

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: Hastanemizde takip edilen bölüm bazlı göstergeleri ve klinik göstergeleri, bununla birlikte göstergelerle ilgili tüm çalışanları kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesi ile o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araçtır.

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

Düzeltilici Önleyici Faaliyet: Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.

5. SORUMLULAR:

- Başhekim
- İdari Mali İşler Müdürü
- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- Başhekim Yardımcısı
- Kalite Yönetim Direktörü
- Kalite Bölüm Sorumluları
- Komiteler
- İlgili göstergeye ait tüm birim çalışanları

HAZIRLAYAN

Kalite Yönetim Birimi

KONTROL EDEN

Kalite Yönetim Direktörü

ONAYLAYAN

Hastane Yöneticisi

6. FAALİYET AKIŞI:

Hastanemizde gösterge yönetimi ile ilgili çalışmalar SKS Gösterge Yönetim Rehberi doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.

6.1. İzlenecek Göstergelerin Belirlenmesi: Hastanemizin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, “SKS-Bölüm Bazlı Göstergeler” ve “Klinik Göstergeler” bölümlerinde yer alan göstergelerden zorunlu olanların tamamı, opsiyonel olanlarda ise bölüm kalite sorumlularının ve bölüm yöneticilerinin uygun gördüğü göstergeler izlenir.

6.2. Gösterge Kartının Hazırlanması: Her bir gösterge için gösterge kartı hazırlanır. Gösterge kartında aşağıda yer alan bilgiler bulunur.

- Gösterge Kodu
- Gösterge Tanımı
- Amaç
- Hesaplama Yöntemi formülü
- Alt Göstergeler
- Veri Kaynağı
- Mevcut Durum
- Hedef Değer
- Veri Analiz Periyodu
- Sorumlular
- Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler
- Göstergeye İlişkin Dikkat Edilecek Hususlar

6.3. Gösterge Hedef Değerinin Belirlenmesi: Gösterge hedef değeri mevcut durum ve iyileştirme potansiyeli göz önünde bulundurularak bölüm kalite sorumluları, ilgili idareciler, kalite yönetim ve verimlilik birimi tarafından belirlenir. Belirlenen hedef değer özellikli bir durum yoksa alt göstergeler için de geçerlidir.

İlk defa ölçülecek göstergeler için 6 aylık bir veri toplama süreci sonrasında elde edilen veriler ışığında hedef değer belirlenir. 6 aylık süreç sonunda elde edilen veriler analiz yapmaya yeterli değilse hedef belirleme süreci uzatılabilir. Hedef değer yıllık olarak belirlenir. Gerekli görülürse daha kısa dönemlerde de yeniden hedef değer belirlenebilir.

HAZIRLAYAN

Kalite Yönetim Birimi

KONTROL EDEN

Kalite Yönetim Direktörü

ONAYLAYAN

Hastane Yöneticisi

6.4. Göstergelerin izlenmesi ile ilgili sorumluların belirlenmesi, sorumluluklarının tanımlanması ve personelin eğitilmesi:

Her bir göstergenin toplanması, analizi, raporlanması ve göstergenin iyileştirilmesi sürecinde görev alacak sorumlular belirlenir. Bu sorumlular bölüm bazlı göstergelerde; bölüm kalite sorumluları, klinik bazlı göstergelerde ise klinik sorumlu hekimleridir. Gösterge sorumlularının, ilgili her türlü kararda sürece dâhil edilmesi, katkılarının çok daha etkili bir şekilde alınmasını sağlayacağı gibi, iş motivasyonunu da artıracaktır. Bu sorumlular göstergelerin takip edilmesi ile ilgili süreçte verilerin toplanması, analizi ve raporlanmasından ve iyileştirme sürecinin takibinden sorumlu olup Kalite ve Verimlilik Birimiyle Koordineli çalışır. Göstergelerin izlenmesine yönelik süreçlerin koordine edilmesi Kalite Yönetim ve Verimlilik birimi tarafından yapılır.

Göstergelerden sorumlu çalışanlara yapılan işin amacı ve göstergelerin izlenmesi ile ilgili eğitim verilir.

6.5. Veri kaynağı ve veri toplama yönteminin belirlenmesi ve süreci:

Bildirime dayalı göstergelerde veri toplamak amacıyla ilgili gösterge için hazırlanmış olan bildirim formları (manuel / HBYS) kullanılır. Diğer göstergeler için ise manuel ya da elektronik ortama entegre edilmiş formlar kullanılır.

Özellikle uygulamanın ilk dönemlerinde ilgili sorumluların veri toplama aşamasını yakından izlemesi, yaşanan problemleri zamanında tespit ederek gerekli ise bazı düzenlemeleri yapması önemlidir. Veri kalitesinin sağlanması için kritik aşamalardan biri veri toplama aşamasıdır. Bu aşamada, sonucun hesaplanması için gerekli verilerin hangi yolla elde edileceği yani veri kaynağı belirlenir. Veri toplama yöntemi, verinin kalitesini direk olarak etkileyen bir işlemdir. Mümkün olan tüm veriler için öncelikli HBYS kullanılır. Sonrasında manuel veya elektronik ortama entegre hazırlanan dokümanlarla veri toplama işlemi yapılır.

6.6 veri toplama aralıkları

İhtiyaçlar ve imkânlar doğrultusunda Her göstergenin kendine özgü veri toplama aralığı farklı olup, veriler aylık, üç aylık ve altı aylık veri toplama periyodu belirlenir veya bilgi sistemleri vasıtasıyla anlık veri takibi gerçekleştirilebilirler.

6.7. Verilerin sonuca dönüştürülmesi, analizi ve yorumlanması:

Elde edilen veriler, Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemi ile hesaplanır ve sonuca ulaşılır. Elde edilen sonuç değerlendirilirken hedef değer ile karşılaştırılır. Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri ve ülke genelindeki değerlere göre nerede yer aldığı, varsa ilgili klinikte veya bölümdeki personel değişikliği (nitelik ve sayısal değişiklik), tanı-tedavi-takip yöntemleriyle ilgili kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

gerektiğinde kullanılmalıdır.

Kalite Yönetim ve Verimlilik Birimi gelen verileri özellikli göstergeleri ilgili dönemlerde, diğerlerini ise 3 aylık periyotlarda analiz eder. Gerekli görülen durumlarda ilgili sağlık çalışanları, idareciler ve kalite bölüm sorumluları sonuçların analizi ve çözüm sürecine dahil edilir.

6.8. Gerekli iyileştirme 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 yapılacağı konusu ele alınır. Sorun kaynakları nedenine yönelik araştırmalar yaparak tespit edilir ve kayıt edilir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi