AMAÇ: Kurumsal verimlilik; bir kurumdaki toplam verimliliğe denir. Genel anlamda verimliliğin artırılması, kurumdaki potansiyel iş ve işlemlerin olumlu yönde iyileştirilmesi, tüm potansiyel yeniliklere uyum oluşturulması, kurum genelinde istatiksel açıdan sürekli iyileşme amaçlanır.

KAPSAM: Kalite birim sorumluları nezdinde tüm hastane çalışanları, Üst yönetim ve Kalite ve verimlilik birimini kapsar.

TANIMLAR:

Etkinlik (efficiency): Kaynak kapasitesinin en uygun şekilde kullanılarak, işlerin doğru yapılmasıdır.
Etkililik (effectiveness): Amaca ulaşmak için doğru işlerin yapılmasıdır.
Performans: Doğru işlerin, doğru şekilde yapılmasıdır. (Etkinlik x Etkililik).
Verimlilik (productivity): Hizmet miktarı ile hizmet miktarının üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki orandır. Genellikle bu ölçü, çıktı/girdi olarak formüle edilir.
Standart: Belirlenen asgari niteliklerdir.
Hedef: Herhangi bir faaliyette ulaşılmak istenen düzeydir.
Kriter: Hedeflere ulaşmak için değerlendirilmesi gereken unsurlardır.
Ölçüt: Kriterlerin karşılanabilirlik düzeyini değerlendirmek üzere ortaya konan sayısal ifadelerdir.
Vizyon: Gelecekte kurumun kendini görmek istediği en üst noktadır.
Strateji: Vizyona ulaşmak için kullanılan yol ve yöntemler bütünüdür.

SORUMLULAR:

Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular Üst yönetim, Kalite ve Verimlilik Birimi Sorumluları, İstatistik, Bilgi İşlem, Kalite Bölüm Sorumluları olarak belirlenmiştir.

Sorumluluklar:

Verimlilik ile ilgili faaliyetlerin koordinasyonu ve izlenmesi ile kurum Üstyönetimi sorumludur. Kalite ve verimlilik biriminin raporladığı ölçütleri ve/veya bakanlık istatistik sayfaları ve kurum yönetici takip ekranlarından (HBYS) alınan ölçütlerin değerlendirilmesi, alana özgü planlar yapılması Üst yönetim sorumluluğunda yürütülür. Kalite ve Verimlilik birimi bölüm kalite sorumluları eşliğinde güncel verimlilik rehberlerine göre özdeğerlendirmeleri yapmakla ve yaptığı değerlendirmelere göre hazırladığı raporları üstyönetime sunmakla sorumludur.

4. KISALTMALAR
USS: Ulusal Sağlık Sistemi
HBYS: Hastane Bilgi Yönetimi Sstemi
SBYS: Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri
TSİM: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü

UYGULAMA:

1. Verimlilik ile ilgili gerçekleştirilen faaliyetlerin koordinasyonu ve izlenmesi: Verimlilik ve performans ölçümü ile ilgili gerçekleştirilen faaliyetler verimlilik birimi istatistik birimi ve HBYS sistemi çalışanları tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığının yayınladığı verimlilik rehberlerinin incelenmesi ve bu rehberlere göre çalışmalar yapılarak raporlar hazırlanması Kalite Yönetim Sorumlusu koordinasyonunda bölüm kalite sorumluları ile birlikte yürütülür. Sonuç olarak hazırlanan raporlar üst yönetime iletilir ve eksik unsurların tamamlanması için tüm sorumlularla birlikte Düzeltici, Önleyici faaliyetler başlatılır.

Kurumsal verimliliğin artırılması öncelikle çalışanların verimliliğini artırmaktan geçer. Kurumsal verimliliğin temelinde olumlu davranışlar vardır.
Personelin motivasyonu, iş tatmini, yardımlaşma, sadakat ve dayanışma bu davranışarın en önemlilerindendir. Bu nedenle çalışanların eğitim, motivasyon, kurumsal aidiyet bağlarını artırmaya yönelik girişimlerin yapılması ve bakanlık politikalarına uygun planlamalar yapılması Üst yönetim direktifinde ilerler.

