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları**: * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %0.1
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30 gün içinde damar hasarı ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve/veya damar hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodlarından herhangi birini aynı taraf için alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Nisan tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatış hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalar İçerisinde 50 Yaş Altı Hastaların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G14.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 50 yaş altındaki hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan 50 yaşından küçük olanların sayısı / Diz protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar ve 50 yaş altındaki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde 50 yaşından küçük olan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi (sağ/sol/bilateral) SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalar İçerisinde 80 Yaş Üstü Hastaların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G15.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 80 yaş üstü hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda 80 yaş üstü olan hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde 80 yaşından büyük olan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi (sağ/sol/bilateral) SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalardan 50-80 Yaşları Arasında Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G16.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan 50-80 yaşları arasında olan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda 50-80 yaşları arasında olan tekil hasta sayısı/ Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≥ %85
Hedef Grup	50-80 yaş arasındaki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde 50-80 yaşları arasında olan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi (sağ/sol/bilateral) SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalar İçerisinde VKİ 40'ın Üzerinde Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DP.G17.UBK**
Tanım	Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir diz protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda operasyon tarihinden önceki 30 gün içerisinde yapılan ölçümde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta sayısı / Diz protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** VKİ 40'ın üzerinde olan hasta sayısı **Payda:** **Diz protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.420 Diz artroplastisi, total * 612.421 Diz artroplastisi, total, komplex
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan operasyon tarihinden önceki 30 gün içerisinde yapılan ölçümde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Nisan tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde diz protezi (sağ/sol/bilateral) SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



GEBELİK SÜRECİ VE DOĞUM 02

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Şevki ÇELEN
Doç. Dr. Özlem Uzunlar
Uzm. Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Op. Dr. Berna SEÇKİN
Op. Dr. Emre ÖZGÜ
Op. Dr. Ömer ANT

Gebelik Süreci ve Doğum İzleminin Önemi

Bu sürecin hem bebek hem de anne için en verimli şekilde geçmesi için gebelikte takip önemlidir. Belirlenen göstergelerle minimum gebelik ve doğum süreci klinik bakımının sağlanması ile bebek anne sağlığının korunması hedeflenmektedir.

Klinik Kalite Programında Gebelik Süreci ve Doğum ile ilgili Hedefler

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amaçlanmıştır.

- Gebeliğin saptanmasından doğuma kadar geçen sürede annenin ve fetusun düzenli ve periyodik kontrollerin yapılmasını sağlamak.
- Gebelik süreci ve doğum takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak
- Anne ve bebek sağlığını korumak
- Komplikasyonları azaltmak
- Güvenli doğum eylemini gerçekleştirmek.
- Anne ve bebek ölümlerini azaltmak
- Maliyetleri azaltmak

Gebelik Süreci ve Doğum Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

Gebelik süreci ve doğum sağlık olgusu için toplam üç standart ve 30 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

GD.S1 **Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.**

GD. S1 Göstergeleri:

- **GD.G1.**1. izlemde (0-14 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G2.**1. izlemde (0-14 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G3.**1. izlemde (0-14 hafta) kan grubu tayini yapılan gebe oranı
- **GD.G4.**1. İzlemde (0-14 hafta) tam kan sayımı yapılan gebe oranı
- **GD.G5.**1. izlemde (0-14 hafta) TSH taraması yapılan gebe oranı
- **GD.G6.**1. İzlemde (0-14 hafta) tam idrar tetkiki yapılan gebe oranı
- **GD.G7.**1. izlemde (0-14 hafta) ultrasonografi yapılan gebe oranı
- **GD.G8.**1. izlemde (0-14 hafta) Risk Belirlemesi Yapılan Gebe Oranı
- **GD.G9.**2. izlemde (18-24 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G10.**2. izlemde (18-24 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G11.**HbsAg bakılan gebe oranı (0-24 hafta)
- **GD.G12.**İdrar kültürü yapılan gebe oranı (0-24 hafta)
- **GD.G13.**2. izlemde (18-24 hafta) obstetrik ultrasonografi yapılan gebe oranı (ayrıntılı USG)
- **GD.G14.**Trizomi18, Trizomi 21, Biyokimyasal Marker Tarama Testi Yapılan Gebe Oranı (11-20 Hafta) (Kombine/Üçlü/Dörtlü)
- **GD.G15.**Demir preparatı desteği verilen gebe oranı
- **GD.G16.**D vitamini desteği verilen gebe oranı
- **GD.G17.**3. izlemde (28-32 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G18.**3. izlemde (28-32 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G19.**3. İzlemde (28-32 hafta) tam idrar tetkiki yapılan gebe oranı
- **GD.G20.**Oral glukoz tolerans testi (50 ve 75 gr) yapılan gebe oranı (İlk 30 hafta içerisinde)
- **GD.G21.**4. izlemde (36-38 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G22.**4. izlemde (36-38 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı
- **GD.G23.**4. İzlemde (36-38 hafta) tam kan sayımı yapılan gebe oranı
- **GD.G24.**4. İzlemde (36-38 hafta) tam idrar tetkiki yapılan gebe oranı
- **GD.G25.**4. izlemde (36-38 hafta) obstetrik ultrasonografi yapılan gebe oranı
- **GD.G31.** Gebe izlem formu doldurulan gebe oranı
- **GD.G32.** Doğum ile sonuçlanan gebeliklerde doldurulan ortalama gebe izlem formu sayısı

GD.S2 **Endikasyon dışı sezaryen doğumların önlenmesi sağlanmalıdır.**

GD. S2 Göstergeleri:

- **GD.G26.** Primer sezaryen yapılan gebe oranı

GD.S3 **Doğum sonrası tüm kadınlar düzenli olarak izlenir ve uygun tedavi sunulur.**

GD. S3 Göstergeleri:

- **GD.G27.**Doğum Sonrası ilk 24 saat içerisinde tam kan bakılma oranı
- **GD.G28.**Vajinal doğum sonrası ilk 24 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranı
- **GD.G29.**Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranı
- **GD.G30.**Postpartum 2-5. Günler arasında izlem yapılan lohusaların oranı



1. İzlemde (0-14 hafta) Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.G1 UBK**
Tanım	1. izlemi yapılan gebeler içinde kan basıncı verisi girilen tekil gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (1. izlemde (0-14 hafta) kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı / 1. Gebe İzlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 1. izlemde (0-14 hafta) kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** * 1.gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı (221 nolu Paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay** Paydadaki gebeler içinde kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki 1. izlem (0-14 hafta) paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



1. İzlemde (0-14 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.2 UBK**
Tanım	1. izlemi yapılan gebeler içinde vücut-kitle-indeksi (VKİ) ölçümü yapılan tekil gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (1. izlemde (0-14 hafta) VKİ ölçümü yapılan tekil gebe sayısı / 1. İzlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** 1. izlemde (0-14 hafta) kilo ve boy bilgisi veya VKİ bilgisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 1.gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı (221 nolu Paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde VKİ ölçülen tekil gebe sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki 1. izlem (0-14 hafta) paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



1. İzlemde (0-14 hafta) Kan Grubu Tayini Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.3 UB**
Tanım	1. izlemi yapılan gebeler içinde kan grubu tayini yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (1. izlemde (0-14 hafta) kan grubu ölçümü yapılan tekil gebe sayısı / 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **SUT İşlem Kodları** * 705.130 ABO+Rh tayini (Forward gruplama)+ABO reverse gruplama * 705.140ABO+Rh tayini (Forward gruplama) * 705.160 Alt kan grup tiplendirmesi (Her bir grup) * 705.170 Anti-A, anti-B, veya Anti D-titrajı **Payda:** **Gebelik izlem bilgisi gönderilenler** * 1.gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı (221 nolu Paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde kan grubu SUT kodlarından herhangi birini alan tekil gebe sayısı **Payda:** 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



1. İzlemde (0-14 hafta) Tam Kan Sayımı Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.4 UBK**
Tanım	1. izlemi yapılan gebeler içinde tam kan sayımı yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (1. izlemde (0-14 hafta) tam kan sayımı yapılan tekil gebe sayısı / 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.620 Tam Kan (Hemogram) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L107020 Tam Kan Sayımı (Hemogram) veya gebe izlem veri setinde Hb alanı doldurulanlar **Payda:** * 1.gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı (221 nolu Paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde tam kan SUT kodunu alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



1. İzlemde (0-14 hafta) TSH Taraması Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.5 UBK**
Tanım	1. izlemi yapılan gebeler içinde TSH (Tiroid Stimule Edici Hormon) taraması yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (1. izlemde (0-14 hafta) TSH taraması yapılan tekil gebe sayısı / 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Gebe izlem paketine verisi girilen hastalar ve/veya** * 904.030 TSH **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L107380 TSH **Payda:** * 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı(221 nolu paket)
Hedef Değer	≥ %75
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde TSH SUT kodunu alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



1. İzlemde (0-14 hafta) Tam İdrar Tetkiki Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.6 UBK**
Tanım	1. izlemi yapılan gebeler içerisinde tam idrar tetkiki yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (1. izlemde (0-14 hafta) tam idrar tetkiki yapılan tekil gebe sayısı / 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.730 İdrar mikroskobisi * 901.750 İdrar tetkiki (Strip ile) * 901.770 İdrar tetkiki (Tam otomatik tarama amaçlı) * 901.780 İdrar tetkiki (Tam otomatik idrar biyokimyası ve mikroskopisi) * 903.260 Protein kantitatif (İdrarda) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L103560 İdrar analizi (Strip ile) * L103570 İdrar mikroskopisi * L107010 Tam idrar analizi (Strip+Mikroskopi) * L106310 Protein/Kreatinin (Spot idrar) * L106320 Protein (24 saatlik idrar) veya gebelik veri setinde idrarda protein alanı doldurulanlar **Payda:** * 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı(221 nolu paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde tam idrar tetkiki SUT kodlarından herhangi birini alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



1. İzlemde (0-14 hafta) Ultrasonografi Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.7 UBK**
Tanım	1. izlemi yapılan gebeler içinde ultrasonografi yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (1. izlemde (0-14 hafta) ultrasonografi yapılan tekil gebe sayısı /1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 803.450 Obstetrik US * 803.710 Obstetrik renkli Doppler US * 803.550 Transvajinal US * 803.560 Suprapubik pelvik US * 803.570 Abdomen US, tüm * 803.601 Ultrason, diğer * 803.602 Ultrason, genel **Payda:** * 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı (221 nolu paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde USG SUT kodlarından herhangi birini alan tekil gebe sayısı **Payda:** 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



1. izlemde (0-14 hafta) Risk Belirlemesi Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.8 UBK**
Tanım	1. izlemde (0-14 hafta) risk belirlemesi yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (0-14 haftaları içerisinde "Gebelikte risk değerlendirme formu" doldurulan tekil gebe sayısı / 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Gebe izlem veri setinde "Gebelikte risk değerlendirme formu" doldurulan tekil gebe sayısı **Payda:** **Gebelik izlem bilgisi gönderilenler** * 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı (221 nolu paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde risk değerlendirme formu doldurulan tekil gebe sayısı **Payda:** 1. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



2. İzlemde (18-24 hafta) Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.9 UBK**
Tanım	2. izlemi yapılan gebeler içinde kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (2. izlemde (18-24 hafta) kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı /2. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 2. izlemde (18-24 hafta) kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** **Gebelik izlem bilgisi gönderilenler** * 2. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 2. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



2. İzlemde (18-24 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.10 UBK**
Tanım	2. izlemi yapılan gebeler içinde vücut-kitle-indeksi (VKİ) ölçümü yapılan tekil gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (2. izlemde (18-24 hafta) VKİ ölçümü yapılan tekil gebe sayısı /2. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 2. izlemde (18-24 hafta) kilo ve boy bilgisi veya VKİ bilgisi girilen tekil gebe sayısı **Payda** * 2. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde VKİ ölçülen tekil gebe sayısı **Payda:** 2. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



HbsAg Bakılan Gebe Oranı (0-24 hafta)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.11 UBK**
Tanım	0-24 gebelik haftası içinde izlemi yapılan gebeler arasında HbsAg bakılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (0-24 gebelik haftası içinde HbsAg bakılan tekil gebe sayısı / Gebe bildirim formu gönderilenlerin içinde 0-24 haftada izleme gelen gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 907.430 HBsAg (CARD test) * 907.440 HBsAg (ELISA) * 907.450 HBsAg (Kemoluminesans veya benzeri) **Payda:** * Gebe Bildirim Formu gönderilen gebe sayısı (paket 223)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde HbsAg SUT kodlarından herhangi birini alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki Gebelik Bildirim Formu gönderilenlerden 0-24 hafta içinde izleme gelen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



İdrar Kültürü Yapılan Gebe Oranı (0-24 hafta)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.12 UBK**
Tanım	0-24 gebelik haftası içinde izlemi yapılan gebeler içerisinde idrar kültürü bakılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (0-24 gebelik haftaları içinde idrar kültürü yapılan tekil gebe sayısı / Gebe Bildirim Formu gönderilenlerin içinde 0-24 haftada izleme gelen gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 905.671 İdrar Kültürü **Payda:** * Gebe Bildirim formu gönderilen gebe sayısı(223 nolu paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde idrar kültürü SUT kodunu alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** Gebe Bildirim Formu gönderilenlerin içinde 0-24 haftada izleme gelen gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



2. İzlemde (18-24 hafta) Obstetrik Ultrasonografi Yapılan Gebe Oranı (Ayrıntılı USG)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.13 UBK**
Tanım	2. izlemde obstetrik ultrasonografisi yapılan gebe oranını ifade eder.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (2. izlemi (18-24 hafta) yapılan gebeler içerisinde obstetrik ultrasonografisi yapılan tekil gebe sayısı / 2. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 803.450 Obstetrik US * 803.710 Obstetrik renkli Doppler US **Payda:** * 2. gebe izlem paketi gönderilen gebe sayısı (221 nolu paket)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde Obstetrik USG SUT kodlarından herhangi birini alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 2. gebe izlem paketi gönderilen gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Trizomi 18, Trizomi 21 Biyokimyasal Marker Tarama Testi Yapılan Gebe Oranı (11-20 hafta) (Kombine/Üçlü/Dörtlü)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.14 UBK**
Tanım	11-20. haftalar arasında önerilen Trizomi 18, Trizomi 21 biyokimyasal marker tarama testiyapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki gebeler içinde Trizomi 18, Trizomi 21 biyokimyasal marker tarama testi yapılan tekil gebe sayısı / Gebe bildirim paketi gönderilen gebeler içinde 11-20. haftaları içinde izleme gelen tekil gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.120 İkili test (PAPP-A+Serbest/total beta HCG) * 904.090 Üçlü test (E3-HCG-AFP) * 901.830 İnhibin A / B **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L103620 İkili test (PAPP-A+Serbest/total beta HCG) * L103760 İnhibin A * L103770 İnhibin B * L107410 Üçlü test (AFP-E3-HCG) **Payda:** * Gebe bildirim paketi gönderilen gebe sayısı

Hedef Değer	≥ %75
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde Obstetrik USG SUT kodlarından herhangi birini alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki Gebelik Bildirim Formu doldurulanlarda 11-20 hafta icinde izleme gelen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Demir Preparatı Desteği Verilen Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.15 UB**
Tanım	Gebelikte demir preparatı verilen gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Demir preparatı verilen tekil gebe sayısı / Gebe izlem paketi doldurulan tekil gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Veri setinde demir desteği alanı doldurulan tekil gebe sayısı **ATC İlaç Kodu:** * B03A - Demir Eksikliği İlaçları * B03AA - Demir Bivalan (oral) * B03AB - Demir Trivalan (oral) * B03AC - Demir Trivalan (parenteral) * B03AD - Demir ve Folik Asit Kombinasyonları * B03AE - Demir Eksikliği için Diğer Kombinasyonlar **Payda:** * Ölçüm yapılan ilgili dönemde gebe izlem formu doldurulan tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde demir ATC kodu içeren reçete yazılan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde gebe izlem formu doldurulan tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM-SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



D Vitamini Desteği Verilen Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.16 UB**
Tanım	Gebelikte D vitamini verilen gebe oranını ifade etmektedir..
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (D vitamini desteği verilen tekil gebe sayısı / Ölçüm yapılan ilgili dönemde gebe izlem formu doldurulan tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Veri setinde D vitamini desteği alanı doldurulan tekil gebe sayısı * A11A - Multivitamin Kombinasyonları * A11B - Multivitamin İlaçlar * A11CC- D Vitamini analogları * A11JB - Vitamin ve Mineraller * A11JC - Diğer Vitamin Kombinasyonları **Payda:** * Ölçüm yapılan ilgili dönemde gebe izlem formu doldurulan tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %90
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde Dvit ATC kodu içeren reçete yazılan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde gebe izlem formu doldurulan tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM-SKAÇHDB , İl Klinik Kalite Birimi



3. İzlemde (28-32 hafta) Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.17 UBK**
Tanım	3. izlemi yapılan gebeler içinde kan basıncı verisi girilen tekil gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (3. izlemde (28-32 hafta) kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı /3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 3. izlemde (28-32 hafta) kan basıncı verisi girilentekil gebe sayısı **Payda:** * 3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



3. İzlemde (28-32 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.18 UBK**
Tanım	3. izlemi yapılan gebeler içinde vücut-kitle-indeksi (VKİ) ölçümü yapılan tekil gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (3. izlemde (28-32 hafta) VKİ ölçümü yapılan tekil gebe sayısı /3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** 3. izlemde (28-32 hafta) kilo ve boy bilgisi veya VKİ bilgisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde VKİ ölçülen tekil gebe sayısı **Payda:** 3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



3. İzlemde (28-32 hafta) Tam İdrar Tetkiki Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.19 UBK**
Tanım	3. izlemi yapılan gebeler içerisinde tam idrar tetkiki yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (3. izlemde (28-32 hafta) tam idrar tetkiki yapılan tekil gebe sayısı / 3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.730 İdrar mikroskobisi * 901.750 İdrar tetkiki (Strip ile) * 901.770 İdrar tetkiki (Tam otomatik tarama amaçlı) * 901.780 İdrar tetkiki (Tam otomatik idrar biyokimyası ve mikroskopisi) * 903.260 Protein kantitatif (İdrarda) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L103560 İdrar analizi (Strip ile) * L103570 İdrar mikroskopisi * L107010 Tam idrar analizi (Strip+Mikroskopi) * L106310 * L106320 Protein (24 saatlik idrar) veya gebelik veri setinde idrarda protein alanı doldurulanlar **Payda:.** * 3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı

Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde tam idrar tetkiki SUT kodlarından herhangi birini alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 3. izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Oral Glukoz Tolerans Testi (50 veya 75 gr) Yapılan Gebe Oranı (İlk 30 Hafta İçerisinde)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.20 UB**
Tanım	İlk 30 gebelik haftası içerisindeoral glukoz tolerans testi (50 veya 75gr) yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydada yer alan gebeler içerisinde oral glukoz tolerans testi (50 veya 75gr) yapılan tekil gebe sayısı / gebe bildirim paketi gönderilen gebeler içinde ilk 30 haftada izleme gelen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * * 901.520 Glukoz Tolerans testi **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L113480 Gebelikte 50g glukoz yükleme testi veya * L113240 Glukoz-75g OGTT 0. dakika * L113250 Glukoz-75g OGTT 30. dakika * L113260 Glukoz-75g OGTT 60. dakika * L113270 Glukoz-75g OGTT 90. dakika * L113280 Glukoz-75g OGTT 120. dakika * L113290 Glukoz-75g OGTT 150. dakika * L113300 Glukoz-75g OGTT 180. dakika * L113310 Glukoz-75g OGTT 240. dakika **Payda:** * Gebe bildirim paketi gönderilen gebeler içerisinde ilk 30 haftada izleme gelen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	30 hafta öncesinde sonlandırılmış gebelikler (ex, abortus, küretaj)
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde veri kaynağında yer alan oral glukoz tolerans testi (50 veya 75 gr) SUT kodlarından 50 gr ya da 75. gr lık teste ait kodlardan herhangi birini alan tekil gebe sayısı **Payda:** Gebe bildirim paketi gönderilen gebeler içerisinde ilk 30 haftada izleme gelen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM-SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



4. İzlemde (36-38 hafta) Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.21 UBK**
Tanım	4. izlemi yapılan gebeler içinde kan basıncı ölçümü yapılan tekil gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (4. izlemde (36-38 hafta) kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı / 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 4. izlemde (36-38 hafta) kan basıncı verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:.** * 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde kan basıncı verisi girilenya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



4. izlemde (36-38 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi Ölçümü Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.22 UBK**
Tanım	4. izlemi yapılan gebeler içinde vücut-kitle-indeksi (VKİ) ölçümü yapılan tekil gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (4. izlemde (36-38 hafta) VKİ verisi girilen tekil gebe sayısı /4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** 4. izlemde (36-38 hafta) kilo ve boy bilgisi veya VKİ bilgisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde VKİ ölçülen ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



4. İzlemde (36-38 hafta) Tam Kan Sayımı Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.23 UBK**
Tanım	4. izlemi yapılan gebeler içinde tam kan sayımı yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (4. izlemde (36-38 hafta) tam kan sayımı yapılan tekil gebe sayısı /4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.620 Tam Kan Sayımı (Hemogram **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L107020 Tam Kan Sayımı (Hemogram) veya gebe izlem veri setinde Hb alanı doldurulanlar **Payda:** * 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde tam kan SUT kodunu alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



4. İzlemde (36-38 hafta) Tam İdrar Tetkiki Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.24 UBK**
Tanım	4. izlemi yapılan gebeler içerisinde tam idrar tetkiki yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (4. izlemde (36-38 hafta) tam idrar tetkiki yapılan tekil gebe sayısı /4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.730 İdrar mikroskobisi * 901.750 İdrar tetkiki (Strip ile) * 901.770 İdrar tetkiki (Tam otomatik tarama amaçlı) * 901.780 İdrar tetkiki (Tam otomatik idrar biyokimyası ve mikroskopisi) * 903.260 Protein kantitatif (İdrarda) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L103560 İdrar analizi (Strip ile) * L103570 İdrar mikroskopisi * L107010 Tam idrar analizi (Strip+Mikroskopi) * L106310 Protein/Kreatinin (Spot idrar) * L106320 Protein (24 saatlik idrar) veya gebelik veri setinde idrarda protein alanı doldurulanlar **Payda:** * 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki gebeler içinde tam idrar tetkiki SUT kodlarından herhangi birini alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



4. İzlemde (36-38 hafta) Obstetrik Ultrasonografi Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.25 UBK**
Tanım	4. izlemi yapılan gebeler içinde obstetrik ultrasonografi yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (4. izlemde (36-38 hafta) obstetrik ultrasonografi yapılan tekil gebe sayısı / 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 803.450 Obstetrik US * 803.710 Obstetrik renkli Doppler US * 803.560 Suprapubik pelvik US **Payda:** * 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki ICD-10 tanı kodları içinde Obsetetrik USG SUT kodlarından herhangi birini alan ya da veri setinde ilgili verisi girilen tekil gebe sayısı **Payda:** 4. gebe izlem paketi gönderilen tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Primer Sezaryen Yapılan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.26 UBK**
Tanım	Primer sezaryen yapılan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Endikasyon dışı sezaryen doğumların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk defa sezaryen yapılan gebe sayısı / Veri kaynağında yer alan ICD-10 tanı kodlarından herhangi birini alan doğum yapan gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Gebelik sonucu doğum verisi doldurulanlar** **Pay:** * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen E-rapor sisteminden gelen primer sezaryen **Payda:** * 619.910 Müdahaleli vajinal doğum * 619.911 Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) * 619.912 Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.913 Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.920 Normal vajinal doğum * 619.921 Normal vajinal doğum (İlk doğum) * 619.922 Epidural anestezi ile vajinal doğum * 619.923 Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.926 Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.927 Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen Gebelik sonucu doğum verisi doldurulanlar
Hedef Değer	≤ %20
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki sezaryen SUT kodunu alan ve erapor üzerinde primer sezaryen verisi girilmiş olan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki doğum SUT kodlarından herhangi birini alan gebe sayısı **Primer sezeryan:** Daha önce sezaryen olmamış gebenin doğumunu sezaryenle olmasıdır.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Doğum Sonrası İlk 24 Saat İçerisinde Tam Kan Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.27 UBK**
Tanım	Doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde tam kan bakılan anne oranını ifade etmektedir.
Standart	Doğum sonrası tüm kadınlar düzenli olarak izlenir ve uygun tedavi sunulur.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde tam kan bakılan anne sayısı/ Veri kaynağında yer alan ICD-10 tanı kodlarından herhangi birini alan doğum yapan anne sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.620 Tam Kan (Hemogram) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L107020 Tam Kan Sayımı (Hemogram) **Payda:** * 619.910 Müdahaleli vajinal doğum * 619.911 Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) * 619.912 Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.913 Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.920 Normal vajinal doğum * 619.921 Normal vajinal doğum (İlk doğum) * 619.922 Epidural anestezi ile vajinal doğum * 619.923 Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.926 Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.927 Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde doğumdan itibaren 24 saat içinde tam kan SUT kodunu alan tekil hasta sayısı Örnek: 15 Ocak tarihinde saat 13:00 da doğum yapan hastalar 16 Ocak tarihi saat 12:59'a kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki doğum SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Vajinal Doğum Sonrası İlk 24 Saati Doldurarak Taburcu Olan Lohusa Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.28 UBK**
Tanım	Vajinal doğum sonrası ilk 24 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranını ifade etmektedir.
Standart	Doğum sonrası tüm kadınlar düzenli olarak izlenir ve uygun tedavi sunulur.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Vajinal doğum sonrası ilk 24 saati doldurarak taburcu olan lohusa sayısı / Vajinal doğum yapan gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Vajinal doğum sonrası ilk 24 saati doldurarak taburcu olan lohusa sayısı **Payda:** * 619.910 Müdahaleli vajinal doğum * 619.911 Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) * 619.912 Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.913 Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.920 Normal vajinal doğum * 619.921 Normal vajinal doğum (İlk doğum) * 619.922 Epidural anestezi ile vajinal doğum * 619.923 Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.926 Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.927 Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde doğumdan itibaren 24 saati doldurarak taburcu olan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde saat 13:00 da doğum yapan hastalar 16 Ocak tarihi saat:12:59'dan sonra taburcu olmalıdır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki doğum SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Sezaryen Sonrası İlk 48 Saati Doldurarak Taburcu Olan Lohusa Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.29 UBK**
Tanım	Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranını ifade etmektedir.
Standart	Doğum sonrası tüm kadınlar düzenli olarak izlenir ve uygun tedavi sunulur.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa sayısı / Sezaryen yapılan gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa sayısı **Payda:** * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde doğumdan itibaren 48 saati doldurarak taburcu olan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde saat 13:00 da doğum yapan hastalar 17 Ocak tarihi saat:12:59'dan sonra taburcu olmalıdır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki doğum SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Postpartum 2-5. Günler Arasında İzlem Yapılan Lohusaların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.30 UBK**
Tanım	Doğum sonrası 2-5. günler arasında izlemi yapılan lohusa oranını ifade etmektedir.
Standart	Doğum sonrası tüm kadınlar düzenli olarak izlenir ve uygun tedavi sunulur.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Doğumu takip eden 2-5. günler arasında izlem yapılan tekil lohusa sayısı/ Doğum yapan gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Doğumu takip eden 2-5. günler arasında izlem yapılan tekil lohusa sayısı. (Lohusa izlem paketine veya kadın hastalıkları ve doğum polikliniği muayenesine bakılacak) **Payda:** * 619.910 Müdahaleli vajinal doğum * 619.911 Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) * 619.912 Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.913 Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.920 Normal vajinal doğum * 619.921 Normal vajinal doğum (İlk doğum) * 619.922 Epidural anestezi ile vajinal doğum * 619.923 Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.926 Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.927 Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen

Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	2 ile 5 gün içinde taburcu olmamış hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde 2-5 günlerde izlemi yapılan (Lohusa izlem paketinde verisi bulunan veya kadın hastalıkları ve doğum polikliniği muayenesi bulunan) tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocakta doğum yapan hastalar için 17 Ocak ve 20 Ocak tarihleri arasındaki verilerinde izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemdeki doğum SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Gebe İzlem Formu Doldurulan Gebe Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.31 UBK**
Tanım	Doğum ile sonuçlanan gebeliklerde izlem formu doldurulan gebe oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada bulunan gebeler içinde İzlem formu doldurulmuş tekil gebe sayısı / Doğum yapan gebe sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Verileri doldurulmuş ve USS ye bildirilmiş gebe izlem formu sayısı P(221) **Payda:** * 619.910 Müdahaleli vajinal doğum * 619.911 Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) * 619.912 Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.913 Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.920 Normal vajinal doğum * 619.921 Normal vajinal doğum (İlk doğum) * 619.922 Epidural anestezi ile vajinal doğum * 619.923 Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.926 Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.927 Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	SAT (son adet tarihi) belli olmayan gebeler
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada bulunan gebeler içinde İzlem formu doldurulmuş ve USS ye bildirilmiş gebe sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde doğum yapan tekil gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Doğum ile Sonuçlanan Gebeliklerde Doldurulan Ortalama Gebe İzlem Formu Sayısı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**GD.32 UBK**
Tanım	Doğum ile sonuçlanan gebeliklerde doldurulan ortalama gebe izlem formu sayısını ifade etmektedir.
Standart	Tüm gebelerin maternal/fetal sağlık sorunlarını ve risklerini tespit edebilmek için gebelere rutin olarak en az dört izlem şeklinde antenatal takip yapılır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Doğum yapan gebelere ait doldurulan toplam gebe izlem formu sayısı/ Doğum yapan gebe sayısı)
Veri Kaynağı	**Pay:** Verileri doldurulmuş ve USS ye bildilmiş gebe izlem formu sayısı P(221) **Payda:** * 619.910 Müdahaleli vajinal doğum * 619.911 Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) * 619.912 Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.913 Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.920 Normal vajinal doğum * 619.921 Normal vajinal doğum (İlk doğum) * 619.922 Epidural anestezi ile vajinal doğum * 619.923 Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.926 Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.927 Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	
Hariç Tutulacaklar	SAT (son adet tarihi) belli olmayan gebeler
Teknik Notlar	**Pay:** İlgili dönemde doğum yapan gebeler için doldurulmuş toplam gebe izlem formu sayısı **Payda:** İlgili dönemde doğum yapan toplam gebe sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



DİABETES MELLİTUS 03

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Adem ÖZKARA
Prof. Dr. Dilek BERKER
Prof. Dr. Serdar GÜLER
Doç. Dr. Rabia KAHVECİ
Uzm. Dr. Alper Çağrı KARCI
Uzm. Dr. Şahin DOĞANAY

Diabetes Mellitus ve Önemi

Diabetes Mellitus her yaşta görülebilen, ülkemizde ve dünyada hızla artan, sürekli tıbbi bakım gerektiren, tedavi maliyeti yüksek ve önemli komplikasyonları olan endokrin bir 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 hemen tüm yaşamsal organlarda kalıcı bozukluklara neden olarak yaşam kalitesini bozar. DM klinik kalite göstergelerinin izlenmesi ve iyileştirilmesi, hastaların kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde uygun tanı ve tedavi alması ve komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynayacaktır.

Klinik Kalite Programında Diabetes Mellitus ile ilgili Hedefler

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

Diabetes Mellitus Standart ve Göstergeleri

DM sağlık olgusu için toplam 3 standart ve 18 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

DM.S1 **Tüm Diabetes Mellitus'lu hastalarda, kan glikoz düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.**

DM. S1 Göstergeleri:

- **DM.G1** DM tanısı alan hastalarda HbA1c ölçümü yapılanların oranı
- **DM.G2** DM tanısı alan hastalarda yılda en az 4 Kez HbA1c ölçümü yapılan hasta oranı
- **DM.G3** DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c ≥ %8 olan hasta oranı
- **DM.G4** DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c ≤ %7 olan hasta oranı
- **DM.G5** DM tanısı alan hastalar içinde son HbA1c düzeyi % 7-8 arasında olan hasta oranı
- **DM.G6** DM tanısı alan hastalar içinde vücut kütle indeksi hesaplanan hasta oranı

DM.S2 **Diabetes Mellitus'lu hastalar, akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.**

DM.S2. Göstergeleri:

- **DM.G7** DM tanısı alan hastalar içinde LDL kolesterol ölçümü yapılan hasta oranı
- **DM.G8** DM tanısı alan hastalar içinde LDL kolesterol düzeyi <100 mg/dl olan hasta oranı
- **DM.G9** DM tanısı alan hastalar içinde LDL kolesterol düzeyi <70mg/dl olan hasta oranı
- **DM.G10** DM tanısıyla yatışı yapılan hasta oranı (komplikasyonsuz)
- **DM.G11** DM tanısıyla yatışı yapılan hasta oranı (akut komplikasyonlar)
- **DM.G12** DM tanılı hastalarda kan basıncı ölçülen hasta oranı

DM.S3 **Diabetes Mellitus'lu hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.**

DM. S3. Göstergeleri:

- **DM.G13** DM tanısı alan hastalarda nefropati taraması amacı ile mikroalbuminüri ölçümü yapılan hasta oranı
- **DM.G14** DM nedeni ile böbrek hastalığı gelişen hasta oranı
- **DM.G15** DM tanısı alan hastalar içinde retinopati tanısı alan hasta oranı
- **DM.G16** DM tanısı alan hastalar içinde alt ekstremite ampütasyon oranı
- **DM.G17** DM tanısı alan hastalarda kronik komplikasyonlar nedeni ile yatışı yapılanların oranı
- **DM.G18** DM tanısı alan hastalar içinde nöropati tanısı alan hasta oranı

DM Tanısı Alan Hastalarda HbA1c Ölçümü Yapılanların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G1 UBK**
Tanım	DM tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalarda yılda **en az birkez HbA1c ölçümü** yapılanların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm Diabetes Mellitus'lu hastalarda, kan glikoz düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir defa HbA1c düzeyi ölçülen tekil hasta sayısı/ DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs
Veri Kaynağı	* E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte

GÖSTERGE KARTLARI

Veri Kaynağı	* E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan **İlaveten** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose
Veri Kaynağı	* A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda ilk alınan tanı tarihinden itibaren bir yıl sonrasında en az bir defa HbA1c SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 **ana tanısı** ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

DM Tanısı Alan Hastalarda Yılda En Az 4 Kez HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gös. Kodu	**DM.G2 UB**
Tanım	DM tanısı alan hastalarda bir yıl içinde en az 4 kez HbA1c ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm Diabetes Mellitus'lu hastalarda, kan glikoz düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili Dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yılda en az 4 kez HbA1c ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) x100
Veri Kaynağı	**Pay:** Aşağıda belirtilen kodlar ile 4 ve üzeri işlem yapılan DM tanılı hasta sayısı * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs
Veri Kaynağı	* E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan

Veri Kaynağı	**İlaveten** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥ %70
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda bir yıl içinde en az dört defa HbA1c SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Şubat tarihine kadar izlenir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



DM Tanısı Alan Hastalarda Son Ölçülen HbA1c ≥ %8 Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G3 UB**
Tanım	DM tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalarda son ölçülen HbA1c düzeyi ≥ %8 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm Diabetes Mellitus'lu hastalarda, kan glikoz düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili Dönemde; (Paydadaki hastalar içinde son ölçülen HbA1c değeri ≥ %8 olanların sayısı/ DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş ve HbA1c ölçümü yapılan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** (HbA1c değeri ≥ % 8 olanların sayısı) * (HbA1c değeri ≥ % 8 olanların sayısı) * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) **Payda:** * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) birlikte * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs
Veri Kaynağı	* E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan



Veri Kaynağı	**İlaveten** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar

Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda son bakılan HbA1c değeri ≥ % 8 olan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde DM ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve veri kaynağındaki ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş bunlarla birlikte HbA1c SUT kodu ile işlem yapılmış tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanısı Alan Hastalarda Son Ölçülen HbA1c ≤ %7 Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G4 UB**
Tanım	DM tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalarda son ölçülen HbA1c değeri ≤ %7 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm Diabetes Mellitus'lu hastalarda, kan glikoz düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili Dönemde; (Paydadaki hastalar içinde, son ölçülen HbA1c değeri ≤%7 olan hasta sayısı/ DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş ve HbA1c ölçümü yapılan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** (HbA1c değeri ≤ % 7 olan hasta sayısı) * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) **Payda:** * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) birlikte * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte



Veri Kaynağı	* E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan **İlaveten** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥ %70
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda son bakılan HbA1c değeri % ≤7 olan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde DM ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve veri kaynağındaki ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş bunlarla birlikte HbA1c SUT kodu ile işlem yapılmış tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Son HbA1c Düzeyi % 7-8 Arasında Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G5 UB**
Tanım	DM tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalarda son ölçülen HbA1c % 7-8 arasında olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm Diabetes Mellitus'lu hastalarda, kan glikoz düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili Dönemde; (Paydadaki hastalar içinde, son ölçülen HbA1c değeri > % 7 - < % 8 arasında olan hasta sayısı/ DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş ve HbA1c ölçümü yapılan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** (HbA1c değeri > % 7 - < % 8 arasında olan hasta sayısı) * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) **Payda:** * 901450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) ***ilaveten*** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte
Veri Kaynağı	* E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte



Veri Kaynağı	* E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin A10BD14 metformin and repaglinide A10AD06 insulin degludec and insulin aspart A10BJ02 liraglutide A10AE54 insulin glargine and lixisenatide A10BD20 metformin and empagliflozin A10BH05 linagliptin A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤ %20
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda son bakılan HbA1c değeri > % 7 - < % 8 olan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde DM ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve veri kaynağındaki ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş bunlarla birlikte HbA1c SUT kodu ile işlem yapılmış tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Vücut Kütle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G6 UBK**
Tanım	DM tanısı alan hastalarda vücut kütle indeksi hesaplanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm Diabetes Mellitus'lu hastalarda, kan glikoz düzeyi düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde boy ve kilosu ölçümü girilen hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) x100
Veri Kaynağı	**Pay:** * DM Tanısı alan hastalar içinde, veri setine boy ve kilosu girilen hasta sayısı **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide

	* A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥%95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde ilk alınan tanı tarihinden itibaren bir yıl içinde boy ve kilosu girilen hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 **ana tanısı** ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen hasta sayısı (her başvuru dahil edilecek)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

DM Tanısı Alan Hastalar İçinde LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G7 UB**
Tanım	DM tanısı alanlarda en az yılda bir kez LDL kolesterol ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde LDL kolesterol düzeyi ölçülen tekil hasta sayısı/ DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş ve LDL ölçümü yapılan tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902290 LDL kolesterol **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L105000 LDL kolesterol (Direkt) **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine

