



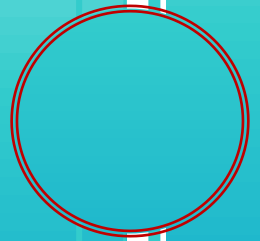
T.C. Sağlık Bakanlığı



Klinik Kalite

# KLİNİK KALİTE UYGULAMA VE VERİ KALİTESİ İYİLEŞTİRME REHBERİ

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı



Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberleri  
Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi  
Nisan 2017

© Yazarlar –Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

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 Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı  
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 1. kat Kolej / Ankara  
Tel: 0312 458 50 26  
Faks: 0312 435 16 79  
web: [www.klinikkalite.saglik.gov.tr](http://www.klinikkalite.saglik.gov.tr)  
e-posta: [klinikkalite@saglik.gov.tr](mailto: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 itibarıyla başarı ile uygulanmakta ve tüm sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır.

2012 yılında ise tıbbi süreçleri ve klinik sonuçları detaylı şekilde ölçmek ve izlemek hedefine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Klinik kalite ölçme ve değerlendirme sistemine 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 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. Nurullah OKUMUŞ  
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 .....	12
I.3. Klinik Kalite Karar Destek Sistemi (K3DS).....	13
II. KLİNİK KALİTE UYGULAMALARINDA VERİ KALİTESİNİN DOĞRULANMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ	15
II.1. Veri Kalitesi.....	15
II.2. Veri Kalitesinin Doğrulanması.....	16
II.3. Veri Kalitesini İyileştirme .....	17
III. VERİ KALİTESİ İLE İLGİLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	19
III.1. GENEL SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER .....	19
III.2. GÖSTERGE BAZINDA SAPTANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ .....	21
III.2.1. DİYABETES MELLİTUS.....	21
III.2. 2. İNME.....	22
III.2. 3. KORONER KALP HASTALIĞI (KKH) .....	23
III.2.4. KATARAKT .....	24
III.2.5. KOLOREKTAL KANSER.....	24
III.2.6. DİZ VE KALÇA PROTEZİ .....	25
III.2.7. KOAH .....	26
III.2.8. GEBELİK ve DOĞUM SÜRECİ .....	27

## KISALTMALAR

<b>BKİ</b>	: Beden K¼tle İndeksi
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>GFR</b>	: Glomerular Filtration Rate (Glomer¼ler Filtrasyon Hızı)
<b>HbA1C</b>	: Glikolize Hemoglobin
<b>HBYS</b>	: Hastane Bilgi Y¼netim Sistemi
<b>ICD-10</b>	: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırma) -10
<b>KDS</b>	: Karar Destek Sistemi
<b>KKH</b>	: Koroner Kalp Hastalığı
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>LBYS</b>	: Laboratuvar Bilgi Y¼netim Sistemi
<b>LDL</b>	: Low Density Lipoprotein (D¼ř¼k Dansiteli Lipoprotein)
<b>SUT</b>	: Sağlıkta Uygulama Tebliđi
<b>TKHK</b>	: T¼rkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>USS</b>	: Ulusal Sağlık Sistemi

## TANIMLAR

**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 Bakanlıkça ortaya konulmuş formüldür.

**Veri Kaynağı:** Verinin toplanacağı ortam ile hesaplamada kullanılan ICD-10 ve SUT kodları gibi veri kodlarıdır.

**Hastane Bilgi Yönetim Sistemi:** Hastanenin idari ve tıbbi bilgilerinin yönetimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için düzenlenmiş bilgi sistemidir

**İl Kalite Koordinatörlüğü:** İl genelindeki sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen kalite çalışmalarını koordine etmek, izlemek, değerlendirmek ve Bakanlığa raporlamak amacıyla il sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan birimdir.

**Kalite Direktörlüğü:** Sağlık kuruluşlarında, sağlıkta kalite standartları çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere oluşturulan birimdir.

