



KLİNİK KALİTE UYGULAMA VE VERİ KALİTESİ İYİLEŞTİRME REHBERİ

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
Nisan 2019

Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi
2019 Versiyon 1.2

© Yazarlar –Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Bu kitabın her t¼rl¼ yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼'ne aittir. Genel M¼d¼rl¼đ¼n yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın t¼m¼ veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı
6001. Cadde No: 9 Kat: 5 PK: 06800 ankaya/ANKARA
Tel: 0312 458 50 02
web: www.kalite.saglik.gov.tr
www.klinikkalite.saglik.gov.tr
e-posta: klinikkalite@saglik.gov.tr

ÖNSÖZ

2003 yılında uygulanmaya başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın temel hedeflerinden biri, ülkemiz insanlarına erişimi kolay, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sağlamaktır. Bu hedef doğrultusunda 2005 yılında Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi’ne yönelik çalışmalar başlatılmış ve öncelikle kalite çalışmalarının temel taşları olan kalite standartları ve kalite değerlendirmelerine ilişkin süreçler oluşturulmuştur. Uluslararası düzeyde kabul edilebilir nitelikte kurallar çerçevesinde kurgulanan sistem bugün gelinen nokta itibariyle tüm sağlık kuruluşlarında başarıyla uygulanmaya devam etmektedir.

2012 yılında ise tıbbi süreçleri ve klinik sonuçları detaylı şekilde ölçmek ve izlemek hedefine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Klinik kalite ölçme ve değerlendirme sistemi ile ilgili bu çalışmalar, ülke öncelikleri ve insanımızın yaşam kalitesine etkileri göz önünde tutularak belirlenen çeşitli sağlık olguları üzerinde sürdürülmektedir. Bu kapsamda öncelikle, belirlenen sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar tanımlanmaktadır. Daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler belirlenmektedir. Göstergeler ile ilgili elde edilen veriler vasıtasıyla, ülke genelindeki sağlık kuruluşlarında ve Bakanlık düzeyinde klinik kalitenin sürekli izlenmesi ve analiz edilmesi mümkün olacaktır. Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar üzerinden gerçekleştirilen analizler, ilgili sağlık olgusuna yönelik iyileştirilmesi gereken alanları tespit etmemizi, gerekli çalışmaları planlamamızı ve uygulamamızı sağlayacaktır.

Özetlediğimiz algoritmayı içeren klinik kalite çalışmaları, temelde, sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesini, dolayısı ile ülkenin tamamında aynı kalitede sağlık bakım hizmeti sunulmasını hedeflemektedir. Sistemden doğru verilerin elde edilmesi, analizlerin doğru yapılması ve iyileştirmeye açık alanların doğru şekilde belirlenmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi’nde klinik kalite kurumsal yapısının oluşturulmasına, veri doğrulama ve veri kalitesinin iyileştirilmesine yönelik gerçekleştirilen çalışmalara ışık tutmak amacıyla hazırlanan bu rehberin kalitenin iyileştirilmesine beklenen katkıyı sağlamasını umuyor, ülkemiz sağlık hizmetleri adına hayırlı olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

İçindekiler

KISALTMALAR	5
TANIMLAR	6
I. TÜRKİYE KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME SİSTEMİ	8
I.1. Kurumsal Yapı	9
I.2. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergeler	11
I.3. Veri kaynağı ve Klinik Kalite Karar Destek Sistemi.....	12
II. KLİNİK KALİTE UYGULAMALARINDA VERİ KALİTESİNİN DOĞRULANMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ	16
II.1. Veri Kalitesi.....	16
II.2. Veri Kalitesinin Doğrulanması	17
II.3. Veri Kalitesini İyileştirme	18
III. VERİ KALİTESİ İLE İLGİLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	20
III.1. Genel Sorunlar ve Çözümler	20
III.2. Gösterge Bazında Saptanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri	21
III.2.1. Diabetes Mellitus.....	21
III.2. 2. İnme.....	22
III.2. 3. Koroner Kalp Hastalığı (KKH)	23
III.2.4. Katarakt Cerrahisi	24
III.2.5. Kolorektal Kanser	24
III.2.6. Diz ve Kalça Protezi.....	25
III.2.7. KOAH	26
III.2.8. Gebelik Süreci ve Doğum.....	27
III.3. KDS, SBYS ve gün sonu Raporlarından kaynaklanan sorunlar ve çözüm yolları	28

KISALTMALAR

BKİ	: Beden K¼tle İndeksi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DM	: Diabetes Mellitus
BYS	: Bilgi Y¼netim Sistemi
SBYS	: Sağlık Bilgi Y¼netim Sistemi
ICD-10	: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırma)-10
KDS	: Karar Destek Sistemi
K3DS	: Klinik Kalite Karar Destek Sistemi
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
LOINC	: Logical Observation Identifiers Names and Codes (Mantıksal G¼zlem Tanımlayıcıları İsimleri ve Kodları)
LDL	: Low Density Lipoprotein (D¼ř¼k Dansiteli Lipoprotein)
MR	: Manyetik Rezonans Cihazı
SGK	: Sosyal G¼venlik Kurumu
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼
SKRS	: Sağlık Kodlama Referans Sunucusu
SUT	: Sağlıkta Uygulama Tebliği
SYS	: Sağlık Y¼netim Sistemi
USS	: Ulusal Sağlık Sistemi

TANIMLAR

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

Sağlık Olgusu: Bakanlık tarafından, teşhis, tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla, hastalık yükü, ölçülebilirlik ve süreçlere müdahale ile iyileştirmeye açık olma özellikleri dikkate alınarak belirlenen sağlık durumlarıdır.

Dönemsel Raporlar: Verilen sağlık hizmetine ilişkin kanıta dayalı klinik kalite gösterge verilerinin, Karar Destek Sisteminde (KDS) analiz edilerek 3'er aylık ve yıllık olarak oluşturulan ve sağlık kuruluşunun klinik kalite başarı düzeyini gösteren raporlardır.

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 yılda dört dönem halinde dönemsel raporlarda yayınlanan puandır.