	A10BB09 gliclazide A10BJ01 exenatide A10BA02 metformin A10BB09 gliclazide A10BG03 pioglitazone A10BD05 metformin and pioglitazone A10BG03 pioglitazone A10BB09 gliclazide A10BK01 dapagliflozin A10BH02 vildagliptin A10BD08 metformin and vildagliptin A10AE04 insulin glargine A10BB01 glibenclamide A10BF01 acarbose A10BB07 glipizide A10BD19 linagliptin and empagliflozin A10AB04 insulin lispro A10AD30 combinations A10BX03 nateglinide A10BD07 metformin and sitagliptin A10BH01 sitagliptin A10BK03 empagliflozin A10AE05 insulin detemir A10BX02 repaglinide A10AB05 insulin aspart A10BH03 saxagliptin A10BD14 metformin and repaglinide A10AD06 insulin degludec and insulin aspart A10BJ02 liraglutide A10AE54 insulin glargine and lixisenatide A10BD20 metformin and empagliflozin A10BH05 linagliptin A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥ %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde tanı tarihinden itibaren bir yıl içinde en az bir kez LDL Kolestrol SUT kodunu alan tekil hasta sayısı Hasta aynı dönem içinde birden fazla DM ICD 10 kodu ile tanı almışsa, tekilleştirirken dönem içindeki ilk tanı tarihi esas alınır. ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde DM ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve veri kaynağındaki ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş bunlarla birlikte LDL SUT kodu ile işlem yapılmış tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanısı Alan Hastalar İçinde LDL Kolesterol Düzeyi <100 mg/dl Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G8 UB**
Tanım	DM tanısı alanlarda son ölçülen LDL kolesterol düzeyi <100 mg/dl olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan tekil hastalar içinde son ölçülen LDL düzeyi < 100 mg/dl olan hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş ve LDL ölçümü yapılan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** (LDL tetkik sonucu <100mg/dl olan tekil DM tanılı hasta sayısı) * 902290 LDL kolesterol **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L105000 LDL kolesterol (Direkt)l **Payda:** * 902290 LDL kolesterol **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L105000 LDL kolesterol (Direkt) ilaveten * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte
Veri Kaynağı	* E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan **İlaveten** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human)

Veri Kaynağı	* A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥ %50
Hedef Grup	18 yaş üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde son ölçülen kolesterol düzeyi <100 mg/dl olan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde DM ICD 10 kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan ve veri kaynağındaki ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş bunlarla birlikte LDL SUT kodu ile işlem yapılmış tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

DM Tanısı Alan Hastalar İçinde LDL Kolesterol Düzeyi < 70 mg/dl Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G9.UB**
Tanım	DM tanılı komplikasyon (akut ve kronik) gelişen hastalarda son ölçülen LDL kolesterol düzeyi <70 mg/dl olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan tekil hastalar içinde son ölçülen LDL düzeyi < 70 mg/dl olan hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş ve LDL ölçümü yapılan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902290 LDL kolesterol **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L105000 LDL kolesterol (Direkt) **Payda:** * 902290 LDL kolesterol **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L105000 LDL kolesterol (Direkt) ***ilaveten*** * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride

	* A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥ %40
Hedef Grup	18 yaş üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde son ölçülen kolesterol düzeyi <70 mg/dl olan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde DM ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve veri kaynağındaki ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş bunlarla birlikte LDL SUT kodu ile işlem yapılmış tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanısıyla Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G10.UB**
Tanım	DM tanısıyla yatışı yapılan ve herhangi bir komplikasyonu olmayan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yatışı yapılan hasta sayısı (komplikasyonsuz) / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan
Veri Kaynağı	* E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone



	* A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤ %3
Hedef Grup	18 yaş üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki Hastalar içinde ICD 10 kodlarını **ana tanı** olarak almış yatan hasta sayısı. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 **ana tanısı** ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



DM Tanısıyla Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G11.UB**
Tanım	DM tanısı alan hastalarda diyabetin akut komplikasyonları nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, akut komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; [Paydadaki hastalar içinde yatışı yapılan hasta sayısı (akut komplikasyonlar) / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı] X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E16.0 İlaca bağlı hipoglisemi, koma olmadan * E16.1 Hipoglisemiler, diğer * E16.2 Hipoglisemiler, tanımlanmamış **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan

Veri Kaynağı	***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Veri Kaynağı	
Hedef Değer	≤ %3
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde Veri kaynağında ki ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini alarak yatışı yapılan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G12.UBK**
Tanım	DM ana tanılı hastalarda kan basıncı ölçülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içerisinde kan basıncı ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** DM anatanısı alan hastalar içerisinde kan basıncı değerleri girilen hasta sayısı **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin

	A10BH02 vildagliptin A10BD08 metformin and vildagliptin A10AE04 insulin glargine A10BB01 glibenclamide A10BF01 acarbose A10BB07 glipizide A10BD19 linagliptin and empagliflozin A10AB04 insulin lispro A10AD30 combinations A10BX03 nateglinide A10BD07 metformin and sitagliptin A10BH01 sitagliptin A10BK03 empagliflozin A10AE05 insulin detemir A10BX02 repaglinide A10AB05 insulin aspart A10BH03 saxagliptin A10BD14 metformin and repaglinide A10AD06 insulin degludec and insulin aspart A10BJ02 liraglutide A10AE54 insulin glargine and lixisenatide A10BD20 metformin and empagliflozin A10BH05 linagliptin A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥%95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalar içinde kan basıncı ölçümü yapılan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 **ana tanısı** ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

DM Tanısı Alan Hastalarda Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G13.UB**
Tanım	DM ana tanısı alan nefropati taraması amacı ile yılda en az bir kez mikroalbuminüri ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde mikroalbüminüri ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * L100320 Albümin (Serum/Plazma) * L100330 Albümin/Kreatinin (Spot idrar) * L100340 Albümin (24 saatlik idrar) * L100360 Albümin (Diğer vücut sıvıları) **Payda**: * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin

	A10BB09 gliclazide A10BG03 pioglitazone A10BD05 metformin and pioglitazone A10BG03 pioglitazone A10BB09 gliclazide A10BK01 dapagliflozin A10BH02 vildagliptin A10BD08 metformin and vildagliptin A10AE04 insulin glargine A10BB01 glibenclamide A10BF01 acarbose A10BB07 glipizide A10BD19 linagliptin and empagliflozin A10AB04 insulin lispro A10AD30 combinations A10BX03 nateglinide A10BD07 metformin and sitagliptin A10BH01 sitagliptin A10BK03 empagliflozin A10AE05 insulin detemir A10BX02 repaglinide A10AB05 insulin aspart A10BH03 saxagliptin A10BD14 metformin and repaglinide A10AD06 insulin degludec and insulin aspart A10BJ02 liraglutide A10AE54 insulin glargine and lixisenatide A10BD20 metformin and empagliflozin A10BH05 linagliptin A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥%95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Pay: İlgili dönemde paydadaki hastalar içinde veri kaynağındaki SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Per.	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Nedeni ile Böbrek Hastalığı Gelişen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G14.UB**
Tanım	DM tanısı ile böbrek hastalığı gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (DM tanısı alan hastalar içerisinde GFR değeri 60'ın altında ölçülen tekil hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Loinc Kodu** "45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel Loinckodu ile işlem yapılan DM tanılı hastalarda GFR değeri 60'ın altında olan tekil hasta sayısı 33914-3 Glomerular filtration rate/1.73 sq M.predicted by Creatinine-based formula (MDRD) **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone

	A10BB09 gliclazide A10BK01 dapagliflozin A10BH02 vildagliptin A10BD08 metformin and vildagliptin A10AE04 insulin glargine A10BB01 glibenclamide A10BF01 acarbose A10BB07 glipizide A10BD19 linagliptin and empagliflozin A10AB04 insulin lispro A10AD30 combinations A10BX03 nateglinide A10BD07 metformin and sitagliptin A10BH01 sitagliptin A10BK03 empagliflozin A10AE05 insulin detemir A10BX02 repaglinide A10AB05 insulin aspart A10BH03 saxagliptin A10BD14 metformin and repaglinide A10AD06 insulin degludec and insulin aspart A10BJ02 liraglutide A10AE54 insulin glargine and lixisenatide A10BD20 metformin and empagliflozin A10BH05 linagliptin A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤%15
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde veri kaynağındaki LOİNC kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Retinopati Tanısı Alan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G15.UB**
Tanım	DM tanısı alan hastalar içinde retinopati gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (DM tanısı alan tekil hastalarda retinopati tanısı alan tekil hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * H35.0 Background retinopati ve retinal vasküler değişiklikler * H35.2 Proliferatif retinopatiler, diğer * H36.0* Diyabetik retinopati (E10-E14+ ortak dördüncü karakter.3 ile birlikte) **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte
Veri Kaynağı	* E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human)

Veri Kaynağı	* A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** İlgili dönemde paydadaki hastalar içinde veri kaynağındaki Retinopati ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Alt Ekstremite Ampütasyon Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G16.UB**
Tanım	DM tanısı alan hastalarda ilgili dönemde alt ekstremite amputasyonu gerçekleştirilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde amputasyon yapılan tekil hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 611220 Büyük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu * 611230 Orta kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu * 611240 Küçük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu * 611250 Kalça dezartikülasyonu amputasyonu, dezartikülasyonu * 611260 Hindquarter amputasyon amputasyonu, dezartikülasyonu * 611270 Hemipelvektomi, eksternal * 611280 Hemipelvektomi, internal **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan * ***İlaveten*** * **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone

Veri Kaynağı	* A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤ %0.08
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** İlgili dönemde paydadaki hastalar içinde veri kaynağındaki Amputasyon SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanısı Alan Hastalarda Kronik Komplikasyonlar Nedeni ile Yatışı Yapılanların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G17.UB**
Tanım	DM tanısı alan hastalarda kronik komplikasyonlar nedeni ile yatışı yapılanların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; [DM tanısı alan hastalarda kronik komplikasyonlar nedeni ile yatışı yapılan tekil hasta sayısı) / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı] X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * G59.0 Diyabetik mononöropati (E10-E14 ortak dördüncü karakterle .4 birlikte) * G63.2 Diyabetik polinöropati (E10-E14 ortak dördüncü karakter .4 ile) * H28.0 Diyabetik katarakt (E10-E14 ortak dördüncü karakter.3 ile) * H36.0 Diyabetik retinopati (E10-E14 ortak dördüncü karakter.3 ile birlikte) * M14.2 Diyabetik artropati (E10-E14 genel dördüncü karakter.6 ile) * N08.3 Glomerüler bozukluklar, Diyabetes mellitüsde (E10-E14 genel dördüncü karakter .2 ile) **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan



	* E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***ilaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * **A**10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤ %2
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** İlgili dönemde paydadaki hastalar içinde veri kaynağındaki ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Nöropati Tanısı Alan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**DM.G18.UB**
Tanım	DM tanısı alan hastalar içinder Diyabetik polinöropati gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Diabetes Mellitus'lu hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (DM tanısı alan tekil hastalarda Diyabetik polinöropati tanısı alan tekil hasta sayısı / DM tanısı ile birlikte veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilmiş tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** G63.2* Diyabetik polinöropati (E10-E14+ ortak dördüncü karakter .4 ile) **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan ***İlaveten*** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone

Veri Kaynağı	* A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≤%20
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki erişkin hastalar
Hariç Tutulacaklar	Gebeler ve ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde veri kaynağındaki Diyabetik polinöropati ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan DM ICD 10 **ana tanısı** ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



KALÇA PROTEZİ 04

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. A. Turgay ÇAVUŞOĞLU
Prof. Dr. Bülent ATİLLA
Prof. Dr. Didem SUNAY
Prof. Dr. Ertuğrul ŞENER
Prof. Dr. Mehmet DEMİRTAŞ
Prof. Dr. Mehmet Hakan ÖZSOY
Prof. Dr. N. Reha TANDOĞAN
Prof. Dr. Ömer Faruk BİLGEN
Prof. Dr. Önder AYDINGÖZ
Doç. Dr. Fatma Aybala ALTAY

Kalça Protezi ve Komplikasyonları

Total 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 kalça 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 karşılaşılabilmektedir.

Klinik Kalite Programında Eklem Protezi ile ilgili Hedefler

Kalça protezi cerrahisine yönelik klinik kalitenin izlenmesi için standart ve göstergeler geliştirilmiştir. Bu göstergeler hazırlanırken amaç 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

Kalça Protezi Standart ve Göstergeleri

Kalça Protezi için toplam 4 standart ve 16 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

KP.S1 **Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.**

KP. S1 Göstergeleri:

- **KP.G1.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda dislokasyon nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 2ay)
- **KP.G2.** Kalça protezi operasyonu yapılan hastalarda reoperasyon geçiren hasta oranı (ilk 2 ay)
- **KP.G3.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda reoperasyon nedeni ile yeniden yatış yapılan hasta oranı(ilk 12 ay)
- **KP.G4.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda hastanede ortalama yatış gün sayısı
- **KP.G14.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 50 yaş altı hastaların oranı
- **KP.G15.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalardan 50-80 yaşları arasında olan hasta oranı
- **KP.G16.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta oranı

KP.S2 **Kalça protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gereken tedbirler alınmalıdır.**

KP.S2. Göstergeleri:

- **KP.G5.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranı
- **KP.G6.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (ilk 2 ay)
- **KP.G7.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (2 ay-12 ay)

KP.S3 **Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gereken tedbirler alınmalıdır.**

KP. S3. Göstergeleri:

- **KP.G8.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda antikoagulan ilaç verilen hasta oranı
- **KP.G9.** Taburcu edilen kalça protezi operasyonu geçirmiş hastalarda antikoagulan ilaç reçete edilenlerin oranı
- **KP.G10.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda derin ven trombozu tespit edilen hasta oranı (ilk 3 ay)
- **KP.G11.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 3 ay)

KP.S4 **Kalça protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.**

KP. S4. Göstergeleri:

- **KP.G12.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda sinir hasarı oranı (ilk 1 ay)
- **KP.G13.** Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda damar hasarı oranı (ilk 1 ay)

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Dislokasyon Nedeni İle Yeniden Yatış Oranı (İlk 2 ay)

Gösterge Kodu	**KP.G1.UBK**
Tanım	Kalça operasyonu geçiren hastalardan operasyon sonrası ilk 2 ay içerisinde "Dislokasyon" nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protez operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan dislokasyon nedeni ile yeniden yatan tekil hasta sayısı/ Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Dislokasyon ICD 10 kodları:** * S73.0 Kalça çıkığı * S73.1 Kalça burkulma ve gerilmesi * Q65.6 Stabil olmayan kalça * R29.4 Kalçada klik sesi * S32.4 Asetabulum kırığı **Dislokasyon nedeniyle gerçekleştirilen işlemlerle ilişkili SUT kodları:** * 610.880 Büyük eklem çıkığı kapalı redüksiyonu * 611.190 Büyük eklem çıkığı açık redüksiyon * 611.200 Büyük eklem kırıklı çıkık veya sinir eksplorasyonlu çıkık cerrahisi * 611.210 Çıkık, gecikmiş olgularda (3 hafta ve üzeri) ilave edilecek puan **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde dislokasyon ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı olarak** alan ve SUT kodlarından herhangi birini alarak operasyon tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisinde yeniden yatan tekil hasta sayısı ***Not:*** Payın hesaplanması için dislokasyon ICD 10 kodlarından herhangi biri ve/ veya dislokasyon nedeniyle gerçekleştirilen işlemlerle ilişkili SUT kodlarından herhangi birini alarak yatışı yapılan hastalar hesaplamaya dâhil edilir. ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Reoperasyon Yapılan Hasta Oranı (İlk 2 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G2.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonraki ilk iki ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonraki ilk 2 ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon geçiren tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Kalça protezi operasyonu sonrası reoperasyonla ilişkili SUT kodları:** * 610.910 Büyük kemik kırığı kapalı redüksiyonu * 610.940 Büyük eklemin anestezi altında mobilizasyonu * 610.990 Büyük kemik kırıkları cerrahi tedavisi, açık IMN * 611.000 Büyük kemik kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 611.020 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, açık IMN * 611.030 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 611.340 Büyük kemik implant çıkarma * 611.350 Büyük kemik sinir eksplorasyonu gerektiren implantların çıkartılması * 612.470 Kalca artroplastisi, asetebularliner değiştirilmesi, total * 612.471 Kalca asetebular revizyonu, parsiyel * 612.472 Kalca femoral sistem revizyonu, parsiyel * 612.480 Kalca revizyon artroplastisi, total * 612.490 Kalca revizyon artroplastisi, total, her iki komponent allogreft * veya metal kafesler kullanarak **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydaki hastalar içinde kalça protezi operasyonu sonrası aynı taraf için reoperasyon SUT kodlarından herhangi birini alan operasyon tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisindeki tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı ***Not:*** Hasta tekilleştirilirken opere edilen diz tarafı (sağ/sol/bilateral) dikkate alınır.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 12 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G3.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra ilk 12 ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde aynı tarafa reoperasyon geçiren tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş tekil toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Kalça protezi operasyonu sonrası reoperasyonla ilişkili SUT kodları:** * 610.910 Büyük kemik kırığı kapalı redüksiyonu * 610.940 Büyük eklemin anestezi altında mobilizasyonu * 610.990 Büyük kemik kırıkları cerrahi tedavisi, açık IMN * 611.000 Büyük kemik kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 611.020 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, açık IMN * 611.030 Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, kapalı IMN * 611.340 Büyük kemik implant çıkarma * 611.350 Büyük kemik sinir eksplorasyonu gerektiren implantların çıkartılması * 612.470 Kalca artroplastisi, asetebularliner değiştirilmesi, total * 612.471 Kalca asetebular revizyonu, parsiyel * 612.472 Kalca femoral sistem revizyonu, parsiyel * 612.480 Kalca revizyon artroplastisi, total * 612.490 Kalca revizyon artroplastisi, total, her iki komponent allogreft * veya metal kafesler kullanarak **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde aynı taraf için reoperasyon SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı ***Not:*** Hasta tekilleştirilirken opere edilen kalça tarafı (sağ/sol/bilateral) dikkate alınır.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Hastanede Ortalama Yatış Gün Sayısı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G4.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçiren hastaların operasyon tarihinden itibaren hastanede ortalama yatış gün sayısını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastaların operasyon tarihinden itibaren hastanede yatış gün sayıları toplamı /Kalça protezi operasyonu sayısı)
Veri Kaynağı	Payın hesaplanması için; Paydada yer alan hastalarda, operasyon tarihinden sonra çıkış zamanına kadar geçen süre esas alınır. **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ 5 gün
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastaların operasyon tarihinden itibaren yatış gün sayıları toplamıdır. İlgili dönemde yatan tüm hastaların yatış gün süreleri diğer aylara sarksa bile hesaplamaya dahil edilmelidir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral)ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Perioperatif DönemdeProfilaktik Antibiyotik Verilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G5.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda perioperatif dönemde uygun şekilde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yatışı süresince en fazla dört doz antibiyotik order edilen hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Profilaktik antibiyotik ATC kodları * J01DB01 -Sefaleksin * J01DB04 -Sefazolin Sodyum * J01DB05 -SefadroxilMonohidrat * J01DC02 – Sefuroksim * J01DD01 -Sefotaksim Sodyum * J01DD02 – Seftazidim * J01DD04 – Seftriakson * J01DD07 – Seftizoksim * J01DD12 – Sefoperazon * J01DD54 -Seftriakson Kombinasyonları * J01DD62 -Sefoperazon Kombinasyonları * J01FF01 – Klindamisin * J01FF02 -Linkomisin HCL * J01CA01 – Ampisilin * J01CA04 – Amoksisilin * J01CF01 – Dikloksasilin * J01CF03 – Metisilin * J01CF04 – Oksasilin * J01CF05 – Flukloksasilin * J01CF06 – Nafsilin * J01CR01 -Ampisilin ve Sulbaktam * J01CR02 -Amoksisilin ve Klavulanik Asit * J01CR05 -Piperasilin ve Enzim İnhibitörü * J01XA01 -Vankomisin HCL * J01XA02 -Teikoplanin
	Payda: **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	Dört doz üstünde antibiyotik verilen hastalar paya dahil edilemeyecektir.
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, yatış süresince veri kaynağında ATC ilaç kodlarından herhangi birini alıp en fazla dört doz antibiyotik order edilen hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral)ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

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

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G6.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyondan sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Kalça protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonu ile ilişkili ICD 10 kodları** * T84.5 İnternal eklem protezinden dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.6 İnternal tesbit cihazından [herhangi yer] dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.7 İnternal ortopedik protez cihazları, implantları ve greftlerinden dolayı diğer enfeksiyon * M00 Piyojenik artrit * M00.0 Stafilokokal artrit ve poliartrit * M00.1 Pnömokokal artrit ve poliartrit * M00.2 Streptokokal artrit ve poliartrit, diğer * M00.8 Artrit ve poliartrit, diğer tanımlanmış bakteriyel ajanlara bağlı * M00.9 Piyojenik artrit, ajanın belirlenmediği **Kalça protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonuna müdahale ile ilişkili SUT kodları:** * 612.260 Antibiyotikli hazır spacer uygulanması * 612.270 Antibiyotikli imalat spacer uygulanması, ameliyathanede * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi * 613.300 Sinovektomi, büyük eklem * 613.030 Büyük eklem debritmanı * 613.031 Yara evantrasyonunda revizyon * 612.620 Büyük kemik osteomyelit tedavisi * 612.650 Artroskopi, tanısal * 612.651 Girişimsel artroskopi * 611.350 Büyük kemik sinir eksplorasyonu gerektiren implantların çıkartılması * 611.340 Büyük kemik implant çıkarma * 612.330 Büyük eklem rezeksiyon interpozisyon artroplastisi * 612.470 Kalça artroplastisi, asetebularliner değiştirilmesi, total * 612.500 Kalçadan hemiartroplasti protezi çıkartılması **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 60 gün içinde aynı taraf için (sağ/sol/bilateral)cerrahi alan enfeksiyonu ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ya da SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (2 ay-12 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G7.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçirdikten sonraki 2- 12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyondan sonraki 2-12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Kalça protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonu ile ilişkili ICD 10 kodları * T84.5 İnternal eklem protezinden dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.6 İnternal tesbit cihazından [herhangi yer] dolayı enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon * T84.7 İnternal ortopedik protez cihazları, implantları ve greftlerinden dolayı diğer enfeksiyon * M00 Piyojenik artrit * M00.0 Stafilokokal artrit ve poliartrit * M00.1 Pnömokokal artrit ve poliartrit * M00.2 Streptokokal artrit ve poliartrit, diğer * M00.8 Artrit ve poliartrit, diğer tanımlanmış bakteriyel ajanlara bağlı * M00.9 Piyojenik artrit, ajanın belirlenmediği Kalça protezi operasyonu sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonuna müdahale ile ilişkili SUT kodları: * 611.340 Büyük kemik implant çıkarma * 612.260 Antibiyotikli hazır spacer uygulanması * 612.270 Antibiyotikli imalat spacer uygulanması, ameliyathanede * 612.330 Büyük eklem rezeksiyon interpozisyonartroplastisi * 612.470 Kalça artroplastisi, asetebularliner değiştirilmesi, total * 612.500 Kalçadan hemiartroplasti protezi çıkartılması * 612.620 Büyük kemik osteomyelit tedavisi * 612.650 Artroskopi, tanısal * 612.651 Girişimsel artroskopi * 613.030 Büyük eklem debritmanı * 613.031 Yara evantrasyonunda revizyon * 613.270 Septik artrit büyük eklem cerrahisi * 613.300 Sinovektomi, büyük eklem **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer Not: Payın hesaplanması için cerrahi alan enfeksiyonu ile ilişkili ICD 10 kodlarından herhangi biri ve/veya cerrahi alan enfeksiyonuna müdahale ile ilişkili SUT kodlarından herhangi birini alan hastalar hesaplamaya dâhil edilir.
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 60 gün ile 12 ay içinde aynı taraf için (sağ/sol/bilateral) cerrahi alan enfeksiyonu ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana veya ek tanı olarak alan ya da SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar, 14 Mayıs tarihi ile bir sonraki yıl 15 Mart tarihleri arasında izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Antikoagulan İlaç Verilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G8.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda, yatışı süresince antikoagulan ilaç verilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda yatışı süresince antikoagulan ilaç verilen hasta sayısı /Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Antikoagülan ATC kodları: * B01AB -Heparin Grubu ilaçlar * B01AA03 -Varfarin Sodyum * B01AC06 -Asetilsalisik Asit * B01AE07 -Dabigatran * B01AF02 -Apiksaban * B01AX05 -Fondaparinuks Sodyum * B01AX06 -Rivaroksaban **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, yatışı esnasında veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve ATC ilaç kodunu alarak antikoagülan reçete edilen hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral)ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Taburcu Edilen Kalça Protezi Operasyonu Geçirmiş Hastalarda Antikoagulan İlaç Reçete Edilenlerin Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G9.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda, taburculuğu sırasında antikoagulan ilaç reçete edilen hasta oranını ifade etmektedir
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, taburculuk sırasında antikoagulan ilaç reçete edilen hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Antikoagülan ATC kodları:** * B01AB Heparin Grubu ilaçlar * B01AA03 Varfarin Sodyum * B01AC06 Asetilsalisik Asit * B01AE07 Dabigatran * B01AF02 Apiksaban * B01AX05 Fondaparinuks Sodyum * B01AX06 Rivaroksaban **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, taburculuğu sırasında veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana veya ek tanı olarak alan ve ATC ilaç kodlarından biri reçete edilerek taburcu edilen hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı operasyon kodu (sağ/sol/bilateral) ile birden fazla yatışı varsa her bir yatış pay ve paydaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Derin VenTrombozu Tespit Edilen Hasta Oranı (İlk 3 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G10.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası 3 ay içerisinde derin ven trombozu tespit edilen tekil hasta sayısı/ Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Derin ven trombozu ICD 10 kodları:** * I80 Flebit ve tromboflebit * I80.0 Alt ekstremiteyüzeyel damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.1 Femoral ven flebit ve tromboflebiti * I80.2 Alt ekstremite diğer derin damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.3 Alt ekstemite flebit ve tromboflebiti, tanımlanmamış * I80.8 Flebit ve tromboflebit, diğer yerlerin * I80.9 Flebit ve tromboflebit, tanımlanmamış yerlerin * I82.8 Emboli ve tromboz, diğer tanımlanmış venlerin * I82.9 Emboli ve tromboz, tanımlanmamış venlerin **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %4
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 90 gün içinde derin ven trombozu ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 13 Haziran tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda son yatışı hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Pulmoner Emboli Nedeni İle Yeniden Yatış Oranı (İlk 3 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G11.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra 3 ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili tromboembolik olayların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası üç ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatışı yapılan tekil hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * **Pulmoner emboli ICD 10 kodları:** * I26 Pulmonerembolizm * I26.0 Pulmonerembolizm, akut kor pulmonale ile birlikte * I26.9 Pulmonerembolizm, akut kor pulmonale olmaksızın **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 90 gün içinde pulmoner emboli ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana veya ek tanı olarak alan ve yatışı yapılan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 13 Haziran tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda son yatışı hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



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

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G12.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra bir ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir ay içerisinde sinir hasarı tespit edilen hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Sinir hasarı ile ilişkili ICD 10 kodları:** * S84 Baldır düzeyinde sinir yaralanması * S84.0 Baldır düzeyinde tibial sinir yaralanması * S84.1 Baldır düzeyinde peroneal sinir yaralanması * S84.2 Baldır düzeyinde kutanöz duyu sinir yaralanması * S84.7 Baldır düzeyinde birden fazla sinir yaralanması * S84.8 Baldır düzeyinde diğer sinirlerin yaralanması * S84.9 baldır düzeyinde tanımlanmamış sinir yaralanması **Sinir hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodları:** * 616.350 Her türlü periferik sinir eksplorasyonu, tek bir sinir * 616.430 Dijital veya diğer saf duyu sinir onarımı,tek bir sinir * 616.440 Sinir onarımı, greft ile, tek bir sinir * 616.450 Dijital veya diğer saf duyu sinir onarımı, greft ile, ilave her bir sinir **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %0.8
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30 gün içinde sinir hasarı ICD 10 kodlarından herhangi birini ana tanı veya ek tanı olarak alan ve/veya sinir hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodlarından herhangi birini aynı taraf için alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Nisan tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatış hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Damar Hasarı Oranı (İlk 1 ay)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G13.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonunu geçirdikten sonra bir ay içerisinde damar hasarı görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	Kalça protezi operasyonu ile ilgili damar ve sinir hasarının önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir ay içerisinde damar hasarı tespit edilen hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Damar hasarı ile ilişkili ICD 10 kodları:** * S75 Kalça ve uyluk düzeyinde kan damarları yaralanması * S75.0 Femoral arter yaralanması * S75.1 Kalça ve uyluk düzeyinde femoral ven yaralanması * S75.2 Kalça ve uyluk düzeyinde büyük safen ven yaralanması * S75.7 Kalça ve uyluk düzeyinde birden fazla kan damarları yaralanması * S75.8 Kalça ve uyluk düzeyinde diğer kan damarlarının yaralanması * S75.9 Kalça ve uyluk düzeyinde tanımlanmamış kan damarı yaralanması **Damar hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodları:** * 606.310 Rüptüre anevrizma, common-profunda-süperfisyel-femoral arter * 606.620 Ven grefti ile damar onarımı, alt ekstremite * 606.680 Ven dışında başka bir greftle damar onarımı, alt ekstremite * 606.970 By-pass greft, ven ile, aortofemoral veya bifemoral * 606.980 By-pass greft, ven ile, aortoiliyofemoral, tek taraf * 607.380 Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, femoral arter * 607.500 Postoperatif eksplorasyon, ekstremite * 607.050 By-pass greft, ven ile, iliyofemoral * 607.060 By-pass greft, ven ile, femoral-anteriyortibiyal, posteriyortibiyal, peroneal arter veya distal damarlar * 607.070 By-pass greft, ven ile, popliteal-tibiyal, peroneal arter veya diğer distal damarlar * 607.080 İnsitu venby-pass, aortofemoral-popliteal * 608.250 Damar onarımı * 608.260 Damar grefti kullanılarak yapılan vasküler girişimler **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %0.1
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30 gün içinde damar hasarı ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı veya ek tanı** olarak alan ve/veya damar hasarına müdahale ile ilişkili SUT kodlarından herhangi birini aynı tafar için alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Nisan tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi operasyonu SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon (sağ/sol/bilateral) için birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatış hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalar İçerisinde 50 Yaş Altı Hastaların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G14.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 50 yaş altındaki hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan 50 yaşından küçük olanların sayısı / Kalça protezi operasyonu sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş üstü ve 50 yaşından küçük hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde 50 yaşından küçük olan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi (sağ/sol/bilateral) SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon için birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatışı hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalardan 50-80 Yaşları Arasında Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G15.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalardan 50-80 yaşları arasında olan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan 50-80 yaşları arasında olan tekil hasta sayısı/Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** * 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≥ %85
Hedef Grup	50 yaş üstü ve 80 yaşından küçük hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde 50 – 80 yaş arasında olan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi (sağ/sol/bilateral) SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon için birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatış hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalar İçerisinde VKİ 40'ın Üzerinde Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KP.G16.UBK**
Tanım	Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta oranını ifade etmektedir
Standart	Tüm hastaların etkin bir kalça protezi operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydada yer alan hastalarda operasyon tarihinden önceki 30 gün içerisinde yapılan ölçümde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta sayısı / Kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** VKİ 40'ın üzerinde olan tekil hasta sayısı **Payda:** **Kalça protezi operasyonu SUT kodları:** 612.340 Kalça eklemi total protezleri, primer
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan operasyon tarihinden önceki 30 gün içerisinde yapılan ölçümde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Nisan tarihinde operasyon geçiren hastalar 14 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kalça protezi (sağ/sol/bilateral) SUT kodu ile gerçekleştirilen operasyon sayısı (Hastanın aynı dönemde aynı operasyon için birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatış hesaplamaya dahil edilir)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



İNME 05

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Şerefnur ÖZTÜRK
Doç. Dr. Erdem GÜRKAŞ
Doç. Dr. Oğuzhan KURŞUN
Uzm. Dr. Halil ULUTABANCA

İnme

Teşhis, tedavi ve önlemedeki önemli ilerlemelere rağmen inme yaygın bir rahatsızlık olmaya devam etmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte, inme geçiren kişi sayısının arttığı öngörülmüştür.

İnmenin klinik sonuçlarını geliştirmek için vakaya en hızlı ve etkin şekilde müdahalenin sağlanması gerekmektedir. Erken ve doğru müdahale, hastanın mortalite ve morbiditesi ile yaşam kalitesini ciddi düzeyde ve olumlu şekilde etkilediği gibi hastalığa ve komplikasyonlarına yönelik maliyetleri de önemli oranda azaltmaktadır.