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

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

# I. BÖLÜM

## TÜRKİYE KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME SİSTEMİ

## I. TÜRKİYE KLİNİK KALİTE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME SİSTEMİ

Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi, belirlenen sağlık olgularına yönelik tıbbi süreçler ve sağlık olgusu bazında elde edilen klinik sonuçların kurumsal, bölgesel 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)

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 Daire 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) İldeki sağlık kuruluşlarının klinik kalite çalışmalarını izlemek, il sağlık müdürüne raporlamak.
- b) Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatları sağlık kuruluşlarına iletmek, bu talimatlar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamaları izlemek.
- c) 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.
- d) Kuruluşlarda klinik kaliteyle ilgili veri kalitesini artırmaya yönelik faaliyetleri değerlendirmek, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair çalışmaları izlemek, sonuçları Bakanlığa raporlamak.
- e) Kuruluşların klinik kalite geri bildirim raporlarını değerlendirmek, klinik kalitenin iyileştirilmesine dair faaliyetleri izlemek ve sonuçları Bakanlığa raporlamak.
- f) Klinik kalite verilerinin izlenmesi ve doğrulanmasına yönelik kuruluşlarda yerinde incelemeler yapmak (Bkz. Sayfa 16)
- g) İl düzeyinde klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesini koordine etmek.
- h) İlde karşılaşılan klinik kaliteye ilişkin sorunları ve il düzeyindeki çözüm önerilerini Bakanlığa raporlamak.

### Klinik Kalite Komisyonu

Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi" çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere Kamu Hastaneleri Birliği, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve bünyesinde birden fazla sağlık kuruluşu bulunduran üniversitelerde klinik kalite komisyonu kurulur.

### Klinik Kalite Komisyonunun Görevleri

- a) Bünyesindeki sağlık kuruluşlarının klinik kalite çalışmalarını izlemek, ilgili birim amirine raporlamak.
- b) Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatları sağlık kuruluşlarına iletmek, bu talimatlar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamaları izlemek.
- c) İl sağlık müdürlüğü tarafından düzenlenen klinik kalite toplantılarına iştirak etmek.
- d) Bakanlıkça belirlenen hedefler dışında, bünyesindeki sağlık kuruluşlarının gösterge hedeflerini belirlemek, hedefe ulaşma düzeylerini izlemek ve değerlendirmek.
- e) Sağlık kuruluşlarının, klinik kalite veri kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlerini değerlendirmek, veri kalitesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmaları izlemek.

- f) 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 amirine raporlamak.
- h) İl düzeyinde klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi yönünde il müdürlüğü ile koordineli çalışmak.

### **Kalite Direktörlüğü**

Sağlık kuruluşlarında bulunan kalite direktörlükleri, ilgili mevzuatta yer alan görevleri yanında aşağıdaki görevleri de yürütür.

### **Kalite Direktörlüğünün Klinik Kaliteye Yönelik Görevleri**

- a) Klinik kalite iyileştirme komitesinin sekreteryasını yürütmek.
- b) Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatlar doğrultusunda uygulamaların kuruluştaki gerçekleştirilmesini sağlamak.
- c) USS veri sorumlusu ile koordineli olarak, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair süreçleri takip etmek.
- d) Kuruluştaki karşılaşılan klinik kaliteye ilişkin sorunları ve bu sorunlara yönelik düzeltici önleyici faaliyet önerilerini üst yönetime raporlamak.
- e) Uygunluklara yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesini koordine etmek

### **Klinik Kalite İyileştirme Komitesi**

50 yatak üzeri yataklı sağlık kuruluşları bünyesinde “Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi” çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek üzere klinik kalite iyileştirme komitesi kurulur.

50 yatak altındaki sağlık kuruluşları ile ayaktan tanı ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında, kalite iyileştirme komitesine tarafından gerçekleştirilen görevler kalite direktörlüğü bünyesinde yürütülür.

### **Komite asgari aşağıdaki üyelerden oluşmalıdır:**

- a) Başhekim / Yönetici veya görevlendireceği bir yardımcısı
- b) Hastane müdürü veya görevlendireceği bir yardımcısı
- c) Sağlık bakım hizmetleri müdürü / Başhemşire
- d) Kalite direktörü
- e) USS veri sorumlusu

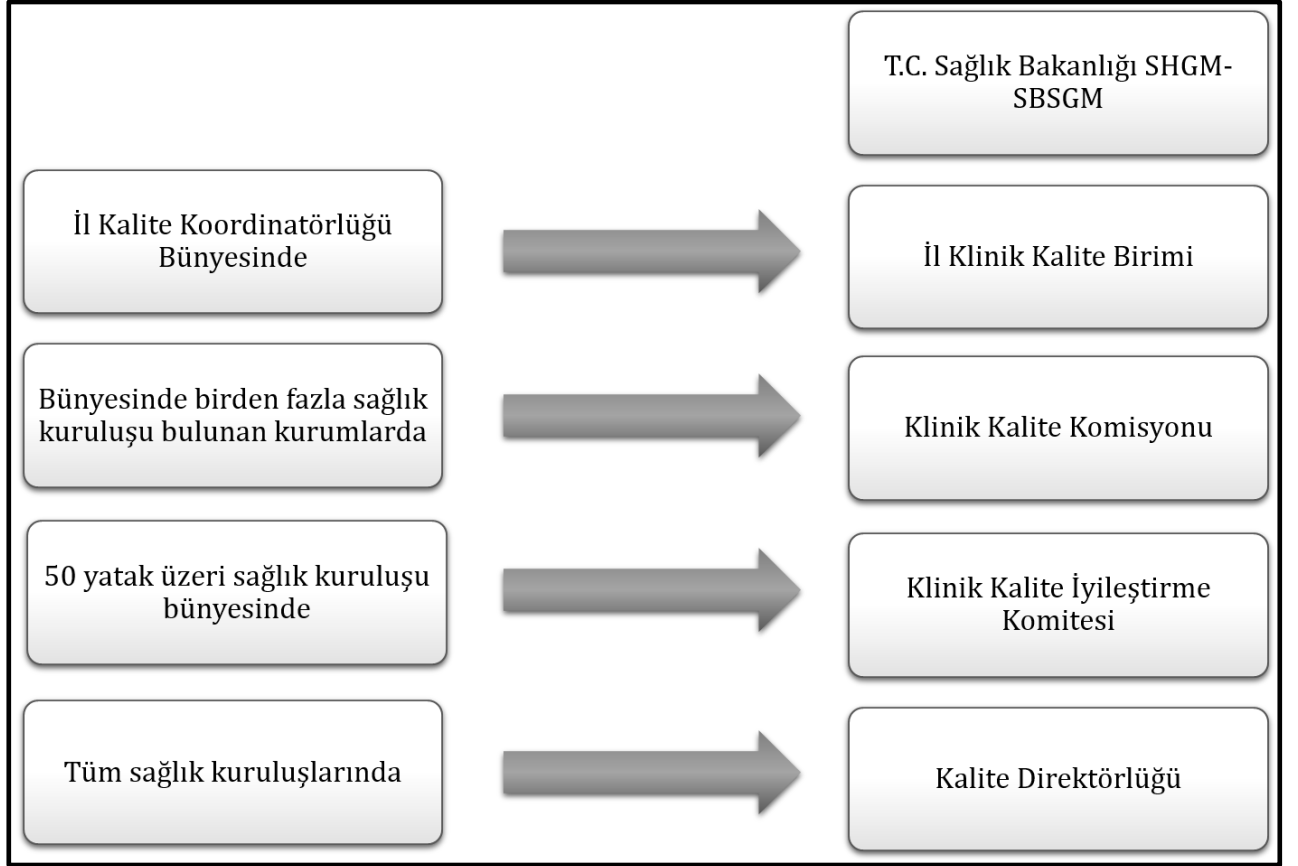
Kuruluştaki izlenen her sağlık olgusu için en az bir uzman hekim komite toplantılarına katılır.