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

İl Kalite Koordinatörlüğü: İl genelindeki sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen kalite çalışmalarını koordine etmek, izlemek, değerlendirmek ve raporlamak amacıyla doğrudan il sağlık müdürüne bağlı olarak oluşturulan birimi ifade eder.

İl Klinik Kalite Birimi: İl kalite koordinatörlüğü bünyesinde kurulan, ildeki klinik kalite çalışmalarının koordinasyonu ve denetlenmesinden sorumlu birimdir.

Klinik Kalite Komisyonu: "Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi" çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere bünyesinde birden fazla sağlık kuruluşu bulunduran kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarında oluşturulan yapıyı ifade eder.

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.

Kalite Direktörlüğü: Sağlık kuruluşlarında, sağlıkta kalite standartları, kalite göstergeleri ile klinik kalite sağlık olguları ve klinik göstergeler çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere oluşturulan birimdir.

I. BÖLÜM

TÜRKİYE KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME SİSTEMİ



I. TÜRKİYE KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME SİSTEMİ

Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi, Bakanlığımız tarafından belirlenen sağlık olguları ile ilgili tıbbi süreçler ve sağlık olgusu bazında elde edilen klinik sonuçların kurumsal ve ulusal düzeyde izlenmesi, analiz edilmesi ve iyileştirilmesini amaçlamaktadır.

Bu doğrultuda gerçekleştirilen çalışmaların temelini oluşturan yapı taşları aşağıda tanımlanmıştır:

- Kurumsal Yapı
- Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergeler
- Klinik Kalite Karar Destek Sistemi (K3DS)
- Geri Bildirim Raporları

Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi ile ilgili süreçler Şekil 1’de tanımlanmıştır.

Şekil 1: Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi ile İlgili Süreçler



I.1. Kurumsal Yapı

Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi'nin kurumsal yapısı, Bakanlık merkez teşkilatından sağlık kuruluşlarında ilgili tüm çalışanlara kadar hizmetin tüm paydaşlarını kapsayacak şekilde kurgulanmıştır. Sisteme ilişkin faaliyetler, Bakanlığımız Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

İl Klinik Kalite Birimi

İl kalite koordinatörlüğü bünyesinde klinik kalite birimi oluşturulur. İl klinik kalite birimi, ildeki klinik kalite çalışmalarının koordinasyonu ve denetlenmesinden sorumludur.

İl Klinik Kalite Biriminin Görevleri:

- a) Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatları sağlık kuruluşlarına iletmek, bu talimatlar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamaları izlemek
- b) Klinik kalite komisyonu bulunan kuruluşlar için komisyon üyeleri ile, diğer sağlık kuruluşları için kalite direktörleri ile düzenli aralıklarla (en az 6 ayda bir) toplantı yaparak klinik kalite faaliyetlerini gözden geçirmek, uygulamalara yönelik rehberlik yapmak ve iyi uygulama örneklerinin paylaşılmasını sağlamak
- c) İl düzeyinde klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesini koordine etmek
- d) Kuruluşlarda klinik kaliteyle ilgili veri kalitesini artırmaya yönelik faaliyetleri değerlendirmek, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair çalışmaları izlemek
- e) Klinik kalite verilerinin izlenmesi ve doğrulanmasına yönelik kuruluşlarda yerinde incelemeler yapmak
- f) İldeki sağlık kuruluşlarının klinik kalite çalışmalarını izlemek ve üç ayda bir il sağlık müdürlüğüne raporlamak
- g) Sağlık kuruluşlarının klinik kalite geri bildirim raporlarını değerlendirmek, klinik kalitenin iyileştirilmesine dair faaliyetleri izlemek ve her yıl 15 Şubat-15 Mayıs tarihleri arasında bir önceki yıla ait il düzeyinde değerlendirme sonuçlarına göre oluşturulan iyileştirme faaliyet planlarını Bakanlığa rapor halinde iletmek
- h) Yıllık klinik kalite il raporlarının dışında il düzeyinde tespit edilen klinik kaliteye ilişkin sorunları ve çözüm önerilerini Bakanlığa bildirmek.

Klinik Kalite Komisyonu

“Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi” çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere bünyesinde birden fazla sağlık kuruluşu bulunduran üniversite ve özel sağlık kuruluşlarında kurulması gereken yapıdır.

Klinik Kalite Komisyonunun Görevleri:

- a) Bünyesindeki sağlık kuruluşlarının klinik kalite çalışmalarını izlemek, sonuçları ilgili birim amirine raporlamak
- b) Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlık ve il kalite koordinatörlüğü tarafından verilen talimatların sağlık kuruluşlarında uygulanmasını sağlamak, bu talimatlar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamaları izlemek
- c) İl sağlık müdürlüğü tarafından düzenlenen klinik kalite toplantılarına iştirak etmek

- d) Sağlık kuruluşu düzeyinde klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesini koordine etmek
- e) Bünyesinde bulunan sağlık kuruluşlarında, klinik kalite veri kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlerini değerlendirmek, veri kalitesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmaları izlemek
- f) Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarının, klinik kalite geri bildirim raporlarını değerlendirmek, klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik faaliyetleri izlemek
- g) Bünyesindeki sağlık kuruluşlarında karşılaşılan klinik kaliteye ilişkin sorunları ve çözüm önerilerini ilgili birim amiri ve il kalite koordinatörlüğüne raporlamak

Kalite Direktörlüğü

Sağlık kuruluşlarında bulunan kalite direktörlükleri, ilgili mevzuatta yer alan görevlerin yanı sıra aşağıdaki görevleri de yürütür.

Kalite Direktörlüğünün Klinik Kaliteye İlişkin Görevleri:

- a) Klinik kalite iyileştirme komitesinin sekretaryasını yürütmek
- b) Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatlar doğrultusunda uygulamaların kuruluşta gerçekleştirilmesini sağlamak
- c) Sağlık kuruluşu düzeyinde, klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesini koordine etmek
- d) USS veri sorumlusu ile koordineli olarak, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair süreçleri takip etmek
- e) Kuruluşta karşılaşılan klinik kaliteye ilişkin sorunları ve bu sorunlara yönelik düzeltici önleyici faaliyet planlarını üst yönetime ve il kalite koordinatörlüğü ile klinik kalite birimine raporlamak
- f) Uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesini koordine etmek

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.