2. Veri toplama ve analiz çalışmaları ile iyileştirme faaliyetlerinin koordinasyonu ve izlenmesi: Verimlilik ile alakalı tüm kanallardan gelen bilgi ve istatistiki çalışmaların incelenmesi Üst yönetim kontrolünde sağlanır. İyileştirme faaliyetleri hem Üst Yönetim hem de Kalite Yönetim Sorumlusu

koordinasyonunda bölüm kalite sorumluları ile birlikte yürütülür. Analizlerin izlenmesi Aylık, 3 Aylık, 6 Aylık ve Yıllık izlemler şeklinde istatistiklerin yapısına göre yapılabilir.

3. Verimlilik ölçümünde kullanılacak yöntemlerin tanımlanması: Verimlilik ölçümünde verimlilik rehberleri esas alınarak oluşturulmuş HBYS platformları (Yönetici Takip Ekranları), SİNA gibi Sağlık Bakanlığı platformları ve Kalite Biriminin hazırladığı raporlar kullanılmaktadır.

Verimlilik Biriminde Yürütülen hizmetler:

- Yönetici takip ekranı verileri
- Hizmet sunumu takipleri
- Yöneticilerin yapması gereken Toplantıların takibi
- HBYS sitemi üzerinden verilen SMS hizmetleri
- Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Kriterleri takibi
- HBYS üzerinden TSİM e ve USS ye gönderilen verilerin takibi
- Dinamik veri giriş platformu verilerinin takibi
- Verimlilik Yerinde Değerlendirme rehberinde uygulamalarının takibi
- Verimlilik çalışmalarına yönelik sorumlular ve sorumlulukları

Günümüzde sağlık kurumlarında verimliliği artırmaya dönük örnek göstergeler şöyledir:

3.1.Kapasite:

- Toplam yatak sayısı
- Toplam yoğun bakım yatak sayısı
- Yatak başına düşen kapalı alan
- Ameliyathane oda sayısı
- Yatak başına düşen hemşire sayısı

3.2.Çalışan Hakları ve Hukuki Sorumluluklar:

- Günlük primer esas kazanç tutarı
- Personel devir hızı

3.3.Göstergeler:

- Kesici delici alet yaralanmaları
- Yoğun bakıma tekrar yatış oranı
- Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışanlar
- Acil servise 24 saat içinde aynı şikâyetle tekrar başvuru oranı
- Yoğun bakım mortalite oranları
- Sevk edilen hasta oranı, teşhis dağılımı
- Yoğun bakım ünitesinde bası ülserleri gelişme oranı
- Müşahede odasında tutulan hastaların kalış süreleri
- Yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyon hızları
- Acil servise çağrılan konsültan hekimin servise ulaşma süresi
- Cerrahi alan enfeksiyon hızları
- Sitolojik ve patolojik tanı arasındaki uyum oranları
- Düşen hasta oranı
- Hemşirelerin bölüm değiştirme oranı
- Sezaryen oranı
- Eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranı
- Ameliyat masası kullanım oranı
- Hekim başına düşen poliklinik odası oranı
- Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranı vb.

Bunlara ek olarak bir çok "Klinik Göstergeler" geliştirilmiştir. Bunlar hastalık bazlı veya ameliyat bazlı olarak gelişmeye devam etmektedir. Örneğin İnme, Diyabet gibi hastalıklar veya Kalça protezi ve Meme Cerrahisi gibi cerrahi işlemlerin üzerinden bir çok gösterge gelişmiş ve bu göstergeler tanı kodları aracılığıyla ölçülmekte ve bakanlık platformlarında yayınlanmaktadır. Bu yayınların incelenmesi ve sonuçların hedeflere göre analiz edilerek geliştirilmesi gerekmektedir.

4. Raporların hazırlanması ve üst yönetime sunulması: Ekranlardan izlenebilen raporlar hali hazırda üst yönetim kontrolünde ilerlemektedir. Kalite birimi ise verimlilik özdeğerlendirmelerini planlamak, bunları bölüm kalite sorumluları ile koordine etmek ve üst yönetime iletmek durumundadır.

İstatistik Birim Sorumlusu
İstatistik Sorumlusu tarafından Verimlilik gösterge kartları ile ilgili verilerin sağlık bilgi yönetim sistemleri yazılımları aracılığıyla USS"ye (Ulusal Sağlık Sistemi) iletilen verilerin zamanında, doğru ve belirlenen kurallara uygun şekilde gönderiminin yapılıp yapılmadığını değerlendirmek. Sözleşmeli yöneticilerin performans karne verilerinin takibini yaparak üst yönetime uygunsuzlukları raporlamak.
TSİM verilerinin takibini yaparak TSİM veri girişlerinin zamanında ve doğru olarak girişini yapmak.

