



T.C. Sağlık Bakanlığı



Klinik Kalite

## KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

# KORONER KALP HASTALIĞI



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

---

**İletişim**  
T. C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı  
Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı  
6001. Cadde No: 9 Kat: 5 PK: 06800 Çankaya/ANKARA  
Tel: 0312 458 50 02  
web: [www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr)  
[www.klinikkalite.saglik.gov.tr](http://www.klinikkalite.saglik.gov.tr)

---

### **Editör**

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

Doç . Dr. Mehmet GÜNDÜZ

### **Hazırlayanlar**

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Uzm. Dr. Nazan AVŞAR

Uzm. Dr. Nasibe ŞENCAN KARA

Uzm. Dr. Hilal AKSOY

Uzm. Dr. Dt. Gül ATEŞ

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Hem. Çiğdem GÜNAY

Ecz.Ercan KOCA

Psk. Öznur ÖZEN

Uzm. Çağlayan SARIOĞLAN

Sağ. Uzm. Yard. Gül HAKBİLEN

Sağ. Uzm. Yard. Ayşe AYKANAT

Sağ. Uzm. Yard. Şerife ENGELOĞLU

Hem. Nagehan AYAR

### **Bilimsel Komisyon**

Prof. Dr. Engin BOZKURT

Prof. Dr. Erol ŞENER

Doç. Dr. Emrah UĞUZ

Doç. Dr. Hüseyin AYHAN

Doç. Dr. Serkan ÇAY

Doç. Dr. Ümit KERVAN

Uzm. Dr. Deniz ŞAHİN

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	4
KISALTMALAR .....	5
TANIMLAR .....	6
I. BÖLÜM .....	7
TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI .....	7
1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
II. BÖLÜM .....	10
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ .....	10
2.1. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
2.2. Kalite İyileştirme Faaliyetleri .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
III. BÖLÜM .....	14
KORONER KALP HASTALIĞI .....	14
3.1. Koroner Kalp Hastalığı ve Önemi .....	15
3.2. Klinik Kalite Programında Koroner Kalp Hastalığı ile ilgili Hedefler .....	15
3.3. Koroner Kalp Hastalığı Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri .....	15
IV. BÖLÜM .....	17
KORONER KALP HASTALIĞI GÖSTERGE KARTLARI .....	17

## ÖNSÖZ

2003 yılında uygulanmaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın temel hedeflerinden biri, ülkemiz insanlarına yaygın, erişimi kolay, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sunmaktır. Bu hedef doğrultusunda 2005 yılında başlatılan sağlıkta kalite çalışmaları bugün geldiği nokta itibarıyla, ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır. Bu kapsamda öncelikle kalite çalışmalarının temel taşları olan standartlar, kalite göstergeleri ve kalite değerlendirilmelerine ilişkin süreçler oluşturulmuş ve başarı ile uygulanmıştır. Sonrasında, ölçme ve değerlendirme sistemi geliştirilerek, tıbbi süreçleri ve hastadan elde edilen sonuçları detaylı şekilde ölçme ve izleme hedefine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Bu amaçla 2012 yılında, ülke öncelikleri ve sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri göz önünde tutularak, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç odaklı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen “Türkiye Klinik Kalite Programı” başlatılmıştır.

Bu program, sağlık politikalarının geliştirilmesi, özellikle sağlık sorunları ve hastalıklar bazında yapılan faaliyetlerin sonuçlarının izlenmesi ve hesap verilebilirlik noktasında oldukça önemli olan ölçme, izleme ve değerlendirme kültürünün ulusal düzeyde geliştirilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Özetle, sağlık olgularına yönelik klinik kalite çalışmaları, temelde sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesini ve dolayısıyla ülkenin tamamında yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti sunulmasını hedeflemektedir. Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla, verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması için ölçme ve değerlendirme sisteminin etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

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

Prof. Dr. Ahmet TEKİN  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

## KISALTMALAR

**K3DS** :Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

**SUT** :Sağlık Uygulama Tebliđi

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

**KKH** :Koroner Kalp Hastalığı

**LDL** :Low Density Lipoprotein (Düşük Yođunluklu Lipoprotein)

**AMİ** :Akut Miyokart Enfarktüsü

**HBYS** :Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

**USS** :Ulusal Sağlık Sistemi

## TANIMLAR

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

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

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

**Gösterge Kartı:** Her bir göstergenin amacını, hesaplama yöntemini ve hesaplamada kullanılacak olan veri kaynağı gibi bilgileri içeren formdur.

