1. **AMAÇ:** Hastanemizde ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslar arası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.
2. **KAPSAM** :Bu prosedür, göstergelere ait süreçlerin işleyişini kapsar

3. KISALTMALAR:

- **ICD-10:** International Classification of Disease 10 - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10
- **SUT:** Sağlık Uygulama Tebliği
- **HBYS:** Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
- **KKS:** Kurumsal Kalite Yönetim Sistemine
- **TÜR-GÖS:** Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi
- **SAS:** Sağlıkta Akreditasyon Standartları

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 Yardımcısı
- Kalite Yönetim Sorumlusu
- Kalite Birim Sorumluları
- Kalite Yönetim Birim Çalışanları
- Gösterge süreçleri içinde faaliyet gösteren tüm çalışanlar sorumludur

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1.GÖSTERGELERİN İZLEMİ İLE İLGİLİ SORUMLULARIN BELİRLENMESİ

Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından koordine edilir.

Her bir göstergenin izlenmesine yönelik olarak sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur.

6.2.İLGİLİ PERSONELİN EĞİTİLMESİ:

HBYS sorumlusu ve kalite yönetim birimi tarafından , Gösterge Sorumluları ile veri kaydında görev alacak ilgili tüm personele gerekli eğitimler verilir. **Bu eğitimde;**

yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanır.

6.4 GÖSTERGELERİN BELİRLENMESİ

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik doğrultusunda Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan; sağlıkta kalite göstergeleri olarak belirlenen göstergeler,

Bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımı ile takip edilmek istenen ve bu amaçla belirlenen

indikatör/göstergeler takip edilir.

6.5 KURUMUN KENDİ BELİRLEDİĞİ İNDİKATÖR/GÖSTERGELERDE DİKKATE ALINMASI GEREKENLER

Sunulan hizmetlerde farklı süreçlere yönelik ayrı ayrı indikatör/göstergeler belirlenir ve her birinin hangi sürecin ölçülmesi için belirlendiği, ve ölçmedeki ana hedef net olarak ortaya konmalıdır.

Belirlenen indikatör/göstergenin amacı çok iyi tanımlanmalı ve bu amaç doğrultusunda veri toplama yöntemi belirlenmelidir.

Kurumda en çok sorun yaşanan ya da en problemli olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalı ve bu alanlarda öncelikle kolay ölçülebilen ve personel uyumunun yüksek oranda sağlanabileceği indikatör/göstergeler tercih edilmelidir.

Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek olanlar takip edilmelidir.

Takibi yapılması istenen indikatör/göstergelerde, çalışanların da görüşleri alınarak belirlenmelidir

6.6 HESAPLAMA YÖNTEMİNİN BELİRLENMESİ

Belirlenen indikatör/gösterge sonucu için; hangi verilere ihtiyaç duyulacağını ve bu verilerden sonuca ulaşmak için hangi formül veya formüllerin kullanılacağının belirlendiği aşamadır.

İlgili gösterge için Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş formül varsa, verilen formül kullanılmalıdır. Bakanlığın formülünün kullanılması ulusal kurumlar arası kıyaslamaların yapılmasında doğru sonuçların elde edilmesi sağlanır. Kısaca hesaplama yöntemi, verilerin sayısallaştırılması ve analizlerinde kullanılabilmesi amacıyla kullanılan bir formüldür.

Hesaplama yönteminde yer alan ilgili dönem; her bir gösterge için belirlenen veri analiz periyodu ile aynı dönemi kapsar**.**

6.7 ALT GÖSTERGELERİN BELİRLENMESİ

Ana indikatör/gösterge ile ilgili analizlerin yorumlanması ve sorunların kök nedenlerine ulaşımı kolaylaştıran, ana gösterge ile ilgili ek göstergelerdir. İndikatör/gösterge takibi sırasında; sonucu yorumlayabilmek, gerektiğinde geriye dönüp kök neden analizi yapabilmek için ek bilgi ve veriye ihtiyaç duyulduğunda, ek verilere ulaşmak için, belirlenen alt/ek veriler önem kazanmaktadır.

Alt/ek göstergelerde, Bakanlık tarafından belirlenen varsa, esas alınmalıdır. Kurum kendi ihtiyaçlarına göre ekstra alt/ek gösterge oluşturabilir. Alt göstergeler oluşturulurken, özellikle odaklanmak istenilen, ölçülebilir ve etkin müdahaleler ile iyileştirme yapılabilecek alanlar ele alınmalıdır.