### **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 (Klinik Kalite Karar Destek Sistemi-K3DS) ve HBYS'den 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 periyotlarda rapor oluşturmak.

**Şekil 2:** Veri kalitesinin izlenmesi ile ilgili sorumluluk tanımlanan basamaklar



## 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 ele alınmaktadır. Bu çerçevede belirlenen ilk 11 konu başlığı aşağıda görülmektedir:

- Diabetes Mellitus
- Diz Protezi Replasmanı
- Kalça Protezi Replasmanı
- İnme
- Koroner Kalp Hastalığı (KKH)
- Gebelik ve Doğum Süreci
- Kolorektal Kanser
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)
- Katarakt
- Prostat Kanseri
- Diş İmplantı

Her sağlık olgusu için ilgili uzman ve akademisyenlerden oluşan Klinik Kalite Çalışma Grupları oluşturulmaktadır. Söz konusu gruplarla düzenli aralıklarla toplantılar yapılarak sağlık olgularına ait standart ve göstergeler belirlenmektedir.

Klinik kalite uygulamalarında belirtilen tarihten itibaren 11 sağlık olgusuna ait 182 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 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 ve Doğum Süreci	4	49
İnme	3	19
Katarakt	2	10
KOA	4	16
KKH	3	13
Prostat Kanseri	2	7
Kolorektal Kanser	2	12
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>182</b>

### I.3. Klinik Kalite Karar Destek Sistemi (K3DS)

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. Bu sistemde, sağlık kuruluşlarından elde edilen veriler, Bakanlıkça belirlenen gösterge hesaplama formüllerine göre hesaplanır ve her sağlık olgusu ve gösterge için ayrı ayrı raporlar elde edilir. Gösterge raporları sırası ile ulusal, bölgesel, il ve hastane düzeyinde incelenebilir. Toplanan veriler hiçbir hastaya ait kimlik bilgisi içermez.

Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi'nde geri bildirim raporları elde edildikten sonra Bakanlık tarafından sonuçlar ile ilgili değerlendirme yapılacaktır.

Sonuçlarla birlikte veri kalitesi (verinin nicelik ve nitelik olarak gerçekte uyumu) değerlendirilecektir.

İlgili sorumlular, Bakanlık tarafından verilecek şifre ile K3DS üzerinden sorumlulukları dâhilindeki klinik kalite geri bildirim raporlarını inceleyebileceklerdir.

Geri bildirim raporları aşağıdaki bilgileri içerecektir:

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

## II. BÖLÜM

# KLİNİK KALİTE UYGULAMALARINDA VERİ KALİTESİNİN DOĞRULANMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ

## II. KLİNİK KALİTE UYGULAMALARINDA VERİ KALİTESİNİN DOĞRULANMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ

### II.1. Veri Kalitesi

Veri kalitesinin sağlanması, Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sisteminin en önemli sorumluluklarından biridir. Doğruluğuna güvenilmeyen verilerle ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetlerinin amacına ulaşması mümkün olamaz.

Veri kalitesinden emin olunmayan ölçümler, sağlık kuruluşlarına yarar yerine zarar getirebilir, gereksiz emek ve maliyet kayıplarına yol açabilir. Bu nedenle ülke genelinde yazılım sistemlerinde aynı dilin konuşulması, kalitesiz verinin oluşmasını engelleyici mekanizmaların kurulması hedeflenmektedir.

**Veri kalitesi**, kurumsal faaliyetlere ilişkin elde edilen, doğru, güvenilir, birbiriyle tutarlı ve kullanılabilir verilerin olmasıdır. 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 Doğrulmasına Yönelik Faaliyetler

#### 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, kendisine verilen kullanıcı adı ve şifresi ile K3DS’ye giriş yapar. İncelenecek kuruluşlara ilişkin verileri kontrol eder. Kuruluş ziyaretine gitmeden önce verilere ait kısa bir analiz yapar. Analizde, hatalı olduğu düşünülen veriler, sonuçların hedef değere göre nerede olduğu gibi konularda ön çalışma yapar.

