

	GÖSTERGE YÖNETİMİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman No:	GB.TL.01
		Yayın Tarihi:	04.08.2016
		Revizyon No:	0
		Revizyon Tarihi:	22.09.2017
		Sayfa No:	1 / 5

1. AMAÇ:

Hastanede ölçüm sistematığı 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

Tüm hastane çalışanlarını kapsayarak, göstergelere ait süreçlerin işleyişini kapsar.

3. KISALTMALAR

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

GRS: Güvenlik Raporlama Sistemi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

DÖF: Düzeltici ve Önleyici Faaliyet

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

ICD-10: Uluslararası Hastalık Kodları

TÜR-GÖS: Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi

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 kodlardır.

Kısa Tanım: Göstergenin kısa açıklamasını içeren metindir.

Gösterge Hesaplama Yöntemi: Sağlık Bakanlığı Gösterge Yönetimi Rehberinde her gösterge kartı için oluşturulmuş, göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla standart olarak ortaya konulmuş formüllerdir.

Veri Kaynağı: HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar.

Hedef Değer: Sağlık kurumu tarafından, mevcut durum ve iyileştirme potansiyeli göz önünde bulundurularak belirlenen, ulaşılması amaçlanan tahmini gösterge sonucudur.

	GÖSTERGE YÖNETİMİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman No:	GB.TL.01
		Yayın Tarihi:	04.08.2016
		Revizyon No:	0
		Revizyon Tarihi:	22.09.2017
		Sayfa No:	2 / 5

5. FAALİYET AKIŞI

5.1.HASTANEDE İZLENECEK GÖSTERGELERİN SÜRECİ:

Hastanede izlenecek her gösterge için gösterge kartı oluşturulmuştur. Gösterge kartlarında aşağıdaki bilgiler yer almaktadır.

- Göstergenin Adı
- Gösterge Kodu
- Göstergenin Kısa Tanımı
- Amaç
- Hesaplama Yöntemi/ Formülü
- Sonuç (Analiz Sonuç Oranı)
- Alt Gösterge
- Veri Kaynağı
- Hedef Değer
- Veri Analiz Periyodu
- Sorumlular
- Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler
- Göstergeye İlişkin Dikkat Edilecek Hususlar

5.2.GÖSTERGELER ARACILIĞI İLE ÖLÇME DEĞERLENDİRME FAALİYETLERİ:

Sağlıkta kalite standartları Versiyon 5'e göre Bölüm Bazlı ve Klinik Bazlı Göstergelerin izlenmesi Kalite Yönetim Birimi tarafından koordine edilmektedir. Gösterge analizlerinin yapılabilmesi için aşağıdaki listede bulunan göstergelerin aylık, üç aylık veya belirlenen periyotlarda HBYS veya manuel olarak veriler düzenli aralıklarla alınmaktadır. Gösterge takibi sırasında, sonucu yorumlayabilmek ve gerektiğinde geriye dönüp kök neden analizi yapabilmek için ek bilgi ve veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle, veri toplamaya başlamadan önce, hangi ek bilgi ve verilere ihtiyaç bulunduğuna karar verilmelidir. Bu amaçla göstergenin özelliğine göre alt göstergeler oluşturulmuştur. Bu kapsamda Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanmasından, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından ise kalite yönetim birimi sorumludur.

BÖLÜM BAZLI GÖSTERGELER

- ❖ **Kalite Yönetimi** - Kalite Birimi
- ❖ **Acil Durum Yönetimi** - Kalite Birimi, Kod Ekipleri
- ❖ **Eğitim Yönetimi** – Eğitim Koordinatörlüğü
- ❖ **Hasta Deneyimi** – Kalite Birimi

	GÖSTERGE YÖNETİMİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman No:	GB.TL.01
		Yayın Tarihi:	04.08.2016
		Revizyon No:	0
		Revizyon Tarihi:	22.09.2017
		Sayfa No:	3 / 5

- ❖ **Sağlıklı Çalışma Yaşamı** – Kalite Birimi, Enfeksiyon Birimi, İnsan Kaynakları Birimi, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi
- ❖ **Hasta Bakımı** – Kalite Birimi / Klinik ve Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi
- ❖ **İlaç Yönetimi** – Eczane
- ❖ **Enfeksiyonların Önlenmesi** – Enfeksiyon Birimi
- ❖ **Transfüzyon Hizmeti** – Laboratuvar Sorumlusu
- ❖ **Radyasyon Güvenliği** – Radyoloji Sorumlusu
- ❖ **Acil Servis** – Acil Servis Sorumlusu
- ❖ **Ameliyathane** – Ameliyathane Sorumlusu
- ❖ **Yoğun Bakım Ünitesi** – Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi
- ❖ **Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi** – Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi
- ❖ **Doğum Hizmetleri** – Kadın Doğum Sorumlu Hemşiresi
- ❖ **Diyaliz Hizmetleri** – Diyaliz Sorumlu Hemşiresi
- ❖ **Biyokimya Laboratuvarı**– Laboratuvar Sorumlusu
- ❖ **Mikrobiyoloji Laboratuvarı**– Laboratuvar Sorumlusu
- ❖ **Patoloji Laboratuvarı**– Laboratuvar Sorumlusu
- ❖ **Bilgi Yönetim Sistemi** – Bilgi İşlem Sorumlusu
- ❖ **Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri** – Arşiv Birimi