**Gösterge Hesaplama Yöntemi:** Gösterge ile ilgili verilerden, göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla Bakanlık tarafından oluşturulmuş formüldür.

**Veri Kaynağı:** Sağlık kuruluşunda hastaya ait olan demografik ve tıbbi bilgilerin toplandığı ve kaydedildiği elektronik ortamdır.

**Ulusal Hedef:** Gösterge bazında ulaşılması gereken hedeftir.

**Kurumsal Hedef:** Ulusal hedefi yakalamak için gerektiğinde Bakanlıkça belirlenen kuruluşa ait ara hedeftir.

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

## I. BÖLÜM

# TÜRKİYE KLİNİK KALİTE PROGRAMI



## 1. Türkiye Klinik Kalite Programı

### 1.1. Türkiye Klinik Kalite Programı Süreci

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

2012 yılında başlatılan, hastalık yükü fazla olan sağlık olgularının süreç ve sonuç odaklı göstergeler ile izlenmesini hedefleyen Türkiye Klinik Kalite Programına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Temel hedef, izlenen sağlık olgusu konusunda, hasta güvenliği ve memnuniyetinin sağlanması ile en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır. İzlenecek olan sağlık olguları belirlenirken, ülke öncelikleri, sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri ve hastalık yükü dikkate alınmaktadır. Çalışmalar kapsamında öncelikle sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Standartlar, sağlık olgusu ile ilgili kanıt dayalı tıp rehberleri esas alınarak uzman çalışma grupları tarafından belirlenmektedir. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır.

Ölçülecek göstergeler belirlenirken;

- Sayısallaştırılabilen
- Verisi, bilgi sistemleri veri tabanlarından elde edilebilen
- Kanıt dayalı tıp uygulamaları ile uyumlu
- Sağlık olgusu bazında tüm göstergeler birlikte değerlendirildiğinde verilen sağlık hizmetinin etkinliği hakkında bilgi sağlayan
- Sağlık olgusuna yönelik verilen sağlık hizmetinin sonuçlarının ölçümüne ve değerlendirilmesine olanak sağlayan nitelikte olması dikkate alınmaktadır.

Bir sonraki aşamada ise, kurumlar tarafından gönderilen veriler K3DS'de analiz edilip raporlanmaktadır. Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar üzerinden gerçekleştirilen analizler, ilgili sağlık olgusuna yönelik iyileştirilmesi gereken alanları tespit etmemizi ve gerekli çalışmaları planlamamızı ve uygulamamızı sağlamaktadır.

### 1.2. Program Kapsamında Takip Edilen Sağlık Olguları

Program kapsamında ilk etapta belirlenen on bir (11) sağlık olgusu aşağıdadır. Sürecin ilerleyen aşamalarında yeni sağlık olguları ve gösterge belirleme çalışmaları devam edecektir.

1. Diabetes Mellitus
2. Diz Protezi
3. Kalça Protezi
4. İnme
5. Koroner Kalp Hastalığı
6. Gebelik Süreci ve Doğum
7. Kolorektal Kanser
8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
9. Katarakt Cerrahisi
10. Prostat Kanseri
11. Diş İmplantı

### 1.3. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergelerin Belirlenmesi

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

- Sağlık olgusuna yönelik **hasta bakım yolunun** incelenmesi
- Sağlık olgusuna yönelik **kanıta dayalı tıp rehberinin** oluşturulması
- Sağlık olgusuna yönelik kullanılan tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin **temel kalite standartlarının** belirlenmesi
- Belirlenen standartların izlenmesine yönelik **göstergelerin** oluşturulması
- Gösterge **hesaplama yönteminin** belirlenmesi
- Göstergelerin hesaplanmasında kullanılacak **veri kaynaklarının** (ICD 10 kodları, SUT kodları, muayene veri setleri, hasta dosyaları gibi) belirlenmesi

#### Göstergelerin ve Standartların Kodlanması

- Sağlık olguları için belirlenen kısaltmalar:
  - **DM:** Diabetes Mellitus
  - **KK:** Koroner Kalp Hastalığı
  - **DP:** Diz Protezi
  - **KP:** Kalça Protezi
  - **GD:** Gebelik ve Doğum Süreci
  - **İN:** İnme
  - **KH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
  - **KA:** Katarakt Cerrahisi
  - **KR:** Kolorektal Kanseri
  - **PR:** Prostat Kanseri
  - **Dİ:** Diş İmplantı
- Standartların kodlanması: Sağlık olgusunun kısaltması ve standart kelimesinin ilk harfi olan **S** ile standardın ilgili sıra numarası kullanılır. Örneğin **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.