Klinik Kalite Programında İnme ile ilgili Hedefler

İnme hastalığının 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

İnme Standart ve Göstergeleri

İnme hastalığı için toplam 3 standart ve 16 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

İN.S1 **Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru bir şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.**

İN. S1 Göstergeleri:

- **İN.G1.** Geçici iskemik atak tanısı alan hastaların hastaneye yatış oranı
- **İN.G2.** EKO veya TEE tetkiki yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı
- **İN.G3.** Radyolojik görüntüleme yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı

İN.S2 **İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.**

İN. S2 Göstergeleri:

- **İN.G4.** İntravenöz trombolitik tedavi uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı
- **İN.G5.** İntravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili hemoraji komplikasyonu gelişen iskemik inme tanılı hasta oranı
- **İN.G6.** İntraarteriel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı
- **İN.G7.** İntraarteriel girişimsel trombolitik tedavi/trombektomi tedavi uygulanması hemorojik komplikasyon gelişen iskemik inme tanılı hasta oranı
- **İN.G8.** Dekompresif cerrahi uygulanan inme tanılı hasta oranı
- **İN.G9.** Rehabilitasyon tedavisine erken başlanan inme tanılı hasta oranı
- **İN.G10.** Pulmoner enfeksiyon gelişen inme tanılı hasta oranı
- **İN.G11.** Üriner enfeksiyon gelişen inme tanılı hasta oranı
- **İN.G12.** Derin ven trombozu gelişen inme tanılı hasta oranı

İN.S3 **İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.**

İN. S3 Göstergeleri:

- **İN.G13.** Taburculuk sonrası inme tanısı ile tekrar yatışı yapılan hasta oranı
- **İN.G14.** İskemik inme tanılı hastalarda INR bakılma oranı
- **İN.G15.** Karotis endarterektomi yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı
- **İN.G16.** Supraaortik stent uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı

Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G1 UB**
Tanım	Geçici iskemik atak tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastaların hastaneye yatış oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki başvurular içinde yer alan hastalardan yatışı yapılan hasta sayısı / Geçici iskemik atak tanısı alan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Paydada bulunan tanılarla yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hasta sayısı **Payda:** * G45 Geçici serebral iskemik ataklar ve bununla ilgili sendromlar * G45.0 Vertebro-basiler arter sendromu * G45.1 Karotid arter sendromu (hemisferik) * G45.2 Multipl ve bilateral preserebral arter sendromları * G45.3 Amarosis fugaks * G45.4 Geçici global amnezi * G45.8 Geçici serebral iskemik ataklar ve bununla ilgili sendromlar, diğer * G45.9 Geçici serebral iskemik atak, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Ölçüm yapılan dönemden önce tanı alan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki başvurular içinde yatışı yapılan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde geçici iskemik atak ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

EKO veya TEE Tetkiki Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G2 UBK**
Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda ilk üç gün içinde EKO veya TEE tetkiki yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk üç gün içinde EKO veya TEE yapılan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 700600 Transtorasik ekokardiyografi * 700610 Transözefajiyal ekokardiyografi **Payda:** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≥ %70
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Başvurudan sonra üç gün içinde ölen ya da sevk edilen hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk üç gün içinde EKO veya TEE SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Radyolojik Görüntüleme Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G3 UBK**
Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda ilk üç gün içinde Radyolojik görüntüleme yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastalarda inme tanısı ve etiyolojik nedenlerinin hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk üç gün içinde Karotis-Vertebral Doppler USG veya BTveya MR anjiografi yapılan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve hastalara ait yatış sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Karotis-Vertebral Doppler SUT Kodları** * 803680 Karotis renkli Doppler US (Tek, bilateral) * 803850 Vertebral arter renkli Doppler US (Tek, bilateral) * 804340 MR Anjiyografi * 803880 BT, anjiyografi, tek anatomik bölge için **Payda** **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * 64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Başvurudan sonra ilk üç gün içinde ölen ya da sevk edilen hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk üç gün içinde Karotis-Vertebral Doppler USG veya BT veya MR anjiografi SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalara ait yatış sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G4 UBK**
Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda acil servise kabulden itibaren ilk 4,5 saat içinde intravenöz trombolitik tedavi (İTT) uygulama oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan acil servise kabulden itibaren ilk 4,5 saat içinde İTT uygulanan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay**: * 700870 Trombolitik tedavi uygulaması, venöz yoldan **Payda:** **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış
Veri Kaynağı	* I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≥ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Başvurudan sonra ilk 4.5 saat içinde sevk edilen ve ölen hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan acil servise kabulden itibaren ilk 4,5 saat içinde Trombolitik tedavi uygulaması SUT kodunu alan hasta sayısı **Payda**: Ölçüm yapılan ilgili dönemde iskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Trombolitik Tedavi ile İlişkili Hemoraji Komplikasyonu Gelişen İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G5 UBK**
Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış süresinde intravenöz trombolitik tedavi (İTT) ile ilişkili hemoraji komplikasyonu gelişme oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde intrakranial hemoraji komplikasyonu gelişen hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan ve İTT (Trombolitik tedavi uygulaması) alan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay**: * I61 İntraserebral hemoraji * I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış **Payda:** * 700870 Trombolitik tedavi uygulaması, venöz yoldan **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı
Veri Kaynağı	* I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≤ %6
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde intrakranial hemoraji komplikasyonu ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde iskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak ve İTT SUT kodunu alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

GÖSTERGE KARTLARI

İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G6 UBK**
Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanma oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan hasta sayısı/ İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 700860 Trombolitik tedavi (Diğer arterler-pulmoner vb.) * 802800 Selektif Trombolitik Tedavi İşlemleri * 802890 Periferik aterektomi, trombektomi veya lazer, tek lezyon * 802891 Akut inmede trombektomi **Payda:** **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≥ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde hastalardan intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde iskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Sonrası Hemorajik Komplikasyon Gelişen İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G7 UB (İnme Merkezi Bulunan Sağlık Kuruluşlarında UBK)**
Tanım	İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda yatış sürecinde intraarteriel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi sonrası hemorajik komplikasyon gelişme oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde intrakranial hemorajik komplikasyon gelişen hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalardan yatış sürecinde intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi alan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * I61 İntraserebral hemoraji * I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış **Payda:** * 700860 Trombolitik tedavi (Diğer arterler-pulmoner vb.) * 802800 Selektif Trombolitik Tedavi İşlemleri * 802890 Periferik aterektomi, trombektomi veya lazer, tek lezyon * 802891 Akut inmede trombektomi **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı
Veri Kaynağı	* I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde veri kaynağında yer alan intrakranial hemorajik komplikasyon ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde iskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan, hastaneye yatışı yapılan ve yatış sürecinde intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi SUT kodlarından herhangi birini alan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	3 aylık, 6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Dekompresif Cerrahi Uygulanan İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G8 UB**
Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda yatıştan itibaren ilk 72 saat içinde dekompresif cerrahi uygulanma oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk 72 saatte dekompresif cerrahi uygulanan hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 615201 Dekompresif Kraniektomi * P615201 Dekompresif Kraniektomi (paket) **Payda:** **İnme ICD-10 Kodları** * I60 Subaraknoid hemoraji * I60.0 Subaraknoid hemoraji, karotid sifon ve bifürkasyondan kaynaklanan * I60.1 Subaraknoid hemoraji, orta serebral arterden kaynaklanan * I60.2 Subaraknoid hemoraji, ön kominikan arterden kaynaklanan * I60.3 Subaraknoid hemoraji, arka kominikan arterden kaynaklanan * I60.4 Subaraknoid hemoraji, baziler arterden kaynaklanan * I60.5 Subaraknoid hemoraji, vertebral arterden kaynaklanan * I60.6 Subaraknoid hemoraji, diğer kafa içi arterlerden kaynaklanan * I60.7 Subaraknoid hemorajiler, kafa içi arterlerden kaynaklanan, tanımlanmamış * I60.8 Subaraknoid diğer hemorajiler * I60.9 Subaraknoid hemoraji, tanımlanmamış * I61 İntraserebral hemoraji
Veri Kaynağı	* I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.0 Subdural hemoraji (akut) (travmatik olmayan) * I62.1 Ekstradural hemoraji travmatik olmayan * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu

Veri Kaynağı	* I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I66 Serebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle sonuçlanmayan * I66.0 Medial serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.1 Anterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.2 Posterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.3 Serebellar arterlerin oklüzyon ve stenozu * I66.4 Birden fazla ve bilateral serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.8 Serebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I66.9 Serebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67 Serebrovasküler hastalıklar, diğer * I67.0 Serebral arterlerin diseksiyonu, rüptüre olmamış * I67.1 Serebral anevrizma, rüptüre olmamış * I67.2 Serebral ateroskleroz * I67.3 İlerleyici vasküler lökoensefalopati * I67.4 Hipertansif ensefalopati * I67.5 Moyamoya hastalığı * I67.6 Kafa içi venöz sistemin piyojenik olmayan trombozu * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68* Serebrovasküler bozukluklar, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.0 Serebral amiloid anjiyopati * I68.2 Serebral arterit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * G46 Serebrovasküler hastalıklarda beynin vasküler sendromları * G46.0 Orta serebral arter sendromu * G46.1 Anterior serebral arter sendromu * G46.2 Posterior serebral arter sendromu * G46.3 Beyin sapı felç sendromu * G46.4 Serebellar felç sendromu * G46.5 Saf motor laküner sendrom * G46.6 Saf duyusal laküner sendrom * G46.7 Laküner sendromlar, diğer * G46.8 Serebrovasküler hastalıklarda beynin diğer vasküler sendromları
Hedef Değer	≥ %0.1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Başvurudan sonra ilk 72 saat içinde ölen ve sevk edilen hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk 72 saatte dekompresif cerrahi SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Rehabilitasyon Tedavisine Erken Başlanan İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G9 UB (İnme ya da Rehabilitasyon Merkezi Bulunan Sağlık Kuruluşlarında UBK)**
Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda rehabilitasyon tedavisine 7 gün içinde başlama oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatışı itibari ile 7 gün içinde rehabilitasyon tedavisine başlanan hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 702340 Nörolojik rehabilitasyon veya * Z50 Rehabilitasyon uygulamaları * Z50.1 Fiziksel tedavi, diğer * Z50.5 Konuşma terapisi * Z50.8 Rehabilitasyon uygulamaları, diğer * Z50.9 Rehabilitasyon uygulaması, tanımlanmamış **Payda:** **İnme ICD-10 Kodları** * I60 Subaraknoid hemoraji * I60.0 Subaraknoid hemoraji, karotid sifon ve bifürkasyondan kaynaklanan * I60.1 Subaraknoid hemoraji, orta serebral arterden kaynaklanan * I60.2 Subaraknoid hemoraji, ön kominikan arterden kaynaklanan * I60.3 Subaraknoid hemoraji, arka kominikan arterden kaynaklanan * I60.4 Subaraknoid hemoraji, baziler arterden kaynaklanan * I60.5 Subaraknoid hemoraji, vertebral arterden kaynaklanan * I60.6 Subaraknoid hemoraji, diğer kafa içi arterlerden kaynaklanan * I60.7 Subaraknoid hemorajiler, kafa içi arterlerden kaynaklanan, tanımlanmamış * I60.8 Subaraknoid diğer hemorajiler * I60.9 Subaraknoid hemoraji, tanımlanmamış * I61 İntraserebral hemoraji * I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.0 Subdural hemoraji (akut) (travmatik olmayan) * I62.1 Ekstradural hemoraji travmatik olmayan * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I66 Serebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle sonuçlanmayan * I66.0 Medial serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.1 Anterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.2 Posterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.3 Serebellar arterlerin oklüzyon ve stenozu * I66.4 Birden fazla ve bilateral serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.8 Serebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I66.9 Serebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67 Serebrovasküler hastalıklar, diğer * I67.0 Serebral arterlerin diseksiyonu, rüptüre olmamış * I67.1 Serebral anevrizma, rüptüre olmamış * I67.2 Serebral ateroskleroz * I67.3 İlerleyici vasküler lökoensefalopati * I67.4 Hipertansif ensefalopati * I67.5 Moyamoya hastalığı * I67.6 Kafa içi venöz sistemin piyojenik olmayan trombozu * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68* Serebrovasküler bozukluklar, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.0 Serebral amiloid anjiyopati * I68.2 Serebral arterit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * G46 Serebrovasküler hastalıklarda beynin vasküler sendromları * G46.0 Orta serebral arter sendromu * G46.1 Anterior serebral arter sendromu * G46.2 Posterior serebral arter sendromu * G46.3 Beyin sapı felç sendromu * G46.4 Serebellar felç sendromu * G46.5 Saf motor laküner sendrom * G46.6 Saf duyusal laküner sendrom * G46.7 Laküner sendromlar, diğer * G46.8 Serebrovasküler hastalıklarda beynin diğer vasküler sendromları
Hedef Değer	≥ %50
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Başvurudan sonraki ilk 7 gün içinde ölen ve sevk edilen hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatıştan itibaren ilk 7 gün içinde nörolojik inme SUT kodunu veya veri kaynağında yer alan fizik tedavi ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Pulmoner Enfeksiyon Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G10 UB (İnme Merkezi ve Üniteleri Bulunan Sağlık Kuruluşlarında UBK)**
Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış sürecinde pulmoner enfeksiyon gelişen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde pulmoner enfeksiyon gelişen hasta sayısı/ İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * J13 Pnömoni, Streptococcus pneumoniae'ye bağlı * J14 Pnömoni, Haemophilus influenza'ya bağlı * J15.4 Pnömoni, diğer streptokoklara bağlı * J15.5 Pnömoni, Escherichia coli'ye bağlı * J15.6 Pnömoni, diğer aerobik gram-negatif bakterilere bağlı * J15.7 Pnömoni, Mycoplasma pneumoniae'ye bağlı * J15.8 Bakteriyel pnömoni, diğer * J15.9 Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış * J16 Pnömoni, diğer enfeksiyöz organizmalara bağlı, başka yerde sınıflanmamış * J16.0 Klamidyal pnömoni * J16.8 Pnömoni, diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı * J17 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * J17.0 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda * J18 Pnömoni, tanımlanmamış organizmalar * J18.0 Bronkopnömoni, tanımlanmamış * J18.1 Lober pnömoni, tanımlanmamış * J18.8 Pnömoni, diğer tanımlanmamış organizmalar * J18.9 Pnömoni, tanımlanmamış * J22 Akut alt solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış * A31.0 Pulmoner mikobakteri enfeksiyonu * A42.0 Pulmoner aktinomikoz * A43.0 Pulmoner nokardiyoz * A48.8 Bakteriyel hastalıklar, diğer tanımlanmış * A49 Bakteriyel enfeksiyon, tanımlanmamış bölgelerin * A49.0 Stafilokok enfeksiyonu, tanımlanmamış * A49.1 Streptokok enfeksiyonu, tanımlanmamış * A49.2 Haemophilus influenzae enfeksiyonu, tanımlanmamış * A49.3 Mikoplazma enfeksiyonu, tanımlanmamış * A49.8 Bakteriyel enfeksiyonlar, tanımlanmamış bölgelerdeki diğer * A49.9 Bakteriyel enfeksiyon, tanımlanmamış
Veri Kaynağı	**Payda:** **İnme ICD-10 Kodları** * I60 Subaraknoid hemoraji * I60.0 Subaraknoid hemoraji, karotid sifon ve bifürkasyondan kaynaklanan * I60.1 Subaraknoid hemoraji, orta serebral arterden kaynaklanan * I60.2 Subaraknoid hemoraji, ön kominikan arterden kaynaklanan * I60.3 Subaraknoid hemoraji, arka kominikan arterden kaynaklanan * I60.4 Subaraknoid hemoraji, baziler arterden kaynaklanan * I60.5 Subaraknoid hemoraji, vertebral arterden kaynaklanan * I60.6 Subaraknoid hemoraji, diğer kafa içi arterlerden kaynaklanan * I60.7 Subaraknoid hemorajiler, kafa içi arterlerden kaynaklanan, tanımlanmamış * I60.8 Subaraknoid diğer hemorajiler * I60.9 Subaraknoid hemoraji, tanımlanmamış * I61 İntraserebral hemoraji * I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.0 Subdural hemoraji (akut) (travmatik olmayan) * I62.1 Ekstradural hemoraji travmatik olmayan * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I66 Serebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle sonuçlanmayan

Veri Kaynağı	* I66.0 Medial serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.1 Anterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.2 Posterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.3 Serebellar arterlerin oklüzyon ve stenozu * I66.4 Birden fazla ve bilateral serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.8 Serebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I66.9 Serebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67 Serebrovasküler hastalıklar, diğer * I67.0 Serebral arterlerin diseksiyonu, rüptüre olmamış * I67.1 Serebral anevrizma, rüptüre olmamış * I67.2 Serebral ateroskleroz * I67.3 İlerleyici vasküler lökoensefalopati * I67.4 Hipertansif ensefalopati * I67.5 Moyamoya hastalığı * I67.6 Kafa içi venöz sistemin piyojenik olmayan trombozu * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68* Serebrovasküler bozukluklar, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.0 Serebral amiloid anjiyopati * I68.2 Serebral arterit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * G46 Serebrovasküler hastalıklarda beynin vasküler sendromları * G46.0 Orta serebral arter sendromu * G46.1 Anterior serebral arter sendromu * G46.2 Posterior serebral arter sendromu * G46.3 Beyin sapı felç sendromu * G46.4 Serebellar felç sendromu * G46.5 Saf motor laküner sendrom * G46.6 Saf duyusal laküner sendrom * G46.7 Laküner sendromlar, diğer * G46.8 Serebrovasküler hastalıklarda beynin diğer vasküler sendromları
Hedef Değer	≤ %30
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde veri kaynağında yer alan pulmoner enfeksiyon ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Üriner Enfeksiyon Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G11 UB (İnme Merkezi ve Üniteleri Bulunan Sağlık Kuruluşlarında UBK)**
Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış sürecinde üriner enfeksiyon gelişen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde üriner enfeksiyon gelişen hasta sayısı / İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * N29.1 Böbrek ve üreterin diğer bozuklukları, başka yerde sınıflanmış enjeksiyöz ve paraziter * N30 Sistit * N30.0 Akut sistit * N30.8 Sistitler, diğer * N30.9 Sistit, tanımlanmamış * N34.1 Üretrit, spesifik olmayan * N34.2 Üretrit, diğer * N37.0 Üretrit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * N39 Üriner sistemin diğer bozuklukları * N39.0 Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış * Y84.6 Üriner kateterizasyon sonrası anormal reaksiyon veya geç komplikasyon **Payda:** **İnme ICD-10 kodları** * I60 Subaraknoid hemoraji * I60.0 Subaraknoid hemoraji, karotid sifon ve bifürkasyondan kaynaklanan * I60.1 Subaraknoid hemoraji, orta serebral arterden kaynaklanan * I60.2 Subaraknoid hemoraji, ön kominikan arterden kaynaklanan * I60.3 Subaraknoid hemoraji, arka kominikan arterden kaynaklanan * I60.4 Subaraknoid hemoraji, baziler arterden kaynaklanan * I60.5 Subaraknoid hemoraji, vertebral arterden kaynaklanan * I60.6 Subaraknoid hemoraji, diğer kafa içi arterlerden kaynaklanan * I60.7 Subaraknoid hemorajiler, kafa içi arterlerden kaynaklanan, tanımlanmamış * I60.8 Subaraknoid diğer hemorajiler * I60.9 Subaraknoid hemoraji, tanımlanmamış * I61 İntraserebral hemoraji * I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.0 Subdural hemoraji (akut) (travmatik olmayan) * I62.1 Ekstradural hemoraji travmatik olmayan * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I66 Serebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle sonuçlanmayan * I66.0 Medial serebral arterin oklüzyon ve stenozu

GÖSTERGE KARTLARI

Veri Kaynağı	* I66.1 Anterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.2 Posterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.3 Serebellar arterlerin oklüzyon ve stenozu * I66.4 Birden fazla ve bilateral serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.8 Serebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I66.9 Serebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67 Serebrovasküler hastalıklar, diğer * I67.0 Serebral arterlerin diseksiyonu, rüptüre olmamış * I67.1 Serebral anevrizma, rüptüre olmamış * I67.2 Serebral ateroskleroz * I67.3 İlerleyici vasküler lökoensefalopati * I67.4 Hipertansif ensefalopati * I67.5 Moyamoya hastalığı * I67.6 Kafa içi venöz sistemin piyojenik olmayan trombozu * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68* Serebrovasküler bozukluklar, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.0 Serebral amiloid anjiyopati * I68.2 Serebral arterit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * G46 Serebrovasküler hastalıklarda beynin vasküler sendromları * G46.0 Orta serebral arter sendromu * G46.1 Anterior serebral arter sendromu * G46.2 Posterior serebral arter sendromu * G46.3 Beyin sapı felç sendromu * G46.4 Serebellar felç sendromu * G46.5 Saf motor laküner sendrom * G46.6 Saf duyusal laküner sendrom * G46.7 Laküner sendromlar, diğer * G46.8 Serebrovasküler hastalıklarda beynin diğer vasküler sendromları
Hedef Değer	≤ % 30
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde veri kaynağında yer alan üriner enfeksiyon ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Per.	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Derin Ven Trombozu Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G12 UB (İnme Merkezi ve Üniteleri Bulunan Sağlık Kuruluşlarında UBK)**
Tanım	İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri hastalarda, yatış sürecinde derin ven trombozu (DVT) gelişen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	İnmenin akut aşamasında etkili bir tedavinin sağlanması ve sık görülen komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan hastanede yatış sürecinde DVT gelişen hasta sayısı/ İnme tanısı ile yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * I80 Flebit ve tromboflebit * I80.0 Alt ekstremite yüzeyel damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.1 Femoral ven flebit ve tromboflebiti * I80.2 Alt ekstremite diğer derin damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.3 Alt ekstemite flebit ve tromboflebiti, tanımlanmamış * I80.8 Flebit ve tromboflebit, diğer yerlerin * I80.9 Flebit ve tromboflebit, tanımlanmamış yerlerin **Payda:** **İnme ICD-10 Kodları** * I60 Subaraknoid hemoraji * I60.0 Subaraknoid hemoraji, karotid sifon ve bifürkasyondan kaynaklanan * I60.1 Subaraknoid hemoraji, orta serebral arterden kaynaklanan * I60.2 Subaraknoid hemoraji, ön kominikan arterden kaynaklanan * I60.3 Subaraknoid hemoraji, arka kominikan arterden kaynaklanan * I60.4 Subaraknoid hemoraji, baziler arterden kaynaklanan * I60.5 Subaraknoid hemoraji, vertebral arterden kaynaklanan * I60.6 Subaraknoid hemoraji, diğer kafa içi arterlerden kaynaklanan * I60.7 Subaraknoid hemorajiler, kafa içi arterlerden kaynaklanan, tanımlanmamış * I60.8 Subaraknoid diğer hemorajiler * I60.9 Subaraknoid hemoraji, tanımlanmamış * I61 İntraserebral hemoraji * I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.0 Subdural hemoraji (akut) (travmatik olmayan) * I62.1 Ekstradural hemoraji travmatik olmayan * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I66 Serebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle sonuçlanmayan * I66.0 Medial serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.1 Anterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.2 Posterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.3 Serebellar arterlerin oklüzyon ve stenozu * I66.4 Birden fazla ve bilateral serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.8 Serebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I66.9 Serebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67 Serebrovasküler hastalıklar, diğer * I67.0 Serebral arterlerin diseksiyonu, rüptüre olmamış * I67.1 Serebral anevrizma, rüptüre olmamış * I67.2 Serebral ateroskleroz * I67.3 İlerleyici vasküler lökoensefalopati * I67.4 Hipertansif ensefalopati * I67.5 Moyamoya hastalığı * I67.6 Kafa içi venöz sistemin piyojenik olmayan trombozu * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68* Serebrovasküler bozukluklar, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.0 Serebral amiloid anjiyopati * I68.2 Serebral arterit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * G46 Serebrovasküler hastalıklarda beynin vasküler sendromları * G46.0 Orta serebral arter sendromu * G46.1 Anterior serebral arter sendromu * G46.2 Posterior serebral arter sendromu * G46.3 Beyin sapı felç sendromu * G46.4 Serebellar felç sendromu * G46.5 Saf motor laküner sendrom * G46.6 Saf duyusal laküner sendrom * G46.7 Laküner sendromlar, diğer * G46.8 Serebrovasküler hastalıklarda beynin diğer vasküler sendromları
Hedef Değer	≤ % 10
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar:	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sürecinde veri kaynağında yer alan DVT ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Taburculuk Sonrası İnme Tanısı ile Tekrar Yatışı Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G13. UB**
Tanım	İnme tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalarda, taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme tanısı ile hastaneye yatan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme tanısı ile yatan tekil hasta sayısı/İnme tanısı ile yatışı yapılan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Paydada belirtilen tanılar ile 1 yıl içerisinde yatışı yapılan tekil hasta sayısı **Payda:** **İnme ICD-10 Kodları** * I60 Subaraknoid hemoraji * I60.0 Subaraknoid hemoraji, karotid sifon ve bifürkasyondan kaynaklanan * I60.1 Subaraknoid hemoraji, orta serebral arterden kaynaklanan * I60.2 Subaraknoid hemoraji, ön kominikan arterden kaynaklanan * I60.3 Subaraknoid hemoraji, arka kominikan arterden kaynaklanan * I60.4 Subaraknoid hemoraji, baziler arterden kaynaklanan * I60.5 Subaraknoid hemoraji, vertebral arterden kaynaklanan * I60.6 Subaraknoid hemoraji, diğer kafa içi arterlerden kaynaklanan * I60.7 Subaraknoid hemorajiler, kafa içi arterlerden kaynaklanan, tanımlanmamış * I60.8 Subaraknoid diğer hemorajiler * I60.9 Subaraknoid hemoraji, tanımlanmamış * I61 İntraserebral hemoraji * I61.0 Hemisferde intraserebral hemoraji, subkortikal * I61.1 Hemisferde intraserebral hemoraji, kortikal * I61.2 Hemisferde intraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I61.3 İntraserebral hemoraji, beyin sapında * I61.4 İntraserebral hemoraji, serebellumda * I61.5 İntraserebral hemoraji, intraventriküler * I61.6 İntraserebral hemoraji, birden fazla lokalizasyonlu * I61.8 İntraserebral diğer hemorajiler * I61.9 İntraserebral hemoraji, tanımlanmamış * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.0 Subdural hemoraji (akut) (travmatik olmayan) * I62.1 Ekstradural hemoraji travmatik olmayan * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I66 Serebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle sonuçlanmayan * I66.0 Medial serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.1 Anterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.2 Posterior serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.3 Serebellar arterlerin oklüzyon ve stenozu * I66.4 Birden fazla ve bilateral serebral arterin oklüzyon ve stenozu * I66.8 Serebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I66.9 Serebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67 Serebrovasküler hastalıklar, diğer * I67.0 Serebral arterlerin diseksiyonu, rüptüre olmamış * I67.1 Serebral anevrizma, rüptüre olmamış * I67.2 Serebral ateroskleroz * I67.3 İlerleyici vasküler lökoensefalopati * I67.4 Hipertansif ensefalopati * I67.5 Moyamoya hastalığı * I67.6 Kafa içi venöz sistemin piyojenik olmayan trombozu * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68* Serebrovasküler bozukluklar, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.0 Serebral amiloid anjiyopati * I68.2 Serebral arterit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * G46 Serebrovasküler hastalıklarda beynin vasküler sendromları * G46.0 Orta serebral arter sendromu * G46.1 Anterior serebral arter sendromu * G46.2 Posterior serebral arter sendromu * G46.3 Beyin sapı felç sendromu * G46.4 Serebellar felç sendromu * G46.5 Saf motor laküner sendrom * G46.6 Saf duyusal laküner sendrom * G46.7 Laküner sendromlar, diğer * G46.8 Serebrovasküler hastalıklarda beynin diğer vasküler sendromları
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Ex olan ve Fizik tedavi kliniğine yatırılan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan ve taburcu olan hastalar içinde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve tekrar yatışı yapılan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ve hastaneye yatışı yapılan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı (ilgili dönemde ilk yatışında ex olan ve fizik tedavi kliniğine yatışı olan hastalar hariç tutulacak)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

İskemik İnme Tanılı Hastalarda INR Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G14 UBK**
Tanım	İskemik inme tanısı alan ve antikoagulan kullanan hastalarda, taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR bakılma sayısı 10 ve üstü olan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR bakılma sayısı 10 ve üstü olan hasta sayısı/İskemik inme tanısı alan ve anti koagulan kullanan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 905320 Protrombin zamanı (Koagülometre) **03.03.2020 SUT Kodu** * L106430 Protrombin zamanı (Koagülometre) **Payda:** * B01AA03 - Varfarin Sodyum **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan taburculuk sonrası 1 yıl içinde en az 10 kez INR SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde taburcu olan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan ve varfarin sodyum reçete edilen 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Karotis Endarterektomi Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G15 UB (İnme Merkezi Olan Kurumlarda UBK)**
Tanım	İskemik inme tanısı ile yatış sonrası 1 yıl içinde karotis endarterektomi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sonrası 1 yıl içinde karotis endarterektomi uygulanan hasta sayısı /İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 606690 Tromboendarterektomi, karotit, vertebral, subklavyen, boyun insizyonu ile, patch greft ile veya değil P606690 **Payda:** **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≥ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sonrası 1 yıl içinde karotis endarterektomi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Örnek:** 15 Ocak tarihinde yatışı yapılan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Supraaortik Stent Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**İN.G16 UB (İnme Merkezi Olan Kurumlarda UBK)**
Tanım	İskemik İnme tanısı ile yatış sonrası 1 yıl içinde supraaortik stent uygulanan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	İnme tanılı hastalarda ikincil koruma için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan yatış sonrası 1 yıl içinde supraaortik stent uygulanan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 802830 Supraaortik / Visseral İntravasküler Stent Yerleştirilmesi **Payda:** **İskemik İnme ICD-10 Kodları** * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	≥ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Ex olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatış sonrası 1 yıl içinde supraaortik stent yerleştirilmesi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde yatışı yapılan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde İskemik inme ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan 18 yaş ve üzeri toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

KORONER KALP HASTALIĞI 06

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Engin BOZKURT
Prof. Dr. Erol ŞENER
Doç. Dr. Hüseyin AYHAN
Doç. Dr. Emrah UĞUZ
Doç. Dr. Serkan ÇAY
Doç. Dr. Ümit KERVAN
Uzm. Dr. Deniz ŞAHİN

Koroner Kalp Hastalığı ve Önemi

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

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

Klinik Kalite Programında Koroner Kalp Hastalığı ile ilgili Hedefler

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

Koroner Kalp Hastalığı Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

KKH sağlık olgusu için toplam iki standart ve 12 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

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

KK. S1 Göstergeleri:

- **KK.G1** İlk kez KKH tanısı almış hastalarda LDL ölçümü yapılan hasta oranı
- **KK.G2** Kan basıncı değeri kontrol altında olan KKH tanılı hasta oranı

KK.S2 **Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.**

KK.S2. Göstergeleri:

- **KK.G3** Koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test yapılan KKH tanılı hasta oranı
- **KK.G4** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda koroner anjiyografi yapılma oranı
- **KK.G5** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda koroner anjiyoplasti yapılma oranı
- **KK.G6** Koroner anjiyografi yapılan KKH tanılı hastalarda medikal tedavi verilme oranı
- **KK.G7** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda by-pass cerrahisi uygulanma oranı
- **KK.G8** KKH tanılı hastalarda koroner reanjiyografi uygulama oranı
- **KK.G9** İlk kez KKH tanısı alan hastalarda akut miyokart enfarktüsü görülme oranı
- **KK.G10** Akut miyokart enfarktüsü mortalite oranı
- **KK.G11** By-pass cerrahisi sonrası mortalite oranı
- **KK.G12** By-pass cerrahisi sonrası reoperasyon oranı

İlk Kez KKH Tanısı Almış Hastalarda LDL Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G1.UB**
Tanım	Koroner kalp hastalığı tanısı alan hastalarda, tanı aldıktan sonra ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan hastaların oranını ifade etmektedir. KKH'de LDL düzeyinin düşük seviyelerde bulunması, risklerin kontrol altında tutulması açısından önemlidir.
Standart	Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902.290LDL kolesterol **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L105000 LDL kolesterol (Direkt) **Payda:** **KKH ICD 10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üzeri hastalar
Hariç Tutulacaklar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda,tanı tarihinden itibaren 30 gün içinde LDL kolestrol SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde ilk tanı alan hasta 15 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde ilk kez KKHICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan hasta Hastanın ilk kez KKH tanısını alma durumunu belirlemek için tanı tarihinden itibaren en az 3 yıl geriye doğru izlenir. Hasta, daha önce KKH tanısını almamış ve ilk kez ölçüm yapılan dönemde tanı almış ise paydaya dâhil edilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan KKH Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G2.UBK**
Tanım	KKH tanılı hastalarda, kan basıncı değeri < 140/<90 olanların, kan basıncı ölçülen hastalara oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda sistolik kan basıncı < 140 ve diyastolik kan basıncı < 90 olan hasta sayısı / Kan basıncı ölçülen KKH tanılı toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Kan basıncı değeri; sistolik kan basıncı < 140 ve diyastolik kan basıncı < 90 olan hastalar **Payda:** **KKH ICD-10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalar içinde sistolik kan basıncı < 140 ve diyastolik kan basıncı < 90 olan tekil hasta sayısı Ölçüm döneminde hastanın birden fazla kan basıncı ölçümü varsa düşük olan değer alınarak tekilleştirilir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde kan basıncı değeri girilen ve KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan KKH Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G3.UBK**
Tanım	Koroner anjiyografiden bir ay öncesine kadar noninvaziv test uygulanmış hastaların, KKH tanısı konulmuş ve koroner anjiyografi yapılmış hastalar içindeki oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, koroner anjiyografiden bir ay öncesine kadar noninvaziv test uygulanmış tekil hasta sayısı / KKH tanısı konulmuş ve koroner anjiyografi yapılmış tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Noninvaziv test SUT kodları:** * 700.530 Kardiyovasküler stress test * 700.620 Egzersiz (Eforlu) veya farmakolojik stres ekokardiyografi * 800.800 Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tc-99m kompleksleri) * 800.830 Miyokard Perfüzyon SPECT (Tc-99m kompleksleri) * 803.870 BT, 3 boyutlu görüntüleme * 803.880 BT, anjiyografi, tek anatomik bölge için * 803.970 BT, kantitatif tomografi (Kals.skor., BTBMD gibi) **Payda:** **Koroner anjiyografi SUT kodları:** * 700.810 Selektif koroner anjiyografi * 700.820 Selektif koroner anjiyografi ve ventrikülografi ve/veya aortografi * 700.840 Selektif koroner anjiyografi, sağ ve sol kalp kateterizasyonu
Veri Kaynağı	**KKH ICD 10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %50
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalar içinde, anjiografi işlem tarihinden 30 gün öncesine kadar veri kaynağında yer alan noninvaziv test SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Şubat tarihinde tanı alan hastalar için 15 Ocak tarihine kadar yapılmış olan verilerinde aranacaktır. İlgili dönemde hastanın birden fazla KKH tanısı ile birlikte gerçekleşen anjiografi işlemi varsa, ilk işlem tarihi esas alınır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde koroner anjiyografi SUT kodu ile birlikte KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyografi Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G4.UBK**
Tanım	İlk kez KKH tanısı alan ve tanı tarihinden itibaren ilk bir ay içerisinde koroner anjiyografi yapılan hastaların, KKH tanısı alan hastalara oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Koroner anjiyografi SUT kodları:** * 700.810 Selektif koroner anjiyografi * 700.820 Selektif koroner anjiyografi ve ventrikülografi ve/veya aortografi * 700.840 Selektif koroner anjiyografi, sağ ve sol kalp kateterizasyonu **Payda:** **KKH ICD 10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %50
Hedef Grup	18 yaş ve üzeri ilk kez KKH tanısı alan hastalar
Hariç Tutulacaklar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan, tanı tarihinden sonraki 30 gün içinde veri kaynağında yer alan SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar 15 Şubat tarihine izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde ilk kez KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı Hastanın ilk kez KKH tanısını alma durumunu belirlemek için tanı tarihinden itibaren en az 3 yıl geriye doğru izlenir. Hasta, daha önce KKH tanısını almamış ve ilk kez ölçüm yapılan dönemde tanı almış ise paydaya dâhil edilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



GÖSTERGE KARTLARI

İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyoplasti Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G5.UBK**
Tanım	İlk kez KKH tanısı alan ve tanı tarihinden itibaren ilk bir ay içerisinde koroner anjiyoplasti yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra bir ay içerisinde koroner anjiyoplasti yapılan hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Koroner anjiyoplasti SUT kodları:** * 700.880 Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti, tek damar (Balon) * 700.910 Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent, tek damar * 700.920 Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent, ilave her damar için **Payda:** **KKH ICD 10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %35
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan, tanı tarihinden sonraki 30 gün içinde veri kaynağında yer alan SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar 15 Şubat tarihine izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde ilk kez KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak tekil hasta sayısı Hastanın ilk kez KKH tanısını alma durumunu belirlemek için tanı tarihinden itibaren en az 3 yıl geriye doğru izlenir. Hasta, daha önce KKH tanısını almamış ve ilk kez ölçüm yapılan dönemde tanı almış ise paydaya dâhil edilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Koroner Anjiyografi Yapılan KKH Tanılı Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G6.UBK**
Tanım	Koroner anjiyografi yapılan hastalar içinde medikal tedavi verilen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda medikal tedavi verilen hasta sayısı / Koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **KKH'da medikal tedavi için kullanılan ATC kodları** * C01 Kalp İlaçları * C02 Antihipertansif İlaçlar (Yüksek Tansiyon İlaçları) * C03 Diüretik İlaçlar - İdrar Arttırıcı İlaçlar * C04 Periferik Vazodilatörler * C05 Vazoprotektifler * C07 Beta Bloke Edici Ajanlar * C08 Kalsiyum Kanal Blokerleri * C09 Kan Basıncını Düzenleyen İlaçlar * C10 Lipid Metabolizması İlaçları * N02BA Salisilik Asit ve Türevleri **Payda:** **Koroner anjiyografi SUTkodları:** * 700.810 Selektif koroner anjiyografi * 700.820 Selektif koroner anjiyografi ve ventrikülografi ve/veya aortografi * 700.840 Selektif koroner anjiyografi, sağ ve sol kalp kateterizasyonu
Hedef Değer	≥ %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda işlem tarihinden sonraki 7 gün içinde veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde işlem yapılan hastalar 22 Ocak tarihine izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde koroner anjiyografi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

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

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G7.UBK**
Tanım	Göstergenin hesaplandığı dönemde ilk kez KKH tanısı aldıktan sonra, ilk bir yıl içinde By-pass cerrahisi uygulanan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, ilk bir yıl içinde By-pass cerrahisi uygulanan hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı aldığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **By-pass cerrahisi SUT kodları:** * 604.910 Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi ile birlikte patch plasti * 604.920 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört ve daha çok koroner grefti * 604.930 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti * 604.940 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), tek koroner grefti * 604.950 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti * 604.960 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beş koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.970 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beşten fazla koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.980 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.990 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.000 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb.), tek koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.010 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile **Payda:** **KKH ICD 10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan,tanı tarihinden itibaren bir yıl içinde By-pass cerrahisi veri kaynağında yer alan SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hasta bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde ilk kez KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı Hastanın ilk kez KKH tanısını alma durumunu belirlemek için tanı tarihinden itibaren en az 3 yıl geriye doğru izlenir. Hasta, daha önce KKH tanısını almamış ve ilk kez ölçüm yapılan dönemde tanı almış ise paydaya dâhil edilir.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

KKH Tanılı Hastalarda Koroner Reanjiyografi Uygulama Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G8.UBK**
Tanım	Koroner anjiyografi sonrası 9 ay içinde tekrar anjiyografi yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, anjiyografiden sonra 9 ay içerisinde tekrar koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı / Koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Koroner anjiyografi SUT kodları:** * 700.810 Selektif koroner anjiyografi * 700.820 Selektif koroner anjiyografi ve ventrikülografi ve/veya aortografi * 700.840 Selektif koroner anjiyografi, sağ ve sol kalp kateterizasyonu **Payda:** **Koroner anjiyografi SUTkodları:** * 700.810 Selektif koroner anjiyografi * 700.820 Selektif koroner anjiyografi ve ventrikülografi ve/veya aortografi * 700.840 Selektif koroner anjiyografi, sağ ve sol kalp kateterizasyonu
Hedef Değer	≤ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan,işlem tarihinden itibaren 9 ay içinde veri kaynağında yer alan SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı **Örnek:** 15 Ocak tarihinde işlem yapılan hasta 15 Ekim tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde koroner anjiyografi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Akut Miyokart Enfarktüsü Görülme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G9.UB**
Tanım	Göstergenin hesaplandığı dönemde ilk kez KKH tanısı aldıktan sonra, bir yıl içinde AMİ geçiren hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, ilk kez KKH tanısı aldıktan sonra, bir yıl içinde AMİ geçiren hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **AMİ ICD 10 kodları** * I20.0 Unstable angina * I20.8 Angina pektoris'in diğer formları * I20.9 Angina pectoris, tanımlanmamış * I21 Akut miyokard enfarktüsü * I21.0 Ön duvar akut transmural miyokard enfarktüsü * I21.1 Alt duvar akut transmural miyokard enfarktüsü * I21.2 Akut transmural miyokard enfarktüsü diğer yerlerin * I21.3 Akut transmural miyokard enfarktüsü tanımlanmamış yerlerin * I21.4 Akut subendokardiyal miyokard enfarktüsü * I21.9 Akut miyokardiyal enfarktüs, tanımlanmamış **Payda:** **KKH ICD 10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan,tanı tarihinden itibaren bir yıl içinde veri kaynağında yer alan AMİ ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı **Örnek:** 15 Ocak tarihinde tanı alan hasta bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde ilk kez KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı Hastanın ilk kez KKH tanısını alma durumunu belirlemek için tanı tarihinden itibaren en az 3 yıl geriye doğru izlenir. Hasta, daha önce KKH tanısını almamış ve ilk kez ölçüm yapılan dönemde tanı almış ise paydaya dâhil edilir.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Akut Miyokart Enfarktüsü Mortalite Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G10.UBK**
Tanım	AMİ tanısı alan hastalarda tanı sonrası bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, tanı sonrası bir ay içinde ölen hasta sayısı / AMİ tanısı alan toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Tanı sonrası bir ay içinde ölen hastalarla ilgili veri **Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)**'nden alınacaktır. **Payda:** **AMİ ICD 10 kodları** * I20.0 Unstable angina * I20.8 Angina pektoris'in diğer formları * I20.9 Angina pectoris, tanımlanmamış * I21 Akut miyokard enfarktüsü * I21.0 Ön duvar akut transmural miyokard enfarktüsü * I21.1 Alt duvar akut transmural miyokard enfarktüsü * I21.2 Akut transmural miyokard enfarktüsü diğer yerlerin * I21.3 Akut transmural miyokard enfarktüsü tanımlanmamış yerlerin * I21.4 Akut subendokardiyal miyokard enfarktüsü * I21.9 Akut miyokardiyal enfarktüs, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan, tanı tarihinden itibaren 30 gün içinde hastanede ya da hastane dışında ex olan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hasta 14 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde AMİ ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı İlgili dönemde hasta birden fazla kez AMİ tanısı almış ise ilk tanı aldığı tarih esas alınarak tekilleştirilir. Kurum düzeyindeki gösterge ölçümü, ilk AMİ tanısı ile yatışın yapıldığı kurum esas alınarak yapılır.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G11.UBK**
Tanım	By-pass cerrahisi geçiren hastalarda cerrahi sonrası bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, cerrahiden sonra bir ay içerisinde ölen hasta sayısı / By-pass cerrahisi geçirmiş KKH tanılı hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** By-pass cerrahisi sonrası bir ay içinde ölen hastalarla ilgili veri **Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)**'nden alınacaktır. **Payda:** **By-pass cerrahisi SUT kodları:** * 604.910 Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi ile birlikte patch plasti * 604.920 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört ve daha çok koroner grefti * 604.930 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti * 604.940 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), tek koroner grefti * 604.950 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti * 604.960 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beş koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.970 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beşten fazla koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.980 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.000 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb.), tek koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.010 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.020 Koroner arteriyovenöz veya arteriyokardiak fistül onarımı **KKH ICD 10 kodları:** * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan, işlem tarihinden itibaren 30 gün içinde hastanede ya da hastane dışında ex olan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hasta 14 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde By-pass cerrahisi SUT Kodlarından herhangi biri ile birlikte KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı İlgili dönemde hasta birden fazla kez By-pass cerrahisi SUT kodu almış ise ilk işlem tarihi esas alınarak tekilleştirilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KK.G12.UBK**
Tanım	By-pass cerrahisi sonrası bir ay içinde reoperasyon yapılan KKH tanılı hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, cerrahi sonrası bir ay içinde reoperasyon yapılan KKH tanılı hasta sayısı / By-pass cerrahisi geçiren KKH tanılı hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **By-Pass cerrahisi SUT kodları:** * 604.910 Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi ile birlikte patch plasti * 604.920 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört ve daha çok koroner grefti * 604.930 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti * 604.940 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), tek koroner grefti * 604.950 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti * 604.960 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beş koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.970 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beşten fazla koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.980 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.990 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.000 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb.), tek koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.010 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.020 Koroner arteriyovenöz veya arteriyokardiak fistül onarımı **Payda:** **By-pass cerrahisi SUT kodları:** * 604.910 Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi ile birlikte patch plasti * 604.920 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört ve daha çok koroner grefti
Veri Kaynağı	* 604.930 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti * 604.940 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), tek koroner grefti * 604.950 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti * 604.960 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beş koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.970 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beşten fazla koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.980 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 604.990 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.000 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb.), tek koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.010 Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile * 605.020 Koroner arteriyovenöz veya arteriyokardiak fistül onarımı **KKH ICD 10 kodları:** * II25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan işlem tarihinden itibaren 30 gün içinde tekrar By-pass cerrahisi SUT işlem kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hasta 15 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde By-pass cerrahisi SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte KKH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH) 07

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Elif ŞEN
Prof. Dr. M. Şule AKÇAY
Prof. Dr. Nurdan KÖKTÜRK

KOAH ve Komplikasyonları

KOAH akciğerin zararlı gaz ve partiküllere karşı anormal enflamatuar yanıt sonucu ortaya çıkan; büyük oranda geri dönüşümsüz hava akımı kısıtlanması ile karakterize ilerleyici bir akciğer hastalığıdır. Ülkemizde yeni tanı konmuş hastaların büyük çoğunluğu ileri evrelerdeki hastalardır. Erken evre hastaların büyük bir çoğunluğunun tanı ve tedavi almadıkları bilinmektedir. Öte yandan erken evrede yakalanan hastalarda hastalığın ilerlemesine engel olacak girişimler yapıldığında mortalite ve morbiditenin belirgin azaltılabildiği bilinmektedir. Öte yandan hastalık ilerledikçe hastanın günlük aktiviteleri çabuk tükenme, bitkinlik, nefes darlığı ve uykusuzluk nedeniyle giderek kısıtlanır, ileri evrede oksijene ve yatağa bağımlı, bakıma muhtaç hale gelir. KOAH ülkemizde en çok öldüren 3. en çok sakat bırakan 6. hastalıktır. Hastalık ataklarla seyreder ve ataklar ileri evrede sayıca ve şiddet olarak artar. Hastane yatışı gerektiren ataklar ölümlerin ve sağlıkla ilişkili ekonomik yükün başlıca sebebidir. Bu olaylar, hastanın ve yakınlarının sosyal yaşamlarını son derece olumsuz yönde etkiler. Klinik gözlemlerde hastaların yoğun depresyon ve anksiyete yaşadıkları, öz benlik saygılarını yitirdikleri gözlemlenmektedir. Bu nedenle KOAH ataklarında doğru tedavi ve yaklaşım hem ülkemizin kaynaklarını doğru kullanmak hem de hastaların en doğru tedaviyi almaları bakımından önemlidir.