KLİNİK GÖSTERGELER

- ❖ **Koroner Arter Hastalığı** – Kalite Birimi / İlgili Anabilim Dalı
- ❖ **Kalça Kırığı** – Kalite Birimi / İlgili Anabilim Dalı
- ❖ **Artroplasti (Diz ve Kalça Eklemi)** –Kalite Birimi / İlgili Anabilim Dalı
- ❖ **DiabetesMellitus** – Kalite Birimi / İlgili Anabilim Dalı
- ❖ **İnme** – Kalite Birimi / İlgili Anabilim Dalı
- ❖ **Katarakt Operasyonu** – Kalite Birimi / İlgili Anabilim Dalı

Hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak SKS bölüm bazlı göstergeler ve klinik göstergeler bölümlerinde yer alan göstergelerin dışında da bölüm yöneticilerin, kalite birim sorumlularının katılımıyla veya komite kararı alınarak göstergeler belirlenmektedir. Bakanlıkça yeni göstergeler yayınlanması durumunda, yeni liste esas alınmaktadır.

5.3.İLGİLİ PERSONELİN EĞİTİLMESİ:

Gösterge sorumlusu ile veri kaydında görev alacak ilgili tüm personelin eğitimi verilmiştir. **Bu eğitimde;** yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat

	GÖSTERGE YÖNETİMİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman No:	GB.TL.01
		Yayın Tarihi:	04.08.2016
		Revizyon No:	0
		Revizyon Tarihi:	22.09.2017
		Sayfa No:	4 / 5

edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılmıştır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmaktadır.

5.4.VERİ TOPLAMA İLE İLGİLİ ALT YAPININ OLUŞTURULMASI:

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

5.5.VERİ TOPLAMA:

- ❖ Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları gösterge kartlarında tanımlanmıştır.
- ❖ Veri toplama aralıkları hastanenin ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda belirlenmiştir.
- ❖ Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmiştir.

5.6. VERİLERİN SONUÇLARA DÖNÜŞTÜRÜLMESİ:

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

5.7.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 dikkate alınarak planlama yapılır.
- ❖ Varsa, ilgili klinikte çalışan personel sayısı ve niteliğinde değişiklikler
- ❖ Varsa, sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler gerektiğinde kullanılmalıdır.
- ❖ Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurularak, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmektedir.

5.8.HEDEF DEĞERİN BELİRLENMESİ

Hedef değer; sağlık kurumu tarafından, mevcut durum ve iyileştirmepotansiyeligöz önünde bulundurularak belirlenen, ulaşılması amaçlanantahminigösterge sonucudur.

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarının en kritik aşamalarından birisi hedeflerinbelirlenmesidir. Çünkü ortaya konulan hedefler hastanenin kalite yolculuğunun rotasını belirleyecektir. Bu rotada alınacak kararlarveriye dayalı olmalıdır. Göstergenin ilk defa ölçüldüğü dönemdemevcut durum bilinmediği için hedefdeğer tespit etmek mümkünolmayabilir. İlk sonuçların elde edilmesi ve analizi, hastanenin ya dailgilibirimin, ölçülen gösterge ile ilgili mevcut durumu konusunda fikirverecektir. Mevcut durumun net olarak belirlenmesi amacıyla, verilergözden geçirilmeli,kayıtlar incelenmeli, alt yapı (personel, bilgi

	GÖSTERGE YÖNETİMİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman No:	GB.TL.01
		Yayın Tarihi:	04.08.2016
		Revizyon No:	0
		Revizyon Tarihi:	22.09.2017
		Sayfa No:	5 / 5

yönetimsistemi gibi) durumu değerlendirilmelidir. Elde edilen tüm veriler analiz edilerek gerçekçi bir hedef değeri belirlenmelidir. Hedef değeri, hastanenin ya da hizmet verilen birimin özelliğine göre, kurumdankuruma değişebilen bir parametredir. Kurum hedefleri belirlenirken, literatürde yer alan bilgiler ya da belirlenmiş ulusal ya da uluslararası değerler de incelenebilir. Bu bilgiler ve tespit edilen mevcut durum verileri ışığında, kurumumuz ilgili komitelerde veya bölüm yöneticilerin, kalite birim sorumlularının katılımıyla göstergelere ait hedef değeri belirlenir.

5.9.GÖSTERGELERE İLİŞKİN YAPILAN ANALİZLER SONUCUNDA İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİ:

Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanır ve uygulanır. 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 yapılabileceği konusu ele alınır. Sorun kaynakları nedenine yönelik araştırmalar yaparak tespit edilmeli ve mutlaka kayıt edilmelidir.

Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir.

- ❖ Sorunun tespiti
- ❖ Sorunun nedeninin tespiti
- ❖ Çözüm yollarının aranması
- ❖ Çözüm planlanması
- ❖ Çözümün uygulanması
- ❖ Çözümün değerlendirilmesi
- ❖ Sonucun raporlanması ve bildiriminin yapılması
- ❖ Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması İyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

Göstergelere ilişkin sonuçlar, bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanı olan **Kurumsal Kalite Sistemine TÜR-GÖS** 'e 3'er aylık dönemler halinde veri girişi yapılmaktadır.