## II. BÖLÜM

### KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ

## 2. Klinik Kalite İyileştirme Süreçleri

### 2.1 Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

İlgili sağlık olgusu alanında hizmet veren sağlık kuruluşlarında “Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi” çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek, koordine etmek, iyileştirmeye ilişkin kararları almak ve uygulamasını 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 Rehberleri” doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlamak
- b) Sağlık olgusu bazında izlenen tüm klinik kalite göstergeleri ile ilgili veri kalitesini değerlendirmek, veri kalitesi ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri belirlemek ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak
- c) Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Bakanlık tarafından gönderilen geri bildirim raporlarını K3DS ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) nden elde edilen sonuçları karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapmak
- d) Gösterge bazında hedeflere ulaşma düzeyini değerlendirmek, hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetleri planlamak
- e) Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak
- f) 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

### 2.2 Kalite İyileştirme Faaliyetleri

Kalite iyileştirme faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilecek olan gösterge izlemi çalışmalarında adım adım yerine getirilmesi gereken basamaklar aşağıda belirtilmiştir:

- 1) Göstergelerin izlemi ile ilgili sorumluların belirlenmesi
- 2) Doğru tanı ve işlem kod verilerinin sağlanmasına yönelik alt yapının oluşturulması
- 3) İlgili personelin eğitilmesi
- 4) Sonuçların analizi ve yorumlanması (belirlenen aralıklarda)
- 5) İyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi(açıklama yazılacak)
- 6) Hedeften sapan gösterge sonuçlarının tespit edilmesi
- 7) Hedefe ulaşmaya yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması

8) Gösterge izlem sürecinin gözden geçirilmesi. (Her analiz döneminde tüm basamaklar tekrar gözden geçirilir ve gerekli değişiklikler yapılır.)

### **1) Göstergelerin izlemi ile ilgili sorumluların belirlenmesi**

Klinik kalite iyileştirme komitesi sorumluları, ilgili göstergeye ait doğru verilerin sağlanması, yanlış ve eksik verilerin düzeltilmesi, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Sorumlular, o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personel arasından seçilebilir. Sorumluların sürece hakim, nitelikli çalışanlar arasından seçilmesi uygun olacaktır. Gösterge yönetiminde başarı için sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir.

### **2) Hedef değerlerin belirlenmesi**

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarında ortaya konulan hedefler kurumun kalite yolculuğunun rotasını belirleyecektir. Bu rotada alınacak kararlar veriye dayalı olmalıdır.

Ulusal hedefler, Klinik Kalite Çalışma Grubu içerisinde bulunan uzman ve akademisyenler tarafından belirlenmiştir. Her kurumun ulusal hedefe ulaşmak için ayrıca kurumsal hedefler belirlemesi mümkündür. Kurum her iyileştirme sürecinden sonra hedefini yükseltebilir.

### **3) Doğru tanı ve işlem kod verilerinin sağlanmasına yönelik alt yapının oluşturulması**

Kuruluş verileri ile K3DS raporları karşılaştırılarak kuruluş verilerinin doğruluğu ve kalitesi ile ilgili analiz yapılmalıdır. Yanlış ve eksik olduğu düşünülen gösterge verilerinin hata nedenleri araştırılarak çözüm üretilmelidir. Verilerin analizi ve iyileştirme çalışmaları kurumun oluşturduğu bir sistemde belli periyotlarda yapılmalıdır.