Klinik Kalite Programında KOAH ile ilgili Hedefler

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

KOAH Standart ve İndikatörleri

KOAH hastalığı için toplam 3 standart ve 7 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

KH.S1 **KOAH tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.**

KH. S1 Göstergeleri:

- **KH.G1** KOAH tanısı alan hastalarda spirometri yapılma oranı

KH.S2 **KOAH tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.**

KH.S2. Göstergeleri:

- **KH.G2** KOAH tanısı alan hastalarda inhaler tedavi eğitimi verilme oranı
- **KH.G3** İnhaler steroid tedavisi alan KOAH tanılı hasta oranı
- **KH.G4** KOAH alevlenme tanısıyla yatışı yapılan hasta oranı
- **KH.G7** KOAH tanısı alan hastalardaki mortalite oranı

KH.S3 **KOAH alevlenme tanısı alan hastalarda alevlenmelerin önlenmesi, doğru tedavinin belirlenmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır.**

KH.S3. Göstergeleri:

- **KH.G5** KOAH alevlenme tanısı alan ayaktan hasta oranı
- **KH.G6** KOAH akut alevlenme tanısı ile taburcu olduktan sonra 90 gün içinde aynı tanı ile tekrar yatışı yapılan hasta oranı



KOAH Tanısı Alan Hastalarda Spirometri Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KH.G1.UBK**
Tanım	KOAH tanısı alan hastalarda yılda en az bir defa spirometri yapılma oranını ifade etmektedir.
Standart	KOAH tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (KOAH tanısı alan ve yılda en az bir defa spirometri yapılan toplam tekil hasta sayısı / KOAH tanısı alan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Hastanın son başvuru tarihinden itibaren (son başvuru tarihi dahil) geriye dönük bir yıl içinde aşağıdaki kodlarla Spirometri yapılan hasta sayısı * 701220 Solunum fonksiyon testleri **Payda:** * J44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer * J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış * J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yılda en az bir defa spirometri SUT işlem kodunu alan tekil hasta sayısı İlgili dönemde hastanın aynı ana tanı ile birden fazla başvurusu varsa ilk başvuru tarihi esas alınarak tekilleştirilir. Bu başvuru tarihinden itibaren ileriye doğru bir yıl izlenir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KOAH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı İlgili dönemde hastanın aynı ana tanı ile birden fazla başvurusu varsa ilk başvuru tarihi esas alınarak tekilleştirilir. ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



KOAH Tanısı Alan Hastalarda İnhaler Tedavi Eğitimi Verilme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KH.G2.UB**
Tanım	KOAH tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez inhaler tedavi eğitimi verilme oranını ifade eder.
Standart	KOAH tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde İnhaler tedavi eğitimi alan tekil hasta sayısı / KOAH tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 701.076 KOAH'lı hasta eğitimi * 701.077 İnhaler cihaz eğitimi **Payda:** * J44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer * J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış * J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yılda en az bir defa İnhaler tedavi eğitimi SUT işlem kodunu alan tekil hasta sayısı İlgili dönemde hastanın aynı **ana tanı** ile birden fazla başvurusu varsa ilk başvuru tarihi esas alınarak tekilleştirilir. Bu başvuru tarihinden itibaren ileriye doğru bir yıl izlenir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KOAH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı İlgili dönemde hastanın aynı ana tanı ile birden fazla başvurusu varsa ilk başvuru tarihi esas alınarak tekilleştirilir. ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

GÖSTERGE KARTLARI

İnhaler Steroid Tedavisi Alan KOAH Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KH.G3.UB**
Tanım	İnhaler steroid tedavisi alan KOAH tanılı hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	KOAH tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde inhaler steroid tedavi alan tekil hasta sayısı / KOAH tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * R03BA Glukokortikoidler * R03AK06 Salmeterol Kombinasyonları * R03AK07 Formoterol Kombinasyonları **Payda:** * J44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer * J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış * J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %30
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan veri kaynağında bulunan ATC kodlu ilaçlardan herhangi birinin en az bir kere reçete edildiği tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KOAH ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

KOAH Alevlenme Tanısıyla Yatışı Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KH.G4.UB**
Tanım	KOAH alevlenme nedeniyle hastaneye yatan tekil hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	KOAH tanısı alan hastalarda alevlenmelerin önlenmesi, doğru tedavinin belirlenmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan sistemik steroid ve/veya antibiyotik reçete edilerek yatan tekil hasta sayısı / KOAH tanısı alan ayaktan ve yatan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **ATC kodları:** * H02AB Glukokortikoidler * J01A Tetrasiklinler * J01B Amfenikoller * J01C Penisilinler * J01D Diğer Beta-Laktam Antibakteriyeller * J01E Sülfonamidler ve Trimetoprim * J01F Makrolidler, Linkozamidler ve de Streptograminler * J01G Aminoglikozidler * J01M Kinolonlar * J01R Antibakteriyel Kombinasyonları * J01X Diğer Antibakteriyeller **Payda:** * J44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer * J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış * J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %40
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan, hastaneye yatışı yapılan ve yatışı sırasında veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KOAH ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ayaktan ve yatan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



GÖSTERGE KARTLARI

KOAH Alevlenme Tanısı Alan Ayaktan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KH.G5.UB**
Tanım	KOAH alevlenme nedeniyle hastaneye başvuran ayaktan tekil hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	KOAH tanısı alan hastalarda alevlenmelerin önlenmesi, doğru tedavinin belirlenmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan sistemik steroid ve/veya antibiyotik reçete edilen ayaktan tekil hasta sayısı / KOAH tanısı alan ayaktan ve yatan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **ATC kodları:** * H02AB Glukokortikoidler * J01A Tetrasiklinler * J01B Amfenikoller * J01C Penisilinler * J01D Diğer Beta-Laktam Antibakteriyeller * J01E Sülfonamidler ve Trimetoprim * J01F Makrolidler, Linkozamidler ve de Streptograminler * J01G Aminoglikozidler * J01M Kinolonlar * J01R Antibakteriyel Kombinasyonları * J01X Diğer Antibakteriyeller **Payda:** * J44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer
Veri Kaynağı	* J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış * J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %50
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan, hastaneye ayaktan başvuran ve aynı başvuruda veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KOAH ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan ayaktan ve yatan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

KOAH Akut Alevlenme Tanısı ile Taburcu Olduktan Sonra 90 Gün İçinde Aynı Tanı ile Tekrar Yatışı Yapılan Hasta Oranı

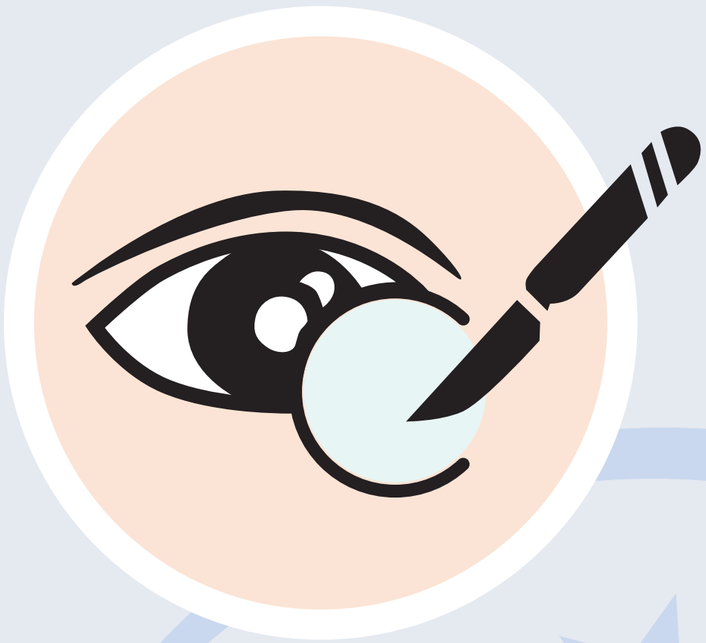
Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KH.G6.UBK**
Tanım	KOAH akut alevlenme tanısı ile taburcu olduktan sonra 3 ay içinde aynı tanı ile tekrar yatışı yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	KOAH tanısı alan hastalarda alevlenmelerin önlenmesi, doğru tedavinin belirlenmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde taburculuk sonrası 90 gün içinde aynı ana tanı ile yatış yapılan tekil hasta sayısı /KOAH alevlenme nedeniyle yatışı yapılan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * J44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer * J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış * J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış **ATC kodları:** * H02AB Glukokortikoidler * J01A Tetrasiklinler * J01B Amfenikoller * J01C Penisilinler * J01D Diğer Beta-Laktam Antibakteriyeller * J01E Sülfonamidler ve Trimetoprim * J01F Makrolidler, Linkozamidler ve de Streptograminler * J01G Aminoglikozidler * J01M Kinolonlar * J01R Antibakteriyel Kombinasyonları * J01X Diğer Antibakteriyeller **Payda:** * J44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer * J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış
Veri Kaynağı	* J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış **ATC kodları:** * H02AB Glukokortikoidler * J01A Tetrasiklinler * J01B Amfenikoller * J01C Penisilinler * J01D Diğer Beta-Laktam Antibakteriyeller * J01E Sülfonamidler ve Trimetoprim * J01F Makrolidler, Linkozamidler ve de Streptograminler * J01G Aminoglikozidler * J01M Kinolonlar * J01R Antibakteriyel Kombinasyonları * J01X Diğer Antibakteriyeller
Hedef Değer	≤ %30
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan, taburculuk sonrası 90 gün içinde aynı ICD 10 **ana tanı** kodunu alıp ATC kodlu ilaçlardan herhangi biri reçete edilerek yatışı yapılmış tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde taburcu olan hastalar 13 Haziran tarihine kadar izlenmelidir. İlgili dönemde hastanın aynı **ana tanı** ile birden fazla başvurusu varsa paydada ilk başvuru tarihi esas alınarak tekilleştirilir. Pay hesaplaması için bu başvuru tarihinden itibaren ileriye doğru 90 gün izlenir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KOAH ICD 10 kodlarından herhangi birini ana tanısı ile taburcu edilen hastalardan yatış sırasında veri kaynağında tanımlı ATC kodları kullanılan tekil hasta sayısı İlgili dönemde hastanın aynı ana tanı ile birden fazla yatışı varsa ilk ilk yatışın taburcu tarihi esas alınarak tekilleştirilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

KOAH Tanısı Alan Hastalardaki Mortalite Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KH.G7.UBK**
Tanım	KOAH tanısı ile yatan hastalardaki mortalite oranını ifade etmektedir.
Standart	KOAH tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan yatışı sırasında hastanede ölen hasta sayısı /KOAH tanısı ile hastanede yatan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** USS ölüm verileri **Payda:** * J44Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer * J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyon ile * J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış * J44.8 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer, tanımlanmamış * J44.9 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Travma ve Trafik kazası nedeni ile ölenler
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan yatışı sırasında hastanede ex olan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KOAH ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam yatan tekil hasta sayısı Hastanın aynı dönemde birden fazla aynı tanı ile yatışı varsa son yatışı esas alınarak tekilleştirilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



KATARAKT CERRAHİSİ 07

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Ali Bülent ÇANKAYA
Prof. Dr. Özlem Evren KEMER
Prof. Dr. Tülay ŞİMŞEK
Doç. Dr. Dicle ÖNCEL HAZIROLAN

Katarakt Cerrahisi

Katarakt, göz ile ilgili en yaygın görülen sağlık sorunlarından biridir. Sağlıklı bir gözde lens saydamdır, ışınların doğrudan retinaya ulaşmasını sağlar. Keskin ve net bir görüntü oluşturur. Katarakt, lensin görmeyi engelleyecek şekilde opaklaşması ya da sislenmesidir. Daha çok ışının göz içine girmesi engellendiği için bu durum görmede azalmaya neden olur. Katarakt tedavisinde uygulanacak tek tedavi yöntemi cerrahidir.

Katarakt Operasyonu ile ilgili Hedefler

- Katarakt operasyonu sürecinde standart hasta bakımını sağlamak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Katarakt Sağlık Olgusuna ait Standart ve Göstergeler

Katarakt sağlık olgusu için toplam iki standart ve 10 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

KA.S1	**Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.**

KA. S1 Göstergeleri:

- **KA.G1.** Katarakt operasyonu sırasında ön vitrektomi yapılan hasta oranı
- **KA.G2.** Katarakt operasyonu sonrası ortalama yatış gün sayısı
- **KA.G3.** Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde endoftalmi görülme oranı
- **KA.G4.** Katarakt operasyonu sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi görülme oranı

KA.S2	**Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.**

KA.S2. Göstergeleri:

- **KA.G5.** Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde glokom gelişme oranı
- **KA.G6.** Katarakt operasyonu sonrası bir - üç ay içinde glokom gelişme oranı
- **KA.G7.** Katarakt operasyonu sonrası üç ay içinde reoperasyon oranı
- **KA.G8.** Katarakt operasyonu sonrası altı ay içinde görmeyi azaltan arka kapsül kesafeti gelişme oranı
- **KA.G9.** Katarakt operasyonu sonrası bir yıl içinde dekolman veya yırtık görülme oranı
- **KA.G10.** Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrole gelen hasta oranı

Katarakt Operasyonu Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G1.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu sırasında ön vitrektomi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sırasında ön vitrektomi yapılan göz sayısı / Katarakt operasyonu yapılan göz sayısı)X100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Ön vitrektomi SUT kodları:** * 617.640 Vitrektomi, anterior * 617.650 Vitrektomi, pars plana **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraokülerlens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler

Hedef Değer	≤ %0.2
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde operasyon sırasında ön vitrektomi SUT kodlarından herhangi birini alan göz sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası Ortalama Yatış Gün Sayısı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G2.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası ortalama yatış gün sayısını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda toplam yatış gün sayısı / Katarakt operasyonu yapılan göz sayısı)
Veri Kaynağı	**Pay:** Katarakt operasyonu geçiren hastaların toplam yatış gün sayısı **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan operasyonlarda yatış gün sayıları toplamıdır. İlgili dönemde yatan tüm hastaların yatış gün süreleri diğer aylara sarksa bile hesaplamaya dahil edilmelidir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan toplam göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Ay İçinde Endoftalmi Görülme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G3.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir ay içinde endoftalmi tespit edilme oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası 30 gün içinde endoftalmi tespit edilen göz sayısı / Katarakt operasyonu yapılan göz sayısı)X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Endoftalmi ICD-10 kodları:** * H44.0 Pürülan endoftalmi * H44.1 Endoftalmiler, diğer **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %0.02
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30 gün içinde endoftalmi ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil göz sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Katarakt Operasyonu Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Endoftalmi Görülme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G4.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi tespit edilme oranını ifade etmektedir.
Standart	Tüm hastaların etkin bir katarakt operasyonu geçirmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sonrası 30-90 gün içinde endoftalmi tespit edilen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Endoftalmi ICD-10 kodları:** * H44.0 Pürülan endoftalmi * H44.1 Endoftalmiler, diğer **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %0.02
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30-90 gün içinde endoftalmi ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil göz sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Şubat tarihi ile 14 Nisan tarihleri arasında izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G5.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir ay içinde göz inflamasyonuna bağlı sekonder glokom gelişme oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sonrası 30 gün içinde glokom tespit edilen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı)X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Göz inflamasyonuna bağlı sekonder glokom ICD-10 kodu:** * H40.0 Glokom şüphesi **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %0.01
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30 gün içinde glokom ICD 10 tanı kodunu **ana veya ek tanı** olarakalan tekil göz sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G6.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu geçiren hastalarda operasyon sonrası bir-üç ay içinde göz inflamasyonuna bağlı sekonder glokom gelişme oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sonrası 30-90 gün içinde glokom tespit edilen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Göz inflamasyonuna bağlı sekonder glokom ICD-10 kodu:** * H40.0 Glokom şüphesi **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %0.03
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 30-90 gün içinde en-doftalmi ICD 10 tanı kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan tekil göz sayısıı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Şubat tarihi ile 14 Nisan tarihleri arasında izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası Üç Ay İçinde Reoperasyon Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G7.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası üç ay içinde aynı göz için yapılan reoperasyon oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sonrası (90 gün içinde) aynı gözde yapılan reoperasyon sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Katarakt operasyonu sonrası reoperasyonla ilişkili SUT kodları:** * 617.130 Kornea kesisi sütüre edilmesi * 617.200 Ön kamara lavajı * 617.220 Subkonjonktival ve subtenon enjeksiyon * 617.400 Lazer iridotomi * 617.441 İntraoküler lens (IOL) repozisyonu işlemi * 617.442 İntraoküler lens (IOL) çıkarılması * 617.650 Vitrektomi, pars plana **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %0.5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 90 gün içinde reoperasyon SUT kodlarından herhangi birini alan tekil göz sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Nisan tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası Altı Ay İçinde Görmeyi Azaltan Arka Kapsül Kesafeti Gelişme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G8.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası altı ay içinde görmeyi azaltan arka kapsül kesafeti (sekonder katarakt) nedeniyle lazer kapsülotomi yapılan göz oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sonrası altı ay içerisinde sekonder katarakt nedeniyle lazer kapsülotomi yapılan göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı)X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Lazer kapsülotomi SUT kodu:** * 617.410 Lazer kapsülotomi-sineşiotomi **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 180 gün içinde lazer kapsülotomi SUT kodu alan tekil göz sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Temmuz tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Yıl İçinde Dekolman veya Yırtık Görülme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G9.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası bir yıl içinde dekolman veya yırtık görülen göz oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sonrası bir yıl içinde dekolman veya yırtık görülen göz sayısı / Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı)X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Retina dekolmanı ve yırtıklar için kullanılacak ICD-10 kodları:** * H33.0 Retina dekolmanı, retina yırtığı ile birlikte gelişen * H33.3 Dekolmansız retinal yırtık * H33.4 Traksiyonel retina dekolmanı * H33.5 Retina dekolmanları, diğer **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≤ %0.09
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki bir yıl içinde dekolman veya yırtık ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil göz sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrole Gelen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KA.G10.UBK**
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrol edilen göz oranını ifade etmektedir.
Standart	Operasyon sonrası hastanın orta ve uzun vadede ameliyata bağlı oluşabilen problemlerden (sekellerden) korunması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlarda, operasyon sonrası 15 gün içerisinde kontrole gelen göz sayısı/Katarakt operasyonu geçiren göz sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Göz polikliniğinde kontrol muayenesi veya göz polikliniği genel muayenesi **Payda:** **Katarakt operasyonu SUT kodları:** * 617.340 Fakoemülsüfikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.341 Kataraktta fakoemilsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu * 617.342 Femtosaniye lazer ile katarakt cerrahisi * 617.420 Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu * 617.430 Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda operasyondan sonraki 15 gün içinde göz polikliniğinde kontrol muayenesi veya genel muayene olan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 30 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde katarakt operasyonu SUT kodunu alan göz sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



KOLOREKTAL KANSER 08

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Erkin ÖZTAŞ
Prof. Dr. İlter ÖZER
Uzm. Dr. Cemil BİNARBAŞI



Kolorektal Kanser ve Komplikasyonları

Kolorektal kanserler, tüm kanserler arasında sıklık sırasına göre üçüncü, kanser mortalitesi açısından ise dördüncü sırada yer almaktadır. Çeşitli tarama metodları (gaitada gizli kan, sigmoidoskopi, baryumlu kolon grafisi ve kolonoskopi) ile erken teşhis edilme oranı artmıştır. Kolorektal kanser tanısı alan hastaların erken teşhis edilmesi ve optimum standartta tedavilerinin yapılması için klinik kalite göstergeleri ile izlenmesi son derece önemlidir.

Klinik Kalite Programında Kolorektal Kanser ile ilgili Hedefler

- Kolorektal kanserli hasta takibinde optimum standart bakımı sağlamak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Kolorektal Kanser Standart ve Göstergeleri

Kolorektal kanser hastalığı için toplam 2 standart ve 11 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

KR.S1 **Kolerektal Kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.**

KR. S1 Göstergeleri:

- **KR.G1** Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif dönemde total kolonoskopi yapılma oranı
- **KR.G2** Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif tüm abdomen görüntüleme yapılma oranı
- **KR.G3** Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif toraks görüntüleme yapılma oranı

KR.S1 **Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.**

KR.S2. Göstergeleri:

- **KR.G4** Rektum kanseri tanılı hastalarda preoperatif alt abdomen MR çekilme oranı
- **KR.G5** Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif CEA bakılma oranı
- **KR.G6** Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren hastalarda yılda en az bir defa CEA bakılma oranı
- **KR.G7** Kolorektal kanser tanılı hastalarda postoperatif total kolonoskopi yapılma oranı
- **KR.G8** Kolorektal kanser tanılı hastalarda postoperatif tüm abdomen görüntüleme yapılma oranı
- **KR.G9** Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren hastalarda komplikasyona bağlı reoperasyon oranı
- **KR.G10** Kolorektal kanser tanılı hastalarda postoperatif erken mortalite oranı
- **KR.G11** Kolorektal kanser tanılı hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik kullanma oranı



Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Dönemde Total Kolonoskopi Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G1.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanısı nedeni ile operasyon geçiren hastalarda preoperatif 60 gün içerisinde total kolonoskopi yapılma oranını ifade etmektedir.
Standart	Kolorektal kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda preoperatif 60 gün içerisinde total kolonoskopi yapılan tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 701.450 Kolonoskopi, total * 701.460 Kolonoskopik polipektomi **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendikste malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu ***İlaveten*** **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik
Veri Kaynağı	* 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.360Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon tarihinden önceki 60 gün içerisinde total kolonoskopi SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 14 Mayıs tarihinde operasyon geçiren hastalar geriye dönük 15 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyonu SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Tüm Abdomen Görüntüleme Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G2.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanılı hastalarda, preoperatif tüm abdomen BT ve/veya tüm abdomen MR ve/veya PET CT çekilme oranını ifade etmektedir.
Standart	Kolorektal kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda preoperatif 60 gün içerisinde tüm abdomen BT ve/veya tüm abdomen MR ve/veya PET CT çekilen tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * [803.890 BT, abdomen, alt ve 804090 BT, üst abdomen] * 801.364 Onkolojik PET (Ga-68 ile işaretli bileşikler) * 801.440 Onkolojik PET (F-18 FDG) * [804.180 MR, abdomen, alt ve 804.480MR, Abdomen, üst] ***Not:*** Köşeli parantez içindeki işlemlerin pay hesaplamasına dâhil edilebilmesi için birlikte yapılmış olması gerekmektedir. **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu

Veri Kaynağı	***İlaveten*** **Operasyon SUT kodları:** * 610.150Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160Kolektomi subtotal * 610.170Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349Abdominoperineal rezeksiyon * 610.360Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.380Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410Low anterior rezeksiyon * 610.411Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon tarihinden önceki 60 gün içerisinde pay veri kaynağında bulunan tüm abdomen BT, tüm abdomen MR, PET CT SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 14 Mayıs tarihinde operasyon geçiren hastalar geriye dönük 15 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Toraks Görüntüleme Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G3 .UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanısı alan hastalarda preoperatif 60 gün içerisinde toraks BT ve/veya PET CT çekilme oranını ifade etmektedir.
Standart	Kolorektal kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda preoperatif 60 gün içerisinde toraks BT ve/veya PET CT çekilen tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 804.070 BT, toraks * 801.364 Onkolojik PET (Ga-68 ile işaretli bileşikler) * 801.440 Onkolojik PET (F-18 FDG) **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu ***İlaveten*** **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %50
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon tarihinden önceki 60 gün içerisinde pay veri kaynağında bulunan BT veya PET CT SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 14 Mayıs tarihinde operasyon geçiren hastalar geriye dönük 15 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri AnalizPeriyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Rektum Kanseri Tanılı Hastalarda Preoperatif Alt Abdomen MR Çekilme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G4.UBK**
Tanım	Rektum kanseri tanısı alan hastalarda preoperatif 60 gün içerisinde alt abdomen MR çekilme oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda preoperatif 60 gün içerisinde alt abdomen MR çekilen tekil hasta sayısı/ Rektum kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 804.180 MR, abdomen, alt **Payda:** **Rektum Ca ICD 10 kodları** * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu ***İlaveten*** **Operasyon SUT kodları:** * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %50
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon tarihinden önceki 60 gün içerisinde pay veri kaynağında bulunan alt abdomen MR SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 14 Mayıs tarihinde operasyon geçiren hastalar geriye dönük 15 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan rektum operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte rektum kanseri ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif CEA Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G5.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanılı hastalarda, preoperatif iki ay içerisinde CEA bakılma oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kolorektal kanser tanılı hastalarda, preoperatif iki ay içerisinde CEA bakılan tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay**: 902.030 Karsinoembriyonik antijen (CEA) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** L104030 Karsinoembriyonik antijen (CEA) **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu *İlaveten* **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.350 Perirektal enjeksiyon, rektal prolapsusta * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.361 Rektal Myektomi- Hirschsprung Hst * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon tarihinden önceki 60 gün içerisinde CEA SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 14 Mayıs tarihinde operasyon geçiren hastalar geriye dönük 15 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanısı ile Operasyon Geçiren Hastalarda Yılda En Az Bir Defa CEA Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G6.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren hastalarda ilk bir yıl içerisinde en az bir kez CEA bakılma oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
HesaplamaYöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda taburculuk tarihinden itibaren ilk bir yıl içerisinde en az bir kez CEA bakılan tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **902.030** Karsinoembriyonik antijen (CEA) **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu *İlaveten* **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.361 Rektal Myektomi- Hirschsprung Hst * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, postoperatif bir yıl içerisinde en az bir kez CEA SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde taburcu olan hastalar bir sonraki yıl 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyonu SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri AnalizPeriyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda, Postoperatif Total Kolonoskopi Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G7.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanılı hastalarda, postoperatif iki yıl içerisinde total kolonoskopi yapılma oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
HesaplamaYöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda taburculuk tarihinden itibaren iki yıl içinde en az bir defa total kolonoskopi yapılan tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 701.450 Kolonoskopi, total * 701.460 Kolonoskopik polipektomi **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu
Veri Kaynağı	*İlaveten* **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.350 Perirektal enjeksiyon, rektal prolapsusta * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.361 Rektal Myektomi- Hirschsprung Hst * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %70
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Total rezeksiyon yapılan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, postoperatif dönemde iki yıl içerisinde en az bir kez total kolonoskopi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar iki yıl sonraki 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



GÖSTERGE KARTLARI

Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Postoperatif Tüm Abdomen Görüntüleme Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G8.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanılı hastalarda postoperatif ilk 18 ay içerisinde en az bir defa tüm abdomen BT ve/veya tüm abdomen MR ve/veya PET CT çekilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda taburculuk tarihinden itibaren ilk 18 ay içerisinde en az bir defa tüm abdomen BT ve/veya tüm abdomen MR ve/veya PET CT çekilen tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı alıp operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * [803.890 BT, abdomen, alt ve 804090 BT, üst abdomen] * 801.364 Onkolojik PET (Ga-68 ile işaretli bileşikler) * 801.440 Onkolojik PET (F-18 FDG) * [804.180 MR, abdomen, alt ve 804.480MR, Abdomen, üst] ***Not:*** Köşeli parantez içindeki işlemlerin pay hesaplamasına dâhil edilebilmesi için birlikte yapılmış olması gerekmektedir. **Payda:** **Kolorektal Kanser ICD 10 kodları:** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu *İlaveten*
Veri Kaynağı	**Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.361 Rektal Myektomi- Hirschsprung Hst * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %70
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda taburculuk tarihinden itibaren ilk 18 ay içerisinde en az bir kez tüm abdomen BT, tüm abdomen MR, PET CT SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri AnalizPeriyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanısı ile Operasyon Geçiren Hastalarda Komplikasyona Bağlı Reoperasyon Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G9.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren hastalarda postoperatif ilk 30 gün içerisinde komplikasyona bağlı reoperasyon oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda postoperatif ilk 30 gün içerisinde komplikasyona bağlı reoperasyon geçiren tekil hasta sayısı / Kolorektal kanser tanısı nedeni ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 604.030 Laparostomi * 604.040 Laparostomi, fermuar-mesh yöntemi * 604.040 Laparostomi, fermuar-mesh/ negatif basınç yöntemi * 604.050 Laparotomi, intestinal obstrüksiyonlarda * 604.070 Laparotomi, tanısal * 604.071 Laparotomi- packing * 604.110 Peritoneal tuvalet ve debritman, her bir seans * 610.010 İnce barsak perforasyonunda primer sütür * 610.061 Jejunum veya ileum rezeksiyonu, segmenter * 610.080 Jejunum, ileum enterotomi veya enterostomi * 610.100 Brid ileusta laparatomi ve bridektomi * 610.101 Brid ileusta bridektomi, laparoskopik * 610.110 Laparatomi, ileusta * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi, * 610.240 Kolon perforasyonunda primer sütür * 610.290 Kolostomi açılması * 610.291 Kolostomi revizyonu * 607.480 Postoperatif eksplorasyon, abdomen **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu *İlaveten* **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan postoperatif 30 gün içerisinde pay veri kaynağında bulunan SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Postoperatif Erken Mortalite Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G10.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanılı hastalarda postoperatif 30 gün içinde hastane dışında ve herhangi bir zaman diliminde hastanede gerçekleşen mortalite oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda postoperatif 30 gün içinde hastane dışında ölen tüm hastalar ve postoperatif hastaneden taburcu edilemeden herhangi bir zaman diliminde ölen tüm hastaların sayısı /Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Ölüm verisi **ÖBS**'den alınacaktır. **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 kodları** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu *İlaveten* **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan postoperatif 30 gün içinde hastanede veya hastane dışında ölen hastaların sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta 14 Şubat tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Dönemde Profilaktik Antibiyotik Kullanma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KR.G11.UBK**
Tanım	Kolorektal kanser tanılı hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik kullanma oranını ifade etmektedir.
Standart	Etkin cerrahi müdahalenin yapılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili Dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde preoperatif dönemde profilaktik antibiyotik kullanılan tekil hasta sayısı /Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren toplam tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * J01DB01 Sefaleksin * J01DB04 Sefazolin Sodyum * J01DB05 Sefadroxil Monohidrat * J01DC02 Sefuroksim * J01DD01 Sefotaksim Sodyum * J01DD02 Seftazidim * J01DD04 Seftriakson * J01DD07 Seftizoksim * J01DD12 Sefoperazon * J01DD54 Seftriakson Kombinasyonları * J01DD62 Sefoperazon Kombinasyonları * J01FF01 Klindamisin * J01FF02 Linkomisin HCL * J01CA01 Ampisilin * J01CA04 Amoksisilin * J01XA01 Vankomisin HCL * J01XA02 Teikoplan * J01XD01 Metronidazol * J01XD03 Ornidazol * J01GB01 Tobramisin * J01GB03 Gentamisin * J01MA02 Siprofloksasin * J01MA03 Pefloksasin * J01MA12 Levofloksasin * J01MA14 Moksifloksasin **Payda:** **Kolorektal Ca ICD 10 Kodları:** * C18 Kolon malign neoplazmı * C18.0 Çekumda malign neoplazm * C18.1 Appendiksde malign neoplazm * C18.2 Çıkan kolonda malign neoplazm * C18.3 Kolon hepatik fleksürde malign neoplazm * C18.4 Transvers kolonda malign neoplazm * C18.5 Kolon splenik fleksürde malign neoplazm * C18.6 İnen kolonda malign neoplazm * C18.7 Sigmoid kolonda malign neoplazm * C18.8 Kolon overlapping lezyonu * C18.9 Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış * C19 Rektosigmoid bileşim malign neoplazmı * C20 Rektum malign neoplazmı * C21 Anüs ve anal kanal malign neoplazmı * C21.0 Anüs malign neoplazmı, tanımlanmamış * C21.1 Anal kanal malign neoplazmı * C21.8 Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu ***İlaveten*** **Operasyon SUT kodları:** * 610.150 Hemikolektomi, sağ veya sol * 610.151 Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik * 610.152 Segmenter kolon rezeksiyonu * 610.153 Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik * 610.160 Kolektomi subtotal * 610.170 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi * 610.171 Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik * 610.180 Kolektomi total ve ileal poş yapılması * 610.181 Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik * 610.190 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz * 610.191 Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik * 610.200 Kolektomi total ve terminal ileostomi * 610.201 Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik * 610.348 Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik * 610.349 Abdominoperineal rezeksiyon * 610.360 Rektal polip eksizyonu, anal yolla * 610.361 Rektal Myektomi- Hirschsprung Hst * 610.380 Rektosigmoid tümörlerde anteriyor rezeksiyon * 610.390 Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon * 610.400 Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler * 610.410 Low anterior rezeksiyon * 610.411 Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, yatışı sırasında preoperatif dönemde pay veri kaynağında belirtilen ATC ilaç kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan kolorektal operasyon SUT kodlarından herhangi biri ile birlikte kolorektal Ca ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



PROSTAT KANSERİ 10

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Çetin DİNÇEL
Prof. Dr. Hasan BAKIRTAŞ
Prof. Dr. Öner ODABAŞ
Doç. Dr. Ali Fuat ATMACA
Uzm. Dr. Ali KARAKOÇ

Prostat Kanseri ve Komplikasyonları

Prostat kanseri erkeklerde en yaygın görülen ikinci kanserdir ve yaş en önemli risk faktörüdür. Tanı konulan tüm vakaların yarısından fazlası 70 yaş üstü erkeklerdir. 50 yaş altı erkeklerde çok nadiren görülür.

