1.0 AMAÇ: Hastanede sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen klinik liderlik varlığıyla, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmelliği hedefleyen yapı ve düzen oluşturmaktır.

2.0 KAPSAM: ..... Hastanesi Klinikleri ve çalışanları

3.0 KISATLAMALAR:

ICD-10: International Classification of Disease 10 - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

K3DS: Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

LOINC: Logical Observation Indentifiers Names and Codes (Gözlemlerin Mantıksal Tanımlayıcı Adları ve Kodları) NRS2002: Nutrisyon Risk Skoru SBYS: Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi

SİNA: Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

USS: Ulusal Sağlık Sistemi

4.TANIMLAR:

Gösterge Klinik Yönetişim: Sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen bir klinik liderlik varlığında, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmelliği hedefleyen yapı ya da düzendir.

Kalite Güvencesi: Sağlık hizmetinde; kalite standartlarının yerine getirilmesinde yeterli güveni sağlamak için uygulanan planlı ve sistematik etkinlikler bütünüdür.

Karar Destek Sistemi: Yönetim karar verme sürecinde kullanacağı verilerin toplanmasını, depolanmasını, analiz edilmesini, kolay erişilebilmesini, planlamalarda, stratejilerin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında kullanılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan sistematik bir yapılanmadır.

Klinik Etkinlik: bir tedavinin amacına ulaşmada ne kadar başarılı olduğunun bir ölçüsüdür.,

Klinik Kalite: Kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin arttırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır.

Klinik Kalite Dönemsel Raporları: İllere ve sağlık kuruluşuna ait klinik kalite başarı puanını gösteren verilerin yer aldığı Karar Destek Sisteminde (KDS) **/SİNA** Sisteminde yayınlanan geri bildirim raporlarıdır.

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 alır.

Kök Neden Analizi: Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.

LOINC Kodu: Kar amacı gütmeyen Amerikan Regenstrief Enstütüsü Tıbbi Araştırma Organizasyonu tarafından 1994 yılında laboratuvar ve klinik test sonuçlarının her birini bir ID kod ile tanımlamak ve verilerde standardizasyonu sağlamak için geliştirilmiş bir veri tabanıdır.

Olgu Klinik Kalite Puanı: Klinik kalite karar destek sisteminde takip edilen sağlık olgusunun gösterge kartında belirtilen hedef değerlere ulaşma durumuna göre 100 üzerinden hesaplanan ve dönemsel raporlarda yayınlanan puandır.

5.SORUMLULAR

5.1. Onay ve yürürlük Bu prosedür Başhekim'in onayından sonra yürürlüğe girer.

5.2. Prosedürün Kullanıcıları

Bu prosedür, ... Hastanesi tüm çalışanlarını (Genel Müdür, Başhekim, Kalite Yönetim Sorumlusu, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Doktorlar, Hemşireler, Hasta Hizmetleri Sorumlusu) ve ilgili komiteler ile bölüm kalite sorumlularını kapsar.

6.PROSEDÜR

6.1.Klinik Süreçlerin Denetimi:

Klinik süreçlerin denetiminde; mesleksel yeterliliğin değerlendirilmesi, kurumdaki eşitsizlik ve ihtiyaçların belirlenmesi, performans göstergeleri ile ilgili bilgilerin toplaması ve bunların koordine edilmesi sağlanmaktadır. Klinik süreçler denetlenirken oryantasyon eğitimi sonrası işe başlayan çalışanların ilgili Birim/ünite sorumluları ile birlikte klinik çalışmalara başlatılmaktadır. Birim sorumluları tarafından mesleksel yeterliliği yakından takip edilir. Birim bazında yapılan sabah vizitlerinde çalışanların vermiş olduğu bakım ve hizmetlerin değerlendirilmesi yapılır. Hastane yönetimi ve ilgili sorumlu ile norm kadro çalışmaları yapılmakta ve kurumda çalışan eksikliğine bağlı eşitsizlik oluşmasının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Birimlerin ihtiyaçları doğrultusunda iş gücü planlaması yapılmaya çalışılmaktadır. Çalışanlar arasında iş eşitlemeye önem verilmekte, iş eşitlemenin mümkün olmadığı durumlarda da çalışan personelin yaşı, çalışma yılı, tecrübesi dikkate alınarak yerleştirme yapılmaktadır.