#### Yerinde Denetim

- Yönetimin dâhil 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 HBYS ve E-Nabız verileri ile karşılaştırılarak doğruluğu tespit edilir.
- Hatalı olduğu düşünülen veriler ve sonuçların hedef değere göre nerede olduğu incelenir.
- Veri girişi, hesaplama yöntemleri, kodların kullanımı gibi konularla ilgili hata olup olmadığı gözden geçirilir.
- 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 sorumluluklarını tanımlamak.
- Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemleri ve kodları aynen kullanmak.
- Düzenli olarak K3DS geri bildirim raporlarını ve kuruluş BYS sonuçlarını karşılaştırmak ve değerlendirmek.
- Klinik kalite uygulamalarında sürekli olarak, verinin elde edilmesi ile ilgili adımları gözden geçirmek ve veri kalitesine yönelik doğrulama yapmak.

#### **USS Veri Sorumlusunun Görevleri**

- USS'ye iletilen verilerin zamanında, doğru ve belirlenen kurallara uygun şekilde gönderimini sağlamak.
- K3DS raporları ile HBYS verilerini karşılaştırmak.
- Klinik kalite göstergelerine ilişkin;
  - Doğru işlem kodlarının kullanılmasını sağlamak
  - Doğru tanı kodlarının kullanılmasını sağlamak
  - Doğru hesaplama yönteminin kullanılmasını sağlamak
- Klinik kalite iyileştirme komitesine veri kalitesi ile ilgili sonuçları raporlanmak.

### **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
<p>HBYS verileri ile KDS verileri karşılaştırıldığında, HBYS'den gönderilen verilerin bir kısmının e-Nabız K3DS'ye ulaşmadığı görülmektedir.</p> <p>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.</p>	<p>Veri eksikliği nedeniyle gitmeyen paketlerdeki eksik verilerin saptanması ve söz konusu verilerin uygun girilmesine yönelik çalışma başlatılması gerekmektedir (paket içeriğinde değişiklikler, eğitim, denetim gibi).</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>Laboratuvar sonuçlarının bir kısmı K3DS'ye aktarılmakta, bir kısmı ise kuyrukta gönderilmeyi beklemektedir.</li><li>Gönderilen bazı laboratuvar verileri, metin formatında olması nedeniyle K3DS tarafından alınamamaktadır.</li><li>Bazı laboratuvar sonuçlarında birim özelliği belirtilmemektedir. Ayrıca aynı tetkik için farklı metotlar kullanılabilmekte ve sonuçlar farklı formatta elde edilebilmektedir.</li></ul>	<p>Laboratuvar verilerinin girişine yönelik uluslararası kod sistemleri (LOINC) kullanılmalıdır.</p>
<p>HBYS tarafından USS'ye gönderilen verilerin gönderiminin başarısız olduğu şeklinde rapor gelmesine rağmen, verilerin tekrar gönderiminde, "daha önce gönderilmiş veri" olarak rapor gelmektedir.</p>	<p>HBYS üzerine kayıt edilen verilerin Bakanlığa gönderimi sırasında verinin gidip gitmediğinin kontrolü yapılmalı, gitmeyen veriler tekrar gönderilmeli ve neden gitmediğine dair araştırma yapılmalıdır.</p>
<p>SKRS klinik kodları ile SGK uzmanlık kodlarının bir kısmı eşleşmemektedir.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>Otomasyon firmaları veri gönderimi ile ilgili kurallara uymalıdır.</li><li>Otomasyon sistem alt yapıları iyileştirilmeli ve hızlandırılmalıdır.</li><li>Kodlar sistemle uyumlu hale getirilmelidir.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Otomasyon firmalarında personel sayısının az olması, personelin klinik kalite ve tanı kodları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması uygulamada sorunlara yol açmaktadır.</li><li>Otomasyon firmalarının değişimi sırasında veri kaybı olmaktadır.</li><li>Otomasyon firmaları Sağlık Bakanlığı bilgi sistemleri ile tam bir işbirliği içinde çalışmamaktadır.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Otomasyon firmaları, kuruluşun büyüklüğü ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak Bakanlık kuralları çerçevesinde düzenleme yapmalıdır.</li><li>Hastane yönetimleri tarafından otomasyon firmalarının işleyişine yönelik gerekli denetimler yapılmalıdır.</li><li>Kullanıcıların sistem ara yüzleri ile ilgili geri bildirimleri dikkate alınmalıdır.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri girişi yapılan sayfa ara yüzlerinin kullanıcı dostu olmaması sorun oluşturmaktadır.</li></ul>	
Veriler aynı standartta girilmemektedir (Örneğin tansiyonun 12/8 şeklinde girilmesi, boyun “1,65 m” olarak girilmesi gibi).	Tüm HBYS 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 ve bölge 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 HBYS'ye kesin tanı girilmeden HBYS 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 HBYS üzerinde engellenmelidir.
Cerrahi işlem öncesi antibiyotik kullanımı hastane enfeksiyon sürveyans kayıtlarına göre yüksek düzeyde olduğu halde, ilaç kodlama sistemi olmadığı için buna ilişkin kanıt HBYS ve K3DS üzerinde görülmemektedir.	Ameliyat kayıt formunda antibiyotik kullanımı ile ilgili veri girişi zorunlu hale getirilmeli ve seçenek işaretlenmeden kayıt formu kapatılmamalıdır.