Komitee 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 Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) 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) Kurulusta 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 ile klinik kalite birimine sunulmasını sağlamak

Şekil 2: Klinik Kalite Kurumsal Yapılanması



I.2. Sağlık Olgularına Yönelik Standart ve Göstergeler

Klinik kalite kapsamında ele alınacak ve izlenecek sağlık olguları belirlenirken sağlık sorununun bireye ve topluma etkisi, hastalık yükü ve ölçülebilirliği açısından ele alınmaktadır.

Her sağlık olgusu için ilgili uzman ve akademisyenlerden oluşan klinik kalite çalışma grupları oluşturulur. Söz konusu gruplarla belirli aralıklarla toplantılar yapılarak sağlık olgularına ait standart ve göstergeler belirlenir ve gerektiğinde güncellemeler yapılır.

Bu çerçevede belirlenen ilk 11 sağlık olgusu aşağıdadır;

- Diabetes Mellitus
- Diz Protezi
- Kalça Protezi
- İnme

- Koroner Kalp Hastalığı (KKH)
- Gebelik Süreci ve Doğum
- Kolorektal Kanser
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)
- Katarakt Cerrahisi
- Prostat Kanseri
- Diş İmplantı

Klinik kalite uygulamalarında belirtilen tarihten itibaren 11 sağlık olgusuna ait 158 adet gösterge belirlenmiştir (Tablo 1). Ayrıca 11 sağlık olgusuna ait 10 adet Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi (Diz ve Kalça Protezi tek rehber olarak) hazırlanmıştır. Bu rehberler Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı web sayfasında yayınlanmıştır.

Tablo 1: Sağlık Olguları Standart ve Gösterge Sayıları

SAĞLIK OLGUSU	STANDART SAYISI	GÖSTERGE SAYISI
Diabetes Mellitus	3	20
Diş İmplantı	2	8
Diz Protezi	4	14
Kalça Protezi	4	14
Gebelik Süreci ve Doğum	4	30
İnme	3	19
Katarakt Cerrahisi	2	10
KOA	4	11
KKH	3	13
Prostat Kanseri	2	7
Kolorektal Kanser	2	12
Toplam	33	158

I.3. Veri kaynağı ve Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

Ulusal Sağlık Sistemi (USS)

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

Karar Destek Sistemleri (KDS)

Karar vermeyi kolaylaştırmak, daha etkili ve doğru karar vermek için tasarlanan; değişik model ve uygulamaları kapsamı içinde bulunduran sistemlere karar destek sistemleri denir.

Karar destek sistemleri, yönetimin karar verme sürecinde kullanacağı verilerin analiz edilmesini, kıyaslanmasını, birden çok boyutta değerlendirilmesini, kolay erişilebilmesini sağladığından dolayı

planlamalarda, stratejilerin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında oldukça önemlidir.

Sahadan toplanan veriler Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde 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 çalışmalarında aşağıda belirtilen KDS raporları kullanılır.

- Gün Sonu Özeti Karşılaştırma Raporları
- K3DS
 - K3DS Anlık Raporlar
 - K3DS Dönemsel Raporlar (Kesinleşmiş Raporlar)

Gün Sonu Raporları

Gün sonu, bir kurumun o gün bilgisi sorulan işlemin kaç adet yapıldığını gösterir. Hastane veri tabanında, başarılı olarak gönderilmiş veya gönderilmemiş kontrolü yapılmadan gün içinde üretilen kayıtlar raporda e-nabız sistemine ulaşmış verileriyle kıyaslanır. Raporun amacı hastanenin beyan ettiği sayı ile Bakanlığa gönderdiği verinin tamlığını ölçmektir.

Klinik Kalite Karar Destek Sistemi (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. Bu sistemde, sağlık kuruluşlarından elde edilen veriler, Bakanlık tarafından belirlenen gösterge hesaplama formüllerine göre hesaplanır ve her sağlık olgusu ve gösterge için ayrı ayrı raporlar elde edilir. Gösterge raporları sırası ile ulusal, il ve hastane düzeyinde incelenebilir. Toplanan veriler hiçbir hastaya ait kimlik bilgisi içermez. Sağlık kuruluşlarının veri gönderimi devam ettiği sürece veriler anlık olarak değişiklik gösterebilir.

Dönemsel Raporlar

Verilen sağlık hizmetine ilişkin kanıta dayalı klinik kalite gösterge verilerinin, KDS’de raporlanarak 3’er aylık ve yıllık olarak klinik kalite başarı düzeyini gösterir nihai raporlardır.

Dönemsel raporlarda, dört dönem (15 Mayıs-15 Ağustos-15 Kasım-15 Şubat) halinde klinik kalite verileri izlenebilmektedir.

Geri bildirim raporları aşağıdaki bilgileri içerecektir:

- Kuruluşun mevcut değerleri
- Hedef değere ya da Türkiye ortalamasına göre yeri

Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi’nde geri bildirim raporları elde edildikten sonra Bakanlık tarafından sonuçlar ve veri kalitesi (verinin nicelik ve nitelik olarak gerçekte uyumu) ile ilgili değerlendirme yapılır

Gün Sonu Raporları ile Klinik Kalite Raporları Arasındaki İlişki

1. Gün sonu raporu ile klinik kalite raporu arasındaki en temel fark; gün sonu raporu her zaman başvuru sayısını verir (SYS takip no), klinik kalite raporunda ise payda her zaman tekil hasta sayıdır.
2. Gün sonu raporu her 4 saatte bir güncellenir. Klinik kalite her ayın 1'inde bir önceki ayın verisini alır.
3. Aynı SUT kodunun "P (paket)" 'lisi de gönderilmişse farklı bir SUT kodu gibi gün sonu özetinde 2 kere sayılır. Klinik kalite hesaplamalarında tek işlem sayılır.
4. Sistemde geçmişe yönelik veri gönderimi, geçmişteki veriyi silme ve değiştirme konusunda hiç bir kısıt yoktur. Klinik kalite raporu her ay "tüm veriyi sil tekrar doldur" yöntemiyle çalışır 2 yıl öncesine ait bir veri değişse bile sayılar değişebilir.

Not: Gün sonu gönderimlerinde eskiye ait bir veri değiştiğinde diğer tüm parametrelerin de beraberinde tekrar gönderilmesi gerekir.