6.2.Klinik Risklerin Yönetimi: Hastanemizde hasta ve çalışanlar için güvenli bir çevre sağlama herkesin sorumluluğundadır. Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin ''Risk analizi' bulunmaktadır. Risk yönetiminde; belirlenen risklerin analizi yöntemi, ilgili çalışanların görüşlerinin alınması, tanımlanan risklerin raporlanması, tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti, gerekli iyileştirme çalışmaları, çalışanların eğitimi için kurallar tanımlanmıştır. Yatan hastalarda risk değerlendirme ölçekleri kullanılarak hastaların risk düzeyleri tespit edilmekte ve tespit edilen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmaktadır. Hastalarda Klinik Risk Tanılama Amacıyla Kullanılan Skalalar;

* Bası Yarası Risk Tanılama Braden Skalası,

* Düşme riski için Itaki II/ Harizmi,

* Nutrisyon riski için NRS2002,

* Ağrı skalaları

* Bilinç Düzeyi Değerlendirmesinde Glaskow koma skalası

6.3.İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi: Yaşanılan olaylardan sonuç çıkarmak, çalışanları geliştirici bir sistem yaratmak ve böylece değişen, gelişen, kendini yenileyen dinamik bir ekip olması sağlamaktadır. İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminde; deneyimle öğrenme, hatalardan öğrenme, birlikte öğrenme ve başkalarından öğrenme felsefesi vardır. Hastanede meydana gelen kaza ve hatalar, hasta ve çalışanlar için risk oluşturmaktadır. Kazaların olumsuz etkilerini önlemek ve tekrarlamasını önlemek için risk değerlendirmeleri yapılarak önlemler alınır. Gerçekleşen istenmeyen olayların bildiriminin yapılması sağlanarak, kök neden analizi yapılarak, gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. ''İstenmeyen Olay Bildirimi Sistemi İşleyiş Prosedürü'' doğrultusunda hastanemiz kalite web sayfasında ilgili segme tıklanarak açılan form doldurularak, gönderenin belli olmadığı ve güvenli şekilde yapılır. İstenmeyen olay bildirimleri, çalışan görüş önerilerinin bildirimi ve iyileştirme faaliyetleri açısından önemlidir. Çalışanlara, istenmeyen olaylar ve güvenli bildirim sistemin eğitimi verilmekte ve düzenli aralıklarla analizleri yapılıp ilgili toplantılarda değerlendirilmektedir.

6.4.Kalite Güvencesi: Hastaların beklentilerini ve isteklerini gerçekleştirebilmek yönetimin ana hedeflerinden biridir. Bu hedefe daima ulaşmak için sürekli kalite iyileştirmeleri ile devamlılığı sağlanmak amaçtır. Hastaya verilen tıbbi hizmette ''önce zarar vermeme, yarar sağlama'' prensibiyle uygulama yapmak, hastaların beklentilerini ve isteklerini gerçekleştirebilmek;

* Hasta odaklılık

* Kaliteli hizmet

* Klinik verimlilik ve etkinliği ölçmek

* Klinik uygulamalardan sorumlu olma

* Kullanıcıların, bakım vericilerin ve halkın klinik kararlara katılımı ile mümkündür.

Kalite güvencesinin amacı, hastanede, kaliteyi doğrudan veya dolaylı etkileyen süreçleri zincir olarak ele alıp, kalitenin sürekliliğini sağlamak ve hastanenin hedeflenen kalite düzeyini asgari maliyetle elde edebilmesini sağlayacak çabaları başlatmak, eş güdümü sağlamak ve sonuçları sürekli izleyerek gereken önlemleri almaktır. Hastanede sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece yasal olarak yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliği sağlanır. Hastanenin büyüklüğüne ve işin kapsamıyla orantılı tüm birimler dâhil edilerek bir organizasyon yapısı oluşturulmuştur. Her bölümün bölüm kalite sorumlusu bulunmaktadır. Hastanede tüm fonksiyonlar ve bunların içereceği faaliyetler bir bütün olarak ele alınır, ilişkileri belirlenir ve aşamaları saptanır. Üst yönetimce onaylanan planın uygulaması yılda iki kez düzenlenen öz değerlendirme ile değerlendirilir. Bu değerlendirmenin nasıl yapılacağı, kimlerin katılacağı ve değerlendirme sonuçlarının nasıl uygulamaya dönüştürüleceği de ayrıca belirlenir ve ilgililere duyurulur. Hastane öz değerlendirme sonuçları değerlendirilir; eksiklikler, uygunsuzluklar varsa düzeltilir ve kalite iyileştirme çalışmaları yürütülür. Merkezi değerlendirme her yıl, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı sertifikalı değerlendiricileri tarafından yapılır.