6.8.HASTANEDE İZLENECEK GÖSTERGELER :

Hastanemizde izlenecek göstergeler belirlenmiş olup gösterge kartları hastane bilgi yönetim sistemi üzerinde ve manuel olarak bulunmaktadır.

Gösterge kartlarında aşağıdaki bilgiler yer alır:

- Gösterge Adı
- Gösterge Kodu
- Göstergenin Tanımı
- Amaç
- Veri Kaynağı
- Hesaplama Yöntemi/Formülü
- Alt Gösterge
- Hedef Değer
- Veri Toplama Periyodu
- Veri Giriş Periyodu
- Veri Analiz Periyodu
- Sorumlusu
- Sonuçların Kimlerle Paylaşılacağı
- Açıklama yer alır

6.9.VERİ TOPLAMA İLE İLGİLİ ALT YAPININ OLUŞTURULMASI :

Veri toplama için oluşturulacak olan formlar manuel ya da elektronik ortama entegre şekilde kullanılır. Performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından veri toplama alt yapısı bilgi yönetim sistemi üzerinden kurgulanmıştır.

6.10 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİNİN BELİRLENMESİ

Sonucun hesaplanması için, gerekli verilerin hangi yolla elde edileceği yani veri kaynağı belirlenir. Veri toplama yöntemi veri kalitesini direkt etkileyen işlemdir. Kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması için, tüm işlem basamakları net olarak ortaya konması gerekir. Çalışanlara, ekstra fazla iş yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntem, uzun süreli uygulanamaz.

Göstergenin türüne göre veri toplama yöntemi değişiklik gösterir. Bildirime dayalı ya da HBYS üzerinden raporlama şeklinde veri toplanabilir. Bildirime dayalı olan veri toplama yöntemi kullanılan göstergelerde, çalışanlarda bildirim kültürünün gelişmiş olması ve hatalardan öğrenme sürecine ilişkin motivasyon oluşturulması gerekir. Kayıtlardan veri toplanıyor ise; kayıtların doğru, yeterli ve zamanında tutulması önemlidir, aksi halde yanıltıcı olacaktır. Eksik ve yanlış veriler oluşmasının önüne geçmek için sıklıkla veri toplama yöntemleri gözden geçirilmelidir.

Veri toplamada kullanılan formlar, manuel ya da elektronik ortama entegre edilerek kullanılabilir. Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmelidir. HBYS üzerinde veri toplamanın oluşturulması, personel iş yükünü azaltacak ve aynı zamanda veri analizini kolaylaştıracaktır.

6.11.VERİ TOPLAMA

Veriler hastane otomasyon sistemi veya veri toplama formları kullanılarak toplanır.Veri toplama formları manuel veya elektronik ortama entegre edilmiş formlar ile toplanmaktadır.Verilerin doğru ve zamanında toplanabilmesi için veri toplama süreleri aylık belirlenmiştir. Hastanemizde veriler gösterge kartlarında belirtilen periyotlarda toplanır ve analiz edilir. Belirtilen dönemlerde Kalite Yönetim Birimi tarafından verilerin toplanıp toplanmadığı kontrol edilir. Aksayan bölümlerde nedenler araştırılarak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılır.

Veri toplama yöntemleri verilerin özelliğine göre belirlenir.Hastanemizde verilerin bir kısmı otomasyon sistemi üzerinden toplanır. Verilerin HBYS den doğru ve kaliteli elde edilebilmesine yönelik olarak bilgi işlem sorumlusu ile koordineli çalışılır.

6.12. VERİLERİN SONUÇLARA DÖNÜŞTÜRÜLMESİ :

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

6.13.SONUÇLARIN ANALİZİ VE YORUMLANMASI :

- Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değer, hedef değer ile karşılaştırılır.
- Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri de göz önünde bulundurulup analizi yapılır.
- Sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler gerektiğinde kullanılır.
- İzlenecek veriler özelliklerine göre gösterge kartlarında belirlenmiş periyotlarda analiz edilir. Sağlıklı ve anlamlı karşılaştırmaların yapılabilmesi için analiz periyotları üç aylık, altı aylık ve yıllık bazda analiz edilmektedir. Yapılan analiz sonrası belirlenen hedef değerlere göre sapma gösteren göstergelere yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri başlatılır.Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça belirtilen elektronik veritabanına kalite yönetim birimi tarafından girilir.