## III.2. GÖSTERGE BAZINDA SAPTANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

### III.2.1. DİYABETES MELLİTUS

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

### III.2. 2. İNME

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<p><b>İnme tanıları doğru girilmemektedir.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Gösterge kartlarında belirtilen inme tanıları kullanılmamakta, semptomaya yönelik (senkop, bilinç bulanıklığı vs) tanı kodları ile giriş yapılmakta ve ön tanı, kesin tanı olarak değiştirilmemektedir.</li><li>Bazı inme tanı kodları otomasyon firması ve yönetim tarafından pasife alınmakta, bu nedenle hekim tarafından seçilememektedir.</li><li>İnme tanılı hastalarda daha çok I67.8 ve I68 tanı kodları kullanılmakta, geçici iskemik atak ya da iskemik inme tanıları kullanılmamaktadır.</li><li>Hastalar inme tanısı almadan taburcu edilmektedir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hasta taburcu olmadan ya da çıkışı yapılmadan ön tanıların değiştirilmesi sağlanmalı, yazılım firması tarafından kesin tanısı girilmeyen hastanın çıkışının yapılması engellenmelidir.</li><li>İnme tanılı hastalara yatışlarda mutlaka inme tanılarının girilmesi sağlanmalıdır.</li></ul>
<p><b>Ambulansla gelen hastaların kayıtları doğru yapılmamaktadır.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Ambulans ile gelen hastaların hasta kayıt formu ekranında “ambulansla geldi” işareti seçilmemekte “diğer” işareti seçilmektedir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>Yönetim tarafından, hasta geliş şekli ile ilgili kayıtların doğru yapılıp yapılmadığı denetlenmelidir.</li></ul>
<p><b>İskemik inme tanılı hastalarda yapılan Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi oranı düşük çıkmaktadır.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Nörologlar tarafından, iskemik inme tanılı hastalara etiyolojik inceleme için Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi yapılmasına rağmen, nörologlar bu işlemde puanı alamadığından işlemi “diğer USG” olarak girmekte ve dolayısıyla oran düşük çıkmaktadır.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nörologlar tarafından Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi işlemine ilişkin doğru kodun girilmesi sağlanmalıdır.</li></ul>
<p><b>Erken rehabilitasyona başlama oranı sıfır (0) çıkmaktadır.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi olmayan sağlık kuruluşlarında bu işlem yapılamamaktadır.</li></ul>	<p>Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin bu hastalarda erken dönemde sağlanmasına yönelik kuruluş, il veya bölge düzeyinde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.</p>