6.5.Klinik Etkinlik

Klinik etkinlik; bir tedavinin amacına ulaşmada ne kadar başarılı olduğunun bir ölçüsüdür. Hastanede klinik etkinlik; klinik kalite göstergeleri ile ölçülmektedir. Klinik kalite göstergesi; doğrudan sağlık olgusuna odaklanan, verilen sağlık hizmetinin çıktıları hakkında somut ve kesin bilgi veren ölçüm aracıdır. Klinik kalite ölçümü ile; tıbbi hataları önlemeye yönelik politikalar oluşturularak, hasta bakım süreçlerini iyileştirme ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşma gerçekleşmesi hedeflenir. Hasta bakımına ilişkin süreçlerde; Kanıta dayalı protokolleri uygulamak, değerlendirmek önemli yer tutar. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek gibi sonuçları açısından önemlidir. Klinik kalite göstergelerinin; Başhekimlik ve Kalite Yönetim Birimi organizasyonunda, hekimler ve ilgili birim sorumluları (USS sorumlusu, Medikal Muhasebe, HBYS sorumlusu, Poliklinik Sorumlusu, Hasta Hizmetleri Sorumlusu, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü) ile görüşülerek veri kontrolü ve takibi yapılır. Bakanlıkça seçilen olgulara yönelik belirlenen klinik kalite göstergelerinin verilerinin izlenmesi, analizi, raporlanması ve ilgili birimlere geri bildirimlerde bulunulması şeklinde ölçülür ve gerekli iyileştirme çalışmaları ‘’Klinik Kalite İyileştirme Komitesi’’ tarafından yapılır.

Kalite Yönetim Birimi; Klinik Kalite göstergelerine ilişkin aşağıdaki görevleri de yürütür:

* Klinik kalite iyileştirme komitesinin sekretaryasını yürütmek,

* Komite üyelerine bilgilendirme eğitimin yapılması

* Hastane klinik kalite raporlarının hazırlanması

* Klinik kalite iyileştirme komitesi toplantılarının planlanması ve gerçekleştirilmesi

* Toplantı kararlarının raporlanması

* İyileştirme faaliyetleri için DÖF takibinin yapılması

* Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatlar doğrultusunda uygulamaların kuruluşta gerçekleştirilmesini sağlamak

* Bakanlık tarafından belirlenen klinik kalite kurumsal yapısı, resmi yazılar, mevzuatlar kapsamında klinik kalite uygulamalarının kuruluş çalışanlarına iletilmesi, yürütülmesi

* Sağlık kuruluşu düzeyinde, klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesini koordine etme

* Hastane çalışanlarının klinik kalite uygulamaları hakkında bilgilendirilmesi

* Uygulama sırasında problemlerle karşılaşılması durumunda İl Sağlık Müdürlüğü ya da Sağlık Bakanlığından eğitim talebinde bulunulması

* USS veri sorumlusu ile koordineli olarak, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair süreçleri takip etmek,

* Hastaneye ait KDS gün sonu raporları, aylık ve dönemsel raporların izlenmesi ve analiz edilmesi

* Hedef değerlerden sapma gösteren göstergelerin tespit edilmesi

* Hedef değerden sapma gösteren göstergelerde kök neden analizinin yapılması

* SBYS'ne veri girişlerinin kontrol edilmesi, Bakanlık talimatları doğrultusunda veri girişlerinin sağlanması

* Veri girişleri ve doğru veri girilmesi hakkında gerekirse eğitimlerin verilmesi veya verdirilmesi

* Doğru veri girişleri için denetimlerin yapılması

* Kuruluşta karşılaşılan klinik kaliteye ilişkin sorunları ve bu sorunlara yönelik düzeltici önleyici faaliyet planlarını üst yönetime ve İl Kalite Koordinatörlüğü, İl Klinik Kalite Birimine raporlamak,

* Kurumda yeni açılan ve sonuçlanan DÖF'lerin üst yönetime sunulması

* Yayınlanan raporlar sonrası tüm göstergelerin hedef değer açısından değerlendirilmesi

* Hedeften uzak olan göstergeler için sorunun nedeni, yapılan iyileştirme faaliyetleri ve sonuçları hakkında geri bildirim raporlarının oluşturularak KDS üzerinden Bakanlığa ve Sağlık Müdürlüğüne iletilmesi

* Sağlık Müdürlüğü tarafından istenilen klinik kalite raporlarının hazırlanması

* Uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesini koordine etmektir.