Not: SUT kodu "PKT" eki ile birlikte gönderildiğinde yanında mutlaka "P" li ya da "P" siz halinin de gönderilmesi gerekir. Gün sonunda "PKT" ile başlayan SUT kodu sayılmaz.

Öneriler:

- USS sorumlusu, klinik kalite sorumlusu ve SBYS firması birlikte çalışmalı.
- Gün sonu raporu kontrol edilip kurumun tüm verisinin eksiksiz gönderildiğinin testi yapılmalı. E-Nabız ve gün sonu oranı %100 olmadan klinik kalite raporunu değerlendirmek eksik hatalı veriden değerlendirme yapılması demektir.
- E-Nabız'a gönderilen veri ile SBYS'deki verinin (gün sonu) eşit olması sağlanmalı.
- Gün sonu ile klinik kalite raporundaki sayılar arasında farklar varsa, gönderim sebebiyle yaşanan sorunlar çözüldüğü halde eşit değilse, iki rapor arasındaki hesaplama farklarından kaynaklanıyordur. Bu durumda iki rapor arasındaki eşitliği aramayı bırakıp klinik kaliteyi iyileştirici faaliyetlere başlanmalı.
- Klinik kalite raporlarına bakarken en az 2-3 ay öncesi ve daha eski aylara bakılmalı. Yakın tarihlerde eksik veriler olabilir.
- Pay kısmının hesaplanması için süre yeterli olmayabilir.
- Yüksek hacimli veri akışı olan E-nabız sisteminde yaşanan aksaklıklar ve geç veri aktarımı sebebiyle son ayların verisinde geç yansıma gibi durumlar olabilir.

II. BÖLÜM



KLİNİK KALİTE UYGULAMALARINDA VERİ KALİTESİNİN DOĞRULANMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ

II. KLİNİK KALİTE UYGULAMALARINDA VERİ KALİTESİNİN DOĞRULANMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ

II.1. Veri Kalitesi

Kaliteli veri; kurumsal faaliyetlere ilişkin elde edilen, doğru, güvenilir, tutarlı, karşılaştırılabilir ve tekrarlanabilir verilerdir.

Veri kalitesinin sağlanması, klinik kalite ölçme ve değerlendirme sisteminin en önemli unsurlarından biridir. Doğruluğuna güvenilmeyen verilerle ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetlerinin amacına ulaşması mümkün olamaz. Ayrıca gereksiz emek ve maliyet kayıplarına yol açabilir.

Ülke genelinde yazılım sistemlerinde aynı dilin konuşulması, kalitesiz verinin oluşmasını engelleyici mekanizmaların kurulması hedeflenmektedir.

Veri kalitesi, ölçüm amaçları doğrultusunda farklı boyutlarda incelenebilir.

Veri kalitesinin boyutları:

- Doluluk: Verilerin eksiksiz olma durumu
- Uygunluk: Kayıtların uygun tip ya da formatta olma durumu
- Tutarlılık: Elde edilen çeşitli veriler arasındaki uyum durumu
- Doğruluk: Verilerin gerçek uygulamayı yansıtma durumu
- Zamanlılık: Verilerin ölçüm amaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde girilme durumu
- Tekillik: Kayıtların ölçüm amaçlarına göre ilgili hasta ya da faaliyet açısından tek noktada birleştirilmesi
- Mükerrerlik: Verilerin birden fazla kaydedilme durumu
- Bütünsellik: İlgili tüm kayıtlara ulaşılabilme durumu
- Değer Aralığı: Verilerin ölçüm amacına göre istenilen aralıklarda elde edilme durumu

Veri kalitesine yönelik çalışmaların sağladığı yararlar şöyle sıralanabilir:

- Veri hataları ve sebepleri tespit edilir.
- Verilerin doğruluğu konusunda bir kanıt teşkil eder.
- Sağlık kuruluşu için reel bir arşiv oluşmasına katkıda bulunur.
- Ekonomik kayıpları önler.
- Sağlık yöneticileri ve çalışanlarında veri kalitesi yönünde bir farkındalık oluşturur.
- Yanlış kodlamalardan doğacak hukuki sonuçlara karşı önlem alınmış olur.
- İyileştirme çalışmaları için kanıta dayalı deliller sunar.
- Hataların tekrarını önler.

II.2. Veri Kalitesinin Doğrulaması

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

Klinik kalite açısından veri kalitesinin doğrulanması; belirlenen sağlık olgularının göstergelerine ait verilerin Bölüm II.1’de tanımlanan veri kalitesi boyutlarını sağlama durumu olarak tanımlanabilir.

“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.

II.2.1. Veri Kalitesinin Doğrulaması

a) İl Klinik Kalite Biriminin Veri Kalitesi ile İlgili Sorumlulukları

- Klinik kalite kapsamında, sağlık kuruluşlarında veri kalitesini doğrulamaya yönelik, yılda en az bir kez denetim faaliyeti gerçekleştirmek.
- Tespit edilen uygunsuzlukları, denetim sonrasında en geç 15 iş günü içinde kuruluşa ve Bakanlığa iletmek.
- Tespit edilen uygunsuzlukların iyileştirilmesine ilişkin eylem planının kuruluş tarafından iletilmesini takiben, en erken iki, en geç üç ay içinde, planın uygulanma düzeyini denetlemek üzere kuruluşa yerinde değerlendirme yapmak ve sonuçları Bakanlığa iletmek.
- Veri kalitesi doğrulama sürecinde Daire Başkanlığı web sayfasında yayımlanan klinik kalite ölçme ve değerlendirme rehberlerini esas almak.

Kuruluş, denetim sonuçlarının tebliğinden sonra en geç 15 iş günü içinde gerekli iyileştirme çalışmalarına yönelik eylem planını il klinik kalite birimine iletmelidir.