Parametrelerin Belirlenmesi:

- Tıbbi ve idari yapıları, süreçleri ve sonuçları ölçmek için gerekli olan göstergeler, Verimlilik Birimi ve Birim Sorumlularının ortak çalışması ile belirlenir.
- Verimlilik birimi, tıbbi, idari yöneticiler ile işbirliği halinde performans ölçüm ve iyileştirme verilerini planlar ve uygulama için yöntem geliştirir.
- Kurum vizyon, misyon ve politikalarına
- Temel hizmet süreçlerine
- İyileştirme öncelikli alanlara
- Hasta ve ailesinin temel ihtiyaç ve beklentilerine
- Çalışan ihtiyaç ve beklentilerine
- Uygunsuzluk raporlarına
- Öz değerlendirme sonuçlarına
- Daha önceki ölçüm raporlarına göre belirlediği parametreleri Birim Sorumluları ile paylaşılır.

Paylaşım neticesinde tıbbi ve idari Birim Sorumluları da;
Geliştirmek istediği alanları durum tespiti ve değerlendirmesi yapmak istediği alanları Verimlilik Birimi ile paylaşır. Önceliklerin saptanmasında aşağıda belirtilen özellikler göz önünde bulundurulur;
- **Yüksek volümlü aktiviteler**: Sıklıkla oluşan ve çok sayıda hasta ve çalışanı ilgilendiren aktiviteler
- **Yüksek riskli aktiviteler**: Yanlış uygulama ya da uygulama yapmama sonucunda ortaya çıkan yaralanma, enfeksiyon ve ölüm gibi durumlar
- **Problem eğilimli aktiviteler**: Uygulandıkları zaman hasta ya da çalışanda problem ya da komplikasyon çıkarma eğiliminde olan aktivitelerdir (kemoterapi, radyasyon uygulama vb.)
- **Yüksek maliyetli aktiviteler:** Önlem alınmadığında maliyetleri yükselten aktivitelerdir (hastane enfeksiyonu, düşmeler vb.)

VERİMLİLİK VE PERFORMANS ÖLÇÜM PLANI

Sıra	KONU	ANALİZ YÖNETİMİ	SIKLIK	SORUMLU
1	Hasta Memnuniyeti	Anket/tablo	3 ay	Kalite Birimi
2	Hasta Şikayetleri	Şikayet kayıtları	1 ay	Hasta Hakları
3	Tedarikçiler	Değerlendirme	6 ay	İMİM
4	Yönetici Takip Ekranı	Grafik/Tablo /İstatistik	1 ay	Başhekim Yrd. ve/veya Üst yönetim
5	Kalite Hedefleri	İstatistik/tablo	6 ay	Kalite Birimi
6	Kalite Göstergeleri	İstatistik/tablo	3 ay	Kalite Birimi
7	Çalışan Memnuniyeti	Anket/tablo	12 ay	Kalite Birimi
8	Klinik Kalite Göstergeleri	İstatistik/tablo	6 ay	Kalite Birimi
9	Öz değerlendirme	Değerlendirme/tablo	6 ay	Kalite Birimi

VERİMLİLİK ÖLÇÜMÜ YAPILACAK ALANLAR
Asgari aşağıdaki konulara yönelik verimlilik ölçümleri yapılmaktadır:

- İlaç
- Tıbbi Sarf ve Malzeme
- Tetkik ve Teşhis Hizmetleri
- İnsan Kaynakları
- Enerji Kullanımı

- Tesis Kullanımı (klinikler, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, laboratuvarlar ve depolar gibi)
- Tıbbi Cihaz
- Zaman Yönetimi
- Bütçe

Belirlenen göstergeler, aşağıda sunulan özellikleri taşır;