Klinik Kalite İyileştirme Komitesi; 'İlgili sağlık olgusu alanında hizmet veren sağlık kuruluşlarında "Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi" çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek, koordine etmek, iyileştirmeye ilişkin kararları almak ve uygulamasını takip etmek üzere, sağlık kuruluşlarında oluşturulan yapıyı ifade eder. Komite görev tanımı ''Klinik Kalite İyileştirme Komitesi Görev Tanımı'' ile yapılmıştır.

6.6.Kurumsal ve Bireysel Gelişim: Kurum; Vizyon, misyon, amaç ve hedefleri doğrultusunda, kurumsal olarak ilerlemeyi sağlaması için tüm çalışanlarına şimdi ve gelecekte ortaya çıkabilecek gereksinimlerini karşılamak, bilgi ve becerilerini ilerletmek, tutum ve davranışlarını istenen şekilde değiştirmeye yönelik faaliyetler planlar. Eğitim programı; sürekli değişim ve gelişim sürecinde, çalışanlarda örgütsel bağlılığın artması, doğru davranış kalıplarının yerleşmesi, artan iş birliği, mesleki gelişim gibi konularda da faydalı olmaktadır. Eğitimler, tüm çalışanları kapsayacak şekilde planlanır. Alanlarına ilişkin eğitimler ile sağlık çalışanları, değişim ve yenilikleri takip ederek, en iyi uygulamaları transfer edecek, gerekli yetenek ve becerilerle donanmış olarak verdikleri hizmetin kalitesini de artıracak ya da mevcut kalitelerini sürdürebilmektedirler. Eğitim aracılığı ile artmış yetkinlikler, hatasız, etkili ve verimli sağlık hizmeti sunma yönünde sağlık çalışanlarına desteklemektedir.

Kurumsal ve bireysel gelişim açısından verilen eğitimler şu şekilde sınıflandırılabilir:

Oryantasyon eğitimi: Hastanemizde işe yeni başlayan ya da kurum içi bölüm değiştiren çalışanlara ilk günlerde uygulanan, süresi işin niteliklerine göre değişiklik gösteren, çalışanlara kuruma adaptasyon ve iş ile ilgili temel bilgi ve beceri kazandırarak hastaneye uyumunu kolaylaştırmayı amaçlayan eğitimler düzenlenmektedir. Bu yöntem, sağlık personelinin korku ve herhangi bir belirsizlik durumu içerisinde olmadan yetki, görev ve sorumluluklarını Hasta ve Çalışan güvenliği prensipleri içerisinde nasıl yerine getirebileceğini öğrenmesini sağladığı için önemlidir. Kurum içi yer değiştirmede birime yeni başlayan çalışana, işleyiş, süreçler, yapılması ve dikkat edilmesi gereken hususlar, ast-üst ilişkileri, yazışma teknikleri, ekip üyeleri ile tanışma ve entegre olma gibi alanlarda işe alıştırma eğitimi verilir. Örneğin yeni başlayan bir doktor ya da hemşire, kurumsal tanımla alakalı tüm konular Hasta güvenliği, İlaç Güvenliği, Transfüzyon Hizmetleri, Çalışan güvenliği, Sağlıkta Akreditasyon Standartları bilgilendirmesi, İstenmeyen Olay Bildirimleri, Hasta Hakları ve Sorumlulukları, İletişim, Laboratuvar güvenliği, vb., kullanılan formlar ve dijital kayıtlar, yatış ve taburculuk hizmetleri gibi birçok konuda oryantasyon eğitimi alır.

Hizmet içi eğitim: Bakanlıkça belirlenmiş ve SAS kapsamında zorunlu eğitimler ve kurumun kendi iç ihtiyaçlarını zamanla gözlemlemesi ile ihtiyacına karar verilmiş ve Eğitim Komitesi ile kararlaştırılmış, çalışanlara bölüm bazında veya genel olarak verilen eğitimlerdir.