İl klinik kalite biriminin veri kalitesinin doğrulanmasına yönelik gerçekleştireceği faaliyetler iki aşamada incelenebilir:

- Ön İnceleme
- Yerinde denetim

Ön İnceleme:

İl klinik kalite birimi tarafından İl Kalite Koordinatörüne verilen kullanıcı adı ve şifresi ile **K3DS’ye giriş** yapılır. İncelenecek kuruluşlara ilişkin veriler **kontrol** edilir. Kuruluş ziyaretine gitmeden önce verilere ait kısa bir **analiz** yapılır. Analizde, hatalı olduğu düşünülen veriler, sonuçların hedef değere göre nerede olduğu gibi konularda **ön çalışma** yapılır.

Yerinde Denetim:

- Yönetimin dahil olduğu kısa bir açılış toplantısı yapılır.
- Yerinde denetim sırasında en az aşağıdaki personel süreçte yer alır:
 - Kuruluş yönetiminden bir kişi
 - Kalite direktörü
 - USS veri sorumlusu
 - Otomasyon firmasından sorumlu bir kişi
 - İlgili her bir sağlık olgusunu temsilen kuruluştaki görevli bir hekim

- Her gösterge tek tek hesaplama yöntemlerine göre BYS ve E-Nabız 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 geçirilir.
- Hatalı olduğu düşünülen veriler ve sonuçların hedef değere göre nerede olduğu incelenir.
- Tespit edilen sorunlarla ilgili rapor tutulur ve kayıt altına alınır.

b) Sağlık Kuruluşlarının Veri Kalitesi ile İlgili Sorumlulukları

- Klinik kalite iyileştirme komitesinin üyelerini ve veri kalitesi ile ilgili sorumluları tanımlamak
- Çalışanlarda yeterli bilgi ve farkındalık düzeyi oluşturmaya yönelik faaliyetler gerçekleştirmek
- Otomasyon firmalarına yönelik gerekli eğitim ve bilgilendirmeleri gerçekleştirmek
- Bakanlık tarafından belirlenen kodları ve hesaplama yöntemlerini aynen kullanmak
- Klinik kalite uygulamalarında sürekli olarak, verinin elde edilmesi ile ilgili adımları gözden geçirmek ve veri kalitesine yönelik doğrulama yapmak
- Düzenli olarak K3DS geri bildirim raporlarını ve kuruluş BYS sonuçlarını karşılaştırmak ve değerlendirmek

USS Veri Sorumlusunun Görevleri

- USS'ye iletilen verilerin zamanında, doğru ve belirlenen kurallara uygun şekilde gönderimini sağlamak
- USS Karar Destek Sistemi'nin "Veri Akış Sayıları" kısmının "E-Nabız/Gün Sonu Özeti Karşılaştırma" bölümünden diğer verilerle birlikte klinik kalite verilerini de günlük takip etmek ve doğruluğunu sağlamak
- K3DS raporları ile BYS verilerini karşılaştırmak
- Klinik kalite iyileştirme komitesine veri kalitesi ile ilgili sonuçları raporlamak

II.3. Veri Kalitesini İyileştirme

Veri kalitesinin iyileştirilmesi için sağlık kuruluşları bünyesinde aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilmelidir:

- Klinik kalite uygulamaları hakkında personelde yeterli bilgi ve farkındalık düzeyi oluşturmaya yönelik faaliyetler gerçekleştirmek
- Uygulamanın amacı ve hedeflerinin sağlık çalışanlarına doğru bir şekilde aktarılmasına özen göstererek, gerçekleştirilen programın bilimsel anlamda ortaya koyduğu kanıta dayalı sonuçları çalışanlara aktarmak
- BYS'ye veri girişlerinde klinik kalite açısından dikkat edilecek hususları belirlemek ve personele bu konuda eğitim vermek
- Otomasyon firmalarına yönelik gerekli eğitim ve bilgilendirmeleri gerçekleştirmek
- Göstergelere yönelik kurumsal hedefleri, ulusal hedeflere uyumlu hale getirmek
- Verilerin analizi ve hedeflere uygunluğunu değerlendirmek
- Hedeflere ulaşmaya yönelik iyileştirme faaliyetlerini belirlemek ve uygulamak
- İyileştirme faaliyetleri için yapılan uygulamaları belirlenen formatta il müdürlüğüne raporlamak
- Ölçme, değerlendirme ve iyileştirme süreçlerini izlemek

III. BÖLÜM



VERİ KALİTESİ İLE İLGİLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

III. VERİ KALİTESİ İLE İLGİLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Aşağıda yer alan iki tabloda, pilot çalışmalarda tespit edilen sorunlar ve çözüm önerilerine örnekler verilmiştir. Kuruluşlar, tablodaki sorunların dışında tespit ettikleri diğer sorunlara yönelik de uygun çözümler geliştirmelidir.

III.1. Genel Sorunlar ve Çözümler

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<ul style="list-style-type: none">BYS verileri ile K3DS verileri karşılaştırıldığında, BYS'den gönderilen verilerin bir kısmının e-Nabız ve/veya K3DS'ye ulaşmadığı görülmektedir.Gönderilen veri paketlerinin (örn:101) içinde yer alan zorunlu verilerden (boy-kilo, ilk tanı, komplikasyonlar, diyabet eğitimi gibi) bir kısmının girilmemesi nedeniyle veri paketlerinin gitmemesi söz konusudur.	<ul style="list-style-type: none">Veri eksikliği nedeniyle gitmeyen paketlerdeki eksik verilerin saptanması ve söz konusu verilerin uygun girilmesine yönelik çalışma başlatılması gerekmektedir (paket içeriğinde değişiklikler, eğitim, denetim, düzeltici faaliyetler gibi).
<ul style="list-style-type: none">Gönderilen bazı laboratuvar verileri, metin formatında olması nedeniyle K3DS tarafından alınamamaktadır.Bazı laboratuvar sonuçlarında birim özelliği belirtilmemektedir. Ayrıca aynı tetkik için farklı metotlar kullanılabilen ve sonuçlar farklı formatta elde edilebilmektedir.	<ul style="list-style-type: none">Tüm sağlık kuruluşlarında Laboratuvar verilerinin girişine yönelik uluslararası kod sistemleri (LOINC) kullanılması sağlanmalıdır.
BYS tarafından USS'ye gönderilen verilerin gönderiminin başarısız olduğu şeklinde rapor gelmesine rağmen, verilerin tekrar gönderiminde, "daha önce gönderilmiş veri" olarak rapor gelmektedir.	<ul style="list-style-type: none">BYS üzerine kayıt edilen verilerin Bakanlığa gönderimi sırasında verinin gidip gitmediğinin kontrolü yapılmalı, gitmeyen veriler tekrar gönderilmeli ve neden gitmediğine dair araştırma yapılmalıdır.
SKRS klinik kodları ile SGK uzmanlık kodlarının bir kısmı eşleşmemektedir.	<ul style="list-style-type: none">Otomasyon firmaları veri gönderimi ile ilgili kurallara uymalıdır.Otomasyon sistem alt yapıları iyileştirilmeli ve hızlandırılmalıdır.Kodlar sistemle uyumlu hale getirilmelidir.
<ul style="list-style-type: none">Otomasyon firmalarında personel sayısının az olması, personelin klinik kalite ve tanı kodları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması uygulamada sorunlara yol açmaktadır.Otomasyon firmalarının değişimi sırasında veri kaybı olmaktadır.Otomasyon firmaları Sağlık Bakanlığı bilgi sistemleri ile tam bir işbirliği içinde çalışmamaktadır.Veri girişi yapılan sayfa ara yüzlerinin kullanıcı dostu olmaması sorun oluşturmaktadır.	<ul style="list-style-type: none">Otomasyon firmaları, kuruluşun büyüklüğü ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak Bakanlık kuralları çerçevesinde düzenleme yapmalıdır.Hastane yönetimleri tarafından otomasyon firmalarının işleyişine yönelik gerekli denetimler yapılmalıdır.Kullanıcıların sistem ara yüzleri ile ilgili geri bildirimleri dikkate alınmalıdır.
Veriler aynı standartta girilmemektedir (Örneğin tansiyonun 12/8 şeklinde girilmesi, boyun "1,65 m" olarak girilmesi gibi).	Tüm BYS firmaları, veri girişi ile ilgili ülke genelinde belirlenen standartları kullanmalıdır

	(örneğin tansiyonun 120/80 mmHg şeklinde girilmesi, boyun "165 cm" olarak girilmesi gibi).
Göstergelerin hesaplama yöntemleri kuruluşlar tarafından yanlış uygulanmaktadır.	Göstergelerin, Bakanlık tarafından yayınlanan ve klinik kalite ölçme ve değerlendirme rehberlerinde yer alan gösterge kartlarında belirlendiği şekilde hesaplanması gerekmektedir.
Sağlık çalışanlarının klinik kalite ile SUT ve ICD-10 kodları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, veri girişine yönelik zaman ve motivasyon eksikliği olduğu gözlenmiştir.	Kuruluş, il bazında eğitimlerin düzenlenmesi, doğru tanı kodlaması ve SUT işlem kodlarının doğru girilmesi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi gerekmektedir.
Ön tanı ile yatışı yapılan hastaların yatışı yapıldıktan sonra ön tanısı değişse de kesin tanı kaydedilmemekte, ön tanı ile taburcu edilmektedir.	Taburculuk esnasında SBYS'ye kesin tanı girilmeden SBYS işlem sonlandırmaya izin vermemelidir.
Genellikle dört kırılımlı tanı kodları yerine üç kırılımlı tanı başlıkları kullanılmaktadır.	Dört kırılımlı ICD-10 kodu bulunan tanılarda üç kırılımlı tanı kodlarının kullanımı BYS üzerinde engellenmelidir.

III.2. Gösterge Bazında Saptanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

III.2.1. Diabetes Mellitus

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
DM tanısının doğru girilmediği; <ul style="list-style-type: none">Diyabet için belirlenen ICD-10 kodlarının kullanılmadığı, farklı hastalık tanılarının kullanıldığı,Ön tanıların değiştirilmediği,Dört kırılımlı ICD-10 kodlarının kullanılmadığı,Diyabet hastası olmayan hastalara tedavi ve tetkik amaçlı Diyabet tanılarının girildiği tespit edilmektedir.	<ul style="list-style-type: none">Sağlık kuruluşlarında tanı giren hekimlere klinik kalite uygulamaları hakkında bilgi verilmelidir.Doğru tanı kodlarının kullanılması sağlanmalıdır.Taburculuk esnasında BYS'ye kesin tanı girilmeden BYS işlem sonlandırmaya izin vermemelidir.Dört kırılımlı ICD-10 kodu bulunan tanılarda üç kırılımlı tanı kodlarının kullanımı SBYS üzerinde engellenmelidir.
Beden kütle indeksi (BKİ), tansiyon, ayak muayenesi ve tütün kullanımına ilişkin gösterge verileri BYS üzerinde kaydedilmemektedir.	Diyabet veri seti içerisine, tütün kullanımı, tansiyon değerleri, ayak muayenesi ve boy-kilo ölçümlerine ilişkin, kullanıcı dostu ve tıklama ile veri girişi yapılabilecek alanlar eklenmelidir.
Diyabetli hastalara yeterli eğitim verilmemektedir.	Diyabetli hastalara her yıl en az bir kez diyabetik hasta eğitiminin verilmesi gerekmektedir.
Kuruluşlar tarafından gösterge hesaplamaları yanlış yapılabilmektedir.	Hesaplama yönteminde Bakanlıkça belirlenen formüller ile pay ve payda kısımlarındaki ICD-10 ve SUT kodları değiştirilmeden kullanılmalıdır.