- Göstergeler, iyileştirilebilecek süreçleri veya çıktıları tanımlar
- Göstergeler, tanımlaması istenen olayları tanımlar
- Göstergelerin belgelenmiş bir pay ve payda ifadesi veya ölçütün uygulanabildiği kitleyi tanımlar
- Göstergenin tanımlanmış veri elemanları ve makul değerleri vardır
- Göstergeler, zaman içindeki performans değişikliklerini saptar
- Göstergeler, zaman içinde, organizasyon içinde veya organizasyonla diğer varlıklar arasında mukayese yapmaya olanak tanır
- Toplanmak istenen veriler mevcuttur
- Sonuçlar, kuruluşa veya diğer müdahillere yararlı olacak biçimde raporlanır.
- Performans ölçümü konusunda hedefler konulmuştur ve gözlenmektedir.
- Hastalar, bakım sağlayıcılar, çalışanlar ve diğer müdahiller değerlendirme sürecine katılmaktadırlar.

Performans ölçümleri aşağıdaki tıbbi alanları kapsar;

- Hastaları riske atan (cerrahi, invazif olan ve olmayan) teknikler Hastanın kısıtlanmasına bağlı zarar görmesi
- Cerrahi müdahaleler
- Hasta güvenliği
- Yüksek risk taşıyan kitleye sağlanan bakım ve hizmetler
- Nozokomial enfeksiyonlar, enfeksiyon kontrolü, gözetim ve raporlama
- Odaklanmış ya da birime özgü göstergeler
- Hastanın tıbbi değerlendirilmesi, bakımı ve bakımın devamlılığı
- Laboratuvar, radyoloji güvenliği ve kalite kontrol programları
- İlaç kullanımı ve hataları
- Anestezi uygulamaları
- Kan ve kan ürünleri kullanımı
- Hasta kayıtlarının bütünlüğü, kapsamı ve erişilebilirliği
- Hemşirelik hizmetleri faaliyetleri

Performans ölçümleri aşağıdaki idari alanları kapsar;

- Gerekli tıbbi malzeme ve ilaçların temini
- Personel beklentileri ve memnuniyeti
- Kanun ve düzenlemeler tarafından gerekli kılınan aktivitelerin raporlanması
- 3 aylık yatan hasta istatistikleri (cinsiyet ve hastalıklara göre dağılımı)
- Exitus oranı (her ay)
- Poliklinik bildirimi zorunlu hastalıklar raporu
- Doğum ve Ölüm oranları
- Hasta ve yakınlarının beklentileri ve memnuniyeti (Aylık olarak yapılmaktadır.)

VERİMLİLİK VE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ

Kalite Yönetim Sorumlusu ve Birim Sorumluları tarafından belirlenen göstergelerin toplanması, analizi, ölçüm sıklığı, değerlendirme aralığı, yöntemi, ölçüm sorumluları ve hedefleri belirlenerek veri toplama formu aylık analiz Formu ve gösterge kartları hazırlanır
Hazırlanan Veri Toplama Formları ile gelen veriler Kalite Birimi tarafından 3 aylık analiz Formuna işlenir. Bu formla göstergelerin yıl içerisinde dağılımları Üst Yönetime sunulur.
* Aylık analiz Formuna göre ölçümler, değerlendirmeler ve hedeflerde Kalite Biriminin yönlendirmelerine ve önerilerine göre plan düzenlenir
* Gösterge Verileri toplama Formu ve analiz Formu, Kalite Hedefleri Planının oluşturulması ve geliştirilmesi için veri olarak kullanılır

Veri Toplama

Verimlilik Birimi ve Birim Sorumluları ön çalışmasını tamamladığı göstergelerin ölçümlerinin nasıl yapılacağı ve hangi istatiksel tekniklerin kullanılacağı Birim Sorumluları ve verimlilik birimi tarafından belirlenir

Verilerin sistematik olarak toparlanması işlemine göstergeler belirlendikten sonra Kalite Yönetim Direktörü ile verinin toplanacağı alanda birim sorumlusu ile birlikte belirlenmiş olan kişilerin desteği ile başlanır.
Doğru veri toplamak için:

- Öncelikle veri toplama amacı belirlenir.
- Amaca hizmet edecek olan verilerin neler olduğuna karar verilir.
- Belirlenen bu verilerin ne kadar ve ne sıklıkta toplanacağına karar verilir. Örneklem uygulanacaksa,
- örneklem büyüklüğü belirlenir.
- Verilerin kimler tarafından, hangi tarihte, nasıl ve nerede toplanacağı belirlenir.
- Veri toplamak amacı ile Kalite Birimi tarafından her gösterge için özel oluşturulmuş veri toplama
- formu ve aylık analiz formlarından faydalanılır.
- Her bir gösterge için belirlenmiş zaman aralıklarında veriler Kalite Birimine gönderilir.