Klinik Kalite Programında Prostat Kanseri ile ilgili Hedefler

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

Prostat Kanseri Standart ve İndikatörleri

Prostat kanseri hastalığı için toplam 2 standart ve 7 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

PR.S1 **Prostat kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.**

PR. S1 Göstergeleri:

- **PR.G1** Alt üriner sistem şikâyetleri ile gelen 50 - 80 yaş aralığındaki hastalarda PSA ölçümü yapılan hasta oranı
- **PR.G2** Total PSA değeri 2.5 ng/ml ve üzerinde olan 50 - 60 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı
- **PR.G3** Total PSA değeri 3.5 ng/ml ve üzerinde olan 60 - 70 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı
- **PR.G4** Total PSA değeri 5 ng/ml ve üzerinde olan 70 - 80 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranı

PR.S2 **Etkin tedavi yöntemlerinin kullanılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.**

PR.S2. Göstergeleri:

- **PR.G6** Radyoterapi alan prostat kanseri tanılı hastalarda komplikasyon görülme oranı
- **PR.G7** Prostat kanserli hastalarda radikal prostatektomi sonrası komplikasyon görülme oranı

PR.S3 **Prostat kanserinde etkin takibin yapılması için doğru işlemler seçilmelidir.**

PR.S3. Göstergeleri:

- **PR.G5** Prostat kanseri tanısı alan hastalarda serbest PSA bakılma oranı



Alt Üriner Sistem Şikâyetleri ile Gelen 50 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda PSA Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**PR.G1.UBK**
Tanım	Alt üriner sistem şikayetleri ile başvuran 50- 80 yaş aralığındaki hastalardan total PSA bakılma oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Standart	Prostat kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içerisinde total PSA ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / Alt üriner sistem şikâyetleri ile gelen 50 - 80 yaş aralığındaki toplam tekil erkek hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 903.220 Prostat spesifik antijen (PSA) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106280 Prostat spesifik antijen (PSA)Total **Payda:** * N40 Benign prostat hiperplazisi * N41 Prostatın enflamatuvar hastalıkları * N41.0 Akut prostatit * N41.1 Kronik prostatit * N41.8 Prostatın diğer enflamatuvar hastalıkları * N41.9 Prostatın enflamatuvar hastalığı, tanımlanmamış * N42.8 Prostatın diğer tanımlanmış bozuklukları * N42.9 Prostat bozukluğu, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %95

Hedef Grup	50 - 80 yaş aralığındaki erkek hastalar
Hariç Tutulacaklar	Son 6 ay içinde Prostat kanseri tanısı (C61 Prostat malign neoplazmı ICD 10 kodu) almış olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde aynı başvuruda aynı SYS kodu ile total PSA SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde alt üriner sistem şikâyetleri ile ilgili belirlenen ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan 50 - 80 yaş aralığındaki toplam tekil erkek hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Total PSA Değeri 2.5 ng/ml ve Üzerinde Olan 50 - 60 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**PR.G2.UBK**
Tanım	Biyopsi işlemi öncesinde son 1 yıl içinde en az iki total PSA değeri ölçüm sonucu 2.5 ng/ml ve üzerinde olan 50 - 60 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Standart	Prostat kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içerisinde prostat biyopsisi yapılan tekil hasta sayısı/ Biyopsi işlemi öncesinde son 1 yıl içinde en az iki total PSA değeri ölçüm sonucu 2.5 ng/ml ve üzerinde olan 50 - 60 Yaş arası tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 621.330 Prostat iğne biyopsisi, ultrason kılavuzluğunda, çoklu **Payda:** * 903.220 Prostat spesifik antijen (PSA) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106280 Prostat spesifik antijen (PSA)Total
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	50 - 60 yaş arası erkek hastalar
Hariç Tutulacaklar	Son 1 yıl içinde Prostat kanseri tanısı (C61 Prostat malign neoplazmı ICD 10 kodu) almış olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde prostat biyopsisi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde biyopsi işlemi öncesinde başvuru tarihinden önceki son 6 ay içinde total PSA SUT kodu ile yapılan en az iki ölçüm sonucu 2.5 ng/ml ve üzerinde olan 50 - 60 Yaş arası tekil hasta sayısı **Ölçüm basamakları** 1. Ölçüm döneminde total PSA düzeyi 2,5 ng/ml üzerinde çıkan 50-60 yaş arası erkek hasta başvuruları çekilir. 2. Bu hastalar başvuru tarihinden geriye doğru 1 yıl taranır. Bu hastalar içinden son 1 yıl içinde başka bir total PSA düzeyi 2,5 ng/ml üzerinde bulunmuş olan hastalar çekilir. Bu sayı paydayı oluşturur. 3. Paydadaki hastalar birinci ölçüm basamağındaki başvuru tarihinden itibaren 30 gün ileriye doğru izlenir. Bu süre içerisinde prostat biyopsisi SUT kodunu alan hasta sayısı çekilir. Bu sayı payı oluşturur.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Total PSA Değeri 3,5 ng/ml ve Üzerinde Olan 60 - 70 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**PR.G3.UBK**
Tanım	Biyopsi işlemi öncesinde en az iki total PSA değeri ölçüm sonucu 3,5 ng/ml ve üzerinde olan 60 - 70 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Standart	Prostat kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içerisinde prostat biyopsisi yapılan tekil hasta sayısı/ Biyopsi işlemi öncesinde en az iki total PSA değeri ölçüm sonucu 3,5 ng/ml ve üzerinde olan 60 - 70 yaş arası tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 621.330 Prostat iğne biyopsisi, ultrason kılavuzluğunda, çoklu **Payda:** * 903.220 Prostat spesifik antijen (PSA) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106280 Prostat spesifik antijen (PSA)Total
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	60 - 70 yaş arası erkek hastalar
Hariç Tutulacaklar	Son 1 yıl içinde Prostat kanseri tanısı (C61 Prostat malign neoplazmı ICD 10 kodu) almış olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde prostat biyopsisi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde biyopsi işlemi öncesinde total PSA SUT kodu ile yapılan en az iki ölçüm sonucu 3,5 ng/ml ve üzerinde olan 60 - 70 yaş arası tekil hasta sayısı **Ölçüm basamakları** 1. Ölçüm döneminde total PSA düzeyi 3,5 ng/ml üzerinde çıkan 60-70 yaş arası erkek hasta başvuruları çekilir. 2. Bu hastalar başvuru tarihinden geriye doğru 1 yıl taranır. Bu hastalar içinden son 1 yıl içinde başka bir total PSA düzeyi 3,5 ng/ml üzerinde bulunmuş olan hastalar çekilir. Bu sayı paydayı oluşturur. 3. Paydadaki hastalar birinci ölçüm basamağındaki başvuru tarihinden itibaren 30 gün ileriye doğru izlenir. Bu süre içerisinde prostat biyopsisi SUT kodunu alan hasta sayısı çekilir. Bu sayı payı oluşturur.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Total PSA Değeri 5 ng/ml ve Üzerinde Olan 70 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**PR.G4.UBK**
Tanım	Biyopsi işlemi öncesinde en az iki total PSA değeri ölçüm sonucu 5ng/ml ve üzerinde olan 70 - 80 yaş aralığındaki hastalarda prostat biyopsisi yapılma oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Standart	Prostat kanser tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içerisinde prostat biyopsisi yapılan tekil hasta sayısı/ Biyopsi işlemi öncesinde en az iki total PSA değeri ölçüm sonucu 5 ng/ml ve üzerinde olan 70-80 yaş arası tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 621.330 Prostat iğne biyopsisi, ultrason kılavuzluğunda, çoklu **Payda:** * 903.220 Prostat spesifik antijen (PSA) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106280 Prostat spesifik antijen (PSA)Total
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	70 - 80 yaş arası erkek hastalar
Hariç Tutulacaklar	Son 1 yıl içinde Prostat kanseri tanısı (C61 Prostat malign neoplazmı ICD 10 kodu) almış olan hastalar

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde prostat biyopsisi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde biyopsi işlemi öncesinde total PSA SUT kodu ile yapılan en az iki ölçüm sonucu 5 ng/ml ve üzerinde olan 70-80 yaş arası tekil hasta sayısı **Ölçüm basamakları** 1. Ölçüm döneminde total PSA düzeyi 5 ng/ml üzerinde çıkan 70-80 yaş arası erkek hasta başvuruları çekilir. 2. Bu hastalar başvuru tarihinden geriye doğru 1 yıl taranır. Bu hastalar içinden son 1 yıl içinde başka bir total PSA düzeyi 5 ng/ml üzerinde bulunmuş olan hastalar çekilir. Bu sayı paydayı oluşturur. 3. Paydadaki hastalar birinci ölçüm basamağındaki başvuru tarihinden itibaren 30 gün ileriye doğru izlenir. Bu süre içerisinde prostat biyopsisi SUT kodunu alan hasta sayısı çekilir. Bu sayı payı oluşturur.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Prostat Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Serbest PSA Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**PR.G5.UBK**
Tanım	Prostat kanseri tanısı alan hastalarda Serbest PSA bakılma oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Standart	Prostat kanserinde etkin takibin yapılması için doğru işlemler seçilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde Serbest PSA bakılan tekil hasta sayısı/Prostat kanseri tanısı alan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 903.280 PSA (Serbest) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106270 Prostat spesifik antijen (PSA)Serbest **Payda:** * C61 Prostat malign neoplazmı
Hedef Değer	≤ %0.5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü erkek hastalar
Hariç Tutulacaklar	İlk kez Prostat kanseri tanısı aldığı SYS takibinde serbest PSA tetkiki yapılan hastalar hariç tutulmalıdır.

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde Serbest PSA SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde prostat kanseri ICD 10 tanı kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı **Ölçüm basamakları:** 1. Ölçüm yapılan ilgili dönemde prostat kanseri ICD 10 tanı kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan toplam tekil hasta sayısı çekilir. 2. Bu hastalar daha önce Prostat kanseri tanısı varlığı açısından geriye doğru taranır. İlk kez prostat kanseri tanısı alan hastaların dönem içindeki ilk prostat kanseri tanısı aldıkları başvuru paya ve paydaya dahil edilmez.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Radyoterapi Alan Prostat Kanseri Tanılı Hastalarda Komplikasyon Görülme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**PR.G6.UBK**
Tanım	Radyoterapi alan prostat kanseri tanılı hastalarda radyoterapi sonrası 6 ay içinde komplikasyon görülme oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Standart	Etkin tedavi yöntemlerinin kullanılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; [Paydadaki hastalarda radyoterapi sonrası 6 ay içinde komplikasyon gelişen tekil hasta sayısı / Prostat kanseri tanısı ile radyoterapi alan tekil hasta sayısı] X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * N30.4 Radyasyon sistiti * N39.4 Üriner inkontinanslar tanımlanmış, diğer * R15 Fekal inkontinans * R32 Üriner inkontinans, tanımlanmamış * K62.7 Radyasyon proktiti * Q64.3 Üretra ve mesane boynunun diğer atrezi ve stenozu * N48.4 Organik kaynaklı impotans **Payda:** * 800.040 30 tedavi gününden uzun süreli tedaviler * 800.110 IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında eksternal radyoterapi tasarımı * 800.160 IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında Radyoterapi planlama * 800.220 IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında eksternal radyoterapi doz hesapları * 800.320 Digital * 800.440 Lineer akseleratör radyoterapi ile IMRT veya Tomoterapi uygulamaları, her bir seans *ilaveten* * C61 Prostat malign neoplazmı
Hedef Değer	≤ %30
Hedef Grup	18 yaş ve üstü erkek hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde ilk radyoterapi SUT kodunu aldığı tarihten itibaren 6 ay içinde veri kaynağında yer alan komplikasyon ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde ilk radyoterapi SUT kodunu almış hastalar 15 Temmuz tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde prostat kanseri ICD 10 tanı kodunu **ana tanı** olarak alan ve radyoterapi SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı (Radyoterapi SUT kodlarından herhangi birini alan hastaların geriye dönük Radyasyon Onkolojisi polikliniği ilk başvurusunda prostat kanseri **ana tanı** kodunu almış olması gerekir.) **Radyasyon Onkolojisi Klinik Kodu: 177**
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Prostat Kanserli Hastalarda Radikal Prostatektomi Sonrası Komplikasyon Görülme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**PR.G7.UBK**
Tanım	Prostat kanserli hastalarda radikal prostatektomi sonrası 6 ay içinde komplikasyon görülme oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Standart	Etkin tedavi yöntemlerinin kullanılması ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde radikal prostatektomi sonrası 6 ay içinde komplikasyon gelişen tekil hasta sayısı/ Radikal prostatektomi yapılan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * N39.3 Stres inkontinans * N39.4 Üriner inkontinanslar tanımlanmış, diğer * R32 Üriner inkontinans, tanımlanmamış * N48.4 Organik kaynaklı impotans * Q64.3 Üretra ve mesane boynunun diğer atrezi ve stenozu **Payda:** * 621.410 Prostatektomi, radikal
Hedef Değer	≤ %20
Hedef Grup	18 yaş ve üstü erkek hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içerisinde radikal prostatektomi sonrası 6 ay içinde veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde radikal prostatektomi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



DİŞ İMPLANTI 11

Bilimsel Komisyon

Prof.Dr. Adnan TEZEL
Uzm.Dt. Benal Sevim KOCA KAHYAOĞLU
Uzm.Dt. Fatma Seyhan TURHAN
Uzm. Dr. Dt. Gül ATEŞ
Uzm. Dt. Elif PEKER
Uzm. Dt. Selva LATİOĞLU
Dt. Oral UÇKUN

Diş İmplantı ve Komplikasyonları

İmplant uygulaması çok kolay ve basit bir cerrahi işlem olarak değerlendirilse de, aslında son derece hassas uygulanması gereken ciddi bir işlemdir. Doğru endikasyonun yanısıra, yeterli ve gerekli cerrahi işlem yapılmalıdır. Aksi halde uygun olmayan bir cerrahi işlem, ağır ve ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Bu ağır komplikasyonların telafisi de çoğu kere çok zordur veya yetersizdir.

Diş İmplantı İle İlgili Hedefler

- Diş implantı yapılan hastalarda, tedavi sürecinde standart hasta takibini ve bakımını sağlamak
- Komplikasyonları azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- İmplant uygulama kalitesini artırmak



Diş İmplantı Sağlık Olgusuna Ait Standart ve Göstergeler

Diş implantı için toplam 2 standart ve 7 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

Dİ.S1 **İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerin yapılarak etkin implant uygulaması sağlanmalıdır.**

Dİ. S1 Göstergeleri:

- **Dİ.G1** İmplant tedavisi öncesi teşhis için radyografik görüntüleme yapılan hasta oranı
- **Dİ.G2** İmplant tedavisi öncesinde protez polikliniği tarafından görülen hasta oranı
- **Dİ.G3** İmplant tedavisi öncesi detertraj yaptıran hasta oranı

Dİ.S2 **İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.**

Dİ.S2. Göstergeleri:

- **Dİ.G4** İmplant tedavisi sonrası radyografik görüntü alınan hasta oranı
- **Dİ.G5** İmplant tedavisi sonrası detertraj yaptıran hasta oranı
- **Dİ.G6** İmplant tedavisi sonrası bir yıl içerisinde yapılmış implantta rapor edilen flep operasyonu veya greft membran yapılan hasta oranı
- **Dİ.G7** İmplant tedavisi sonrası 2 yıl içerisinde komplikasyon gelişme oranı (periimplantitis)

İmplant Tedavisi Öncesi Teşhis İçin Radyografik Görüntüleme Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**Dİ.G1**
Tanım	Diş implantı yaptıracak hastalarda implant tedavisine başlanmadan önceki 30 gün içerisinde panoramik ve/veya ekstra-oral film ve/veya BT çektiren hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerinin yapılarak etkin implant uygulanması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İmplant tedavisine başlamadan en fazla 30 gün öncesinde panoramik ve/veya ekstra-oral film ve/veya BT çektiren hasta sayısı / İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** İmplant tedavisine başlamadan önceki 30 gün içerisinde panoramik ve/veya ekstra-oral film ve/veya BT çektiren hasta sayısı **SUT kodları:** * 401.051 Periapikal film, her biri (analog/dijital) * 401.070 Ekstra-oral film, her biri * 401.080 Ortopantomograf (Panoromik) film * 803.930 BT, dental tomografi **Payda:** İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı **SUT kodları:** * 405.260 Kemik içi implant uygulaması, tek ünite
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde implant tedavisine başlanmadan en fazla 30 gün öncesinde panoramik, ekstra-oral film, BT SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Şubat tarihinde implant tedavisine başlanan hastaların 15 Ocak tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan İmplant tedavisi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İmplant Tedavisi Öncesinde Protez Polikliniği Tarafından Görülen Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**Dİ.G2**
Tanım	İmplant tedavisine başlamadan önceki 30 gün içerisinde protez polikliniği muayenesi olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerinin yapılarak etkin implant uygulanması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İmplant tedavisine başlamadan önceki 30 gün içerisinde protez polikliniğinde muayene olan hasta sayısı/İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** İmplant tedavisine başlamadan önceki 30 gün içerisinde Protez polikliniğinde muayene olan hasta sayısı ***Konsultan diş hekimi muayenesi SUT kodu: 401.030*** **Payda:** İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı **SUT kodları:** * 405.260 Kemik içi implant uygulaması, tek ünite
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde implant tedavisine önceki 30 gün içerisinde Protez polikliniğinde muayene olan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Şubat tarihinde implant tedavisine başlanan hastaların 15 Ocak tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan implant tedavisi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İmplant Tedavisi Öncesi Detertraj Yaptıran Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**Dİ.G3.UBK**
Tanım	İmplant tedavisine başlamadan en fazla 3 ay öncesinde detertraj işlemi yaptıran hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İmplant tedavisi öncesi gerekli tetkik ve müdahalelerinin yapılarak etkin implant uygulanması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İmplant tedavisine başlamadan en fazla 3 ay öncesinde detertraj işlemi yapılan hasta sayısı / İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** İmplant tedavisine başlamadan en fazla 3 ay öncesinde detertraj işlemi yapılan hasta sayısı **SUT kodları:** * 406.020 Detertraj (Diş taşı temizliği), alt sol çene * 406.021 Detertraj (Diş taşı temizliği), alt sağ çene * 406.022 Detertraj (Diş taşı temizliği), üst sol çene * 406.023 Detertraj (Diş taşı temizliği), üst sağ çene
Veri Kaynağı	**Payda:** İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı **SUT kodları:** * 405.260 Kemik içi implant uygulaması, tek ünite
Hedef Değer	≤ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde implant tedavisine başlanmadan en fazla 3 ay öncesinde detertraj SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Nisan tarihinde implant tedavisine başlanan hastaların 15 Ocak tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan implant tedavisi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İmplant Tedavisi Sonrası Radyografik Görüntüleme Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**Dİ.G4.UBK**
Tanım	İmplant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde en az bir kere radyografik (Periapikal ve/veya Panoromik ve/veya BT) görüntü alınan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İmplant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde implant tedavisi yapılan bölgeden en az bir kere radyografik görüntü (Periapikal ve/veya Panoromik ve/veya BT) SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı/İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** İmplant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde implant tedavisi yapılan bölgeden en az bir kere aşağıdaki radyografik görüntü kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı **SUT kodları:** * 401.051 Periapikal film, her biri (analog/dijital) * 401.070 Ekstra-oral film, her biri * 401.080 Ortopantomograf (Panoromik) film * 803.930 BT, dental tomografi **Payda:** İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı **SUT kodları:** * 405.260 Kemik içi implant uygulaması, tek ünite
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde implant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde en az bir kere radyografik görüntü SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde implant tedavisine başlanan hastaların 15 Nisan ve bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan implant tedavisi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İmplant Tedavisi Sonrası Detertraj Yaptıran Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**Dİ.G5.UBK**
Tanım	İmplant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde en az bir kere oral hijyen kontrolü amacıyla diş taşı temizliği yaptıran hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İmplant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde en az bir kere oral hijyen kontrolü amacıyla diş taşı temizliği yapılan hasta sayısı / İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** İmplant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde en az bir kere oral hijyen kontrolü amacıyla diş taşı temizliği yapılan hasta sayısı **SUT kodları:** * 406.020 Detertraj (Diş taşı temizliği), alt sol çene * 406.021 Detertraj (Diş taşı temizliği), alt sağ çene * 406.022 Detertraj (Diş taşı temizliği), üst sol çene * 406.023 Detertraj (Diş taşı temizliği), üst sağ çene
Veri Kaynağı	**Payda:** İmplant tedavisi yapılan hasta sayısı **SUT kodları:** * 405.260 Kemik içi implant uygulaması, tek ünite
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde implant tedavisi sonrası 3-12 ay içerisinde en az bir kere oral hijyen kontrolü amacıyla diş taşı temizliği SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Örnek:** 15 Ocak tarihinde implant tedavisine başlanan hastaların 15 Nisan ve bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan implant tedavisi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde Yapılmış İmplantta Rapor Edilen Flep Operasyonu veya Greft Membran Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

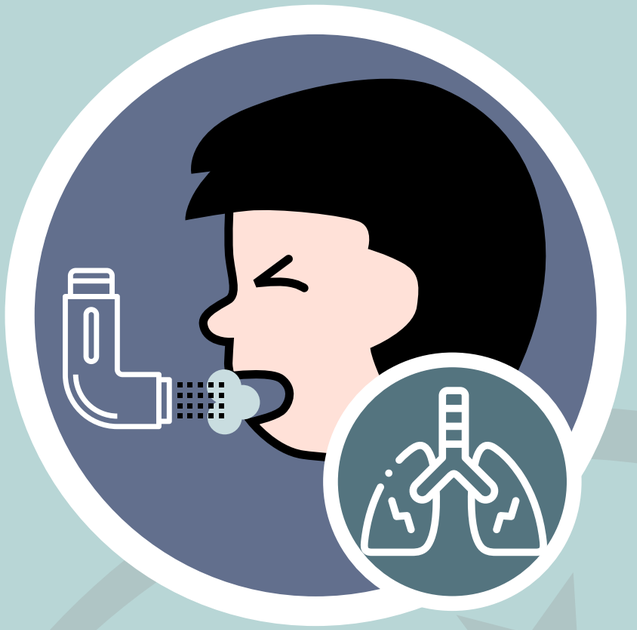
Gösterge Kodu	**Dİ.G6.UBK**
Tanım	İmplant tedavisi sonrası bir yıl içerisinde flep operasyonu veya greft membran uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İmplant bölgesine flep operasyonu veya greft membran yapılan diş sayısı / İmplant tedavisi yapılan diş sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** İmplant bölgesine flep operasyonu veya greft membran yapılan diş sayısı **SUT kodları:** * 406.050 Flep operasyonu, yarım çene * 406.140 Biyomateryal uygulaması, her bir diş * 405.160 Sinüs plastiği * 406.160 Membran uygulaması * 406.170 Bağ dokusu grefti, her bir diş **Payda:** İmplant tedavisi yapılan diş sayısı **SUT kodları:** * 405.260 Kemik içi implant uygulaması, tek ünite
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde implant tedavisi sonrası 1 yıl içinde flep operasyonu veya greft membran SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde implant tedavisine başlanan hastaların bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan implant tedavisi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İmplant Tedavisi Sonrası 2 Yıl İçerisinde Komplikasyon Gelişme Oranı (Periimplantitis)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**Dİ.G7.UBK**
Tanım	İmplant tedavisi sonrası 2 yıl içerisinde komplikasyon gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	İmplant tedavisi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Sağ-sol çene flep operasyonu ve/veya biyomateryal uygulaması yapılan diş sayısı/ İmplant tedavisi yapılan diş sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Flep operasyonu ve/veya biomateryal uygulaması yapılan diş sayısı **SUT kodları:** * 406.050 Flep operasyonu, yarım çene * 406.140 Biyomateryal uygulaması, her bir diş **Payda:** İmplant tedavisi yapılan diş sayısı **SUT kodları:** 405.260 Kemik içi implant uygulaması, tek ünite
Hedef Değer	≤ %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde implant tedavisi sonrası 2 yıl içinde sağ-sol çene flep operasyonu ve/veya biomateryal uygulaması SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde implant tedavisine başlanan hastaların iki yıl sonraki 15 Ocak tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan implant tedavisi SUT kodunu alan toplam tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMLARI 12

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. İlknur BOSTANCI
Prof. Dr. Kamile Aydan İKİNCİOĞULLARI
Prof. Dr. Özlem YILMAZ ÖZBEK
Doç. Dr. Arzu BAKIRTAŞ
Doç. Dr. Ayşe Betül BÜYÜKTİRYAKİ
Doç. Dr. Emine VEZİR
Doç. Dr. Güzin CİNEL
Doç. Dr. Özge Uysal SOYER
Uzm. Dr. Zekiye İlke KILIÇ TOPÇU



Çocukluk Çağı Astımları

Astım, hava kanallarının zaman zaman daralması sonucu, nöbetler halinde gelen solunum güçlüğü atakları, öksürük ve hışıltılı solunum ile kendini gösteren bir hastalıktır. Büyük ölçüde alerjik nedenlerle, bazen de özellikle küçük çocuklarda basit solunum yolu hastalıklarıyla tetiklenir. Ülkemizde, çocuklarda %5 - %9 arasında değişen sıklıkta görülmektedir.

Astım nöbetleri ilaçlarla ya da kendiliğinden büyük ölçüde gerileyebilir ancak tekrarlayıcı özelliği devam eder. Bu süreçte astım atağını tetikleyebilecek çevresel faktörlerden uzak durmak, uygulanacak olan etkin ve etkili tedaviler ile hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi son derecede önemlidir. Doğru planlanan bir tedavi ve hasta/aile katılımı ile astım büyük ölçüde kontrol altına alınabilen bir hastalıktır.

Bununla birlikte hastane yatışı gerektiren ataklar ölümlerin ve sağlıkla ilişkili ekonomik yükün başlıca sebebidir. Ayrıca bu olaylar, hastanın ve yakınlarının sosyal yaşamlarını son derece olumsuz yönde etkiler.

Çocukluk Çağı Astımları ile İlgili Hedefler

- Çocukluk Çağı Astım tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Çocukluk Çağı Astımları Sağlık Olgusuna İlişkin Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

Çocukluk Çağı Astımları sağlık olgusu için toplam üç standart ve 9 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standart ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

ÇA.S1	**Astım tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.**

ÇA. S1 Göstergeleri:

- **ÇA.G1.** Astım tanısı için solunum fonksiyon testi yapılan hasta oranı

ÇA.S2	**Astım tanılı hastalar etkin şekilde takip ve tedavi edilmelidir.**

ÇA.S2. Göstergeleri:

- **ÇA.G2.** Astım tanılı hastalarda mortalite oranı
- **ÇA.G8.** Astım tanılı hastaların inhaler tedavi alma oranı

ÇA.S3	**Astım tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.**

ÇA.S3. Göstergeleri:

- **ÇA.G3.** Astım tanılı hastalarda oral steroid kullanma oranı
- **ÇA.G4.** Astım tanılı hastalarda atak nedeniyle ayaktan başvuru oranı
- **ÇA.G5.** Astım tanılı hastalarda atak nedeniyle servise yatış oranı
- **ÇA.G6.** Astım tanılı hastalarda atak nedeniyle yoğun bakıma yatış oranı
- **ÇA.G7.** Astım tanılı hastaların yoğun bakımda ortalama kalış gün sayısı
- **ÇA.G9.** Yılda birden fazla yatışı yapılan astım tanılı hasta oranı



Astım Tanısı için Solunum Fonksiyon Testi Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G1.UBK**
Tanım	Astım şikayetleri ile başvuran ve ilk kez astım tanısı (5 -18 yaş) alan hastalarda, tanı öncesi ve sonrası 30 gün içerisinde solunum fonksiyon testi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Astım tanısını alan hastalarda solunum fonksiyon testi yapılan tekil hasta sayısı / İlk kez astım tanısı alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 701210 Provakasyonlu solunum testleri * 701220 Solunum fonksiyon testleri * 701230 Solunum fonksiyonları ile reversibilite testi **Payda:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalardan tanı tarihinden önceki ve sonraki 30 gün içinde solunum fonksiyon testi SUT kodunu alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hasta için, 16 Aralık ve 14 Şubat tarihleri arasında yapılmış işlemlerde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, astım ICD 10 tanı kodunu ana tanı olarak alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı (Hastanın ilk kez astım tanısı alma durumunu belirlemek için geriye dönük 2 yıl içinde **ana tanı** olarak astım tanı kodu olup olmadığı sorgulanır. Son 2 yıl içinde astım tanısı almamış ve ölçüm yaptığımız dönemde astım tanısı almış hasta paydaya dahil edilir.)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



GÖSTERGE KARTLARI

Astım Tanılı Hastalarda Mortalite Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G2.UB**
Tanım	Toplumda astım tanılı hastalar içinde astım nedeni ile mortalite oranını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanılı hastalar etkin şekilde takip ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Astım nedeni ile ex olan hasta sayısı/ Astım tanısı alan ayaktan ve yatan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay** Astım tanısı alan ve astım nedeni ile ex olan hasta sayısı * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış **Payda** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤%4
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarını alarak astım nedeni ile ölen hasta sayısı. Bu gösterge için pay verisi payda içinde aranmaz. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, astım ICD 10 tanı kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki ayaktan ve yatan tekil hasta sayısı (Paydada astım tanılı hastaların evreni tanımlanmaya çalışılmaktadır.)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



Astım Tanılı Hastalarda Oral Steroid Kullanma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G3.UB**
Tanım	Toplumda astım tanılı hastalar içinde oral steroid kullanım oranını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Ayaktan ve yatan hastalarda astım tanısı ile oral steroid kullanılan tekil hasta sayısı/ Astım tanısı alan ayaktan ve yatan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **ICD 10 tanı kodları:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış İlaveten; **ATC kodları:** * H02AB - Glukokortikoidler * R03BA - Glükokortikoidler **Payda:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** ICD 10 Astım tanı kodunu **ana veya ek tanı** olarak alıp ayaktan veya yatarak işlem yapılan hastalardan oral steroid ATC kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı (Bu gösterge için pay verisi payda içinde aranmaz.) **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, astım ICD 10 tanı kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki ayaktan ve yatan tekil hasta sayısı (Paydada astım tanılı hastaların evreni tanımlanmaya çalışılmaktadır.)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



Astım Tanılı Hastalarda Atak Nedeniyle Ayaktan Başvuru Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G4.UB**
Tanım	Toplumda astım tanılı hastalar içinde, atak nedeniyle ayaktan yapılan başvuru oranını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Astım tanısı ile sistemik steroid ve/veya antibiyotik reçete edilen ayaktan başvuru sayısı/ Astım tanısı alan ayaktan ve yatan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **ICD 10 tanı kodları:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış İlaveten; **ATC kodları:** * H02AB - Glukokortikoidler * J01C - Penisilinler * J01D - Diğer Beta-Laktam Antibakteriyeller * J01F - Makrolidler * J05AH02 - Oseltamivir **Payda:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan)
Veri Kaynağı	* J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Ayaktan başvuru yapan hastalarda astım ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve sistemik steroid ve/veya antibiyotik ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen başvuru sayısı (Bu gösterge için pay verisi payda içinde aranmaz. Pay kısmında, astım **ana veya ek tanılı** hastaların belirlenen ATC kodlarını aldığı her bir başvurusu hesaplamaya dahil edilir. Hasta tekilleştirilmez.) **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, ayaktan ve yatan hastalar içinde astım ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı (Paydada astım tanılı hastaların evreni tanımlanmaya çalışılmaktadır. Hasta tekilleştirilir.)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



Astım Tanılı Hastalarda Atak Nedeniyle Servise Yatış Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G5.UB**
Tanım	Toplumda astım tanılı hastalar içinde, atak nedeniyle gerçekleştirilen servise yatış oranını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Astım tanısı ile sistemik steroid ve/veya antibiyotik reçete edilen yatış sayısı / Astım tanısı alan ayaktan ve yatan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **ICD 10 tanı kodları:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış İlaveten; **ATC kodları:** * H02AB Glukokortikoidler * J01A Tetrasiklinler * J01B Amfenikoller * J01C Penisilinler * J01D Diğer Beta-Laktam Antibakteriyeller * J01E Sülfonamidler ve Trimetoprim * J01F Makrolidler, Linkozamidler ve de Streptograminler * J01G - Aminoglikozidler * J01M - Kinolonlar * J01R - Antibakteriyel Kombinasyonları * J01X - Diğer Antibakteriyeller **Payda:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar (510090 SUT kodunu alan hastalar)
Teknik Notlar	**Pay:** Astım ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve sistemik steroid ve/veya antibiyotik ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen yatış sayısı (Bu gösterge için pay verisi payda içinde aranmaz. Pay kısmında, astım **ana veya ek tanı**lı hastaların belirlenen ATC kodlarını aldığı her bir yatışı hesaplamaya dahil edilir. Hasta tekilleştirilmez.) **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, ayaktan ve yatan hastalar içinde astım ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı (Paydada astım tanılı hastaların evreni tanımlanmaya çalışılmaktadır. Hasta tekilleştirilir.)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



Astım Tanılı Hastalarda Atak Nedeniyle Yoğun Bakıma Yatış Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G6.UB**
Tanım	Toplumda astım tanılı hastalar içinde atak nedeniyle gerçekleştirilen yoğun bakıma yatış oranını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Astım nedeni ile sistemik steroid ve/veya antibiyotik reçete edilen yoğun bakım yatış sayısı / Astım tanısı alan ayaktan ve yatan toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **ICD 10 tanı kodları** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış * J01 Akut sinüzit * J01.0 Akut maksiller sinüzit * J01.1 Akut frontal sinüzit * J01.2 Akut etmoidal sinüzit * J01.3 Akut sfenoidal sinüzit * J01.4 Akut pansinüzit * J01.8 Akut sinüzitler, diğer * J01.9 Akut sinüzit, tanımlanmamış * J02 Akut farenjit * J02.0 Streptokokkal farenjit * J02.8 Akut farinjit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J02.9 Akut farenjit, tanımlanmamış * J03 Akut tonsillit * J03.0 Streptokokkal tonsillit * J03.8 Akut tonsillit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J03.9 Akut tonsillit, tanımlanmamış * J04 Akut larenjit ve trakeit * J04.0 Akut larenjit * J04.1 Akut trakeit * J04.2 Akut laringotrakeit * J05 Akut obstrüktif larenjit [croup] ve epiglottit * J05.0 Akut obstrüktif larenjit [croup] * J05.1 Akut epiglottit * J06 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin * J06.0 Akut laringofarenjit * J06.8 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, diğer birden fazla yerlerin * J06.9 Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış * J10 İnfluenza, belirlenmiş influenza virüsüne bağlı * J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş * J10.1 İnfluenza, diğer solunum belirtiler ile, influenza virüsü belirlenmiş * J10.8 İnluenza; diğer belirtiler, influenza virüsü belirlenmiş * J11 İnfluenza, virüs belirlenmemiş * J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş * J11.1 İnfluenza; diğer solunum yolu bulguları ile, virüs belirlenmemiş * J11.8 İnfluenza; diğer manifestasyonlarla, virüsü belirlenmemiş * J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş * J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş * J12 Viral pnömoni, başka yerde sınıflanmamış * J12.0 Adenoviral pnömoni * J12.1 Solunum yolu sinsityal virüs pnömonisi * J12.2 Parainfluenza virüs pnömonisi * J12.8 Viral pnömoni, diğer * J12.9 Viral pnömoni, tanımlanmamış * J13 Pnömoni, Streptococcus pneumoniae'ye bağlı * J14 Pnömoni, Haemophilus influenza'ya bağlı * J15 Bakteriyel pnömoniler, başka yerde sınıflanmamış



Veri Kaynağı

* J15.0 Pnömoni, Klebsiella pneumoniae'ye bağlı
* J15.1 Pnömoni, Pseudomonas'a bağlı
* J15.2 Pnömoni, stafilokoklara bağlı
* J15.3 Pnömoni, streptokokkus grup B'ye bağlı
* J15.4 Pnömoni, diğer streptokoklara bağlı
* J15.5 Pnömoni, Escherichia coli'ye bağlı
* J15.6 Pnömoni, diğer aerobik gram-negatif bakterilere bağlı
* J15.7 Pnömoni, Mycoplasma pneumoniae'ye bağlı
* J15.8 Bakteriyel pnömoni, diğer
* J15.9 Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış
* J16 Pnömoni, diğer enfeksiyöz organizmalara bağlı, başka yerde sınıflanmamış
* J16.0 Klamidyal pnömoni
* J16.8 Pnömoni, diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı
* J17 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
* J17.0 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda
* J17.1 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış viral hastalıklarda
* J17.2 Pnömoni, mikozlarda
* J17.3 Pnömoni, parazitik hastalıklarda
* J17.8 Pnömoni, diğer başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
* J18 Pnömoni, tanımlanmamış organizmalar
* J18.0 Bronkopnömoni, tanımlanmamış
* J18.1 Lober pnömoni, tanımlanmamış
* J18.2 Hipostatik pnömoni, tanımlanmamış
* J18.8 Pnömoni, diğer tanımlanmamış organizmalar
* J18.9 Pnömoni, tanımlanmamış
* J20 Akut bronşit
* J20.0 Akut bronşit, Mycoplasma pneumoniae'ya bağlı
* J20.1 Akut bronşit, Haemophilus influenzae'ya bağlı
* J20.2 Akut bronşit, streptokoklara bağlı
* J20.3 Akut bronşit, koksakievirüslara bağlı
* J20.4 Akut bronşit, parainfluenza virüsa bağlı
* J20.5 Akut bronşit, solunum sinsityal virüsa bağlı
* J20.6 Akut bronşit, rinovirüsa bağlı
* J20.7 Akut bronşit, ekovirüsa bağlı

Veri Kaynağı

* J20.8 Akut bronşit, tanımlanmamış organizmalara bağlı
* J20.9 Akut bronşit, tanımlanmamış
* J21 Akut bronşiolit
* J21.0 Akut bronşiolit, solunum sinsityel virüsüna bağlı
* J21.8 Akut bronşiolit, diğer tanımlanmış organizmalardan bağlı
* J21.9 Akut bronşiolit, tanımlanmamış

ATC kodları:

* H02AB - Glukokortikoidler
* J01A - Tetrasiklinler
* J01B - Amfenikoller
* J01C - Penisilinler
* J01D - Diğer Beta-Laktam Antibakteriyeller
* J01E - Sülfonamidler ve Trimetoprim
* J01F - Makrolidler, Linkozamidler ve de Streptograminler
* J01G - Aminoglikozidler
* J01M - Kinolonlar
* J01R - Antibakteriyel Kombinasyonları
* J01X - Diğer Antibakteriyeller

İlaveten;

* 510090 Yoğun bakım yatış SUT kodunu alan hastalar

Payda:

* J45 Astım
* J45.0 Astım, allerjik
* J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan)
* J45.8 Astım, karma
* J45.9 Astım, tanımlanmamış
* J01 Akut sinüzit
* J01.0 Akut maksiller sinüzit
* J01.1 Akut frontal sinüzit
* J01.2 Akut etmoidal sinüzit
* J01.3 Akut sfenoidal sinüzit
* J01.4 Akut pansinüzit
* J01.8 Akut sinüzitler, diğer
* J01.9 Akut sinüzit, tanımlanmamış