6.14. HEDEF DEĞERİN BELİRLENMESİ:

Hedef değer, Kurum/hastane tarafından, mevcut durum ve iyileştirme potansiyeli göz önünde bulundurularak belirlenen, ulaşılması amaçlanan tahmini gösterge sonucudur. Ortaya konulan hedefler hastanenin kalite yolculuğun rotasını belirleyecektir. Bu yolda alınacak kararlar veriye dayalıdır. İndikatör/göstergenin ilk defa ölçüldüğü dönemde mevcut durum bilinmediği için hedef değer tespit etmek mümkün olmayabilir. İlk sonuçların elde edilmesi ve analizi, hastanenin ya da ilgili birimin, ölçülen gösterge ile ilgili mevcut durumu konusunda bilgi verir duruma gelir. Mevcut durumun net olarak belirlenmesi amacıyla, veriler gözden geçirilir, kayıtlar incelenir, alt yapı (personel, HBYS vb) durumu değerlendirilir. Elde edilen tüm veriler analiz edilerek gerçekçi bir hedef belirlenir. Hedef değer, hastanenin ya da hizmet verilen birimin özelliğine göre, kurumdan kuruma değişebilen parametredir. Kurum/hastanenin hedefleri belirlenirken, literatürde yer alan bilgiler, belirlenmiş ulusal ya da uluslararası değerler de incelenebilir.

Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler ve bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değer revize edilir. Hastanede belirlenen hedefe ulaşılması durumunda, sonraki dönem için daha üst bir hedef belirlenir. Yılın sonunda belirlenen hedef

değere ulaşma yönünden sorumlular tarafından sonuçlar değerlendirilir.

6.14.GEREKLİ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ YAPILMASI

Yapılan analiz sonrası belirlenen hedef değerlere göre sapma gösteren göstergelere yönelik üst yönetimin direktifi doğrultusunda bölüm kalite sorumluları,kalite yönetim birimi ve ilgili diğer sorumlular ile birlikte düzeltici önleyici faaliyet başlatılır. İyileştirme yapıldıktan sonraki dönemde veriler tekrar değerlendirilir ve yapılan iyileştirme çalışmasının etkinliği kontrol edilir. Hedef değerdeki sapmanın devam etmesi durumunda konu bölüm sorumlusu,kalite yönetim birimi ve ilgili diğer sorumlular ile değerlendirilerek kök neden analizi yapılır ve tekrar iyileştirme çalışması başlatılır. İyileştirme sonrası veriler tekrar izlenir. Yapılan analiz sonrası hedef değerde herhangi bir sapma tespit edilmemesi durumunda iyileştirme çalışması etkin olarak kabul edilir.

6.15.VERİLERİN TÜR-GÖS 'E GİRİLMESİ

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve sağlık kuruluşlarında izlenmesi gereken, yapı, süreç ve sonuç odaklı ölçüm araçları olan göstergelere ilişkin veriler hastanemiz Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından Kurumsal Kalite Sistemi (KKS) içinde bulunan TÜR-GÖS' e girilmektedir.

Veri girişinde göstergelere ait sonuçlar değil, hesaplamada kullanılan parametrelere ilişkin veriler kullanılmaktadır. Her 3 aylık dönemin verileri, sonraki ay içinde sisteme giriş yapılır.

Hastanemizde takip edilen enfeksiyon kontrolüne yönelik göstergelerde veri girişleri INFLINE sistemine yapılır. Bu kapsamdaki indikatör/göstergeler ayrıca TÜR-GÖS veri girişi yapılmaz. Analiz ve iyileştirme süreçleri Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) kapsamında değerlendirilir.

6.16.İNDİKATÖR/GÖSTERGELERİN SAĞLIK KURUMLARINA SAĞLADIĞI YARARLAR.

- Hizmetin kalitesinin ölçülmesi
- İyileştirme gereken süreç ya da bölümün kısa zamanda tespit edilmesi
- Konuyla ilgili yönetimsel başarının ortaya konulması
- Üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarı veya başarısızlık eğiliminin tespiti
- Bölümler arasında kıyaslama yapılması imkanı
- Kurumlarda ve süreçlerde iyileştirmeye ilişkin planlamaların yapılması
- İleriye dönük politikaların oluşturulması
- Ulusal ve uluslararası Sağlık Hizmetlerinde kurumun başarısının ölçülmesi, karşılaştırılabilmesi
- Hesap verilebilirlik

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1.Gösterge Yönetim Rehberi

7.2. Düzeltici Önleyici Faaliyet İsteği Formu

7.3 İndikatör (gösterge) Kartları

7.4 İndikatör (gösterge) Veri Toplama Formları

7.5 İndikatör (gösterge) Aylık Veri Analiz Formları

7.6 İndikatör (gösterge) Yıllık Veri Analiz Formları