<p><b>İnme tanısı alan hastalarda dekübit olan ve düşen bütün hastalar kayıt altına alınmamaktadır.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Havali yatak istemi yapmak gerektiğinde hastalara dekübit tanı kodu girilmekte, bunun dışında dekübitli hastalara ilgili tanı kodları girilmemektedir.</li></ul>	<p>Tedavi sürecinde düşen ve dekübitli hastaların tanılarının girilmesi sağlanmalıdır.</p>
--	--

### III.2. 3. KORONER KALP HASTALIĞI (KKH)

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<p><b>KKH tanıları doğru girilmemektedir.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Semptomatik göğüs ağrısı (R07, R03) gibi tanılar girilmekte, kesin tanı girilmemektedir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Non invaziv testler sonrası mutlaka kesin tanılarının girilmesi sağlanmalıdır.</li><li>Doğru tanının girilmesi için, otomasyon firması tarafından kullanıcı dostu ekran oluşturulmalıdır.</li><li>Kesin tanı girilmeden hasta çıkış ve taburculuğuna izin verilmemelidir.</li></ul>
<p><b>KKH’da, beden kütle indeksi (BKİ), tansiyon ve tütün kullanımına ilişkin veriler kayıt altına alınmamaktadır.</b></p>	<p>KKH hastalarına yönelik hazırlanacak mini set içerisine, tütün kullanımı, tansiyon değerleri, ayak muayenesi ve boy kilo ölçümlerine ilişkin, kullanıcı dostu ve tıklama ile veri girişi yapılabilecek alanlar eklenmelidir.</p>
<p><b>“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;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Hastaneler, hastaların başka kuruluşlarda aldığı tanıları göremediğinden, bazı hastalar ilk tanı gibi değerlendirilmekte, K3DS gerçek ilk tanı aldığı hastaneyi esas aldığından, K3DS ve HBYS veriler arasında tutarsızlıklar görülmektedir.</li></ul>	<p>Kuruluşlar, gösterge analizi için K3DS verilerini esas almalıdır.</p>

### III.2.4. KATARAKT

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

### III.2.5. KOLOREKTAL KANSER

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



### III.2.6. DİZ VE KALÇA PROTEZİ

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfeksiyonlara yönelik kodlar yerine farklı kodlar girilmektedir.</li><li>• Protez cerrahisine bağlı enfeksiyon gelişen hasta enfeksiyon tedavisi için başka kuruluşa başvurabilmektedir. Bu nedenle kuruluş verileri olduğundan farklı çıkmakta, sonuçlar açısından K3DS ve HBYS’de tutarsızlıklar görülmektedir.</li><li>• Diz ve kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda, reoperasyon yapıldığında diz ve kalça protezi işlem kodları yerine farklı işlem kodları girilmektedir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kuruluş tarafından sağlık çalışanlarına, yapılan işlemlerin doğru girilmesine yönelik bilgi verilmeli ve denetlenmelidir.</li><li>• Enfeksiyon oranları, enfeksiyon kontrol komitesi surveyans raporları ile karşılaştırılmalıdır.</li></ul>
<p><b>Profilaktik amaçlı verilen antibiyotik ve antikoagulan ilaç tedavileri HBYS üzerinden ölçülememektedir.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tüm ilaç reçetelerinin elektronik sistem üzerinden yazılması sağlanmalıdır.</li><li>• Opere olan hastalarda ameliyat notu ekranına;<ul style="list-style-type: none"><li>○ Profilaktik antibiyotik aldı</li><li>○ Antikoagulan tedavi verildi</li><li>○ Profilaktik antibiyotik kullanımı gerekmemektedir.</li></ul>gibi tedavi kayıtları eklenmelidir.</li></ul>