Verileri Analiz Formunda;
* Veri toplamaya başlandığı ve sona erdiği tarih
* Veri toplayan birim
* Veri toplayan Sorumlu

Hedeflenen değer
* Ölçüm Sıklığı
* Veri Toplama Zamanları

Veri toplama amacıyla ayrıca:

- Nöbet sonu raporlar
- Öneri kutuları
- Hasta öneri ve şikâyetleri
- Hasta ve personel anketleri
- Hasta kayıtları
- Sağlık Bakanlığı"na sunulan istatistikler
- Odak gruplar kullanılır.
- Çalışan öneri ve şikayetleri
- Web sayfasında hasta ve çalışan öneri ve şikayetleri
- Otomasyon sisteminde çalışan öneri ve şikayetleri
- Yönetici Takip Ekranları verileri
- Gösterge Verileri
- Klinik Kalite Verileri
- Toplanan Verilerin Analizi
- Toplanan verilerin hangi sıklıkla analiz edileceği, Kalite Yönetim Sorumlusu ve ilgili tıbbi ve idari birim yöneticisi tarafından belirlenir.
- Belirlenen sıklığa ve istatistiksel yönteme göre toplanan veriler Kalite Sorumlusuna ve Verimlilik Birimine sunulur.
- Toplanan veriler Kalite Birimi ve Verimlilik Birimi tarafından analiz edilerek hazırlanan raporlar, ilgi birimlere ve üst yönetime sunulur.
- İdari ve Tıbbi göstergelerle ilgili raporlar Yönetim Toplantılarında ve Kalite Birimi toplantılarında değerlendirilir. Tıbbi göstergelerle ilgili raporlar ilgili birim hekimlerinin toplantılarında da değerlendirilir
- Bu raporlarda beklenmeyen önemli bir olay, istenmeyen bir sonuç veya varyans olduğunda iyileştirme için en iyi nereye odaklanmak gerektiğini belirlemek için toplanan veriler derinlemesine analiz edilir.
- Problemin tespit edilmesi, düzeltici faaliyetlerin planlanması ve iyileştirme çalışmalarının takip edilebilmesi için bu görev ilgili birimlerin sorumlularına ya da ilgili komite başkanlarına Kalite Yönetim Direktörü tarafından iletilir.

Raporlar değerlendirilirken aşağıdaki maddeler göz önüne alınır:
* Hastanemiz kendi performans hedefleri ile kıyaslama
* Benzer diğer kuruluşların performanslarıyla kıyaslama
* Akreditasyon standartlarıyla kıyaslama
* Literatürde belirlenen standartlarla kıyaslama

VERİMLİLİK VE PERFORMANS ÖLÇÜM METODLARI
Hastanemizde kullanılan performans iyileştirme yaklaşımının temel unsurları Pareto Analizi, Kök-Neden Analizi ve Balık Kılçığı Analizi ve Kıyaslama yöntemi kullanılır.

Kıyaslama Yöntemi:
Toplam kalite yönetimi unsurlarından biri olan kıyaslama, sınıfında en iyi olanları bulma, yaptıkları işte nasıl iyi olduklarının anlama ve öğrenilenleri uygulama olarak ifade edilir. Kıyaslama Yönteminin Yararları;
* Performans üzerinde artan farkındalık ve ilgili güçlükler ve zayıflıklar hakkında daha çok açıklık, diğerlerinden öğrenme ve yeni yaklaşımları ele almada ve geliştirmede daha çok güven
* Değişim programlarındaki personelin motivasyonunda artış
* Yaygın sorunların çözümünü paylaşmada istekliliğin artması ve değişimlerin yerleşmesi için gerekli olan birliğin oluşturulması
* Başarılı uygulamaların yerleştirilmesini kolaylaştıran faktörlerin karşılıklı etkileşiminde daha geniş bir bakış açısı kazanmak
* Organizasyonların içinde ve arasındaki etkileşimin anlaşılması ve işbirliğinin artmasını sağlar.