### **4) İlgili personelin eğitilmesi**

Veri oluşumu ve kalite iyileştirme süreçlerinde görev alacak ilgili tüm personele eğitim verilmelidir. Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, tespit edilen uygunsuzluklar ve çözüm önerileri ile dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

### **5) İyileştirmeye yönelik kurumsal ara hedeflerin belirlenmesi**

Her kurum ulusal hedefe ulaşmak için ayrıca kurumsal ara hedefler belirleyebilir.

### **6) Sonuçların analizi ve yorumlanması**

Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için kuruluşun göstergeye ilişkin sonuç değeri, hedef değer ile karşılaştırılır. Ayrıca;

- Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri, benzer kurumlar ve ülke genelindeki değerlere göre nerede yer aldığı
- Varsa, ilgili klinikte çalışan personel sayısı ve niteliğinde değişiklikler
- Varsa, sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler

gibi ek bilgiler de gerektiğinde kullanılmalıdır.

## 7) Gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması

Hedef değere ulaşılamaması durumunda nedenler araştırılır, kök neden analizi yapıp kayıt altına alınır. Ulaşılan hedef değer in sürdürülebilirliğinin sağlanması, sonucun korunması ya da daha da iyileştirilmesi için gerekli faaliyetler planlanır.

Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir:

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

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

### Örnek İyileştirme Çalışması

#### Sorunun tespiti:

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

#### Sorunun nedeninin tespiti:

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

#### Çözüm planlanması:

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

#### İyileştirme faaliyeti sonuçlarının raporlanması ve paylaşılması:

İyileştirme faaliyetleri sonucu elde edilen raporlar, ilgili tüm personel ile paylaşılmalıdır. Bu durum iyileşmenin personel tarafından da izlenmesi ve uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir.

## III. BÖLÜM

### KORONER KALP HASTALIĞI

### 3. Koroner Kalp Hastalığı

#### 3.1. Koroner Kalp Hastalığı ve Önemi

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

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

#### 3.2. Klinik Kalite Programında Koroner Kalp Hastalığı ile ilgili Hedefler

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

#### 3.3 Koroner Kalp Hastalığı Klinik Kalite Standart ve Göstergeleri

KKH sağlık olgusu için toplam iki standart ve 13 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından hastalıkların takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Her bir gösterge için ayrı ayrı ICD-10 ve SUT kodları mevcut olup farklı hesaplama formülleri bulunmaktadır. Ayrıca SUT ve ICD-10 kodu bulunmayan, hasta dosyalarından ya da muayene setlerinin içinden direkt alınabilen göstergeler de mevcuttur.

Hazırlanan standartlar ve göstergeler aşağıda sıralanmıştır:

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

#### **KK.S1 Göstergeleri:**

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

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

**KK.G3** KKH tanılı hastalarda tütün kullanma oranı



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

**KK.S2 Göstergeleri:**

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

## IV. BÖLÜM

### KORONER KALP HASTALIĞI GÖSTERGE KARTLARI



T.C. Sağlık Bakanlığı

## İlk Kez KKH Tanısı Almış Hastalarda LDL Ölçümü Yapılan Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G1</b>
Kısa Tanım	Koroner kalp hastalığı tanısı alan hastalarda, tanı aldıktan sonra ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan hastaların oranını ifade etmektedir. KKH'de LDL düzeyinin düşük seviyelerde bulunması, risklerin kontrol altında tutulması açısından önemlidir.
Standart	Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde;  (İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan tekil hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan tekil hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Test SUT Kodu:</b> 902290  <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≥%95
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan KKH Tanılı Hasta Oranı



Klinik Kalite

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



T.C. Sağlık Bakanlığı

## KKH Tanılı Hastalarda Tütün Kullanma Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G3</b>
Kısa Tanım	KKH tanısı alan hastalar içinde tütün kullanan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastalığı tanısı alan kişiler yaşam tarzı değişikliği konusunda teşvik edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tütün kullanan KKH tanısı almış hasta sayısı /KKH tanısı almış hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> Veri setinde tütün kullanımı işaretlenmiş hastalar <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≤ %5
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan KKH Tanılı Hasta Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu

**KK.G4**

Kısa Tanım

Koroner anjiyografiden bir ay öncesine kadar noninvaziv test uygulanmış hastaların KKH tanısı konulmuş ve koroner anjiyografi yapılmış hastalar içindeki oranını ifade etmektedir. KKH tanısı alan kişilerde koroner anjiyografi öncesi uygun noninvaziv tanı testleri yapılmalıdır.