Kurum dışında eğitim: Kurum dışında düzenlenen eğitim programlarında (Sertifika eğitimleri, Konferans, Seminerler ve Kongre vb) çalışanlar günlük iş hayatlarının etkisinden ayrılarak nesnel düşünme, tartışma ve genel ilkeler üzerine kurum içinde verilen eğitime oranla daha fazla odaklanmaktadır. İş dışı eğitimler sağlık Bakanlığı, çeşitli dernekler ve örgütler tarafından yıl içinde belirsiz aralıklarla verilmektedir.

6.7.Hastanemiz Tarafından Belirlenen Hasta Bakım Prosedürleri:

- HASTA BAKIM HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ
- AMELİYATHANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
- KONSÜLTASYON HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
- AMELİYATHANE VE AMELİYATHANE DIŞI ORTAMLARDA SEDASYON-ANALZEJİ İŞLEMLERİ PROSEDÜRÜ
- YATAKLI KLİNİKLER İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
- HEMŞİRELİK BAKIM VE ÖZDEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ
- PALYATİF BAKIM HASTALARININ BAKIM PROSEDÜRÜ
- GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ
- HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROSEDÜRÜ
- YATAN HASTA EĞİTİM PROSEDÜRÜ
- CERRAHİ-KADIN DOĞUM SERVİSLERİ AMELİYAT İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
- PALYATİF BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ
- ANESTEZİ ve REANİMASYON KLİNİĞİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ
- SAS kapsamında hazırlanan diğer prosedürler ve talimatlar.

6.8.Ulusal ve Hastanemiz Tarafından Kabul Edilmiş Klinik Göstergeler ve Hedefleri;

Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi baz alınarak hazırlanan ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından takip edilen klinik kalite performans göstergeleri, Karar destek sisteminde (KDS), SİNA ve HBYS Klinik Kalite Göstergeleri sayfasından analiz edilerek 3’er aylık ve yıllık olarak oluşturulan ve sağlık kuruluşunun klinik kalite başarısını gösteren raporlardır. Klinik Kalite Göstergeleri veri analizleri ile takip edilmekte, Klinik Kalite Komitesi tarafından değerlendirilmektedir. Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. TÜR-GÖS sistemine veri girişi yapılır. Bunlar;

Diz Protezi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Diz protezi cerrahisine yönelik klinik kalitenin izlenmesi için standart ve göstergeler geliştirilmiştir. Bu göstergeler hazırlanırken amaç diz protez cerrahisi geçiren hastalarda;

* Standart hasta bakımını sağlamak

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Hasta yatış sürelerini azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmaktır.

Genellikle geriatrik hasta grubundan oluşan bir popülasyonu ilgilendirmesi sebebi ile kişinin ek kronik hastalığı ile ilişkili kardiyovasküler veya akciğer ilişkili genel komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca, yara yerine bağlı komplikasyonlar, nörovasküler komplikasyonlar, enfeksiyon, periprostetik kırıklar, protezde gevşeme, eklem instabilitesi, hareket kısıtlılığı ve nedeni açıklanamayan ağrı gibi lokal komplikasyonlar ile de karşılaşılabilmektedir.

Gebelik Süreci ve Doğum Klinik Göstergelerinde Hedefler

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amaçlanmıştır.

* Gebeliğin saptanmasından doğuma kadar geçen sürede annenin ve fetusun düzenli ve periyodik kontrollerin yapılmasını sağlamak.

* Gebelik süreci ve doğum takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak

* Anne ve bebek sağlığını korumak

* Komplikasyonları azaltmak

* Güvenli doğum eylemini gerçekleştirmek.

* Anne ve bebek ölümlerini azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

Diabetes Mellitus Klinik Göstergelerinde Hedefler

* DM tanısı alan hastaların takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Hasta yatışlarını azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

* DM tanısı alan hasta sayısını kontrol altında tutmak

Kalça Protezi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Kalça protezi cerrahisine yönelik klinik kalitenin izlenmesi için standart ve göstergeler geliştirilmiştir. Bu göstergeler hazırlanırken amaç kalça protez cerrahisi geçiren hastalarda;

* Standart hasta bakımını sağlamak

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Hasta yatış sürelerini azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

İnme Klinik Göstergelerinde Hedefler

İnme hastalığının etkin şekilde tedavi ve takibine yönelik kalitenin izlenmesindeki amaç aşağıda belirtilmiştir:

* Hastalarda standart bakımı sağlamak

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Hasta yatışlarını azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

Koroner Kalp Hastalığı Klinik Göstergelerinde Hedefler

KKH tanısı alan hastaların takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak.

