



GÖSTERGE YÖNETİM PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	G .PR.01
YAYIN TARİHİ	27.04.2016
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA	1 / 2

1.AMAÇ: Sağlık hizmetinde kalitenin sürekli geliştirilmesi için hizmet süreçlerinin, elde edilen sonuçların sürekli ve sistematik bir şekilde izlenmesi gereklidir. İzlem sırasında somut verilerle hareket edilmelidir. Somut kanıtlara ulaşmak için kalite çalışmalarının ölçülebilir bir formata dönüştürülmesi esastır. Ölçüm, süreçlerin yönetimini ve izlenebilirliğini sağlamaktadır. Sağlık hizmetinin tüm süreçlerini kapsayan, ölçüme dayalı hedefler tespit edilerek iyileştirmeye açık alanların belirlenmesi ve iyileştirilen alanlarda kalitenin sürekliliğinin sağlanmasını amaçlar.

2.KAPSAM: Hastanede tutulan bölüm bazlı göstergeleri ve klinik göstergeleri 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 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, Hastane kodları ve SUT kodları, otomasyon üzerinden yapılan bildirimler ve istatistik veriler gibi.
- **Hedef Değeri:** Belirli şekilde belirlenmektedir.
 - **Ulusal Hedef:** Türkiye genelinde klinik kalite adına ulaşılması gereken hedefdir.
 - **Kurumsal Hedef:** Ulusal hedefi yakalamak için oluşturulan hastane bazlı hedefdir.
- **Veri Toplama Periyodu :** Verilerin hangi sıklıkla toplanacağını gösterir.
- **Veri Analiz Periyodu:** Toplanan kalite verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.
- **Alt göstergeler;** Ana gösterge ile ilişkili analizlerin yorumlanmasını ve sorunların kök nedenlerine ulaşımı kolaylaştıran ek göstergelerdir.
- **Sorumlular :** Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.

5.SORUMLULAR:

- ❖ Baş Hekim
- ❖ Baş Hekim Yardımcıları
- ❖ Baş Müdür
- ❖ Komiteler
- ❖ Kalite Yönetim Direktörü
- ❖ Kalite Yönetim Sorumlusu
- ❖ Kalite Yönetim Birim Çalışanları
- ❖ Doktorlar
- ❖ Hemşireler
- ❖ Kalite Sorumluları

6.FAAL YETKİLERİ:

6.1.Göstergeler, Bakanlıkça “SKS-Bölüm Bazlı Göstergeler” ve “Klinik Göstergeler” olarak belirlenmiştir. Ancak hastanemize bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla da hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak yer alan göstergelerin dışında da gösterge belirleyebilmektedir. SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerine ilişkin Bakanlıkça yeni göstergeler yayınlanması durumunda, yeni liste esas alınmaktadır.

6.2.Ver Kaynağı, Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi ve Süreci

Veri kalitesinin sağlanması için kritik amaçlardan biri veri toplama amaçlarıdır. Bu amaçta, sonucun hesaplanması için gerekli verilerin hangi yolla elde edileceği yani veri kaynağı belirlenmiştir. Veri toplama yöntemi, verinin kalitesini direkt olarak etkileyen bir faktördür. Personele fazla ek yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntemin, uzun süreli uygulanabilirliği düşük olacaktır. Göstergenin türüne



GÖSTERGE YÖNETİM PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	G .PR.01
YAYIN TARİHİ	27.04.2016
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA	2 / 2

göre veri toplama yöntemi de i ebilmektedir. Veri toplama için olu turulacak olan formların bir kısmı manuel bir kısmı elektronik ortama entegre ekilde kullanılmaktadır. Sistemin gerekli tüm verileri içerecek ekilde düzenlenmeye devam edilme çalı maları sürmektedir. Veri toplamanın bilgi yönetim sistemi üzerinden kurgulanması performans ölçümü ve kalite iyile tirme çalı malarının uygulanabilirli i açısından oldukça önemlidir. Bu ekilde personele minimum ek i yükü olu turmakta, aynı zamanda da verinin analizi önemli ölçüde kolayla maktadır.

6.3. Analiz ve Veri Toplama Periyodunun Belirlenmesi

Göstergeye ait verilerin toplanması ve sonuçların analizi ile ilgili aralıklar bakanlı ın belirledi i periyotlara göre belirlenmektedir. Burada üzerinde durulması gereken en önemli husus analizlerin e it zaman dilimlerinde ve en uygun sürelerde yapılmasıdır. Bu ekilde analiz sonuçları arasında net bir kar ıla tırma yapılmasına imkân tanınmaktadır. Veriler göstergelere göre aylık, 3 aylık, 6 aylık ve yıllık olarak toplanır ve analizleri yapılmaktadır.

6.4. Sonuçların Analizi

Sonuçlar Bakanlıkça belirlenen hesaplama formülü esas alınarak analiz edilmektedir. Bu ekilde ölçümün standardizasyonu, ileriye yönelik trendin sa lıklı ortaya konabilmesi gerekti inde kurumlar arası kıyaslamalar yapılması durumunda do ru sonuçların elde edilmesine olanak sa lamaktadır. Hesaplama yöntemi, kısaca, verilerin sayısalla tırılması ve analizlerde kullanılabilmesi amacıyla kullanılan bir formüldür. Göstergelere ili kin yapılan analizler sonucunda iyile tirme faaliyetleri planlanır ve uygulanır. Analiz sonuçları hedef de erden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır. Sonuç olumlu ya da olumsuz olsun bu sonuca ula ılmasındaki kritik noktalar de erlendirilir. Sorun kaynakları nedenine yönelik ara tırmalar yapılarak tespit edilir ve mutlaka kayıt edilir, gerekti inde DÖF açılarak takip yapılır.

Sorun çözümlerinde öyle bir yol izlenmelidir.

- ❖ Sorunun tespiti
- ❖ Sorunun nedeninin tespiti
- ❖ Çözüm yollarının aranması
- ❖ Çözüm planlanması
- ❖ Çözümün uygulanması
- ❖ Çözümün de erlendirilmesi
- ❖ Sonucun raporlanması ve bildiriminin yapılması
- ❖ Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması yile tirme çalı malarının uygulanabilirli i ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdı ı izlenmeli, ek de i ikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadı ı sürekli gözden geçirilmelidir.

6.5. Sorumluların Belirlenmesi

Gösterge sorumluları, ilgili gösterge ile ilgili verinin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyile tirmelerin yapılmasından sorumludur.

6.6. Hedef De erlerin Belirlenmesi

Hedef de er; ula ılması amaçlanan tahmini gösterge sonucudur. Göstergenin ilk defa ölçüldü ü dönemde mevcut durum bilinmedi i için hedef de er tespit etmek mümkün olmayabilir. İlk dönem sonrası de erin belirlenmesiyle kalite yönetim direktörü ve ekibi tarafından gerçekte tirilen çalı ma sonucu hedef de er belirlenmektedir. Hedef de erlerin takibi kalite yönetim birimi tarafından yapılmaktadır.

6.7. Sonuçların Payla ılması

Gösterge sonuçları, Hastane Yönetimi, Sa lık Hizmetleri Müdürü, d ari Hizmetler Müdürü, Kalite Yönetim Direktörü, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumluları ile payla ılır. Gerekli iyile tirmeler yapılır.

7. LG L DÖKÜMANLAR:

- Gösterge Kartları
- Veri Toplama Formları
- Veri Analizi Formları

HAZIRLAYAN KALİTE YÖNETİM BİRİMİ SORUMLUSU	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
--	--	-----------------------