III.2. 2. İnme

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<p>İnme tanıları doğru girilmemektedir.</p> <ul style="list-style-type: none">Gösterge kartlarında belirtilen inme tanıları kullanılmamakta, semptomaya yönelik (senkop, bilinç bulanıklığı vs) tanı kodları ile giriş yapılmakta ve ön tanı, kesin tanı olarak değiştirilmemektedir.Bazı inme tanı kodları otomasyon firması ve yönetim tarafından pasife alınmakta, bu nedenle hekim tarafından seçilememektedir.İnme tanılı hastalarda daha çok I67.8 ve I68 tanı kodları kullanılmakta, geçici iskemik atak ya da iskemik inme tanıları kullanılmamaktadır.İnme tedavisi alan hastalar inme tanısı almadan taburcu edilmektedir.	<ul style="list-style-type: none">Hasta taburcu olmadan ya da çıkışı yapılmadan ön tanıların değiştirilmesi sağlanmalı, yazılım firması tarafından kesin tanısı girilmeyen hastanın çıkışının yapılması engellenmelidir.
<p>Ambulansla gelen hastaların kayıtları doğru yapılmamaktadır.</p> <ul style="list-style-type: none">Ambulans ile gelen hastaların hasta kayıt formu ekranında “ambulansla geldi” işareti seçilmemekte “diğer” işareti seçilmektedir.	<ul style="list-style-type: none">Ambulans ile gelen hastaların hasta kayıt formuna mutlaka “ambulans ile geldi” seçeneğinin seçilmesi zorunlu hale getirilmelidir. Ayrıca “ambulans ile geldi” seçeneğinin kolay işaretlenmesi için gerekli düzenleme yapılmalıdır. Mesela “diğer” seçeneği en alt seçeneğe alınabilir.Yönetim tarafından, hasta geliş şekli ile ilgili kayıtların doğru yapılıp yapılmadığı denetlenmelidir.
<p>Erken rehabilitasyona başlama oranı sıfır (0) çıkmaktadır.</p> <ul style="list-style-type: none">Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi olmayan sağlık kuruluşlarında bu işlem yapılamamaktadır.	<p>Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin bu hastalarda erken dönemde sağlanmasına yönelik kuruluş, il veya bölge düzeyinde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.</p>
<p>İnme tanısı alan hastalarda bası ülseri olan veya düşen bütün hastalar kayıt altına alınmamaktadır.</p> <ul style="list-style-type: none">Havalı yatak istemi yapmak gerektiğinde hastalara dekübit tanı kodu girilmekte, bunun dışında dekübitli hastalara ilgili tanı kodları girilmemektedir.	<p>Tedavi sürecinde düşen veya bası ülseri olan hastaların tanılarının girilmesi sağlanmalıdır.</p>

III.2. 3. Koroner Kalp Hastalığı (KKH)

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
KKH tanıları doğru girilmemektedir. <ul style="list-style-type: none">Semptomatik göğüs ağrısı (R07, R03) gibi tanılar girilmekte, kesin tanı girilmemektedir.	<ul style="list-style-type: none">Mutlaka kesin tanıların girilmesi sağlanmalıdır.Doğru tanının girilmesi için, otomasyon firması tarafından kullanıcı dostu ekran oluşturulmalıdır.Kesin tanı girilmeden hasta çıkış ve taburculuğuna izin verilmemelidir.
KKH'da, beden kütle indeksi (BKİ), tansiyon ve tütün kullanımına ilişkin veriler kayıt altına alınmamaktadır.	Tütün kullanımı, tansiyon değerleri, kullanıcı dostu ve tıklama ile veri girişi yapılabilecek alanlar eklenmelidir.
"İlk başvuruda LDL ölçümü yapılan KKH tanısı almış hasta oranı" göstergesinde, pay kısmında yer alan "ilk kez KKH tanısı alan hastalarda 1 ay içerisinde LDL ölçümü yapılan hasta sayısı" tanımı ile ilgili olarak; <ul style="list-style-type: none">Hastaneler, hastaların başka kuruluşlarda aldığı tanıları göremediğinden, bazı hastalar ilk tanı gibi değerlendirilmekte, K3DS gerçek ilk tanı aldığı hastaneyi esas aldığından, K3DS ve BYS veriler arasında tutarsızlıklar görülmektedir.	Kuruluşlar, gösterge analizi için K3DS verilerini esas almalıdır.

III.2.4. Katarakt Cerrahisi

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<p>Katarakt operasyonu yapılan hastalarda ortalama yatış gün sayısı yüksek çıkmaktadır.</p> <ul style="list-style-type: none">Hastane doluluk oranının yüksek görünmesi için hasta yatıyor görünmekte ya da SBYS'de yaşanan sorunlardan dolayı hasta taburculuk işlemleri bazı kuruluşlarda gecikmektedir.	<p>Taburcu edilen hastanın taburculuk işlemleri aynı gün içinde tamamlanmalıdır.</p>

III.2.5. Kolorektal Kanser

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<p>Kolorektal kanser tanı kodları girilmemektedir.</p> <ul style="list-style-type: none">Kolonoskopi ve biyopsi öncesi semptomatik tanıları girilmekte, ancak patoloji raporu sonrası kesin tanı girilmemektedir.Başka hastanelerde kolorektal kanser tanısı ile opere edilen hastalara, diğer kuruluşlarda verilen sağlık hizmeti sırasında kolorektal kanser tanısı girilmemektedir.	<p>Patoloji istenen her hastaya rapor sonrası kesin tanının konulması zorunluluğu getirilmelidir.</p>
<p>MR, BT, Radyoterapi gibi işlemler her kuruluşta yapılamamaktadır.</p> <ul style="list-style-type: none">Bu tetkikleri yaptırmak için başka kuruluşlara sevk edilen hastaların kayıtları hastanın takip edildiği kuruluşta görülememektedir.	<p>Kuruluşlar, bu göstergelerin analizi için K3DS'yi esas almalıdır.</p>

III.2.6. Diz ve Kalça Protezi

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<ul style="list-style-type: none">• Enfeksiyonlara yönelik kodlar yerine farklı kodlar girilmektedir.• Protez cerrahisine bağlı enfeksiyon gelişen hasta enfeksiyon tedavisi için başka kuruluşa başvurabilmektedir. Bu nedenle kuruluş verileri olduğundan farklı çıkmakta, sonuçlar açısından K3DS ve SBYS'de tutarsızlıklar görülmektedir.• Diz ve kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda, reoperasyon yapıldığında diz ve kalça protezi işlem kodları yerine farklı işlem kodları girilmektedir.	<ul style="list-style-type: none">• Kuruluş tarafından sağlık çalışanlarına, yapılan işlemlerin doğru girilmesine yönelik bilgi verilmeli ve denetlenmelidir.• Enfeksiyon oranları, enfeksiyon kontrol komitesi surveyans raporları ile karşılaştırılmalıdır.• Operasyonun yapıl• diğı hastaneye...
<p>Profilaktik amaçlı verilen antibiyotik ve antikoagulan ilaç tedavi kayıtları aynı gün yapılmamaktadır.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tüm ilaç reçetelerinin elektronik sistem üzerinden zamanında yazılması sağlanmalıdır.