### III.2.7. KOAH

SORUNLAR	ÇÖZÜMLER
<p><b>KOAH tanı kodları doğru girilmemektedir.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Bazı astım ilaçlarını reçete etmek amacıyla KOAH tanısı girmek zorunda kalmaktadır.</li></ul>	<p>KOAH tanı kodları ve alt kırılımları doğru şekilde kullanılmalıdır.</p>
<p><b>Kontrole gelen hasta sayıları düşüktür.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Kontrole gelen hastalarda KOAH tanısının girilmeyip semptomatik tanı kodlarının girilmesi (Örneğin; öksürük, nefes darlığı, ya da pnömoni)</li><li>Hastaların alevlenme yaşamadan kontrole gelmemesi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kontrole gelen hastaların ana tanılarında KOAH alt kırılım kodları tercih edilmelidir.</li><li>Rutin kontrollere gelmesi için hastalar bilinçlendirilmelidir.</li></ul>
<p><b>Sürekli oksijen tedavisi ve mekanik ventilasyon tedavisi alan hasta sayıları gerçek değerine göre düşüktür.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Oksijen tedavisi elektronik olarak reçete edilememektedir.</li><li>KOAH tanısının yanı sıra Akut ve Kronik solunum yetmezliği tanı kodlarının (J96.0 VE J96.1 ) girilmemesi.</li><li>Nebülizatör ile ilaç uygulama işlem kodunun girilmemesi</li><li>Reçetelerde KOAH ve alt kırılım kodlarının bulunmaması</li><li>KOAH ve alt kırılım tanısı alan ayaktan ve yatan hastaların seçilmesi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Oksijen tedavilerinin reçetelerde görülebilmesi için gerekli yazılım desteği sağlanmalıdır.</li><li>Akut ve Kronik solunum yetmezliği tanı kodlarının (J96.0 VE J96.1) oksijen tedavisi için eksiksiz girilmelidir.</li><li>Yapılan işlem ve ICD-10 kodlarının tam ve doğru kullanılması sağlanmalıdır.</li><li>Sadece yatan KOAH hastaları hesaplama dâhil edilmelidir.</li></ul>
<p><b>KOAH tanısı ile yatan hasta oranı gerçek değerine göre düşüktür.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>KOAH'lı hastaların yatışlarında KOAH tanısı yerine pnömoni ve solunum sıkıntısı gibi farklı tanımlar kullanılmaktadır.</li><li>HBYS verileri sorgulanırken KOAH tanısı alan hastalar tekilleştirilmemektedir.</li><li>Kuruluş tarafından hesaplama yöntemleri yanlış uygulanmaktadır.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Alevlenme döneminde gelen KOAH'lı hastalara pnömoni ve solunum sıkıntısı tanımlarının girilmemelidir.</li><li>Pnömoni ve solunum sıkıntısı olmayan hastaların yatışlarında bu tanımların girilmesi engellenmelidir.</li><li>Hesaplamalar tekil hasta üzerinden yapılmalıdır.</li></ul>

<p><b>İnhaler tedavi eğitimi alan KOAH'lı hasta oranı düşük çıkmaktadır.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Hastalar tekil hesaplanmamaktadır.</li><li>Hastalar farklı hastanelerde işlem yaptırmaktadır.</li><li>İnhaler tedavi eğitimi ömür boyunca bir kez ödendiği için işlem kodu girilmemektedir.</li><li>Hastaya inhaler tedavi eğitimi verilmemektedir.</li><li>SUT işlem kodları yanlış girilmekte ya da hiç girilmemektedir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hesaplamalar tekil hasta üzerinden yapılmalıdır.</li><li>İhtiyacı olan her hastaya inhaler tedavi eğitimi verilmelidir.</li><li>Yapılan işlem kodu doğru girilmelidir.</li><li>İşlem kodları hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.</li></ul>
<p><b>KOAH tanısı ile takip edilen hastalarda mortalite oranı düşük çıkmaktadır.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>KOAH tanısı alan hastaların ölüm nedeni KOAH olarak gösterilmemektedir. (Örneğin Kardiopulmoner arrest tanısı yazılmaktadır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KOAH tanısı alan hastaların ölüm nedeni KOAH olarak gösterilmelidir.</li></ul>

### III.2.8. GEBELİK ve DOĞUM SÜRECİ

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