Pareto Analizi
Pareto analizi, en önemli birkaç sorun veya konu üzerine dikkatin toplanmasını ve önceliklerin belirlenmesini sağladığından, verimlilik analizi için yararlı bir araçtır ve genellikle stok analizi, satın alma, atık azaltma süreçleri gibi yönetim alanlarında kullanıldığı görülmektedir. Pareto analizi üretim sistemlerinde özellikle stokla ilgili sorunların çözümünde etkili bir yöntemdir. Bu analiz yöntemi uygunsuzluk yaşanan konular ile ilgili verilerin toplanmasıyla başlar. Toplanan veriler uygunsuzluk konusu ve adetleri baz alınarak grafiğe dökülür. Daha sonra grafikte yer alan sütunlar içerisinde en büyük uygunsuzluk veya uygunsuzluklar belirtilen kritik limitlerin üstünde ise aşağıda detayları anlatılan sebep - sonuç analizi yardımı ile problemin temel sebebine inilir, durumlarını değerlendirilmesi gerekiyorsa, histogram oluşturulur ve olayın gelişimi takip edilir.

Kök – Neden Analizi

- Kalite problemi herkesin anlayabileceği bir şekilde net olarak tanımlanır.
- Sorunun nedenleri belirlenir.
- Sorunun belirlenen nedenleri gruplanarak ana neden grupları oluşturulur (malzeme, donanım, insan,
- sistem ve çevreden kaynaklanan nedenler).
- Belirlenen nedenler kök neden analiz Formuna (DÖF lerde elektronik ortamda) kaydedilir.

Balık Kılçığı (sebep-sonuç) Analizi

- Bir sorunun olası kök nedenlerini tanımlamak ve sınıflandırmak için kullanılan bir görselleştirme aracıdır. Temel neden analizi için tipik olarak kullanılan bir kılçık diyagramı, beyin fırtınası uygulamalarını bir tür zihin haritası şablonu ile birleştirir.
- Yatay bir çizgi çizilir ve çizginin ucuna kalite problemi yazılır.
- Yatay çizginin alt ve üst tarafına çizgiler çizilir ve çizgilerin ucuna ana neden grupları yazılır.
- Ana neden gruplarını gösteren çizgilerin iki tarafına çizgiler çizilir ve bu gruplara ait nedenler bu çizgilerin ucuna yazılır.
- Her bir ana neden grubundaki nedenler için, sürekli “neden” sorusu sorulur ve elde edilen yeni neden, ilgili nedeni gösteren çizginin yan tarafına çizilen çizginin ucuna yazılır.
- Etki edilemeyecek noktalarda durulur. Durulan noktalardaki nedenleri “kaynak nedenler” olarak tanımlanır.
- Kaynak nedenler arasından kademeli seçim yöntemiyle seçim yapılır. Bu arada, nedenlerin önceliklendirilmesi için Pareto Analizinden yararlanılır. Seçilen nedenleri ortadan kaldırmak üzere çözüm önerileri üretilir.
- Uygulanan istatistik tekniklerin görsel olarak ifade edilebilmesi için standart bir kalite kaydı kullanılmaz. Fakat uygulamanın ne zaman ve kimin tarafından yapıldığını belirten ifadeler ilgili kayıtların üzerinde bulunur.
- İyileştirmeye alınan birimlerde ilgili birim sorumlusu ve Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından Veri toplama Formu hazırlanarak (hastanemizde veriler dijital ortamda toplanabilmektedir) birimde ve Kalite Yönetim Sorumlusunda muhafaza edilir. Veri Analiz Formunda iyileştirilecek konu ya da sürecin, oluşturulan çalışma grubuyla analizi yapılır ve kök nedenler belirlenir.
- Gerçekleştirilen performans iyileştirmeleri ilgili komite ya da departman tarafından düzenli bir şekilde dokümante edilir ve Kalite Birimi ne sunulur.
- İyileştirme planlanan ve gerçekleştirilen bölümlerde, bölüm sorumluları ve Kalite Yönetim Sorumlusu ile birlikte, ölçme ve izleme yapılan alandaki göstergelerin kullanılmaya devam edilip edilmeyeceği ya da yeni alanlarda ölçme yapılacağına birlikte karar verilir.
- Hastanemizde toplanan veriler ve analiz sonuçları 5 yıl süre Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından muhafaza edilir.
- Analiz sonuçları neticesinde eylem planlanması gerekiyor ise Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürüne göre hareket edilir.