Veri Kaynağı

* J02 Akut farenjit
* J02.0 Streptokokkal farenjit
* J02.8 Akut farinjit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı
* J02.9 Akut farenjit, tanımlanmamış
* J03 Akut tonsillit
* J03.0 Streptokokkal tonsillit
* J03.8 Akut tonsillit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı
* J03.9 Akut tonsillit, tanımlanmamış
* J04 Akut larenjit ve trakeit
* J04.0 Akut larenjit
* J04.1 Akut trakeit
* J04.2 Akut laringotrakeit
* J05 Akut obstrüktif larenjit [croup] ve epiglottit
* J05.0 Akut obstrüktif larenjit [croup]
* J05.1 Akut epiglottit
* J06 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin
* J06.0 Akut laringofarenjit
* J06.8 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, diğer birden fazla yerlerin
* J06.9 Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış
* J10 İnfluenza, belirlenmiş influenza virüsüne bağlı
* J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş
* J10.1 İnfluenza, diğer solunum belirtiler ile, influenza virüsü belirlenmiş
* J10.8 İnluenza; diğer belirtiler, influenza virüsü belirlenmiş
* J11 İnfluenza, virüs belirlenmemiş
* J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş
* J11.1 İnfluenza; diğer solunum yolu bulguları ile, virüs belirlenmemiş
* J11.8 İnfluenza; diğer manifestasyonlarla, virüsü belirlenmemiş
* J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş
* J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş
* J12 Viral pnömoni, başka yerde sınıflanmamış
* J12.0 Adenoviral pnömoni
* J12.1 Solunum yolu sinsityal virüs pnömonisi
* J12.2 Parainfluenza virüs pnömonisi
* J12.8 Viral pnömoni, diğer
* J12.9 Viral pnömoni, tanımlanmamış

Veri Kaynağı

* J13 Pnömoni, Streptococcus pneumoniae'ye bağlı
* J14 Pnömoni, Haemophilus influenza'ya bağlı
* J15 Bakteriyel pnömoniler, başka yerde sınıflanmamış
* J15.0 Pnömoni, Klebsiella pneumoniae'ye bağlı
* J15.1 Pnömoni, Pseudomonas'a bağlı
* J15.2 Pnömoni, stafilokoklara bağlı
* J15.3 Pnömoni, streptokokkus grup B'ye bağlı
* J15.4 Pnömoni, diğer streptokoklara bağlı
* J15.5 Pnömoni, Escherichia coli'ye bağlı
* J15.6 Pnömoni, diğer aerobik gram-negatif bakterilere bağlı
* J15.7 Pnömoni, Mycoplasma pneumoniae'ye bağlı
* J15.8 Bakteriyel pnömoni, diğer
* J15.9 Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış
* J16 Pnömoni, diğer enfeksiyöz organizmalara bağlı, başka yerde sınıflanmamış
* J16.0 Klamidyal pnömoni
* J16.8 Pnömoni, diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı
* J17 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
* J17.0 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda
* J17.1 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış viral hastalıklarda
* J17.2 Pnömoni, mikozlarda
* J17.3 Pnömoni, parazitik hastalıklarda
* J17.8 Pnömoni, diğer başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
* J18 Pnömoni, tanımlanmamış organizmalar
* J18.0 Bronkopnömoni, tanımlanmamış
* J18.1 Lober pnömoni, tanımlanmamış
* J18.2 Hipostatik pnömoni, tanımlanmamış
* J18.8 Pnömoni, diğer tanımlanmamış organizmalar
* J18.9 Pnömoni, tanımlanmamış
* J20 Akut bronşit
* J20.0 Akut bronşit, Mycoplasma pneumoniae'ya bağlı
* J20.1 Akut bronşit, Haemophilus influenzae'ya bağlı
* J20.2 Akut bronşit, streptokoklara bağlı
* J20.3 Akut bronşit, koksakievirüslara bağlı
* J20.4 Akut bronşit, parainfluenza virüsa bağlı
* J20.5 Akut bronşit, solunum sinsityal virüsa bağlı



Veri Kaynağı	* J20.6 Akut bronşit, rinovirüsa bağlı * J20.7 Akut bronşit, ekovirüsa bağlı * J20.8 Akut bronşit, tanımlanmamış organizmalara bağlı * J20.9 Akut bronşit, tanımlanmamış * J21 Akut bronşiolit * J21.0 Akut bronşiolit, solunum sinsityel virüsüna bağlı * J21.8 Akut bronşiolit, diğer tanımlanmış organizmalardan bağlı * J21.9 Akut bronşiolit, tanımlanmamış
Hedef Değer	≤ %10
Hedef Gup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** şeklinde alarak sistemik steroid ve/veya antibiyotik ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen yoğun bakım ünitesi yatış sayısı (Bu gösterge için pay verisi payda içinde aranmaz. Pay kısmında, astım **ana veya ek tanı**lı hastaların belirlenen ATC kodlarını aldığı her bir yoğun bakım ünitesi yatışı hesaplamaya dahil edilir. Hasta tekilleştirilmez.) **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, ayaktan ve yatan hastalar içinde astım ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı (Paydada astım tanılı hastaların evreni tanımlanmaya çalışılmaktadır. Hasta tekilleştirilir.)
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



Astım Tanılı Hastaların Yoğun Bakımda Ortalama Kalış Gün Sayısı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G7.UBK**
Tanım	Astım tanısı alan hastaların yoğun bakımda ortalama yatış gün sayısını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda yoğun bakımda yatış gün sayıları toplamı / Astım nedeni ile yoğun bakımda yatan toplam tekil hasta sayısı)
Veri Kaynağı	**Pay:** Paydada yer alan hastaların, yoğun bakımda yatış gün sayıları toplamıdır. **Payda:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış * J01 Akut sinüzit * J01.0 Akut maksiller sinüzit * J01.1 Akut frontal sinüzit * J01.2 Akut etmoidal sinüzit * J01.3 Akut sfenoidal sinüzit * J01.4 Akut pansinüzit * J01.8 Akut sinüzitler, diğer * J01.9 Akut sinüzit, tanımlanmamış * J02 Akut farenjit * J02.0 Streptokokkal farenjit * J02.8 Akut farinjit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J02.9 Akut farenjit, tanımlanmamış * J03 Akut tonsillit * J03.0 Streptokokkal tonsillit * J03.8 Akut tonsillit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J03.9 Akut tonsillit, tanımlanmamış * J04 Akut larenjit ve trakeit * J04.0 Akut larenjit * J04.1 Akut trakeit * J04.2 Akut laringotrakeit * J05 Akut obstrüktif larenjit [croup] ve epiglottit * J05.0 Akut obstrüktif larenjit [croup] * J05.1 Akut epiglottit * J06 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin * J06.0 Akut laringofarenjit * J06.8 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, diğer birden fazla yerlerin * J06.9 Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış * J10 İnfluenza, belirlenmiş influenza virüsüne bağlı * J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş * J10.1 İnfluenza, diğer solunum belirtiler ile, influenza virüsü belirlenmiş * J10.8 İnluenza; diğer belirtiler, influenza virüsü belirlenmiş * J11 İnfluenza, virüs belirlenmemiş * J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş * J11.1 İnfluenza; diğer solunum yolu bulguları ile, virüs belirlenmemiş * J11.8 İnfluenza; diğer manifestasyonlarla, virüsü belirlenmemiş * J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş * J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş * J12 Viral pnömoni, başka yerde sınıflanmamış * J12.0 Adenoviral pnömoni * J12.1 Solunum yolu sinsityal virüs pnömonisi * J12.2 Parainfluenza virüs pnömonisi * J12.8 Viral pnömoni, diğer * J12.9 Viral pnömoni, tanımlanmamış * J13 Pnömoni, Streptococcus pneumoniae'ye bağlı * J14 Pnömoni, Haemophilus influenza'ya bağlı * J15 Bakteriyel pnömoniler, başka yerde sınıflanmamış * J15.0 Pnömoni, Klebsiella pneumoniae'ye bağlı * J15.1 Pnömoni, Pseudomonas'a bağlı * J15.2 Pnömoni, stafilokoklara bağlı * J15.3 Pnömoni, streptokokkus grup B'ye bağlı * J15.4 Pnömoni, diğer streptokoklara bağlı * J15.5 Pnömoni, Escherichia coli'ye bağlı * J15.6 Pnömoni, diğer aerobik gram-negatif bakterilere bağlı * J15.7 Pnömoni, Mycoplasma pneumoniae'ye bağlı * J15.8 Bakteriyel pnömoni, diğer * J15.9 Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış



GÖSTERGE KARTLARI

Veri Kaynağı	* J16 Pnömoni, diğer enfeksiyöz organizmalara bağlı, başka yerde sınıflanmamış * J16.0 Klamidyal pnömoni * J16.8 Pnömoni, diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı * J17 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * J17.0 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda * J17.1 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış viral hastalıklarda * J17.2 Pnömoni, mikozlarda * J17.3 Pnömoni, parazitik hastalıklarda * J17.8 Pnömoni, diğer başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * J18 Pnömoni, tanımlanmamış organizmalar * J18.0 Bronkopnömoni, tanımlanmamış * J18.1 Lober pnömoni, tanımlanmamış * J18.2 Hipostatik pnömoni, tanımlanmamış * J18.8 Pnömoni, diğer tanımlanmamış organizmalar * J18.9 Pnömoni, tanımlanmamış * J20 Akut bronşit * J20.0 Akut bronşit, Mycoplasma pneumoniae'ya bağlı * J20.1 Akut bronşit, Haemophilus influenzae'ya bağlı * J20.2 Akut bronşit, streptokoklara bağlı * J20.3 Akut bronşit, koksakievirüslara bağlı * J20.4 Akut bronşit, parainfluenza virüsa bağlı * J20.5 Akut bronşit, solunum sinsityal virüsa bağlı * J20.6 Akut bronşit, rinovirüsa bağlı * J20.7 Akut bronşit, ekovirüsa bağlı * J20.8 Akut bronşit, tanımlanmamış organizmalara bağlı * J20.9 Akut bronşit, tanımlanmamış * J21 Akut bronşiolit * J21.0 Akut bronşiolit, solunum sinsityel virüsüna bağlı * J21.8 Akut bronşiolit, diğer tanımlanmış organizmalardan bağlı * J21.9 Akut bronşiolit, tanımlanmamış *ilaveten* * 510090 Yoğun bakım SUT kodu
Hedef Değer	≤ 5
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, yoğun bakımda yatış gün sayıları toplamıdır. İlgili dönemde yatan tüm hastaların yatış gün süreleri diğer aylara sarksa bile hesaplamaya dahil edilmelidir. **Payda**: Ölçüm yapılan ilgili dönemde, yoğun bakımda yatan ve veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodunu **ana tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



Astım Tanılı Hastaların İnhaler Tedavi Eğitimi Alma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G8.UB**
Tanım	Astım tanısı alan hastaların yılda en az bir kez inhaler tedavi eğitimi alma oranını ifade eder.
Standart	Astım tanılı hastalar etkin şekilde takip ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Astım tanısı alan hastalar içinde yılda en az bir kez inhaler tedavi eğitimi alan tekil hasta sayısı /Astım tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 701075 Astımlı hasta eğitimi * 701077 İnhaler cihaz eğitimi **Payda:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥% 95
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde inhaler tedavi eğitimi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı Paydadaki hastaların astım tanısı ile başvuru tarihinden itibaren bir yıl içinde yapılan işlemlerinde aranır. ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde astım **ana tanı**sı alan hasta bir sonraki yılın 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, ayaktan ve yatan hastalar içinde astım ICD 10 tanı kodunu **ana tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



Yılda Birden Fazla Yatışı Yapılan Astım Tanılı Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**ÇA.G9.UB**
Tanım	Astım tanılı hastalar arasında, bir yıl içerisinde birden fazla yatış yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Astım tanısı alan hastalarda, doğru tedavinin belirlenmesi, düzenli izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Astım tanılı hastalar içinde astım **ana tanı**sı ile bir yıl içerisinde birden fazla yatış yapılan tekil hasta sayısı /Astım tanısı alan ayaktan ve yatan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma * J45.9 Astım, tanımlanmamış İle Alt Solunum Yolu ve Üst solunum Yolu enfeksiyonu tanılarını alan hastalar * J01 Akut sinüzit * J01.0 Akut maksiller sinüzit * J01.1 Akut frontal sinüzit * J01.2 Akut etmoidal sinüzit * J01.3 Akut sfenoidal sinüzit * J01.4 Akut pansinüzit * J01.8 Akut sinüzitler, diğer * J01.9 Akut sinüzit, tanımlanmamış * J02 Akut farenjit * J02.0 Streptokokkal farenjit * J02.8 Akut farinjit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J02.9 Akut farenjit, tanımlanmamış * J03 Akut tonsillit * J03.0 Streptokokkal tonsillit * J03.8 Akut tonsillit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J03.9 Akut tonsillit, tanımlanmamış * J04 Akut larenjit ve trakeit
Veri Kaynağı	J04.0 Akut larenjit J04.1 Akut trakeit J04.2 Akut laringotrakeit J05 Akut obstrüktif larenjit [croup] ve epiglottit J05.0 Akut obstrüktif larenjit [croup] J05.1 Akut epiglottit J06 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin J06.0 Akut laringofarenjit J06.8 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, diğer birden fazla yerlerin J06.9 Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış J10 İnfluenza, belirlenmiş influenza virüsüne bağlı J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş J10.1 İnfluenza, diğer solunum belirtiler ile, influenza virüsü belirlenmiş J10.8 İnluenza; diğer belirtiler, influenza virüsü belirlenmiş J11 İnfluenza, virüs belirlenmemiş J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş J11.1 İnfluenza; diğer solunum yolu bulguları ile, virüs belirlenmemiş J11.8 İnfluenza; diğer manifestasyonlarla, virüsü belirlenmemiş J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş J12 Viral pnömoni, başka yerde sınıflanmamış J12.0 Adenoviral pnömoni J12.1 Solunum yolu sinsityal virüs pnömonisi J12.2 Parainfluenza virüs pnömonisi J12.8 Viral pnömoni, diğer J12.9 Viral pnömoni, tanımlanmamış J13 Pnömoni, Streptococcus pneumoniae'ye bağlı J14 Pnömoni, Haemophilus influenza'ya bağlı J15 Bakteriyel pnömoniler, başka yerde sınıflanmamış J15.0 Pnömoni, Klebsiella pneumoniae'ye bağlı J15.1 Pnömoni, Pseudomonas'a bağlı J15.2 Pnömoni, stafilokoklara bağlı J15.3 Pnömoni, streptokokkus grup B'ye bağlı J15.4 Pnömoni, diğer streptokoklara bağlı J15.5 Pnömoni, Escherichia coli'ye bağlı J15.6 Pnömoni, diğer aerobik gram-negatif bakterilere bağlı



Veri Kaynağı	* J15.7 Pnömoni, Mycoplasma pneumoniae'ye bağlı * J15.8 Bakteriyel pnömoni, diğer * J15.9 Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış * J16 Pnömoni, diğer enfeksiyöz organizmalara bağlı, başka yerde sınıflanmamış * J16.0 Klamidyal pnömoni * J16.8 Pnömoni, diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı * J17 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * J17.0 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda * J17.1 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış viral hastalıklarda * J17.2 Pnömoni, mikozlarda * J17.3 Pnömoni, parazitik hastalıklarda * J17.8 Pnömoni, diğer başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * J18 Pnömoni, tanımlanmamış organizmalar * J18.0 Bronkopnömoni, tanımlanmamış * J18.1 Lober pnömoni, tanımlanmamış * J18.2 Hipostatik pnömoni, tanımlanmamış * J18.8 Pnömoni, diğer tanımlanmamış organizmalar * J18.9 Pnömoni, tanımlanmamış * J20 Akut bronşit * J20.0 Akut bronşit, Mycoplasma pneumoniae'ya bağlı * J20.1 Akut bronşit, Haemophilus influenzae'ya bağlı * J20.2 Akut bronşit, streptokoklara bağlı * J20.3 Akut bronşit, koksakievirüslara bağlı * J20.4 Akut bronşit, parainfluenza virüsa bağlı * J20.5 Akut bronşit, solunum sinsityal virüsa bağlı * J20.6 Akut bronşit, rinovirüsa bağlı * J20.7 Akut bronşit, ekovirüsa bağlı * J20.8 Akut bronşit, tanımlanmamış organizmalara bağlı * J20.9 Akut bronşit, tanımlanmamış * J21 Akut bronşiolit * J21.0 Akut bronşiolit, solunum sinsityel virüsüna bağlı * J21.8 Akut bronşiolit, diğer tanımlanmış organizmalardan bağlı * J21.9 Akut bronşiolit, tanımlanmamış **Payda:** * J45 Astım * J45.0 Astım, allerjik * J45.1 Astım, İntrensek (allerjik olmayan) * J45.8 Astım, karma

Veri Kaynağı	* J45.9 Astım, tanımlanmamış * J01 Akut sinüzit * J01.0 Akut maksiller sinüzit * J01.1 Akut frontal sinüzit * J01.2 Akut etmoidal sinüzit * J01.3 Akut sfenoidal sinüzit * J01.4 Akut pansinüzit * J01.8 Akut sinüzitler, diğer * J01.9 Akut sinüzit, tanımlanmamış * J02 Akut farenjit * J02.0 Streptokokkal farenjit * J02.8 Akut farinjit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J02.9 Akut farenjit, tanımlanmamış * J03 Akut tonsillit * J03.0 Streptokokkal tonsillit * J03.8 Akut tonsillit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı * J03.9 Akut tonsillit, tanımlanmamış * J04 Akut larenjit ve trakeit * J04.0 Akut larenjit * J04.1 Akut trakeit * J04.2 Akut laringotrakeit * J05 Akut obstrüktif larenjit [croup] ve epiglottit * J05.0 Akut obstrüktif larenjit [croup] * J05.1 Akut epiglottit * J06 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin * J06.0 Akut laringofarenjit * J06.8 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, diğer birden fazla yerlerin * J06.9 Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış * J10 İnfluenza, belirlenmiş influenza virüsüne bağlı * J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş * J10.1 İnfluenza, diğer solunum belirtiler ile, influenza virüsü belirlenmiş * J10.8 İnluenza; diğer belirtiler, influenza virüsü belirlenmiş * J11 İnfluenza, virüs belirlenmemiş * J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş * J11.1 İnfluenza; diğer solunum yolu bulguları ile, virüs belirlenmemiş * J11.8 İnfluenza; diğer manifestasyonlarla, virüsü belirlenmemiş * J10.0 İnfluenza, pnömoni ile birlikte influenza virüsü belirlenmiş * J11.0 İnfluenza; pnömoni ile, virüs belirlenmemiş



GÖSTERGE KARTLARI

Veri Kaynağı	* J12 Viral pnömoni, başka yerde sınıflanmamış * J12.0 Adenoviral pnömoni * J12.1 Solunum yolu sinsityal virüs pnömonisi * J12.2 Parainfluenza virüs pnömonisi * J12.8 Viral pnömoni, diğer * J12.9 Viral pnömoni, tanımlanmamış * J13 Pnömoni, Streptococcus pneumoniae'ye bağlı * J14 Pnömoni, Haemophilus influenza'ya bağlı * J15 Bakteriyel pnömoniler, başka yerde sınıflanmamış * J15.0 Pnömoni, Klebsiella pneumoniae'ye bağlı * J15.1 Pnömoni, Pseudomonas'a bağlı * J15.2 Pnömoni, stafilokoklara bağlı * J15.3 Pnömoni, streptokokkus grup B'ye bağlı * J15.4 Pnömoni, diğer streptokoklara bağlı * J15.5 Pnömoni, Escherichia coli'ye bağlı * J15.6 Pnömoni, diğer aerobik gram-negatif bakterilere bağlı * J15.7 Pnömoni, Mycoplasma pneumoniae'ye bağlı * J15.8 Bakteriyel pnömoni, diğer * J15.9 Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış * J16 Pnömoni, diğer enfeksiyöz organizmalara bağlı, başka yerde sınıflanmamış * J16.0 Klamidyal pnömoni * J16.8 Pnömoni, diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı * J17 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * J17.0 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda * J17.1 Pnömoni, başka yerde sınıflanmış viral hastalıklarda * J17.2 Pnömoni, mikozlarda * J17.3 Pnömoni, parazitik hastalıklarda * J17.8 Pnömoni, diğer başka yerde sınıflanmış hastalıklarda * J18 Pnömoni, tanımlanmamış organizmalar * J18.0 Bronkopnömoni, tanımlanmamış * J18.1 Lober pnömoni, tanımlanmamış * J18.2 Hipostatik pnömoni, tanımlanmamış * J18.8 Pnömoni, diğer tanımlanmamış organizmalar * J18.9 Pnömoni, tanımlanmamış * J20 Akut bronşit * J20.0 Akut bronşit, Mycoplasma pneumoniae'ya bağlı * J20.1 Akut bronşit, Haemophilus influenzae'ya bağlı * J20.2 Akut bronşit, streptokoklara bağlı * J20.3 Akut bronşit, koksakievirüslara bağlı * J20.4 Akut bronşit, parainfluenza virüsa bağlı * J20.5 Akut bronşit, solunum sinsityal virüsa bağlı * J20.6 Akut bronşit, rinovirüsa bağlı * J20.7 Akut bronşit, ekovirüsa bağlı * J20.8 Akut bronşit, tanımlanmamış organizmalara bağlı * J20.9 Akut bronşit, tanımlanmamış * J21 Akut bronşiolit * J21.0 Akut bronşiolit, solunum sinsityel virüsüna bağlı * J21.8 Akut bronşiolit, diğer tanımlanmış organizmalardan bağlı * J21.9 Akut bronşiolit, tanımlanmamış
Hedef Değer	
Hedef Grup	5-18 yaş
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından birini **ana tanı** olarak alan ve bir yıl içerisinde birden fazla yatış yapılan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, ayaktan ve yatan hastalar içinde veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodunu **ana tanı veya ek tanı** olarak alan 5-18 yaş arasındaki tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi



MEME KANSERİ

13

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Ekmel TEZEL
Prof. Dr. Faruk AKSOY
Prof. Dr. Gülten KIYAK
Prof. Dr. Savaş SEREL
Prof. Dr. Serpil DİZBAY SAK
Prof. Dr. Yılmaz TEZCAN
Doç. Dr. Lütfi DOĞAN
Doç. Dr. Mutlu DOGAN
Doç. Dr. Öznur BAL

Meme Kanseri

Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerden gelişen kanserlerdir. Meme dokusunun herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık oluşturan gen mutasyonu meme kanseri riskini artırıyor.

Türk İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre, ülkemizde, 100 bin kadından 22'si meme kanserine yakalanıyor. Meme kanserinden ölüm oranı 100 bin kadında yaklaşık 10 kişi olarak belirtiliyor. Meme kanseri kadınlarda görülen kanser tipleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Hayat boyu her 8 kadından birinin kansere yakalanma riski vardır. Tüm kanser türlerine bağlı ölümler arasında, meme kanserine bağlı ölümler, ikinci sırada yer alıyor.

Bununla birlikte 40 yaş üzeri kadınlarda mamografik tarama programlarının artmasının ve menopozdaki kadınlara önerilen hormon replasman tedavilerinin gittikçe azalmasının, meme kanseri tedavisindeki başarıyı artırdığı düşünülüyor.

Klinik Kalite Programında Meme Kanseri ile İlgili Hedefler

- Meme kanseri tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Meme Kanseri Sağlık Olgusuna İlişkin Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

Meme kanseri sağlık olgusu için toplam iki standart ve 11 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standart ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

MK.S1 **Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.**

MK.S1 Göstergeleri:

- **MK.G1** Meme kanseri tanısı alan hastalarda östrojen reseptör düzeyi raporlanan hasta oranı
- **MK.G2** Meme kanseri tanısı alan hastalarda progesteron reseptör düzeyi raporlanan hasta oranı
- **MK.G3** Meme kanseri tanısı alan hastalarda HER2 (c-erbB2) raporlanan hasta oranı
- **MK.G4** Meme kanseri nedeniyle meme USG çekilen hasta oranı
- **MK.G5** Meme kanseri nedeniyle mammografi çekilen hasta oranı
- **MK.G6** Meme kanseri tanısıyla PET-CT çekilen hasta oranı
- **MK.G7** Meme kanseri tanısıyla toraks BT çekilen hasta oranı
- **MK.G8** Meme kanseri tanısıyla Üst abdomen /abdomen BT çekilen hasta oranı
- **MK.G9** Meme kanseri tanısıyla tüm vücut kemik sintigrafisi çekilen hasta oranı

MK.S2 **Meme kanseri tanılı hastalarda etkin yöntemlerle tedavi yapılmalıdır.**

MK.S2. Göstergeleri:

- **MK.G10** Koruyucu meme cerrahisi yapılan hasta oranı
- **MK.G11** Meme kanseri tanısıyla opere edilen hastalarda meme rekonstrüksiyonu uygulanma oranı

Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Östrojen Reseptör Düzeyi Raporlanan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G1 UBK**
Tanım	Meme kanseri tanısı alan hastalarda patolojik materyal incelemesinde östrojen reseptör düzeyi raporlanan hasta oranını ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda patolojik materyal incelemesinde östrojen reseptör düzeyi raporlanan tekil hasta sayısı / Meme kanseri tanısı alan ya da meme kanserine yönelik cerrahi işlem geçiren tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **LOİNC Kodu:** * 14130-9 Östrojen reseptörü * 14228-1 Östrojen reseptörü / 100 hücre * 16112-5 Östrojen reseptörü * 40556-3 Östrojen reseptörü **Payda:** * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış veya aşağıdaki SUT kodlarından herhangi birini alan * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon
Hedef Değer	%95 üzeri
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda östrojen reseptör düzeyi LOİNC kodunu alan tekil hasta sayısı ***Not:*** Hasta östrojen reseptör düzeyi LOİNC kodu açısından, ICD10 kodu ya da SUT kodlarını aldığı tarihten 1 ay öncesi ve 1 ay sonrasına kadar taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında belirtilen ICD10 veya SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Progesteron Reseptör Düzeyi Raporlanan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G2. UBK**
Tanım	Meme kanseri tanısı alan hastalarda patolojik materyal incelemesinde progesteron reseptör düzeyi raporlanan hasta oranını ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda patolojik materyal incelemesinde progesteron reseptör düzeyi raporlanan tekil hasta sayısı / Meme kanseri tanısı alan ya da meme kanserine yönelik cerrahi işlem geçiren tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **LOİNC kodu** * 10861-3 Progesteron reseptörü * 14230-7 Progesteron reseptörü/100 hücre * 40557-1 Progesteron reseptörü * 16113-3 Progesteron reseptörü * 31207-4 Progesteron reseptörü **Payda:** * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu
Veri Kaynağı	* C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış veya aşağıdaki SUT kodlarından herhangi birini alan * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon
Hedef Değer	≥% 95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda progesteron reseptör düzeyi LOİNC kodunu alan tekil hasta sayısı ***Not:*** Hasta progesteron reseptör düzeyi LOİNC kodu açısından, ICD10 kodu ya da SUT kodlarını aldığı tarihten 1 ay öncesi ve 1 ay sonrasına kadar taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında belirtilen ICD10 veya SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalarda HER2 (c-erbB2) Raporlanan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G3. UBK**
Tanım	Meme kanseri tanısı alan hastalarda patolojik materyal incelemesinde HER2 (c-erbB2) reseptör düzeyi raporlanan hasta oranını ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda patolojik materyal incelemesinde HER2 (c-erbB2) reseptör düzeyi raporlanan tekil hasta sayısı / Meme kanseri tanısı alan ya da meme kanserine yönelik cerrahi işlem geçiren tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **LOİNC kodu:** * 18474-7 Her2 Ag **Payda:** * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış veya aşağıdaki SUT kodlarından herhangi birini alan * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal
Veri Kaynağı	* 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon
Hedef Değer	≥%95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda HER2 (c-erbB2) reseptör düzeyi LOİNC kodunu alan tekil hasta sayısı ***Not:*** Hasta HER2 (c-erbB2) reseptör düzeyi LOİNC kodu açısından, ICD10 kodu ya da SUT kodlarını aldığı tarihten 1 ay öncesi ve 1 ay sonrasına kadar taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında belirtilen ICD10 veya SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Meme Kanseri Nedeniyle Meme USG Çekilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G4. UB**
Tanım	Meme kanseri nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda operasyon öncesi 30 gün içerisinde meme USG çekilen hastaları ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda operasyon öncesi 30 gün içerisinde meme USG çekilen tekil hasta sayısı/Meme kanseri nedeniyle opere edilen tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 803.430 Meme US (Bilateral) * 803.440 Meme US (Unilateral) **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon
Hedef Değer	≥%95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan operasyon öncesi 30 gün içerisinde meme USG SUT Kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Şubat tarihinde opere edilen hastaların 16 Ocak tarihine kadar olan verilerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında belirtilen SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Meme Kanseri Nedeniyle Mammografi Çekilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G5. UB**
Tanım	Meme kanseri nedeniyle cerrahi uygulanan 40 yaş üstü hastalarda, operasyon öncesi 30 gün içerisinde mammografi çekilen hastaları ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan operasyon öncesi 30 gün içerisinde mammografi çekilen tekil hasta sayısı/ Meme kanseri nedeniyle opere edilen 40 yaş üstü tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 801.590 Mammografi (Tek meme)ı **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon
Hedef Değer	≥%95
Hedef Grup	40 yaş ve üzeri kadın hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan operasyon öncesi 30 gün içerisinde mammografi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Şubat tarihinde opere edilen hastaların geriye dönük 16 Ocak tarihine kadar olan verilerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında belirtilen SUT kodlarından herhangi birini alan 40 yaş üstü tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Meme Kanseri Tanısıyla PET-CT Çekilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G6. UB**
Tanım	Meme kanseri tanısı ile opere edilen hastalarda, ilk tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde PET-CT çekilen hastaları ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydadaki hastalarda, tanıdan itibaren 60 gün içerisinde PET-CT çekilen tekil hasta sayısı/Meme kanseri tanısı ile opere edilen tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 801.440 Onkolojik PET (F-18 FDG) **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥% 60
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde PET-CT SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde işlem yapılan hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde meme kanseri ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ve SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Meme Kanseri Tanısıyla Toraks BT Çekilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G7. UBK**
Tanım	Meme kanseri tanısı ile opere edilen hastalarda, ilk tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde Toraks BT çekilen hastaları ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Meme kanseri tanısı alan paydadaki hastalarda, tanıdan itibaren 60 gün içerisinde Toraks BT çekilen tekil hasta sayısı/Meme kanseri tanısı ile opere edilen tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 804.070 BT, toraks * 804.150 BT, yüksek rezolusyonlu akciğer * 804.160 BT, yüksek rezolusyonlu akciğer, ekspratuar **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥% 60
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde Toraks BT SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde işlem yapılan hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde meme kanseri ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ve SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Meme Kanseri Tanısıyla Üst Abdomen /Abdomen BT Çekilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G8. UBK**
Tanım	Meme kanseri tanısı alan paydadaki hastalarda, ilk tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde Üst Abdomen /Abdomen BT çekilen hastaları ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Meme kanseri tanısı alan paydadaki hastalarda, tanıdan itibaren 60 gün içerisinde Üst Abdomen /Abdomen BT çekilen tekil hasta sayısı/Meme kanseri tanısı ile opere edilen tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 803890 BT, abdomen, alt * 804090 BT, üst abdomen **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥% 60
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde Üst Abdomen /Abdomen BT SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde işlem yapılan hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde meme kanseri ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ve SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Meme Kanseri Tanısıyla Tüm Vücut Kemik Sintigrafisi Çekilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G9.UB**
Tanım	Meme kanseri tanısı ile opere edilen hastalarda, ilk tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde tüm vücut kemik sintigrafisi çekilen hastaları ifade eder.
Standart	Meme kanseri tanısının doğru konulması için kanıta dayalı işlemler yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalarda, tanıdan itibaren 60 gün içerisinde tüm vücut kemik sintigrafisi çekilen tekil hasta sayısı/Meme kanseri tanısı ile opere edilen tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 801350 İyot-131 Tüm Vücut Tarama, tanısal * 801330 Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m V-DMSA) * 801340 Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Ga-67) * 801362 Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m işaretli peptid) * 801380 Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (I-131 MIBG) * 801382 Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (I-123 MIBG) * 801390 Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m Kompleksleri ile) * 801430 Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tl-201) **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon ilaveten * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥% 60
Hedef Grup	40 yaş ve üzeri kadın hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan, tanı tarihinden itibaren 60 gün içerisinde tüm vücut kemik sintigrafisi SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde işlem yapılan hastalar 14 Mayıs tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde meme kanseri ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ve SUT kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Koruyucu Meme Cerrahisi Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G10.UBK**
Tanım	Meme kanseri tanısıyla koruyucu meme cerrahisi yapılan hastaları ifade etmektedir.
Standart	Meme Kanseri tanılı hastalarda etkin yöntemlerle tedavi yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde koruyucu meme cerrahisi yapılan hasta sayısı/ Meme kanseri tanılı tüm meme cerrahisi geçiren hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon * C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥%40
Hedef Grup	18 yaş ve üzeri hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde koruyucu meme cerrahisi SUT Kodunu alan hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde memede kitle ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ve SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Meme Kanseri Tanısı ile Opere Edilen Hastalarda Meme Rekonstrüksiyonu Uygulanma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**MK.G11. UBK**
Tanım	Meme kanseri tanısı ile opere edilen hastalarda meme rekonstrüksiyonu uygulanma oranını ifade etmektedir.
Standart	Meme Kanseri tanılı hastalarda etkin yöntemlerle tedavi yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydadaki hastalarda meme rekonstrüksiyonu yapılan tekil hasta sayısı/ Meme kanseri tanısı ile opere edilen hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 603.680 Meme asimetrisinin düzeltilmesi * 603.690 Meme rekonstrüksiyonu, çift pediküllü TRAM flep ile * 603.700 Meme rekonstrüksiyonu,Latissimusdorsi kas deri flebi ve implant ile * 603.710 Meme rekonstrüksiyonu, mikrovasküleranastomozlu * 603.720 Meme rekonstrüksiyonu, sadece implant ile * 603.730 Meme rekonstrüksiyonu, tek pediküllü TRAM flebi ile * 603.740 Meme ucu ve başı rekonstrüksiyonu **Payda:** * 603.650 Mastektomi, basit * 603.660 Mastektomi, radikal * 603.670 Mastektomi, modifiye radikal * 603.750 Segmental mastektomi * 603.752 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler sentinel lenf nodu eksizyonu * 603.753 Segmental mastektomi ile birlikte aksiler diseksiyon
Veri Kaynağı	* C50.0 Meme ucu ve areola malign neoplazmı * C50.1 Meme merkezi kısmı malign neoplazmı * C50.2 Meme üst iç kadranı malign neoplazmı * C50.3 Meme alt iç kadranı malign neoplazmı * C50.4 Meme üst dış kadranı malign neoplazmı * C50.5 Meme alt dış kadranı malign neoplazmı * C50.6 Meme aksiller kuyruğu malign neoplazmı * C50.8 Meme overlapping lezyonu * C50.9 Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥%50
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan, meme rekonstrüksiyonu SUT kodunu alan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde memede kitle tanısı ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ve SUT kodlarından herhangi birini alan hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



BARİATRİK VE METABOLİK CERRAHİ

14

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Erman ÇAKAL
Prof. Dr. Halil ALIŞ
Prof. Dr. Mustafa ŞAHİN
Prof. Dr. Tülin DÜGER
Prof. Dr. Volkan GENÇ
Prof. Dr. Volkan KAYNAROĞLU
Doç.Dr. Nihal Zekiye ERDEM
Doç. Dr. Sadık AÇIKEL
Uzm. Dyt. Yeter ÇELİK

Obezitede Bariatrik ve Metabolik Cerrahi

Obezite, dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık üçte birini etkileyen yaygın bir hastalık olup pek çok tıbbi, psikososyal ve ekonomik problemlere neden olmaktadır.

Obezite tedavisinin öncelikle temelini diyet, egzersiz ve hastalara sağlıklı bir yaşam tarzının kazandırılması oluşturmaktadır. Hedeflenen kilo kaybına ulaşılamayan hastalarda farmakoterapi gündeme gelmekte olup, buna rağmen pek çok hastada arzu edilen, kalıcı kilo kaybına ulaşılamamaktadır.

Birçok hastada tıbbi tedaviler ile istenilen kilo kaybının sağlanamaması nedeniyle obezitenin tedavisi için günümüzde çeşitli cerrahi yaklaşımlar geliştirilmiş olup bunlar bariyatrik veya metabolik cerrahi olarak adlandırılmaktadır. Bariyatrik cerrahi sonuçları, obezite ve ilgili komplikasyonlarda çarpıcı ve uzun süreli iyileşmeyi desteklemektedir. Ancak uygun hastanın ve bariyatrik yöntemin seçimi, ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirme ile takip, bariyatrik cerrahinin başarısı için çok önemlidir. İdeal olan tüm bu süreçlerde hastanın multidisipliner bir anlayışla değerlendirilip takip edilmesidir.

Klinik Kalite Programında Bariatrik ve Metabolik Cerrahi ile İlgili Hedefler

- Obezite tanılı hastaların veya Bariatrik ve Metabolik Cerrahi işlem yapılan hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Sağlık Olgusuna İlişkin Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi sağlık olgusu için toplam beş standart ve 20 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standart ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

BM.S1 Endikasyonsuz cerrahi uygulamalar önlenmelidir.

BM.S1 Göstergeleri:

- **BM.G1**. Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalar içinde ameliyat öncesi VKİ ≥ 40 olan hastaların oranı

BM.S2 Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.

BM.S2. Göstergeleri:

- **BM.G2.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalar içinde psikiyatri konsültasyonu yapılan hasta oranı
- **BM.G3.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalar içinde endokrin ve metabolik açıdan konsülte edilen hasta oranı
- **BM.G4.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda preoperatif dönemde fizyoterapi yapılan hasta oranı
- **BM.G5.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda preoperatif dönemde diyet danışma hizmeti alan hasta oranı
- **BM.G6.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalar içinde kardiyoloji konsültasyonu ile değerlendirilen hasta oranı
- **BM.G7.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda EKO yapılan hasta oranı
- **BM.G8**. Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda LDL değeri ölçülen hasta oranı
- **BM.G9.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren preoperatif dönemdeki VKİ değeri en az % 5 oranında azalan hasta oranı

BM.S3 Perioperatif dönemde komplikasyonlar açısından hasta takibi sağlanmalıdır.

