

1. AMAÇ

Hastanemizde ölçüm sistematigi ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkanlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

2. KAPSAM

Hastane çalışanlarını kapsar.

3. KISALTMALAR

- SUT:** Sağlık Uygulama Tebliği

4. TANIMLAR

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

Gösterge Kimlik Kartı: Her bir gösterge için özel hazırlanan, ilgili göstergenin yönetimine ilişkin esasları içeren bilgi kartlarıdır.

Gösterge Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş göstergelerin izlenebilirliği için oluşturulan koddur.

Kısa Tanım: Göstergenin kısa açıklamasını içeren metindir.

Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge ile ilgili verilerden göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla standart olarak ortaya konulmuş formüldür.

Veri Kaynağı: Verinin toplanacağı ortam ile hesaplamada kullanılan ICD-10 ve SUT kodları, otomasyon üzerinden yapılan bildirimler ve istatistik veriler gibi.

Hedef Değer: İki şekilde belirlenmiştir.

- Ulusal Hedef:** Türkiye genelinde klinik kalite adına ulaşılması gereken hedeftir.
- Kurumsal Hedef:** Ulusal hedefi yakalamak için oluşturulan hastane bazlı hedeftir.

Veri Analiz Periyodu: Toplanan klinik kalite verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.

5. SORUMLULAR

- Başhekim
- Başhekim Yardımcıları
- İdari İşler Müdürü
- Komiteler
- Kalite Yönetim Direktörü
- Doktorlar
- Hemşireler
- Kalite Birim Sorumluları

6. FAALİYET AKIŞI:**6.1. Göstergelerin İzlemi İle İlgili Sorumluların Belirlenmesi**

Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur.

6.2. İlgili Personelin Eğitilmesi:

Gösterge sorumlusu ile veri kaydında görev alacak ilgili tüm personelin eğitimi verilmiştir. **Bu eğitimde;** yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmaktadır.

6.3. Hastanede İzlenecek Göstergeler:

Belirlenmiş olup gösterge kartları hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde ve manuel olarak bulunmaktadır.

6.4. Veri Toplama İle İlgili Alt Yapının Oluşturulması:

Veri toplama için oluşturulacak olan formlar manuel ya da elektronik ortama entegre şekilde kullanılabilir. Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmiştir. Performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından veri toplama alt yapısı Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden kurgulanmıştır.

HAZIRLAYAN**KALİTE YÖNETİM
DİREKTÖRÜ****KONTROL EDEN****BAŞHEKİM YARDIMCISI****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

6.5. Veri Toplama:

- Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları gösterge kartlarında tanımlanmıştır.
- Veri toplama aralıkları hastanenin ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda belirlenmiştir
- Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmiştir.

6.6. Verilerin Sonuca Dönüştürülmesi

Elde edilen veriler, Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemi ile formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır.

6.7. Sonuçların Analizi ve Yorumlanması:

- Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değer, hedef değer ile karşılaştırılır.
- Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri, benzer kurumlar ve ülke genelindeki değerlere göre nerede yer aldığı
- Varsa, ilgili klinikte çalışan personel sayısı ve niteliğinde değişiklikler
- Varsa, sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler gerektiğinde kullanılmalıdır.
- Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurularak, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmektedir.

6.8. Gerekli İyileştirme Çalışmalarının Yapılması

Analiz sonuçları hedef değerden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır. Sonuç olumlu ya da olumsuz olsun bu sonuca ulaşılmasındaki kritik noktalar değerlendirilir. Olumlu sonucun korunması ya da daha da iyileştirilmesi, olumsuz sonucun ise düzeltilmesi için hangi faaliyetlerin yapılabileceği konusu ele alınır. Sorun kaynakları nedenine yönelik araştırmalar yaparak tespit edilmeli ve mutlaka kayıt edilmelidir.

Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir.

- Sorunun tespiti
- Sorunun nedeninin tespiti
- Çözüm yollarının aranması
- Çözüm planlanması
- Çözümün uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesi
- Sonucun raporlanması ve bildiriminin yapılması
- Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

HAZIRLAYAN
KALİTE YÖNETİM
DİREKTÖRÜ

KONTROL EDEN
BAŞHEKİM YARDIMCISI

ONAYLAYAN
BAŞHEKİM