VERİMLİK ÖLÇÜMÜ YAPILACAK ALANLAR

İlaç Yönetimi;

- Tesisin büyüklüğüne göre 24 saat esasına göre eczacı çalıştırılan hastane eczanesinde soğuk zincire tabi ilaçların yönetimi, ilaç hataları ve ramak kala olaylarının ve farmokovijilansın yönetimi, stok yönetimi ve ilaçların depolanması süreçleri özenli bir şekilde planlanır ve kayıt altına alınarak uygulanır.
- Sağlık tesisi içinde eczacılık hizmetleri ve ilaç yönetimi ile ilgili süreçler ilacın satın alma talebi ile başlar. Satın alınan ilaçlar kuruma teslim edilir. Medikal depolarda saklanır.
- İstendiğinde servislere verilmek üzere bir bölümü eczanede bulunur. Ayrıca stoklu çalışan servislerde, bazı ilaçlar servislerde oluşturulan ara depolarda da saklanır.
- Hastaların hekim tarafından düzenlenen günlük orderlarının eczaneye iletilmesi sonucunda her sağlık tesisinde ilaçlar hasta adına ve günlük olarak hazırlanır, yetkili bir hemşire aracılığıyla kliniğe ulaştırılır.
- Depolardan hastaya uygulanıncaya kadar geçen süreçlerde (saklama, transfer, uygulama vb.) gereken özen gösterilmelidir. Hastane eczanesinde ilaçların hazırlandığı ortamların temizliği ve uygunluğu sağlanmalı, okunuşu ve görünüşü benzer ilaçların yanlış kullanımının önlenmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır.
- Servislerde ilaçların doğru hastaya, doğru zamanda, doğru dozda, doğru yolla verilmesi süreçleri belirlenerek kayıt altına alınmalıdır.

Sağlık tesisinde eczanede yapılan tüm işlemler HBYS üzerinden elektronik olarak yapılabilmelidir;

- Acil müdahale seti veya arabası ilaçlarının listesi, miktar ve miat kontrolleri,
- Benzer görünüşe ve okunuşa sahip ilaçların karışmamasına yönelik düzenlemeler,
- Yüksek riskli ilaçlar tanımlanması ve farklı alanda muhafaza edilmesi,
- Narkotik ilaçların ve yüksek riskli ilaçların tanımlanması ve farklı alanlarda saklanması, narkotik ilaçlara erişimin kısıtlanması, hastaya uygulanması
- Kullanılmayan yarım dozların takip edilmesi,
- İlaçların eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılması, servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmesi,
- İlaçların imhası talimatlara göre takip edilmeli ve kayıt edilmeli
- Soğuk zincire tabi ilaçların ve laboratuvar kitlerinin listesinin bulundurulması ve indikatörlü etiketler kullanılması,
- Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesinin HBYS‟ye entegre edilmeli

Tıbbi Sarf ve Malzeme Yönetimi;

- Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı yapılarak miad ve miktar kontrolü yapılmalıdır.
- MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel sarf malzeme listelerine göre, tıbbi sarf malzeme ihaleleri hazırlanmalıdır.
- Tıbbi sarf malzemelerin saklama koşulları göz önünde bulundurulmak suretiyle gruplandırılarak depolanmalı ve gerekli saklama koşulları sağlanmalıdır.
- Depoların güvenliği sağlanmak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmalı (tehlikeli maddelerin yönetimi vb.)
- Muayene ve mal kabulleri talimata uygun olarak yapılmalıdır.
- İlgili birimlerde tıbbi sarf malzemelerin listeleri olmalı, HBYS eczane modülünde stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir. Kullanım süresi 6 ay kalan tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.
- Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi yapılmalıdır. Eczacı tarafından tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.
- Teknik servis dokümanlarında ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılmalıdır.
- Tıbbi sarf ve malzemelerin depolar arası devirleri talimatlara göre yapılması ve kayıt altına alınmalıdır.
- Tıbbi sarf ve malzemelerin depoya iadesi ve H.E.K işlemleri yapılmalıdır.
- Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan işlemlere ait (giriş, çıkış, tüketim çıkış bildirimi vb.) taşınır işlem fişleri Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi‟nden alınmalıdır.