BM.S3. Göstergeleri:

- **BM.G10.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda perioperatif kanama komplikasyonu görülen hasta oranı

BM.S4 Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde takip ve kontrol edilmelidir.

BM.S4. Göstergeleri:

- **BM.G11.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif HbA1c düzeyi %6,5 altında olan hasta oranı
- **BM.G12.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif ilk altı ayda reoperasyon yapılan hasta oranı
- **BM.G13.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalar içinde endoskopik tedavi yapılan hastaların oranı
- **BM.G14.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif dönemde VKİ ölçümü ≤30 olan hasta oranı
- **BM.G15.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif dönemde, gerekli laboratuvar tetkikleri yapılan hasta oranı
- **BM.G16.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif dönemde diyet danışma hizmeti alan hasta oranı

BM.S5 Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalar etkin şekilde tedavi edilmelidir.

BM.S5. Göstergeleri:

- **BM.G17.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda mortalite oranı (bir aylık)
- **BM.G18.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda mortalite oranı (bir yıllık)
- **BM.G19.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda pulmoner emboli gelişen hasta oranı
- **BM.G20.** Bariatrik ve metabolik cerrahi geçiren hastalarda derin ven trombozu gelişen hasta oranı

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalar İçinde Ameliyat Öncesi VKİ ≥40 Olan Hastaların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G1.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar içinde ameliyat öncesi son 30 gün içerisinde VKİ ≥40 olan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Endikasyonsuz cerrahi uygulamalar önlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hasta grubu içinde VKİ≥40 olan tekil hasta sayısı/ Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Boy ve kilosu ölçülerek VKİ≥40 hesaplanan hasta sayısı **Payda:** * 609 872 Obezite, sleeve * 609 871 Obezite, by-pass * 609 873 Obezite, banding * 609 877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hasta grubu içinde ameliyat tarihinden 30 gün öncesine kadar ölçülen VKİ değeri 40 ve üzerinde olan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Şubat tarihinde opere edilen hastaların 15 Ocak tarihine kadar olan verilerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalar İçinde Psikiyatri Konsültasyonu Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G2.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde psikiyatri konsültasyonu yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde psikiyatri konsültasyonu yapılan tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Psikiyatri konsültasyonu istenen hasta sayısı ***(Psikiyatri Klinik kodu: 181)*** **Payda:** * 609 872 Obezite, sleeve * 609 871 Obezite, by-pass * 609 873 Obezite, banding * 609 877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde psikiyatri konsültasyonu yapılan tekil hasta sayısı ***(Psikiyatri Klinik kodu: 181)*** ***Örnek:*** Ocak ayında opere edilen hastaların preoperatif dönemde en fazla 6 ay öncesine kadar yapılmış işlemlerinde aranacaktır. Yani 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın bir önceki yıl 15 Temmuz tarihine kadar, 15 Mart tarihinde opere edilen hastanın ise bir önceki yıl 15 Ekim tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalar İçinde Endokrin ve Metabolik Açıdan Konsülte Edilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G3.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda preoperatif 6 aylık dönemde, Endokrin ve Metabolik Hastalıklar veya Dahiliye Uzmanı tarafından konsültasyonu yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde endokrin ve metabolik hastalıklar veya dahiliye uzmanı tarafından konsültasyonu yapılan tekil hasta sayısı/ Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde endokrin ve metabolik hastalıklar veya dahiliye uzmanı tarafından konsültasyonu yapılan ya da ilgili polikliniğe başvuru yapan ve aşağıdaki tanı kodlarını alan tekil hasta sayısı İç hastalıkları Klinik Kodu:157 Endokrin ve Metabolik Hastalıklar Klinik Kodu:139 **Obezite ICD 10 tanı kodları** * E66.0 Obezite, aşırı kaloriye bağlı * E66.1 Obezite, ilaçlara-bağlı * E66.2 Aşırı obezite, alveoler hipoventilasyonla birlikte olan * E66.8 Obezite, diğer * E66.9 Obezite, tanımlanmamış **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass
Veri Kaynağı	* 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde endokrin ve metabolik hastalıklar veya dahiliye uzmanı tarafından konsültasyonu yapılan ya da ilgili polikliniğe başvuru yapan ve Obezite ICD 10 tanı kodlarını **ana ya da ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı İç hastalıkları Klinik Kodu:157 Endokrin ve Metabolik Hastalıklar Klinik Kodu:139 ***Örnek:*** Ocak ayında opere edilen hastaların preoperatif dönemde en fazla 6 ay öncesine kadar yapılmış işlemlerinde aranacaktır. Yani 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın bir önceki yıl 15 Temmuz tarihine kadar, 15 Mart tarihinde opere edilen hastanın ise bir önceki yıl 15 Ekim tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Dönemde Fizyoterapi Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G4.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda preoperatif 6 aylık dönemde en az 12 kez fizyoterapi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde en az 12 kez fizyoterapi yapılan tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** 6 aylık dönemde en az 12 kez aşağıdaki SUT kodlarını alan hasta sayısı **Fizik Tedavi SUT Kodları** * 702.380 Postür egzersizi * 702.390 Postüral drenaj * 702.400 Progresif dirençli egzersiz * 702.480 Solunum egzersizleri * 702.170 EHA egzersizleri * 702.510 Yürüme egzersizleri **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Operasyon öncesi son 6 ay içinde VKİ < 40 olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde en az 12 kez fizik tedavi SUT kodlarını alan hasta sayısı ***Örnek:*** Ocak ayında opere edilen hastaların preoperatif dönemde en fazla 6 ay öncesine kadar yapılmış işlemlerinde aranacaktır. Yani 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın bir önceki yıl 15 Temmuz tarihine kadar, 15 Mart tarihinde opere edilen hastanın ise bir önceki yıl 15 Ekim tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Dönemde Diyet Danışma Hizmeti Alan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G5.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren ve olan hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde diyetisyenden en az 12 kez diyet danışma hizmeti alan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan olan hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde diyetisyenden en az 12 kez diyet danışma hizmeti alan tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Z71.3 Diyet danışması alan hastalar **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Veri Kaynağı	**03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez)
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Operasyon öncesi son 6 ay içinde VKİ < 40 olan hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde en az 12 kez diyet danışması ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan hasta sayısı ***Örnek:*** Ocak ayında opere edilen hastaların preoperatif dönemde en fazla 6 ay öncesine kadar yapılmış işlemlerinde aranacaktır. Yani 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın bir önceki yıl 15 Temmuz tarihine kadar, 15 Mart tarihinde opere edilen hastanın ise bir önceki yıl 15 Ekim tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalar İçinde Kardiyoloji Konsültasyonu ile Değerlendirilen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G6.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda preoperatif 6 aylık dönemde kardiyoloji tarafından değerlendirilen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde kardiyoloji tarafından değerlendirilen tekil hasta sayısı /Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde; Kardiyoloji konsültasyonu veya kardiyoloji muayene girişi yapılan Klinik kodu:163 **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde; kardiyoloji konsültasyonu veya kardiyoloji muayene girişi yapılan ve kan basıncı ölçümü girilen tekil hasta sayısı (Klinik kodu:163) ***Örnek:*** Ocak ayında opere edilen hastaların preoperatif dönemde en fazla 6 ay öncesine kadar yapılmış işlemlerinde aranacaktır. Yani 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın bir önceki yıl 15 Temmuz tarihine kadar, 15 Mart tarihinde opere edilen hastanın ise bir önceki yıl 15 Ekim tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda EKO Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G7.UBK**
Tanım	VKİ ≥40 olan hastalarda Bariatrik ve Metabolik Cerrahi öncesi 6 aylık dönemde EKO yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde Ekokardiyografi çekilen tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren ve VKİ ≥40 olan tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 700.590 Kontrast ekokardiyografi * 700.600 Transtorasik ekokardiyografi * 700.610 Transözefajiyal ekokardiyografi * 700.620 Egzersiz (Eforlu) veya farmakolojik stres ekokardiyografi **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon ***İlaveten*** * VKİ ≥40
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde Ekokardiyografi SUT kodları girilen tekil hasta sayısı ***Örnek:*** Ekokardiyografi SUT kodu Ocak ayında opere edilen hastaların preoperatif dönemde en fazla 6 ay öncesine kadar yapılmış işlemlerinde aranacaktır. Yani 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın bir önceki yıl 15 Temmuz tarihine kadar, 15 Mart tarihinde opere edilen hastanın ise bir önceki yıl 15 Ekim tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalardan preoperatif 6 ay içinde VKİ≥40 olarak girilen tekil hastala sayısı.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda LDL Değeri Ölçülen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G8.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren ve preoperatif 6 aylık dönemde LDL değeri ölçülen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda preoperatif 6 aylık dönemde LDL değeri ölçülen tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902.290 LDL kolesterol **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodu:** * L105000 LDL kolesterol (Direkt) **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde preoperatif 6 aylık dönemde LDL kolesterol SUT girişi olan tekil hastalar ***Örnek:*** Ocak ayında opere edilen hastaların preoperatif dönemde en fazla 6 ay öncesine kadar yapılmış işlemlerinde aranacaktır. Yani 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın bir önceki yıl 15 Temmuz tarihine kadar, 15 Mart tarihinde opere edilen hastanın ise bir önceki yıl 15 Ekim tarihine kadar olan işlemlerinde aranacaktır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metbolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Preoperatif Dönemdeki VKİ Değeri En Az % 5 Oranında Azalan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G9.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahisi geçiren hastalar içinde preoperatif 6 ay öncesindeki değerlendirmelerde VKİ değeri en az % 5 oranında azalan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Obezite tanılı hastalar preoperatif dönemde bir program dahilinde değerlendirilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde preoperatif 6 ay öncesindeki değerlendirmelerde VKİ değeri en az %5 oranında azalan tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Preoperatif 6 ay öncesi VKİ değeri ile cerrahi işlem öncesi son ölçülen VKİ değeri arasındaki fark en az %5 olan hasta sayısı **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalar içinde; preoperatif 6 ila 12 ay arasında yapılan değerlendirmelerdeki VKİ değeri ile preoperatif son ölçülen VKİ değeri arasındaki fark %5 ve üzeri olan hastalar ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hastanın karşılaştırmaya esas **ilk VKİ değeri bir önceki yılın** 15 Ocak ile 15 Temmuz tarihi arasındaki işlemlerinde aranacaktır. Bu değer preoperatif dönemde son ölçülen değer ile karşılaştırılacaktır. İkinci VKİ değerinde birinciye göre % 5 oranında azalma olması durumunda bu hasta paya dahil edilecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Perioperatif Kanama Komplikasyonu Görülen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G10.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda perioperatif kanama (1 hafta içinde) komplikasyonu görülen hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Perioperatif dönemde komplikasyonlar açısından hasta takibi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde operasyon sonrasındaki ilk 7 gün içerisinde kan transfüzyonu yapılan tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 530.180 Kan veya ürünleri transfüzyonu **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≥ 95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki operasyonlar içinde operasyon tarihi ve sonrasındaki ilk 7 gün içerisinde kan transfüzyonu SUT kodu ile gerçekleştirilen tekil transfüzyon işlemi ***Not:*** Kan transfüzyonu SUT kodu ile gerçekleştirilen işlemler her operasyon için ayrı ayrı tekilleştirilecek **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi SUT kodları ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Postoperatif HbA1c düzeyi %6,5 Altında Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G11.UBK**
Tanım	DM tanılı hastalarda postoperatif 6-12 aylık dönemde HbA1c düzeyi %6,5 altında olan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde takip ve kontrol edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde postoperatif 6-12 aylık dönemde son bakılan HbA1c düzeyi %6,5 altında olan hasta sayısı/ Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren DM tanılı ve postoperatif 6-12 aylık dönemde HbA1c bakılan tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Paydadaki hastalardan postoperatif 6-12 ay içerisinde son bakılan HbA1c değeri %6,5 altında olan hastalar **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte

Veri Kaynağı	* E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E12 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs * E12.0 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E12.1 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E12.2+ Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E12.3+ Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E12.4+ Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E12.5 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E12.6 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E12.7 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E12.8 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E12.9 Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış

Veri Kaynağı	* E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan **DM tanılı Hastalardan** * 901.450 Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile * 901.460 Glikolize hemoglobin (Hb A1C) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102820 Glike hemoglobin (Hb A1c) * L102830 Glike hemoglobin (Hb A1c) (HPLC) * L102840 Glike hemoglobin (Hb A1c) (Elektroforez) **bakılan hastalar** ***İlaveten*** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan postoperatif 6-12 ay içerisinde **son bakılan** HbA1c değeri %6,5 altında olan hastalar ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hasta için aynı yıl 15 Haziran tarihinden itibaren bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar bakılan en son HBA1c değeri esas alınır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren, aynı yatışta ve DM ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan ve postoperatif 6-12 ay içinde HbA1c bakılan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Postoperatif İlk Altı Ayda Reoperasyon Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G12.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar içinde postoperatif ilk altı ayda reoprasyon geçiren hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde takip ve kontrol edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan postoperatif 6 ay içinde reoperasyon yapılan tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	< %3
Hedef Grup	18 yaş üzerindeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan postoperatif 6 ay içinde operasyon SUT kodları girilen tekil hasta sayısı ***Not:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hastaların 15 Haziran tarihine kadar olan verileri izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalar İçinde Endoskopik Tedavi Yapılan Hastaların Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G13.UB**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda postoperatif ilk 3 yıl içinde endoskopik tedavi yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde takip ve kontrol edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan postoperatif ilk 3 yıl içinde endoskopik tedavi olan tekil hasta sayısı/Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 701.320 Endoskopik biliyer stend yerleştirilmesi * 701.290 Endoskopik beslenme tüpü yerleştirilmesi * 701.300 Endoskopik biliyer dilatasyon * 701.310 Endoskopik biliyer endoprotez yerleştirilmesi * 701.281 Kapsül endoskopi * 701.282 Balonlu enteroskopi **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	%5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan postoperatif ilk 3 yıl içinde endoskopik tedavi SUT kodları girilen tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde opere edilen hastalar üçüncü yıl 15 Ocak tarihine kadar, 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar ise üçüncü yıl 15 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Postoperatif Dönemde VKİ Ölçümü ≤30 Olan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G14.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda postoperatif 12 ila 15. aylar içerisinde VKİ ölçümü ≤ 30 olan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde takip ve kontrol edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda postoperatif 12 ila 15. aylar içerisinde VKİ ölçümü 30 un altına inen tekil hasta sayısı/ Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Postoperatif 12 ila 15. aylar içerisinde VKİ<30 olan tekil hasta sayısı **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	%80
Hedef Grup	18 yaş ve üzerindeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Postoperatif 12 ila 15. aylarda VKİ <30 olan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** Örnek: 15 Şubat'ta opere edilen hasta için VKİ değeri bir sonraki yıl 15 Şubat tarihinden 15 Mayıs tarihine kadar aranır. Aranılan tarihlerde hastaya ait birden fazla VKİ değeri varsa son girilen VKİ değeri esas alınır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Postoperatif Dönemde Gerekli Laboratuvar Tetkikleri Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G15.UBK**
Tanım	Postoperatif dönemde ilk yıl en az yılda iki kez, D vit, Demir, B12, Folik Asit, Kalsiyum, Protein, Albümin tetkiki yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde takip ve kontrol edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda postoperatif dönemde yılda en az iki kez D vit, Demir, B12, Folik Asit, Kalsiyum, Protein, Albümin tetkiki yapılan tekil hasta sayısı/ Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.020 Demir (Serum) ya da * 901.220 Ferritin * 900.210 Albümin * 900.130 25-Hidroksi Vitamin D * 901.240 Folat * 901.910 Kalsiyum (Ca) * 904.150 Vitamin B12 * 903.240 Protein (Serum ve vucut sıvıları, herbiri) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102120 Demir (Serum/Plazma) * L102410 Ferritin (Serum/Plazma) * L102420 Ferritin (Kan) * L100320 Albümin (Serum/Plazma) * L100220 25-Hidroksi vitamin D * L102480 Folat (Serum/Plazma) * L103860 Kalsiyum (Serum/Plazma) * L107520 Vitamin B12 * L106300 Protein (Serum/Plazma) **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon

Hedef Değer	%5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda postoperatif dönemde ilk 1 yıl içinde D Vit, Demir, B12, Folik Asit, Kalsiyum, Protein, Albümin tetkiklerine ait SUT kodlarının her birinden en az iki kez giriş yapılan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Postoperatif Dönemde Diyet Danışma Hizmeti Alan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G16.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda postoperatif dönemde bir yıl içinde en az 4 kez diyet danışma hizmeti alan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde takip ve kontrol edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda postoperatif dönemde bir yıl içinde en az 4 kez diyet danışma hizmeti alan tekil hasta sayısı/ Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * Z71.3 Diyet danışması alan hastalar **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≥ %95
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalar içinde postoperatif bir yıl içinde en az 4 kez diyet danışması ICD 10 tanı kodunu ana veya ek tanı olarak alan hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak ayında operasyon geçiren hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar, 15 Mart'ta operasyon geçiren hastalar ise bir sonraki yıl 15 Mart tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Mortalite Oranı (Bir Aylık)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G17.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalarda ameliyat tarihinden itibaren bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar etkin şekilde tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir ay içinde ölen hasta sayısı / Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Tanı sonrası bir ay içinde ölen hastalarla ilgili veri Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)'nden alınacaktır. **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 60.9873 Obezite, banding * 60.9877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	%0,03
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Travma ve trafik kazası nedeni ile ölenler
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir ay içinde ölen hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar 15 Şubat tarihine kadar, 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar ise 15 Nisan tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi SUT kodları ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Mortalite Oranı (Bir Yıllık)

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G18.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalardan ameliyat tarihinden itibaren bir yıl içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar etkin şekilde tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir yıl içinde ölen hasta sayısı / Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** Operasyon sonrası bir yıl içinde ölen hastalarla ilgili veri Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)'nden alınacaktır. **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	%0,05
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	Travma ve trafik kazası ile ölenler
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası bir yıl içinde ölen hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Pulmoner Emboli Gelişen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G19.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahisi geçirdikten sonra üç ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile başvuran hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalar etkin şekilde tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası üç ay içerisinde pulmoner emboli nedeni ile başvuran tekil hasta sayısı /Bariatrik ve Metabolik Cerrahisi geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Pulmoner emboli ICD 10 kodları:** Tanı sonrası bir ay içinde ölen hastalarla ilgili veri Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)'nden alınacaktır. I26 Pulmoner embolizm I26.0 Pulmoner embolizm, akut kor pulmonale ile birlikte I26.9 Pulmoner embolizm, akut kor pulmonale olmaksızın **Payda:** 609.872 Obezite, sleeve 609.871 Obezite, by-pass 609.873 Obezite, banding 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≤ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası üç ay içerisinde pulmoner emboli ICD 10 kodlarından herhangi birini ana veya ek tanı olarak alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar 15 Nisan tarihine kadar, 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar ise 15 Haziran tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi SUT kodları ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Geçiren Hastalarda Derin Ven Trombozu Gelişen Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**BM.G20.UBK**
Tanım	Bariatrik ve Metabolik Cerrahisi geçirdikten sonra üç ay içerisinde derin ven trombozu nedeni ile başvuran hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi geçiren hastalaretkin şekilde tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası üç ay içerisinde derin ven trombozu nedeni ile başvuran tekil hasta sayısı /Bariatrik ve Metabolik Cerrahisi geçirmiş toplam tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Derin ven trombozu ICD 10 kodları:** * I80 Flebit ve tromboflebit * I80.0 Alt ekstremite yüzeyel damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.1 Femoral ven flebit ve tromboflebiti * I80.2 Alt ekstremite diğer derin damarlarının flebit ve tromboflebiti * I80.3 Alt ekstremite flebit ve tromboflebiti, tanımlanmamış * I80.8 Flebit ve tromboflebit, diğer yerlerin * I80.9 Flebit ve tromboflebit, tanımlanmamış yerlerin * I82.8 Emboli ve tromboz, diğer tanımlanmış venlerin * I82.9 Emboli ve tromboz, tanımlanmamış venlerin **Payda:** * 609.872 Obezite, sleeve * 609.871 Obezite, by-pass * 609.873 Obezite, banding * 609.877 Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon
Hedef Değer	≤ %1
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan hastalarda, operasyon sonrası üç ay içerisinde derin ven trombozu ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde operasyon geçiren hastalar 15 Nisan tarihine kadar, 15 Mart tarihinde operasyon geçiren hastalar ise 15 Haziran tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Bariatrik ve Metabolik Cerrahi SUT kodları ile gerçekleştirilen operasyon sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık ve yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



HİPERTANSİYON 15

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Çağdaş ÖZDOL
Prof. Dr. Haldun MÜDERRİSOĞLU
Prof. Dr. Mustafa CESUR
Prof. Dr. Mustafa KILIÇKAP
Prof. Dr. Telat KELEŞ
Doç. Dr. Coşkun MERİÇ
Doç. Dr. Ezgi ÇOŞKUN YENİGÜN
Doç. Dr. Hülya ÇİÇEKÇİOĞLU
Uzm. Dr. Burak SEZENÖZ
Uzm. Dr. Cem HAYMANA

Hipertansiyon

Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyon; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ve yeti yitimi gibi durumlarla ilişkili olup, sağlık ve ekonomi alanında önemli bir yük oluşturmaktadır. Bununla birlikte, hipertansiyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.

Toplumun %20'sinde hipertansiyon vardır, bu oran 45-54 yaş grubunda yaklaşık %40, 55-64 yaş grubunda ise yaklaşık %50'dir. Bu nedenle yaş farkı gözetmeksizin toplumdaki tüm insanların yılda en az bir kez tansiyonlarını kontrol ettirmelidirler.

Hipertansiyon tedavisinde başarının temel şartları; hastaların zamanında ve doğru tanı almasını sağlamak, yaşam tarzı değişikliklerini etkin şekilde uygulamak, ilaç tedavisine zamanında başlamak ve mutlaka ilaç uyumunu sağlamaktır.

Klinik Kalite Programında Hipertansiyon ile İlgili Hedefler

- Hipertansiyon tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Hipertansiyon Sağlık Olgusuna İlişkin Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

Hipertansiyon sağlık olgusu için toplam iki standart ve 9 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standart ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

HT.S1 **Yüksek riskli HT tanılı hastalarda uygun medikal tedavinin verilmesi sağlanmalıdır.**

HT.S1 Göstergeleri:

- **HT.G1.** Yüksek riskli HT tanılı hastalarda antihipertansif alma oranı

HT.S2 **HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.**

HT.S2. Göstergeleri:

- **HT.G2.** HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez serum potasyum ölçümü yapılan hasta oranı
- **HT.G3.** HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez serum kreatinin ölçümü yapılan hasta oranı
- **HT.G4.** HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez lipid profili ölçümü yapılan hasta oranı
- **HT.G5.** HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez idrarda mikroalbumin veya protein ölçümü yapılan hasta oranı
- **HT.G6.** HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez açlık kan şekeri ölçümü yapılan hasta Oranı
- **HT.G7.** HT Tanılı Hastalarda Hastaneye Yatış Oranı
- **HT.G8.** HT tanılı 80 yaşın altındaki hastalar içinde kan basıncı ≥140/90 olan başvuru oranı
- **HT.G9.** HT tanılı 80 yaşın üzerindeki hastalar içinde kan basıncı ≥150/90 olan başvuru oranı

Yüksek Riskli (Spesifik Komorbiditesi) Olan HT Tanılı Hastalarda Antihipertansif Alma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G1.UBK**
Tanım	Yüksek riskli (Spesifik Komorbiditesi) olan 18 yaş ve üzeri HT tanılı hastalarda en az bir kez antihipertansif reçete edilen hasta oranını ifade eder.
Standart	Yüksek riskli HT tanılı hastalarda uygun medikal tedavinin verilmesi sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde en az bir kez antihipertansif reçete edilen tekil hasta sayısı / 18 yaş ve üzeri HT tanısı ile birlikte spesifik komorbiditesi olan (veri kaynağında belirtilen tanılardan bir veya birkaçını alan) tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Antihipertansifler** * C02AB01 Methyldopa (levorotatory) * C02AC05 Moxonidine * C02AC06 Rilmenidine * C02CA04 Doxazosin * C02KX02 Ambrisentan * C02KX04 Macitentan * C02KX05 Riociguat * C03BA11 İndapamide * C03DA01 Spironolactone * C03DA04 Eplerenone * C03EA01 Hydrochlorothiazide and potassium-sparing agents * C07AA03 Pindolol * C07AA05 Propranolol * C07AB02 Metoprolol * C07AB03 Atenolol * C07AB07 Bisoprolol * C07AB12 Nebivolol * C07AG02 Carvedilol * C07BB03 Atenolol and thiazides * C08CA01 Amlodipine * C08CA02 Felodipine * C08CA05 Nifedipine * C08CA06 Nimodipine * C08CA09 Lacidipine * C08CA13 Lercanidipine * C08CA15 Benidipine * C08DA01 Verapamil * C08DB01 Diltiazem * C08GA02 Amlodipine and diuretics * C09AA01 Captopril * C09AA02 Enalapril * C09AA03 Lisinopril * C09AA04 Perindopril * C09AA05 Ramipril * C09AA06 Quinapril * C09AA07 Benazepril * C09AA08 Cilazapril * C09AA09 Fosinopril * C09AA10 Trandolapril * C09AA15 Zofenopril * C09BA02 Enalapril and diuretics * C09BA03 Lisinopril and diuretics * C09BA04 Perindopril and diuretics * C09BA05 Ramipril and diuretics * C09BA06 Quinapril and diuretics * C09BA07 Benazepril and diuretics * C09BA08 Cilazapril and diuretics * C09BA09 Fosinopril and diuretics * C09BB02 Enalapril and lercanidipine * C09BB03 Lisinopril and amlodipine * C09BB04 Perindopril and amlodipine * C09BB06 Enalapril and nitrendipine * C09BB10 Trandolapril and verapamil * C09BX01 Perindopril, amlodipine and indapamide * C09BX02 Perindopril and bisoprolol * C09CA01 Losartan * C09CA02 Eprosartan * C09CA03 Valsartan * C09CA04 İrbesartan * C09CA08 Olmesartan medoxomil * C09DA01 Losartan and diuretics * C09DA02 Eprosartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics

Veri Kaynağı	* C09DA04 İrbesartan and diuretics * C09DA06 Candesartan and diuretics * C09DA07 Telmisartan and diuretics * C09DA08 Olmesartan medoxomil and diuretics * C09DB01 Valsartan and amlodipine * C09DB02 Olmesartan medoxomil and amlodipine * C09DB05 İrbesartan and amlodipine * C09DB07 Candesartan and amlodipine * C09DX Angiotensin II antagonists, other combinations * C09DX04 Valsartan and sacubitril **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte **HT tanısı ile birlikte** **Aşağıdaki komorbidite (DM, KAH, KBY, Aort Anevrizmas,Aort Diseksiyonu, İskemik SVO, Periferik Arter Hastalığı) tanılarından en az biri olan 18 yaş ve üzeri tekil hasta sayısı** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan
Veri Kaynağı	* E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte



Veri Kaynağı	* E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış birlikte * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış * I71.0 Aorta diseksiyonu [herhangi bir kısmının] * I71.1 Torasik aorta anevrizması, rüptüre * I71.2 Torasik aorta anevrizması, rüptür olmaksızın * I71.3 Abdominal aorta anevrizması, rüptüre * I71.4 Abdominal aorta anevrizması, rüptür olmaksızın * I71.5 Torakoabdominal aorta anevrizması, rüptüre * I71.6 Torakoabdominal aorta anevrizması, rüptür olmaksızın * I71.8 Aorta tanımlanmamış bölgesinin anevrizması, rüptüre * I71.9 Aorta tanımlanmamış bölgesinin anevrizması, rüptür olmaksızın * I63 Serebral enfarktüs * I63.0 Serebral enfarktüs, preserebral arter trombozuna bağlı * I63.1 Serebral enfarktüs, preserebral arter embolizmine bağlı * I63.2 Serebral enfarktüs, preserebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon veya stenozuna bağlı * I63.3 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin trombozuna bağlı * I63.4 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin embolizmine bağlı * I63.5 Serebral enfarktüs, serebral arterlerin tanımlanmamış oklüzyon ve stenoza bağlı * I63.6 Serebral enfarktüs, serebral venlerin piyojenik olmayan trombozuna bağlı * I63.8 Serebral diğer enfarktüsler * I63.9 Serebral enfarktüs, tanımlanmamış * I64 İnme, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış * I65 Preserebral arterlerin oklüzyon ve stenozu, serebral enfarktüsle * I65.0 Vertebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.1 Baziler arterin oklüzyon ve stenozu * I65.2 Karotid arterin oklüzyon ve stenozu * I65.3 Birden fazla ve bilateral preserebral arterin oklüzyon ve stenozu * I65.8 Preserebral arterlerin oklüzyon ve diğer stenozu * I65.9 Preserebral arterin oklüzyon ve stenozu, tanımlanmamış * I67.7 Serebral arterit başka yerde sınıflanmamış * I67.8 Serebrovasküler hastalıklar diğer, tanımlanmış * I67.9 Serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış * I68.8 Serebrovasküler bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda
Hedef Değer	%95 ve üzeri
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde en az bir kez veri kaynağında tanımlanan ATC kodlarından herhangi biri ile antihipertansif reçete edilen tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde 18 yaş ve üzeri hastalardan HT **ana veya ek tanısı** ile birlikte veri kaynağında belirtilen tanılardan herhangi biri veya birkaçını **ana veya ek tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHOB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

HT Tanısı Alan Hastalarda Yılda En Az Bir Kez Serum Potasyum Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G2.UBK**
Tanım	HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez serum potasyum ölçümü yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez serum potasyum ölçümü yapılan tekil hasta sayısı/Hipertansiyon tanısı alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 903.130 Potasyum **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106150 Potasyum (Serum/Plazma) * L106160 Potasyum (Kan) **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte
Veri Kaynağı	* I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon * I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış
Hedef Değer	> %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez serum potasyum SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta Hasta aynı dönem içinde birden fazla HT ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak almışsa, tekilleştirirken dönem içindeki ilk tanı tarihi esas alınır.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



HT Tanısı Alan Hastalarda Yılda En Az Bir Kez Serum Kreatinin Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G3.UBK**
Tanım	HT Tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez serum kreatinin ölçümü yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde en az bir kez serum kreatinin ölçümü yapılan tekil hasta sayısı/Hipertansiyon tanısı alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902.210 Kreatinin **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L104780 Kreatinin (Serum/Plazma) **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte
Veri Kaynağı	* I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte
Hedef Değer	> %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde en az bir kez serum kreatinin SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı Hasta aynı dönem içinde birden fazla HT ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak almışsa, tekilleştirirken dönem içindeki ilk tanı tarihi esas alınır.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



HT Tanısı Alan Hastalarda Yılda En Az Bir Kez Lipid Profili Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G4.UBK**
Tanım	HT Tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez lipid profili ölçümü yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez lipid profili ölçümü yapılan tekil hasta sayısı/Hipertansiyon tanısı alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** **Lipid Profili SUT Kodları** * 902.110 Kolesterol * 901.580 HDL kolesterol * 902.290 LDL kolesterol * 903.990 Trigliserid **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L104520 Kolesterol (Serum/Plazma) * L107250 Trigliserid (Serum/Plazma) * L105000 LDL kolesterol (Direkt) * L103050 HDL kolesterol **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte
Veri Kaynağı	* I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon * I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış
Hedef Değer	> %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez lipid profilinde yer alan testlerin tamamının SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı Hasta aynı dönem içinde birden fazla HT ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak almışsa, tekilleştirirken dönem içindeki ilk tanı tarihi esas alınır.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



HT Tanısı Alan Hastalarda Yılda En Az Bir Kez İdrarda Mikroalbumin veya Protein Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G5.UBK**
Tanım	HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez spot idrarda mikroalbumin veya protein veya protein/kreatinin ölçümü yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez spot idrarda mikroalbumin veya protein veya protein/kreatinin ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / Hipertansiyon tanısı alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902.540 Mikroalbumin * 903.260 Protein kantitatif (İdrarda) * 902.210 Kreatinin 24 Saatlik İdrar **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106310 Protein/kreatinin (spot idrar) * L106320 24 saatlik idrarda protein **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı
Veri Kaynağı	* I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon * I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış
Hedef Değer	> %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez spot idrarda mikroalbumin veya protein veya protein/kreatinin SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı Hasta aynı dönem içinde birden fazla HT ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan almışsa, tekilleştirirken dönem içindeki ilk tanı tarihi esas alınır.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

HT Tanısı Alan Hastalarda Yılda En Az Bir Kez Açlık Kan Şekeri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G6.UBK**
Tanım	HT tanısı alan hastalarda yılda en az bir kez açlık kan şekeri ölçümü yapılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez açlık kan şekeri ölçümü yapılan tekil hasta sayısı/Hipertansiyon tanısı alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.500 Glukoz **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodu:** * L102890 Glukoz **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon * I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış
Hedef Değer	> %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde yılda en az bir kez açlık kan şekeri SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı Hasta aynı dönem içinde birden fazla Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak almışsa, tekilleştirirken dönem içindeki ilk tanı tarihi esas alınır.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

HT Tanılı Hastalarda Hastaneye Yatış Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G7.UB**
Tanım	HT tanısı alıp ilaç kullanan hastalarda bir yıl içinde belirlenen vasküler ve kardiyak tanılar ile yatışı yapılan oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan bir yıl içinde belirlenen tanılar ile yatışı yapılan tekil hasta sayısı/Hipertansiyon tanısı ile birlikte antihipertansif alan 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** ICD 10 kodları ile yatışı yapılan hastalar * I67.4 Hipertansif ensefalopati * I62 Kafa içi travmatik olmayan diğer hemoraji * I62.0 Subdural hemoraji (akut) (travmatik olmayan) * I62.1 Ekstradural hemoraji travmatik olmayan * I62.9 İntrakranial hemoraji (travmatik olmayan), tanımlanmamış * I71 Aort anevrizma ve diseksiyonu * I71.0 Aorta diseksiyonu [herhangi bir kısmının] * I71.1 Torasik aorta anevrizması, rüptüre * I71.2 Torasik aorta anevrizması, rüptür olmaksızın * I71.3 Abdominal aorta anevrizması, rüptüre * I71.4 Abdominal aorta anevrizması, rüptür olmaksızın * I71.5 Torakoabdominal aorta anevrizması, rüptüre * I71.6 Torakoabdominal aorta anevrizması, rüptür olmaksızın * I71.8 Aorta tanımlanmamış bölgesinin anevrizması, rüptüre * I71.9 Aorta tanımlanmamış bölgesinin anevrizması, rüptür olmaksızın * J81 Akciğer ödemi * I21 Akut miyokard enfarktüsü * I21.0 Ön duvar akut transmural miyokard enfarktüsü * I21.1 Alt duvar akut transmural miyokard enfarktüsü * I21.2 Akut transmural miyokard enfarktüsü diğer yerlerin * I21.3 Akut transmural miyokard enfarktüsü tanımlanmamış yerlerin * I21.4 Akut subendokardiyal miyokard enfarktüsü * I21.9 Akut miyokardiyal enfarktüs, tanımlanmamış **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon * I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış ***HT tanısına ilaveten;*** **Aşağıdaki ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen hastalar** **Antihipertansifler** * C02AB01 Methyldopa (levorotatory) * C02AC05 Moxonidine * C02AC06 Rilmenidine * C02CA04 Doxazosin * C02KX02 Ambrisentan * C02KX04 Macitentan * C02KX05 Riociguat * C03BA11 İndapamide * C03DA01 Spironolactone * C03DA04 Eplerenone

Veri Kaynağı	* C03EA01Hydrochlorothiazide and potassium-sparing agents * C07AA03 Pindolol * C07AA05 Propranolol * C07AB02 Metoprolol * C07AB03 Atenolol * C07AB07 Bisoprolol * C07AB12 Nebivolol * C07AG02 Carvedilol * C07BB03 Atenolol and thiazides * C08CA01 Amlodipine * C08CA02 Felodipine * C08CA05 Nifedipine * C08CA06 Nimodipine * C08CA09 Lacidipine * C08CA13 Lercanidipine * C08CA15 Benidipine * C08DA01 Verapamil * C08DB01 Diltiazem * C08GA02 Amlodipine and diuretics * C09AA01 Captopril * C09AA02 Enalapril * C09AA03 Lisinopril * C09AA04 Perindopril * C09AA05 Ramipril * C09AA06 Quinapril * C09AA07 Benazepril * C09AA08 Cilazapril * C09AA09 Fosinopril * C09AA10 Trandolapril * C09AA15 Zofenopril * C09BA02 Enalapril and diuretics * C09BA03 Lisinopril and diuretics * C09BA04 Perindopril and diuretics * C09BA05 Ramipril and diuretics * C09BA06 Quinapril and diuretics * C09BA07 Benazepril and diuretics * C09BA08 Cilazapril and diuretics * C09BA09 Fosinopril and diuretics * C09BB02 Enalapril and lercanidipine * C09BB03 Lisinopril and amlodipine * C09BB04 Perindopril and amlodipine * C09BB06 Enalapril and nitrendipine * C09BB10 Trandolapril and verapamil * C09BX01 Perindopril, amlodipine and indapamide * C09BX02 Perindopril and bisoprolol * C09CA01 Losartan * C09CA02 Eprosartan * C09CA03 Valsartan * C09CA04 İrbesartan * C09CA06 Candesartan * C09CA07 Telmisartan * C09CA08 Olmesartan medoxomil * C09DA01 Losartan and diuretics * C09DA02 Eprosartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA04 İrbesartan and diuretics * C09DA06 Candesartan and diuretics * C09DA07 Telmisartan and diuretics * C09DA08 Olmesartan medoxomil and diuretics * C09DB01 Valsartan and amlodipine * C09DB02 Olmesartan medoxomil and amlodipine * C09DB05 İrbesartan and amlodipine * C09DB07 Candesartan and amlodipine * C09DX Angiotensin II antagonists, other combinations * C09DX04 Valsartan and sacubitril
Hedef Değer	< %5
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalar içinde tanı aldığı tarihten itibaren bir yıl içinde belirlenen ICD 10 kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alarak alan ve yatışı yapılan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde tanı alan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde, Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak alan ve antihipertansiflere ait ATC kodlarından herhangi biri ile reçete verilen 18 yaş ve üzerindeki tekil hasta sayısı (Hasta aynı dönem içinde birden fazla HT Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana veya ek tanı** olarak almışsa, tekilleştirirken dönem içindeki ilk tanı tarihi esas alınır)
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