III.2.7. KOAH

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
KOAH tanı kodları doğru girilmemektedir. <ul style="list-style-type: none">Bazı astım ilaçlarını reçete etmek amacıyla KOAH tanısı girmek zorunda kalınmaktadır.	KOAH tanı kodları ve alt kırılımları doğru şekilde kullanılmalıdır.
Kontrole gelen hasta sayıları düşüktür. <ul style="list-style-type: none">Kontrole gelen hastalarda KOAH tanısının girilmeyip semptomatik tanı kodlarının girilmesi (Örneğin; öksürük, nefes darlığı, ya da pnömoni)Hastaların alevlenme yaşamadan kontrole gelmemesi	<ul style="list-style-type: none">Kontrole gelen hastaların ana tanılarında KOAH alt kırılım kodları tercih edilmelidir.Rutin kontrollere gelmesi için hastalar bilinçlendirilmelidir.
KOAH tanısı ile yatan hasta oranı gerçek değerine göre düşüktür. <ul style="list-style-type: none">KOAH'lı hastaların yatışlarında KOAH tanısı yerine pnömoni ve solunum sıkıntısı gibi farklı tanımlar kullanılmaktadır.BYS verileri sorgulanırken KOAH tanısı alan hastalar tekilleştirilmemektedir. Kuruluş tarafından hesaplama yöntemleri yanlış uygulanmaktadır.	<ul style="list-style-type: none">KOAH sebebiyle yatan hastalara KOAH tanısının girilmesi sağlanmalıdır.Doğru ve zamanında tanı girilmesi için gerekli bilgilendirmeler ve eğitimler verilmelidir.Hesaplamalar tekil hasta üzerinden yapılmalıdır.
İnhaler tedavi eğitimi alan KOAH'lı hasta oranı düşüktür. <ul style="list-style-type: none">Hastalar tekil hesaplanmamaktadır.Hastalar farklı hastanelerde işlem yaptırmaktadır.İnhaler tedavi eğitimi ömür boyunca bir kez ödendiği için işlem kodu girilmemektedir.Hastaya inhaler tedavi eğitimi verilmemektedir.SUT işlem kodları yanlış girilmekte ya da hiç girilmemektedir.	<ul style="list-style-type: none">Hesaplamalar tekil hasta üzerinden yapılmalıdır.İhtiyacı olan her hastaya inhaler tedavi eğitimi verilmelidir.Yapılan işlem kodu doğru girilmelidir.İşlem kodları hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.
KOAH tanısı ile takip edilen hastalarda mortalite oranı düşüktür. <ul style="list-style-type: none">KOAH tanısı alan hastaların ölüm nedeni KOAH olarak gösterilmemektedir. (Örneğin Kardiopulmoner arrest tanısı yazılmaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">KOAH nedeni ile ölen hastaların ölüm nedeni KOAH olarak gösterilmelidir.

III.2.8. Gebelik Süreci ve Doğum

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
Hastanelerde gebe izlem veri seti yeterli şekilde doldurulmamaktadır.	<ul style="list-style-type: none">• Gebe izlem veri setinin doldurulması için hekimler ve diğer sağlık personeline gerekli eğitim verilmelidir.• SBYS üzerinden laboratuvar sonuçlarının çekilerek veri setine otomatik olarak aktarılması sağlanmalıdır.• Gebe izlem veri setine girilen veriler kaydedildikten sonra değiştirilmesine sistem izin vermemelidir.

III.3. KDS, SBYS ve gün sonu Raporlarından kaynaklanan sorunlar ve çözüm yolları

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<p>a) Gün sonu verilerinin E-Nabız'dan fazla çıkması</p> <ul style="list-style-type: none">Hesaplama farklılıkları veya yanlış hesaplamaGönderilmeyen veriSonradan gönderilen verilerHatalı verinin düzeltip gönderilmemesi ya da hiç gönderim yapılmamasıKuyrukta bekleyen kayıtlarUSS-KDS arasında aktarımda gecikmeler	<ul style="list-style-type: none">Bakanlığın hesaplama kurallarıyla kurumun hesaplaması arasında fark olabilir. Hesaplama yöntemleri gösterge kartlarında belirtildiği gibi yapılmalı.Bu eksik kayıt SBYS firması, USS ve klinik kalite veri sorumluları tarafından araştırılıp gönderimi sağlanmalıdır.Yapılan işlemi E-nabıza gönderimden sonra ekleyip, bu paketi tekrar göndermemek gün sonunda işlem sayısının fazla çıkmasına sebep olur.Update edilen paket içinde sadece update edilen kısmın gönderilmesi paket içindeki diğer kısımların silinmesine sebep olur. Her update de tüm paket tekrar gönderilmeliSonradan gönderilen veriler USS sorumluları ve bilgi sistem çalışanları tarafından Bakanlık USS merkezine bildirim yapılmalı.Gönderim sırasında hatalı olan veri gün sonunda sayılırken, Bakanlığa ulaşmadığı için gün sonu verisi E-nabız ekranında daha fazla görülür. Hata düzeltilip tekrar gönderilmesi gerekir.Sistemlerdeki yavaşlık, hizmet kesintisi vs. gibi durumlarda E-Nabız a gönderilen veriler, sisteme kayıt olmak için kuyrukta bekler. Bu gibi durumlarda, gün sonunda sağlık kuruluşu verileri henüz E-Nabız'a ulaşmadığı için eksik görünür. Veriler eşleşene kadar takip edilmelidirUSS de toplanan veriler KDS ye aktarılırken oluşan hatalar sonucu klinik kalite raporunda veriler az görülebilir. Veriler eşleşene kadar takip edilmelidir
<p>b) E-nabız' da görülen verilerin gün sonu verilerden fazla çıkması</p> <ul style="list-style-type: none">Silme sorunları	<ul style="list-style-type: none">Sağlık kuruluşu verileri paket ile birlikte gönderdikten sonra bir kısım verileri silmiş ve paketin güncel halini göndermemiş ise veri eksikmiş gibi görünür. Silinmiş verinin güncel halinin gönderilmesi gerekir.