Standart

Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.

Hesaplama  
Yöntemi

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

**Noninvaziv Test SUT Kodları:**  
700530, 800800, 800830, 700620, 803880,803870,803970  
  
**Koroner Anjiyografi SUT Kodları:**  
700810, 700820, 700840  
  
**KKH ICD 10 Kodları:**  
I25.0, I25.1, I25.8, I25.9

Hedef Değer

≥%50

Veri Analiz  
Periyodu

Yıllık

Sorumlular

Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyografi Yapılma Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G5</b>
Kısa Tanım	İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra 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	<b>Koroner Anjiyografi SUT Kodları:</b> 700810, 700820, 700840 <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≥%50
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

## İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyoplasti Yapılma Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G6</b>
Kısa Tanım	İlk kez KKH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjiyoplasti 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 bir ay içerisinde koroner anjiyoplasti yapılan hasta sayısı / İlk kez KKH tanısı alan hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Koroner Anjiyoplasti SUT Kodları:</b> 700880, 700910, 70092 <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≥%35
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır.





T.C. Sağlık Bakanlığı

## Koroner Anjiyografi Yapılan KKH Tanılı Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G7</b>
Kısa 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	<b>KKH'da medikal tedavi için kullanılan ATC kodları</b> 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  <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> 700810, 700820, 700840
Hedef Değer	≥%90
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

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



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G8</b>
Kısa 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	<b>By-pass cerrahisi SUT kodları:</b> 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≤%1
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır. Göstergenin hesaplandığı dönemde ilk kez KKH tanısı alan hastalar paydaya dahil edilecektir.



T.C. Sağlık Bakanlığı

## KKH Tanılı Hastalarda Koroner Reanjiyografi Uygulama Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G9</b>
Kısa Tanım	Koroner anjiyografi sonrası 9 ay içinde tekrar anjiyografi yapılan hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde;  (Paydada yer alan hastalarda, anjiyografiden sonra 9 ay içerisinde tekrar koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı / Koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Koroner Anjiyografi SUT Kodları:</b> 700810, 700820, 700840  <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> 700810, 700820, 700840
Hedef Değer	$\leq\% 1$
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu



T.C. Sağlık Bakanlığı

## İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Akut Miyokart Enfarktüsü Görülme Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G10</b>
Kısa 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 aldığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>AMİ ICD 10 Kodları</b> I.20, I20.8, I20.9, I21, I21.0 I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≤%1
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Veri analiz döneminden önceki dönemlerde KKH tanısı almış hastalar hariç tutulacaktır. Göstergenin hesaplandığı dönemde ilk kez KKH tanısı alan hastalar paydaya dâhil edilecektir.



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Akut Miyokart Enfarktüsü Mortalite Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G11</b>
Kısa Tanım	AMİ tanısı alan hastalarda bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, tanı sonrası bir ay içinde ölen hasta sayısı / AMİ tanısı alan toplam hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> Tanı sonrası bir ay içinde ölen hastalarla ilgili veri Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)'nden alınacaktır. <b>AMİ ICD 10 Kodları</b> I.20, I20.8, I20.9, I21, I21.0 I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
Hedef Değer	≤%5
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Hastanın ilgili dönemdeki son başvurusu paydaya dâhil edilir. Hastane içi ya da hastane dışı tüm ölümler paya dâhil edilir.



T.C. Sağlık Bakanlığı

## By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı



Klinik Kalite

Gösterge Kodu	<b>KK.G12</b>
Kısa Tanım	By-Pass cerrahisi geçiren hastalarda cerrahi sonrası bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
Standart	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, cerrahiden sonra bir ay içerisinde ölen hasta sayısı / By-Pass cerrahisi geçirmiş KKH tanılı hasta sayısı) X 100
Veri Kaynağı	<b>Pay:</b> By-pass cerrahisi sonrası bir ay içinde ölen hastalarla ilgili veri Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)'nden alınacaktır. <b>By-Pass Cerrahisi SUT Kodları:</b> 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
Hedef Değer	≤% 1
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
Teknik Notlar	Hastane içi ya da hastane dışı tüm ölümler paya dâhil edilir.



T.C. Sağlık Bakanlığı

## By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı



Klinik Kalite

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