Tetkik ve Teşhis Hizmetleri;

- Radyoloji ünitesinde çalışan personelin kişisel dozimetre ölçümleri kayıt altına alınmalıdır.
- Tetkik istem, sonuç ve raporları SBYS üzerinde izlenebilir olmalı ve dönemsel analizleri yapılmalıdır.
- Laboratuvar numune İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi, panik değer ve sonuç süreçleri SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak izlenebilir olmalıdır.
- Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçleri kayıt altında olmalıdır.
- Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü, sıcaklık takibi, kitlerin miad ve stok kontrolü yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
- Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre tüm testler için uygulanacak iç kalite ve dış kalite kontrol yöntemi izlenebilir olmalı ve dönemsel analizleri yapılmalıdır. Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Numunelerin kan almaya kabülü, laboratuvara kabülü ve test sonuç verme süreleri belirlenmeli, dönemsel analizleri yapılmalıdır.
- Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Hastanelerde mikrobiyoloji alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.
- Numune Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS"de yer almalıdır. Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.

İnsan Kaynakları;

- Kurumsal yapıyı bir bütün olarak gösteren ve hizmet birimleri arasındaki çeşitli ilişkileri tamamlayıcı bir düzen içinde göz önüne alan organizasyon şemasında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar mevcut kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmıştır. Bölüm ve süreçler bazında personel ihtiyacının belirlenmesi için personel temin planı hazırlanmalıdır.
- İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde hangi bilgi ve belgelerin gerektiği, değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.
- İhtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmelidir.
- Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele genel uyum eğitimi, Bölümde yeni başlayan çalışanlara ise bölüm uyum eğitimi verilmelidir. Eğitimler kayıt altına alınmalı ve dönemsel analizleri yapılmalıdır. Uygunsuzluk durumunda gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Sağlıkta kalite standartları eğitimleri, Hizmet içi eğitimler, Eğitim Komitesini hazırladığı eğitim planı dahilinde verilmelidir. Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir(Ön test-son test, Anketler, Eğitime katılım oranları, Öz değerlendirmeler, vb.) Analiz sonucunda gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Doktorlar, hemşireler ve klinik bakım sürecinde yer alan diğer sağlık çalışanlarının klinik başarı düzeylerinin ölçülmesine yönelik performans kriterleri belirlenmeli ve izlenmelidir. Performans ölçümlerine göre gerektiğinde çalışan performansını artırmaya yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
- Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanması için yıllık hedefler belirlenir. Belirlenen hedeflere ulaşılması için hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceği planlanır ve görüşülür. Analiz sonuçlarına yönelik iyileştirme faaliyetleri başlatılır.
- Hastane ve bölüm bazında risk doğuran unsurların (Enfeksiyonların önlenmesi, Sağlık taramaları ve bağışıklama, Tesis kaynaklı riskler vb.) ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Çalışanların güvenliğini tehdit eden, ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi) bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır. Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
- Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır. Hastanede çalışan ya da işe yeni başlayan engelli ve kronik hastalığı olan personel varsa yönetim tarafından değerlendirilerek engeline ya da kronik hastalığına uygun bölümde çalışması sağlanır.
- Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır. Analizler sonucunda gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
- Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir. Elde edilen bulgular neticesinde hangi

iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.

Enerji Kullanımı;

- Hastane genelinde tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmelidir.
- Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Uygunsuzluk durumunda gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Sağlık tesislerimizde kullanılan elektrik, doğalgaz, su ve yakıt giderlerinin takibi, verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, gerekli önlemlerin alınması ve yakıt dönüşüm finansman çalışmalarının etkin yapılabilmesi için, fatura girişlerinin ilk ve son endeks dönemlerine göre; MKYS/Enerji Tüketim Takip Modülüne eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerekmektedir. Elektrik, doğalgaz, su ve yakıt giderlerinin takibi, Verimlilik Karnesi İdari Kriterler Grubunda yer alan İ-12 ve İ-AD-08 kodlu "Enerji Sarfiyatı" gösterge puanlarına göre de analiz edilmektedir. Analiz sonucunda gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Tesis Kullanımı (klinikler, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, laboratuvarlar ve depolar gibi)

İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- Gösterge Kartı
- Gösterge Yönetim Rehberi
- Klinik kalite rehberi