HT Tanılı 80 yaşın Altındaki Hastalar İçinde Kan Basıncı ≥140/90 Olan Başvuru Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G8.UB**
Tanım	Ayaktan başvurularda hipertansiyon tanısı alan ve antihipertansif ilaç kullanan 80 yaşın altındaki hastalar içinde kan basıncı ≥140/≥90 olan hastalara ait başvuru oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan ayaktan başvurular içinde kan basıncı ≥140/≥90 olarak ölçülen hastalara ait başvuru sayısı/ 80 yaş altı hastalardan hipertansiyon tanısı ile antihipertansif ilaç reçete edilen başvuru sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Kan basıncı; sistolik ≥140 ve/veya diyastolik ≥90 olan ayaktan hasta başvuruları **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon * I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış tanısı almış ***HT tanısına ilaveten;*** **Antihipertansifler ATC Kodları** * C02AB01 Methyldopa (levorotatory) * C02AC05 Moxonidine * C02AC06 Rilmenidine * C02CA04 Doxazosin * C02KX02 Ambrisentan * C02KX04 Macitentan * C02KX05 Riociguat * C03BA11 İndapamide * C03DA01 Spironolactone * C03DA04 Eplerenone * C03EA01 Hydrochlorothiazide and potassium-sparing agents * C07AA03 Pindolol * C07AA05 Propranolol * C07AB02 Metoprolol * C07AB03 Atenolol * C07AB07 Bisoprolol * C07AB12 Nebivolol * C07AG02 Carvedilol * C07BB03 Atenolol and thiazides * C08CA01 Amlodipine * C08CA02 Felodipine * C08CA05 Nifedipine * C08CA06 Nimodipine * C08CA09 Lacidipine * C08CA13 Lercanidipine * C08CA15 Benidipine * C08DA01 Verapamil * C08DB01 Diltiazem * C08GA02 Amlodipine and diuretics * C09AA01 Captopril * C09AA02 Enalapril * C09AA03 Lisinopril

Veri Kaynağı	* C09AA04 Perindopril * C09AA05 Ramipril * C09AA06 Quinapril * C09AA07 Benazepril * C09AA08 Cilazapril * C09AA09 Fosinopril * C09AA10 Trandolapril * C09AA15 Zofenopril * C09BA02 Enalapril and diuretics * C09BA03 Lisinopril and diuretics * C09BA04 Perindopril and diuretics * C09BA05 Ramipril and diuretics * C09BA06 Quinapril and diuretics * C09BA07 Benazepril and diuretics * C09BA08 Cilazapril and diuretics * C09BA09 Fosinopril and diuretics * C09BB02 Enalapril and lercanidipine * C09BB03 Lisinopril and amlodipine * C09BB04 Perindopril and amlodipine * C09BB06 Enalapril and nitrendipine * C09BB10 Trandolapril and verapamil * C09BX01 Perindopril, amlodipine and indapamide * C09BX02 Perindopril and bisoprolol * C09CA01 Losartan * C09CA02 Eprosartan * C09CA03 Valsartan * C09CA04 İrbesartan * C09CA06 Candesartan * C09CA07 Telmisartan * C09CA08 Olmesartan medoxomil * C09DA01 Losartan and diuretics * C09DA02 Eprosartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics
Veri Kaynağı	* C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA04 İrbesartan and diuretics * C09DA06 Candesartan and diuretics * C09DA07 Telmisartan and diuretics * C09DA08 Olmesartan medoxomil and diuretics * C09DB01 Valsartan and amlodipine * C09DB02 Olmesartan medoxomil and amlodipine * C09DB05 İrbesartan and amlodipine * C09DB07 Candesartan and amlodipine * C09DX Angiotensin II antagonists, other combinations * C09DX04 Valsartan and sacubitril
Hedef Değer	≤ %50
Hedef Grup	18 - 80 yaş arasındaki hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY hastaları ve gebe hastalar hariç tutulacaktır **N18** Kronik böbrek yetmezliği **N18.0** Son dönem böbrek hastalığı **N18.8** Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer **N18.9** Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış **N19** Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış **Z32.1** Gebelik, doğrulanmış **Z33** Gebelik durumu
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan başvurular içinde kan basıncı sistolik ≥140 ve/veya diyastolik ≥90 olarak ölçülen hastalara ait toplam başvuru sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde 80 yaş altı hastalara ait ayaktan başvurularda Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana tanı** olarak alan ve antihipertansif ilaçlardan herhangi biri reçete edilen hastalara ait toplam başvuru sayısı Bu göstergede hasta tekilleştirilmez. Gösterge veri kapsamına giren tüm başvurular hesaplamaya dahil edilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



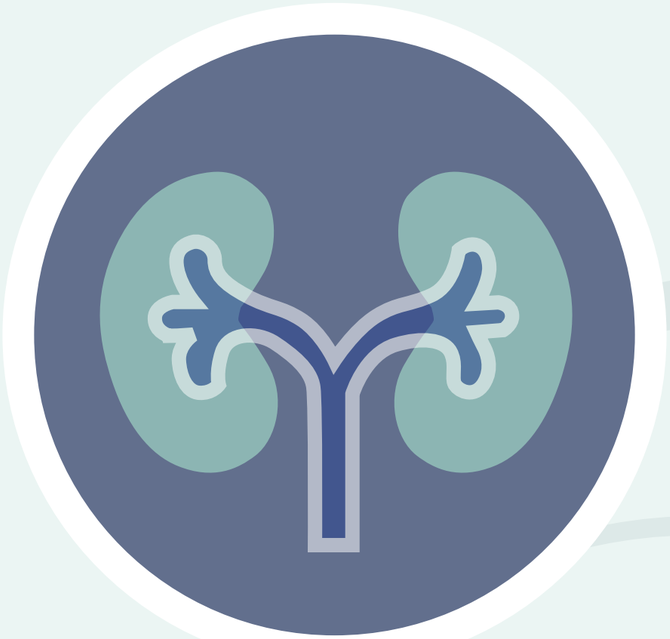
HT Tanılı 80 Yaşın Üzerindeki Hastalar İçinde Kan Basıncı ≥150/90 Olan Başvuru Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**HT.G9.UB**
Tanım	Ayaktan başvurularda hipertansiyon tanısı alan 80 yaş ve üzerindeki antihipertansif ilaç kullanan hastalar içinde Kan Basıncı ≥150/90 olan hastalara ait başvuru oranını ifade etmektedir.
Standart	HT tanısı alan hastalarda tedavinin etkinliği ve komplikasyonların önlenmesi için hasta takibi etkin şekilde yapılmalıdır.
HesaplamaYöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan ayaktan başvurular içinde Kan Basıncı ≥150/90 olarak ölçülen sayısı/ 80 yaş üstü hastalardan hipertansiyon tanısı ile antihipertansif ilaç reçete edilen başvuru sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** Kan Basıncı; sistolik ≥150 ve/veya diyastolik ≥90 olan ayaktan hasta başvuruları **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon * I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış tanısı almış ***HT tanısına ilaveten;*** **Antihipertansifler ATC Kodları** * C02AB01 Methyldopa (levorotatory) * C02AC05 Moxonidine * C02AC06 Rilmenidine * C02CA04 Doxazosin * C02KX02 Ambrisentan * C02KX04 Macitentan * C02KX05 Riociguat * C03BA11 İndapamide * C03DA01 Spironolactone * C03DA04 Eplerenone * C03EA01 Hydrochlorothiazide and potassium-sparing agents * C07AA03 Pindolol * C07AA05 Propranolol * C07AB02 Metoprolol * C07AB03 Atenolol * C07AB07 Bisoprolol * C07AB12 Nebivolol * C07AG02 Carvedilol * C07BB03 Atenolol and thiazides * C08CA01 Amlodipine * C08CA02 Felodipine * C08CA05 Nifedipine * C08CA06 Nimodipine * C08CA09 Lacidipine * C08CA13 Lercanidipine * C08CA15 Benidipine * C08DA01 Verapamil * C08DB01 Diltiazem * C08GA02 Amlodipine and diuretics * C09AA01 Captopril * C09AA02 Enalapril



	* C09AA03 Lisinopril * C09AA04 Perindopril * C09AA05 Ramipril * C09AA06 Quinapril * C09AA07 Benazepril * C09AA08 Cilazapril * C09AA09 Fosinopril * C09AA10 Trandolapril * C09AA15 Zofenopril * C09BA02 Enalapril and diuretics * C09BA03 Lisinopril and diuretics * C09BA04 Perindopril and diuretics * C09BA05 Ramipril and diuretics * C09BA06 Quinapril and diuretics * C09BA07 Benazepril and diuretics * C09BA08 Cilazapril and diuretics * C09BA09 Fosinopril and diuretics * C09BB02 Enalapril and lercanidipine * C09BB03 Lisinopril and amlodipine * C09BB04 Perindopril and amlodipine * C09BB06 Enalapril and nitrendipine * C09BB10 Trandolapril and verapamil * C09BX01 Perindopril, amlodipine and indapamide * C09BX02 Perindopril and bisoprolol * C09CA01 Losartan * C09CA02 Eprosartan * C09CA03 Valsartan * C09CA04 İrbesartan * C09CA06 Candesartan * C09CA07 Telmisartan * C09CA08 Olmesartan medoxomil * C09DA01 Losartan and diuretics * C09DA02 Eprosartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics
Veri Kaynağı	* C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA03 Valsartan and diuretics * C09DA04 İrbesartan and diuretics * C09DA06 Candesartan and diuretics * C09DA07 Telmisartan and diuretics * C09DA08 Olmesartan medoxomil and diuretics * C09DB01 Valsartan and amlodipine * C09DB02 Olmesartan medoxomil and amlodipine * C09DB05 İrbesartan and amlodipine * C09DB07 Candesartan and amlodipine * C09DX Angiotensin II antagonists, other combinations * C09DX04 Valsartan and sacubitril
Hedef Değer	≤ %50
Hedef Grup	80 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY hastaları hariç tutulacaktır. **N18** Kronik böbrek yetmezliği **N18.0** Son dönem böbrek hastalığı **N18.8** Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer **N18.9** Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış **N19** Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Teknik Notlar	**Pay:** Paydada yer alan başvurular içinde kan basıncı basıncı sistolik ≥150 ve/veya diyastolik ≥90 olarak ölçülen hastalara ait toplam başvuru sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde 80 yaş ve üstü hastalara ait ayaktan başvurularda Hipertansiyon ICD 10 kodunu **ana tanı** olarak alan ve antihipertansif ilaçlardan herhangi biri reçete edilen hastalara ait toplam başvuru sayısı Bu göstergede hasta tekilleştirilmez. Gösterge veri kapsamına giren tüm başvurular hesaplamaya dahil edilir.
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM, SKACHDB, İl Klinik Kalite Birimi,Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ 16

Bilimsel Komisyon

Prof. Dr. Kenan ATEŞ
Prof. Dr. Mustafa ARICI
Prof. Dr. Selim Turgay ARINSOY
Prof. Dr. Seyit İbrahim AKDAĞ
Prof. Dr. Sim KUTLAY
Prof. Dr. Siren SEZER
Prof. Dr. Şule ŞENGÜL
Doç. Dr. Ezgi Çoşkun YENİGÜN

Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. Kronik böbrek yetmezliğinden etkilenmeyen organ veya sistem hemen hemen yoktur. Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir.

Ülkemizde TND tarafından 23 ilde 10.748 erişkinin katılımı ile gerçekleştirilen CREDIT çalışmasında, erişkinlerin yüzde 15,7'sinde KBY bulunduğu görülmüştür. Bu oran, basit bir hesapla ülkemizde 7 milyondan fazla KBY'li kişi bulunduğu, yani her 6-7 erişkinden birinin böbrek hastası olduğu anlamına gelmektedir.

KBY sık görülen, morbidite ve mortalite oranları yüksek olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sağlık bütçelerine büyük yük getiren, farkındalığı ve erken tanısı düşük olan, buna karşın erken tanı konulduğunda önlenebilen veya ileri evrelere seyri yavaşlatılabilen bir hastalıktır.

Kronik Böbrek Yetmezliği ile İlgili Hedefler

- Kronik Böbrek Yetmezliği tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Kronik Böbrek Yetmezliği Sağlık Olgusuna İlişkin Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

Kronik Böbrek Yetmezliği sağlık olgusu için toplam dört standart ve 15 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır.

Hazırlanan standart ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

KB.S1 **Kronik böbrek yetmezliği tanısının klinik protokollere uygun şekilde konulması sağlanmalıdır.**

KB.S1 Göstergeleri:

- **KB.G1**. KBY tanılı hastalarda tanı öncesi en az iki kez tGFR bakılma oranı
- **KB.G2.** Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde tGFR bakılma oranı

KB.S2 **Risk grubundaki hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.**

KB.S2. Göstergeleri:

- **KB.G3**. 65 yaş üstü hastalarda tGFR bakılma oranı
- **KB.G4.** Obezite tanılı hastalarda tGFR bakılma oranı
- **KB.G5.** Diabetes Mellitus tanılı hastalarda albumin/kreatinin bakılma oranı
- **KB.G6.** Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde 24 saatlik albuminüri veya proteinüri veya anlık idrarda albumin/kreatinin veya protein/kreatinin bakılma oranı
- **KB.G7**. 65 yaş üstü hastalarda 24 saatlik idrarda albumünüri veya proteinüri veya anlık idrarda albumin/kreatinin veya protein/kreatinin bakılma oranı

KB.S3 **Kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik hastalar değerlendirilmeli ve izlenmelidir.**

KB.S3. Göstergeleri:

- **KB.G8.** KBY tanısı alan hastalarda yılda en az iki kez tGFR bakılma oranı
- **KB.G9.** tGFR değeri 45ml/dk/1,73 m2 küçük olan hastaların nefroloji polikliniğine başvuru oranı

KB.S4 **KBY tanılı hastaların düzenli kontrolü sağlanmalıdır.**

KB.S4. Göstergeleri:

- **KB.G10.** DM ve KBY tanılı 24 saatlik idrarda ACR>30 olan hastaların içinde ACE inhibitörü ve/veya ARB kullanım oranı
- **KB.G11**. KBY tanılı hastalarda potasyum düzeyi bakılma oranı
- **KB.G12.** KBY tanılı hastalarda kalsiyum ve fosfor bakılma oranı
- **KB.G13.** KBY tanılı hastalarda parathormon bakılma oranı
- **KB.G14.** KBY tanılı hastalarda bikarbonat bakılma oranı
- **KB.G15.** KBY tanılı hastalarda hemoglobin bakılma oranı

KBY Tanılı Hastalarda Tanı Öncesi En Az İki Kez tGFR Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G1.UB**
Tanım	İlk kez KBY tanısı alan hastalarda tanı tarihinden önceki son 1 yıl içinde en az iki kez tGFR< 60 ml/dk/1,73 m2 olarak tespit edilen hastaların oranını ifade eder.
Standart	Kronik böbrek yetmezliği tanısının klinik protokollere uygun şekilde konulması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde tanı tarihinden önceki son 1 yıl içinde en az iki kez tGFR< 60 ml/dk/1,73 m2 olan tekil hasta sayısı/İlk kez KBY tanısı alan tekil hasta sayısı) x 100
Veri Kaynağı	**tGFR:** Serum kreatinine dayalı olarak CKD-EPI formülü ile hesaplanan Glomerüler Filtrasyon Hızını (GFR) ifade eder. **Pay:** **LOİNC kodu:** * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel **Payda:** Serum kreatinine dayalı olarak CKD-EPI formülü ile tGFR değeri< 60 ml/dk/1,73 m^2 Olan tekil hasta sayısı **LOİNC kodu:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %75
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan tanı tarihinden önceki 365 gün içerisinde tekrar tGFR LOİNC kodunu alarak ölçüm değeri 60'ın altında hesaplanan hasta sayısı ***(İki ölçüm arasında en az 90 gün olmak koşulu ile)*** **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde KBY ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan hasta sayısı Hastanın ilk kez KBY tanısını alma durumunu belirlemek için tanı tarihinden itibaren en az 3 yıl geriye doğru izlenir. Hasta, daha önce KBY tanısını almamış ve ilk kez ölçüm yapılan dönemde tanı almış ise paydaya dâhil edilir.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Kardiyovasküler Hastalığı Olan Kişilerde tGFR Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G2.UB**
Tanım	Kalp yetmezliği, hipertansiyon ve/veya aterosklerotik kalp hastalığı tanısı ile başvuran hastalarda son 1 yıl içinde içerisinde tGFR bakılma oranını ifade eder
Standart	Kronik böbrek yetmezliği tanısının klinik protokollere uygun şekilde konulması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda son 1 yıl içinde tGFR bakılan tekil hasta sayısı/ Kalp yetmezliği, hipertansiyon ve/veya aterosklerotik kalp yetmezliği tanısı ile başvuran tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**tGFR:** Serum kreatinine dayalı olarak CKD-EPI formülü ile hesaplanan Glomerüler Filtrasyon Hızını (GFR) ifade eder. **Pay:** **LOİNC kodu:** * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel **Payda:** **Hipertansiyon ICD-10 Kodları** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı * I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın * I12 Hipertansif böbrek hastalığı * I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın * I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı * I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte * I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte * I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte * I15 Sekonder hipertansiyon * I15.0 Renovasküler hipertansiyon

Veri Kaynağı	* I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı * I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı * I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer * I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış * I50 Kalp yetmezliği * I50.0 Konjestif kalp yetmezliği * I50.1 Sol ventrikül yetmezliği * I50.9 Kalp yetmezliği, tanımlanmamış * I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık * I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı * I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları * I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış * I25.4 Koroner arter anevrizması * I70 Ateroskleroz * I70.0 Aorta aterosklerozu * I70.1 Renal arter aterosklerozu * I70.2 Ekstremite arterlerinin aterosklerozu * I70.8 Arterlerin diğer aterosklerozu * I70.9 Yaygın ve tanımlanmamış ateroskleroz
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan 365 gün içinde tGFR LOİNC kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde bakılan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

65 Yaş Üstü Hastalarda tGFR Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KBY.G3.UB**
Tanım	65 yaş üstü hastalarda bir yıl içerisinde tGFR bakılma oranını ifade eder.
Standart	Risk grubundaki hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) tGFR bakılan tekil hasta sayısı/ 65 yaş üstünde sağlık kuruluşuna başvuran tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**tGFR:** Serum kreatinine dayalı olarak CKD-EPI formülü ile hesaplanan Glomerüler Filtrasyon Hızını (GFR) ifade eder. **Pay:** **LOİNC kodu:** * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel **Payda:** Tüm başvuran 65 yaş üstü tekil hasta sayısı **Hariç Tutulacak ICD 10 Kodları:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %65
Hedef Grup	65 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY tanılı hastalar, 65 yaş altındaki hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) tGFR LOİNC kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde 65 yaş üstünde sağlık kuruluşuna başvuran tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Obezite Tanılı Hastalarda tGFR Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G4 UB**
Tanım	Obezite tanılı hastalarda bir yıl içerisinde tGFR bakılma oranını ifade eder.
Standart	Risk grubundaki hastalar, kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) tGFR bakılan tekil hasta sayısı/ Obezite tanılı tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**tGFR:** Serum kreatinine dayalı olarak CKD-EPI formülü ile hesaplanan Glomerüler Filtrasyon Hızını (GFR) ifade eder. **Pay**: **LOİNC kodu:** * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel **Payda:** * E66 Obezite * E66.0 Obezite, aşırı kaloriye bağlı * E66.1 Obezite, ilaçlara-bağlı * E66.2 Aşırı obezite, alveoler hipoventilasyonla birlikte olan * E66.8 Obezite, diğer * E66.9 Obezite, tanımlanmamış **Hariç Tutulacak ICD 10 Kodları:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %70
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY tanılı hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) tGFR LOİNC kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Obezite ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Diabetes Mellitus Tanılı Hastalarda Albumin/ Kreatinin Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KBY.G5.UB**
Tanım	Diabetes Mellitus tanılı hastalarda bir yıl içerisinde en az bir defa idrarda albumin/kreatinin (ya da protein/kreatinin) bakılan hasta oranını ifade eder.
Standart	Risk grubundaki hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) Albumin/Kreatinin bakılan tekil hasta sayısı/ DM tanısı ile birlikte antidiyabetik ilaç reçete edilen tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902.210 Kreatinin 24 Saatlik İdrar * 902.540 Mikroalbumin 24 Saatlik İdrar **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106310 Protein/kreatinin (spot idrar) * L106320 24 saatlik idrarda protein ya da **LOİNC kodu:** * 13705-9 Albumin/Creatinine [Mass Ratio] in 24 hour Urine **Payda:** * E10 İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs * E10.0 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E10.1 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E10.2 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E10.3 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E10.4 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E10.5 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E10.6 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E10.7 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E10.8 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E10.9 İnsülin bağımlı diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E11 İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs * E11.0 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komayla birlikte * E11.1 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, ketoasidozla birlikte * E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte

Veri Kaynağı	* E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan * E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan **İlaveten** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin * A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide **Hariç Tutulacak ICD 10 Kodları** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY tanılı hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) Albumin/Kreatinin SUT kodlarından ya da Loinc kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda**: Ölçüm yapılan ilgili veri kaynağında yer alan DM ICD 10 ana tanısı ile birlikte ATC kodlarından herhangi biri reçete edilen tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

Kardiyovasküler Hastalığı Olanlarda Proteinüri Açısından Değerlendirilme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G6.UB**
Tanım	Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde bir yıl içerisinde en az bir defa idrarda albuminüri veya proteinüri veya albumin/kreatinin veya protein/kreatinin oranı bakılan hasta oranını ifade eder.
Standart	Risk grubundaki hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) 24 saatlik idrarda albuminüri veya Proteinüri veya Albumin/Kreatinin veya Protein/Kreatinin oranı bakılan tekil hasta sayısı/ Kardiyovasküler hastalık tanılı tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 903.260 Protein kantitatif (İdrarda) * 902.210 Kreatinin spot İdrar * 902.540 Mikroalbumin 24 Saatlik İdrar **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106310 Protein/kreatinin (spot idrar) * L106320 24 saatlik idrarda protein **LOİNC kodu:** * 13986-5 Albumin/Protein.total in 24 hour Urine by Electrophoresis * 13705-9 Albumin/Creatinine [Mass Ratio] in 24 hour Urine **Payda:** * I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon * I11 Hipertansif kalp hastalığı

Veri Kaynağı

* I11.0 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte
* I11.9 Hipertansif kalp hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) olmaksızın
* I12 Hipertansif böbrek hastalığı
* I12.0 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte
* I12.9 Hipertansif böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği olmaksızın
* I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı
* I13.0 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp yetmezliği (konjestif) ile birlikte
* I13.1 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, böbrek yetmezliği ile birlikte
* I13.2 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı, kalp (konjestif) ve böbrek yetmezliği ile birlikte
* I15 Sekonder hipertansiyon
* I15.0 Renovasküler hipertansiyon
* I15.1 Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı
* I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı
* I15.8 Sekonder hipertansiyon, diğer
* I15.9 Sekonder hipertansiyon, tanımlanmamış
* I50 Kalp yetmezliği
* I50.0 Konjestif kalp yetmezliği
* I50.1 Sol ventrikül yetmezliği
* I50.9 Kalp yetmezliği, tanımlanmamış
* I25.0 Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık
* I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı
* I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları
* I25.9 Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış
* I25.4 Koroner arter anevrizması
* I70 Ateroskleroz
* I70.0 Aorta aterosklerozu
* I70.1 Renal arter aterosklerozu
* I70.8 Arterlerin diğer aterosklerozu
* I70.9 Yaygın ve tanımlanmamış ateroskleroz

	Hariç Tutulacak ICD 10 Kodları * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ % 60
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY tanılı hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) 24 saatlik idrarda albuminüri veya Proteinüri veya Albumin/Kreatinin veya Protein/Kreatinin oranı SUT kodlarından ya da Loinc kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

65 Yaş Üstü Hastaların Proteinüri Açısından Değerlendirme Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KBY.G7 UB**
Tanım	65 yaş üstü hastalarda bir yıl içerisinde 24 saatlik idrarda albumünüri veya proteinüri veya anlık idrarda Albumin/Kreatinin ya da Protein/Kreatinin oranı bakılan hasta oranını ifade eder.
Standart	65 yaş üstü hastalar kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) 24 saatlik idrarda albumünüri veya proteinüri veya anlık idrarda Albumin/Kreatinin veya Protein/Kreatinin oranı bakılan tekil hasta sayısı/ 65 yaş ve üstündeki başvuran tüm tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 903.260 Protein kantitatif (İdrarda) * 902.210 Kreatinin 24 Saatlik İdrar * 902.540 Mikroalbumin 24 Saatlik İdrar **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106310 Protein/kreatinin (spot idrar) * L106320 24 saatlik idrarda protein ya da **LOİNC kodu** * 13992-3 Albumin/Total Protein İdrarda, Elektroforez ile * 14585-4 Albumin/Creatinine [Molar ratio] in Urine **Payda:** * 65 yaş üstü tüm başvuran tekil hasta sayısı **Hariç Tutulacak ICD 10 Kodları** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer
Veri Kaynağı	* N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %60
Hedef Grup	65 yaş ve üstündeki hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY tanılı hastalar, 65 yaş altındaki hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) 24 saatlik idrarda albumünüri veya proteinüri veya anlık idrarda Albumin/Kreatinin veya Protein/Kreatinin oranı SUT kodlarından ya da Loinc kodlarından herhangi birini alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde 65 yaş ve üstündeki başvuran tüm tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

KBY Tanılı Hastalarda tGFR Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G8 UBK**
Tanım	KBY tanılı tGFR değeri< 60 mL/min/1,73 m^2 olan hastalarda 6 ay içinde tekrar tGFR bakılan hasta oranını ifade etmektedir.
Standart	Kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik hastalar değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda 6 ay içinde tekrar tGFR bakılan tekil hasta sayısı/ tGFR< 60 mL/min/1,73 m2 olan toplam tekil hasta) X100
Veri Kaynağı	**tGFR:** Serum kreatinine dayalı olarak CKD-EPI formülü ile hesaplanan Glomerüler Filtrasyon Hızını (GFR) ifade eder. **Pay:** **LOİNC kodu** * Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel **Payda:** **LOİNC kodu** * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel
Hedef Değer	≥ %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalarda ölçümden itibaren 180 gün içinde tekrar tGFR Loinc kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 15 Mart tarihinde ölçüm yapılan hastaların 19 Eylül tarihine kadar olan işlemlerinde izlenecektir. **Payda:** İlgili dönemde tGFR ölçüm değeri < 60 mL/min/1,73 m2 olan toplam tekil hasta Bu değerin elde edildiği ilk ölçüm esas alınır.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

tGFR Değeri Düşük Hastaların Nefroloji Polikliniğine Başvuru Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G9.UB**
Tanım	tGFR<45 ml/dk olan hastalardan bir yıl içerisinde nefroloji polikliniğine başvuru yapan hasta oranını ifade eder.
Standart	Kronik komplikasyonların erken evrede saptanmasına yönelik hastalar değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan 12 ay içinde nefroloji polikliniğine başvuran (muayene veya konsültasyon) tekil hasta sayısı/ Tüm ayaktan başvurular içinde tGFR <45 mL/dk/1,73 m2 olan tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**tGFR:** Serum kreatinine dayalı olarak CKD-EPI formülü ile hesaplanan Glomerüler Filtrasyon Hızını (GFR) ifade eder. **Pay:** tGFR<45 mL/dk/1,73 m^2 sonuç tarihinden sonra 12 ay içinde nefroloji polikliniğine başvuran (muayene veya konsültasyon) tekil hasta sayısı **Payda:** **LOİNC kodu** * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel **Hariç Tutulacak ICD 10 Kodları:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	KBY tanılı hastalar
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan tGFR<45 mL/dk/1,73 m^2 sonuç tarihinden sonra 365 gün içinde nefroloji polikliniğine başvuran (muayene veya konsültasyon) tekil hasta sayısı ***Nefroloji Klinik Kodu: 166*** ***Örnek:*** 15 Ocak tarihinde bakılan hastalar bir sonraki yıl 15 Ocak tarihine kadar izlenecektir **Payda**: Ölçüm yapılan ilgili dönemde tüm ayaktan başvurular içinde tGFR <45 mL/dk/1,73 m^2 olan tekil hasta sayısı Ölçüm döneminde tGFR değerinin 45 mL/dk/1,73 m^2 altında görülen ilk başvuru tarihi esas alınır.
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

DM ve KBY Tanılı Hastalarda ACE İnhibitörü ve/veya ARB Kullanım Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G10.UB**
Tanım	DM ve KBY tanılı 24 saatlik idrarda ACR>30 (Albumin/Creatinine Molar Ratio) olan hastaların içinde Angiotensin Dönüştürücü Enzyme (ACE) inhibitörü ve/veya Angiotensin Reseptör Blokerleri (ARB) kullanım oranını ifade etmektedir.
Standart	KBY hastalarının düzenli kontrolü sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ACE İnhibitörü ve/veya ARB kullanan tekil hasta sayısı/ Diabetes Mellitus ve Kronik Böbrek Yetmezliği olanlarda 24 saatlik idrarda ACR>30 olan tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** ACE veya ARB Kullanan hastalar **ACE** * C09AA01 Kaptopril * C09AA02 Enalapril * C09AA03 Lisinopril * C09AA04 Perindopril * C09AA05 Ramipril * C09AA06 Kinapril HCL * C09AA07 Benazepril * C09AA08 Silazapril * C09AA09 Fosinopril * C09AA10 Trandolapril * C09AA12 Delapril * C09AA13 Moexipril * C09AA15 Zofenopril
Veri Kaynağı	Ve/Veya **ARB** * C09BA06 quinapril and diuretics * C09BB03 lisinopril and amlodipine * C09BA07 benazepril and diuretics * C09BX02 perindopril and bisoprolol * C09BB04 perindopril and amlodipine * C09BA04 perindopril and diuretics * C09BA05 ramipril and diuretics * C09BA02 enalapril and diuretics * C09BB06 enalapril and nitrendipine * C09BA08 cilazapril and diuretics * C09BA09 fosinopril and diuretics * C09BA04 perindopril and diuretics * C09BA03 lisinopril and diuretics * C09BB10 trandolapril and verapamil * C09BX01 perindopril, amlodipine and indapamide * C09BB10 trandolapril and verapamil * C09BB02 enalapril and lercanidipine * C09BA15 zofenopril and diuretics * C09DA01 losartan and diuretics * C09DA02 eprosartan and diuretics * C09DA03 valsartan and diuretics * C09DA04 irbesartan and diuretics * C09DA06 candesartan and diuretics * C09DA07 telmisartan and diuretics * C09DA08 olmesartan medoxomil and diuretics * C09DB01 Valsartan ve Amlodipin * C09DB02 Olmesartan Medoksomil ve Amlodipin * C09DB04 Telmisartan ve Amlodipin * C09DB05 irbesartan and amlodipine

Veri Kaynağı	* E11.2 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E11.3 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, göz komplikasyonuyla birlikte * E11.4 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, nörolojik komplikasyonla birlikte * E11.5 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E11.6 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E11.7 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, birden fazla komplikasyonla birlikte * E11.8 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan * E13 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış * E13.0 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komayla birlikte * E13.1 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, ketoasidozla birlikte * E13.2 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E13.3 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, göz komplikasyonuyla birlikte * E13.4 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E13.5 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E13.6 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E13.7 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E13.8 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E13.9 Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış, komplikasyonları olmayan
Veri Kaynağı	* E14 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış * E14.0 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komayla birlikte * E14.1 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, ketoasidozla birlikte * E14.2 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, böbrek komplikasyonuyla birlikte * E14.3 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, göz komplikasyonuyla birlikte * E14.4 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, nörolojik komplikasyonla birlikte * E14.5 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte * E14.6 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte * E14.7 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonla birlikte * E14.8 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte * E14.9 Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış, komplikasyonları olmayan **Ve** **ATC ilaç kodlarından herhangi biri reçete edilen** * A10BG03 pioglitazone * A10AB01 insulin (human) * A10BB12 glimepiride * A10AB06 insulin glulisine * A10BB09 gliclazide * A10BJ01 exenatide * A10BA02 metformin * A10BB09 gliclazide * A10BG03 pioglitazone * A10BD05 metformin and pioglitazone * A10BG03 pioglitazone * A10BB09 gliclazide * A10BK01 dapagliflozin * A10BH02 vildagliptin * A10BD08 metformin and vildagliptin

	* A10AE04 insulin glargine * A10BB01 glibenclamide * A10BF01 acarbose * A10BB07 glipizide * A10BD19 linagliptin and empagliflozin * A10AB04 insulin lispro * A10AD30 combinations * A10BX03 nateglinide * A10BD07 metformin and sitagliptin * A10BH01 sitagliptin * A10BK03 empagliflozin * A10AE05 insulin detemir * A10BX02 repaglinide * A10AB05 insulin aspart * A10BH03 saxagliptin * A10BD14 metformin and repaglinide * A10AD06 insulin degludec and insulin aspart * A10BJ02 liraglutide * A10AE54 insulin glargine and lixisenatide * A10BD20 metformin and empagliflozin * A10BH05 linagliptin * A10BJ05 dulaglutide
Hedef Değer	≥ %60
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan veri kaynağında yer alan ATC kodlu ilaçları kullanan tekil hasta sayısı **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde veri kaynağında yer alan • DM ICD 10 tanı kodlarını alan ve birlikte antidiyabetik ilaç ATC kodlarından herhangi biri reçete edilenler ve • Kronik Böbrek Yetmezliği ana veya ek tanı olarak alan ve bunlarla birlikte • 24 saatlik idrarda ACR>30 olan (ilgili dönemde herhangi bir ACR değeri 30'un üzerinde ölçülen) tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	6 aylık, yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi

KBY Tanılı Hastalarda Potasyum Düzeyi Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KBY.G11.UBK**
Tanım	KBY tanılı hastaların son bir yıl içerisinde potasyum düzeyine bakılma oranını ifade etmektedir.
Standart	KBY hastalarının düzenli kontrolü sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) serumda potasyum bakılan tekil hasta sayısı/ Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı ile başvuran tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 903.130 Potasyum **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L106150 Potasyum (Serum/Plazma) * L106160 Potasyum (Kan) **Payda:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) serumda potasyum SUT kodunu alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Kronik Böbrek Yetmezliği ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

KBY Tanılı Hastalarda Kalsiyum ve Fosfor Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G12.UBK**
Tanım	KBY tanılı hastaların son bir yıl içerisinde kalsiyum ve fosfor düzeyine bakılan hasta oranını ifade etmektedir
Standart	KBY hastalarının düzenli kontrolü sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) kalsiyum ve fosfor bakılan tekil hasta sayısı/ Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı ile başvuran tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.910 Kalsiyum (Ca) * 901.260 Fosfor (P) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L102510 Fosfor (Serum/Plazma) * L103860 Kalsiyum (Serum/Plazma) **Payda:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış **LOİNC kodu**: * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) kalsiyum ve fosfor SUT kodlarını alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Kronik Böbrek Yetmezliği ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

KBY Tanılı Hastalarda Parathormon Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KBY.G13.UBK**
Tanım	KBY tanılı hastaların son bir yıl içerisinde parathormon düzeyine bakılma oranını ifade etmektedir
Standart	KBY hastalarının düzenli kontrolü sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) parathormon bakılan tekil hasta sayısı/ Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı ile başvuran tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 902.980 Parathormon (PTH) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L105960 Parathormon (PTH) (Serum/Plazma) **Payda:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %80
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	

Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) parathormon SUT kodlarını alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Kronik Böbrek Yetmezliği ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini ana tanı olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

KBY Tanılı Hastalarda Bikarbonat Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KBY.G14.UBK**
Tanım	KBY tanılı hastaların son bir yıl içerisinde bikarbonat düzeyine bakılma oranını ifade etmektedir
Standart	KBY hastalarının düzenli kontrolü sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) Bikarbonat bakılan tekil hasta sayısı/ Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı ile başvuran tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 900681 Bikarbonat **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L101670 Bikarbonat (Serum) * L101680 Bikarbonat (Kan) **Payda:** **LOİNC kodu:** * 45066-08 Creatinine and Glomerular filtration rate.predicted panel * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %60
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) Bikarbonat SUT kodlarını alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Kronik Böbrek Yetmezlik ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

KBY Tanılı Hastalarda Hemoglobin Bakılma Oranı

Klinik Kalite

Gösterge Kodu	**KB.G15.UBK**
Tanım	KBY tanılı hastalarda yılda en az bir kez hemoglobin düzeyine bakılma oranını ifade etmektedir.
Standart	KBY hastalarının düzenli kontrolü sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) hemoglobin bakılan tekil hasta sayısı/ Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı olan tekil hasta sayısı) X100
Veri Kaynağı	**Pay:** * 901.620 Tam Kan (Hemogram) **03 Mart 2020'de yayınlanan SUT kodları:** * L107020 Tam Kan Sayımı (Hemogram) **Payda:** * N18 Kronik böbrek yetmezliği * N18.0 Son dönem böbrek hastalığı * N18.8 Kronik böbrek yetmezlikleri, diğer * N18.9 Kronik böbrek yetmezliği, tanımlanmamış * N19 Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış
Hedef Değer	≥ %90
Hedef Grup	18 yaş ve üstü hastalar
Hariç Tutulacaklar	
Teknik Notlar	**Pay:** Paydadaki hastalardan ilgili ölçüm döneminde (yılında) Hemoglobin SUT kodlarını alan tekil hasta sayısı ***Örnek:*** 2020 yılı içinde başvuran hasta o yıl içinde tGFR LOİNC kodunu alma açısından taranır. **Payda:** Ölçüm yapılan ilgili dönemde Kronik Böbrek Yetmezliği ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini **ana tanı** olarak alan tekil hasta sayısı
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	SHGM SKAÇHDB, İl Klinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

İletişim
T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cadde No: 9 Kat: 5 PK: 06800 Çankaya/ANKARA
Tel: 0312 585 2581

kalite.saglik.gov.tr
shgm.kalite@saglik.gov.tr
shgm.klinikkalite.saglik.gov.tr
shgm.klinikkalite@saglik.gov.tr