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
* Komplikasyonları azaltmak
* Hasta yatışlarını azaltmak
* Maliyetleri azaltmak
* Hasta yaşam kalitesini artırmak
* KKH tanısı alan hasta sayısını kontrol altında tutmak.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Klinik Göstergelerinde Hedefler

KOAH'lı hasta takibinde en az olması gereken standart bakımı sağlamak

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
* Komplikasyonları azaltmak
* Hasta yatışlarını azaltmak
* Maliyetleri azaltmak
* Hasta yaşam kalitesini artırmak
* KOAH'lı hasta sayısını kontrol altında tutmak.

Katarakt Cerrahisi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Katarakt operasyonu sürecinde standart hasta bakımını sağlamak

* Komplikasyonları azaltmak
* Hasta yatışlarını azaltmak
* Maliyetleri azaltmak
* Hasta yaşam kalitesini artırmak

Kolorektal Kanser Klinik Göstergelerinde Hedefler

Kolorektal kanserli hasta takibinde optimum standart bakımı sağlamak

* Komplikasyonları azaltmak
* Hasta yatışlarını azaltmak
* Maliyetleri azaltmak
* Hasta yaşam kalitesini artırmak

Prostat Kanseri Klinik Göstergelerinde Hedefler

Prostat kanserli hasta takibinde en az olması gereken standart bakımı sağlamak

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
* Komplikasyonları azaltmak
* Hasta yatışlarını azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

* Prostat kanserli hasta sayısını kontrol altında tutmak

Çocukluk Çağı Astımları Klinik Göstergelerinde Hedefler

Çocukluk Çağı Astım tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak.

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Hasta yatışlarını azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

Meme Kanseri Klinik Göstergelerinde Hedefler

Meme kanseri tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak.

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Hasta yatışlarını azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Obezite tanılı hastaların veya Bariatrik ve Metabolik Cerrahi işlem yapılan hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak.

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

Hipertansiyon Klinik Göstergelerinde Hedefler

Hipertansiyon tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak

* Mortalite ve morbiditeyi azaltmak

* Komplikasyonları azaltmak

* Hasta yatışlarını azaltmak

* Maliyetleri azaltmak

* Hasta yaşam kalitesini artırmak

6.8.1. Hastanemizde takip edilebilecek klinik kalite olguları:

Diyabet, İnme, Meme Kanseri, Çocukluk çağı astımı, Hipertansiyon sağlık olguları hastanemizde olan bölümler veya yapılan işlemlere ait olarak belirlenmiş ve takip edilmektedir.

6.9.Kurumsal ve Bireysel Düzeyde Klinikte Hasta Bakım Uygulamalarının İyileştirme Yönelik İhtiyaçların Tespit Edilmesi,

Gerekli Eğitim, Araştırma ve Tecrübe Ortamının Oluşturulması Kurumsal ve bireysel düzeyde klinikte hasta bakım uygulamalarının iyileştirilmesi için sabah ve akşam yapılan hasta teslim vizitleri etkili olmaktadır. Bu vizitler esnasında hastaların bakım ihtiyaçları değerlendirilmekte ve gerekli olan iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Kliniklerde ve yoğun bakımlarda takip edilen göstergeler:

* Basınç yarası oranları

* Hasta düşme oranı (Ayaktan ve yatan)

* El hijyeni uyum oranı

* Cerrahi antibiyotik profilaksisi uygunluk oranı

* Prosedür spesifik cerrahi alan enfeksiyon oranı

* Kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu oranı

* Yoğun bakım ünitelerine yeniden yatış oranı

* Yoğun bakım üniteleri mortalite oranı

* İmha edilen kan ve bileşenleri oranı,

* Acil servise yeniden başvuru oranı

* Acil konsültan hekimin varış ortalama süresi

* Hasta sevk oranı

* Acil servis müşahade ortalama süresi

* Planlanmamış geri dönüş oranı

* Anesteziye beğlı komplikasyon oranı

* Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanım oranı

Tüm bu ihtiyaçların tespit edilmesinin ardından, çalışanlara ve hastalara gerekli eğitim, araştırma ve tecrübe ortamı sağlanmaktadır