1. AMAÇ

Kurumda ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası 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

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

İOBS: İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

DİF: Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet

TÜR-GÖS: Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi

4. TANIMLAR

4.1. Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır.

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

4.3. Gösterge Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş göstergelerin izlenebilirliği için oluşturulan koddur.

4.4. Kısa Tanım: Göstergenin kısa açıklamasını içeren metindir.

4.5. Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge ile ilgili verilerden göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla standart olarak ortaya konulmuş formüldür.

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

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

4.8. Veri Analiz Periyodu: Toplanan klinik kalite verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.

5. SORUMLULAR

Başhekim

BaşhekimYardımcıları

Hastane Müdürü

Komiteler

Kalite Yönetim Sorumlusu

Gösterge Yönetim Sorumlusu

Gösterge Sormluları

Klinik Kalite Temsilcileri

Kalite Yönetim Birimi

Hekimler

Sağlık Personeli

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. GÖSTERGELER ARACILIĞI İLE ÖLÇME, DEĞERLENDİRME VE İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİ GERÇEKLEŞTİRİLMELİDİR: (GGİ01)

6.1.1. Kurumda izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır. (GGİ01.01).

• Ölçülecek göstergelerin belirlenmesi, göstergeler bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenir.

• Gösterge sorumluları, ilgili gösterge ile ilgili verinin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinden sorumludur.

• Kurumumuzda hizmet kalite göstergeleri ve klinik kalite göstergeleri olmak üzere iki çeşit gösterge çalışması yapılmaktadır.

• Her bir gösterge için gösterge kartları oluşturulmuş olup kartlarda asgari gösterge kodu, açıklama, hesaplama yöntemi, alt göstergeler, veri kaynağı, hedef değer, veri toplama periyodu, veri analiz periyodu, sorumlular ve dikkat edilecek hususlar bilgileri yer alır.

• İlgili göstergeye yönelik Bakanlıkça belirlenen bir hesaplama yöntemi var ise bu formül esasa alınır.

• Gösterge takibi sırasında, sonucu yorumlayabilmek ve gerektiğinde geriye dönüp kök neden analizi yapabilmek için ek bilgi ve veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Bundan dolayı veri toplamaya başlamadan önce, hangi ek bilgi ve veriye ihtiyaç duyulacağı belirlenir.

● Göstergenin türüne göre veri toplama yöntemi değişiklik gösterebilir.

● Bildirime dayalı ya da HBYS üzerinden raporlama şeklinde veri toplanmaktadır.

● 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 geçirilir. Veri toplamada kullanılan formlar, manuel ya da elektronik ortama entegre edilerek kullanılmaktadır.

● Göstergeye ait verilerin toplanması ve sonuçlarının analizi ile ilgili aralıklar belirlenir.

● Her bir gösterge için veri toplama ve analiz periyodları farklılık gösterebilir.

● Analizlerin sağlıklı olması için en önemli husus analizlerin eşit zaman dilimlerinde ve uygun sürelerde yapılmasıdır.

● Kurumumuzda; aylık, 3 aylık, 6 aylık ve yıllık olarak gösterge bazında analiz periyotları belirlenmiştir.

● Sağlık Bakanlığı tarafından takibi istenen göstergelerin; 3 aylık analiz sonuçları, KKS'de bulunan TÜR-GÖS' e girişleri yapılır. Ayrıca Bölüm Bazlı Göstergelerde; HBYS' de takip edilenler için istenilen zaman aralıkları için analiz yapılabilir.

• Yukarıdaki işlemler tamamlandıktan sonra, gösterge sorumlusunun ve özellikle veri toplamada görev alan kişilerin ve ilgili personelin eğitimi gerekmedir.

• Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ve detaylar veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirme yapılır.

• Gösterge takiplerinde kişilerin değil, hizmet süreçlerinin takipleri yapıldığı bildirilmelidir. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanır.

● Kurumda veri toplama aşamasının yakından izlenir, veri toplama sırasında yaşanan problemlerin tespit edilir ve tespit edilen problemlere yönelik erken müdahale ve iyileştirme çalışmaları yapılır..

• Bazı göstergelerde elde edilen veriler bir formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır. Elde edilen veriler, Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemi ile formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır.

• Bazı göstergelerde veri aynı zamanda göstergenin sonucudur ve formüle ihtiyaç duyulmaz.

• Göstergenin özelliğine göre verilerin sonuçlara dönüştürülmesi tek tek belirlenir.

● Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlayabilmek için, sonucun dışında başka verilere de ihtiyaç duyulabilir.

• Sonuçları yorumlamak için ek alt göstergelere, süreçlerde değişiklikler yapılma durumu ya da önceki dönem verilere ihtiyaç olabilir.

• Ölçme değerlendirme ve iyileştirme sürecinde en önemli aşama veri kalitesi olduğu bilinmelidir. Analiz yaparken elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulur, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilir.

• Bildirime dayalı göstergelerde hedef değer belirlenirken ya da sonuçlar analiz edilirken konu ile ilgili bildirim düzeyi ve bildirim kültürü de göz önünde bulundurulur.

● Gösterge sonuçlarının analizinde, göstergenin amacına ve belirlenen hedefe ulaşıp ulaşmadığı değerlendirir.

● İndikatör/gösterge kartında belirlenen veri giriş dönemlerinde elde edilen sonuçlar analiz edilir. 6 aylık ve yıllık analizler, geriye dönük sonuçları ile değerlendirilir.

• Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler ve ya bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değer revize edilir.

• Kurumumuzda belirlenen hedefe ulaşılması durumunda, sonraki dönem için daha üst bir hedef belirlenir.

● Yılın sonunda belirlenen hedef değere ulaşma yönünden sorumlular tarafından sonuçlar değerlendirilir.

• Elde edilen analiz sonuçları ile hedef değere ne kadar yakın olunduğu tespit edildikten sonra, bu sonuca neden olan faktörler incelenir.

• Belirlenen hedef değere ulaşılmış ise bir sonraki dönem için daha üst bir hedef değer belirlenir.

• Sorumlular hedef değeri revizyon açısından zaman zaman gözden geçirir.

• Hedeflerin analizi sonucunda gerçekleştirilmesine karar verilen iyileştirme çalışmaları hayata geçirilir

• Bu faaliyetlerin uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenir revizyona ihtiyaç olup olmadığı gözden geçirilir.

• 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.

• Olumsuz durumlarda DİF oluşturularak kaynağında çözüme ulaştırılması sağlanır.

6.1.2. Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim birimi tarafından koordine edilmelidir: (GGİ01.02)

• Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Direktörü 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.

6.1.3. Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır: (GGİ01.03)

● Kurumumuzda izlenen tüm göstergeler için sorumlular belirlenmiştir.

● Bölüm Kalite Sorumluları, kendi bölümleri ile ilgili göstergelerin izlenmesi, verilerin toplanması, sonuçların analizi ve analiz sonrası iyileştirme çalışmalarını aktif olarak katılırlar.

● Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumluların temel iş, sorumlulukları ve yetkileri:

* Kendi sorumluluk alanına göre tanımlanmış göstergelerin yönetimi ile ilgili üst yönetim ve kalite yönetim birimi ile koordineli çalışır.

* Sağlıkta kalite standartları kapsamında tanımlanmış kalite göstergeleri ve değerlendirilmesiyle ilgili çalışmaları takip etmekle sorumludur.

* Sorumluluğundaki göstergelerin HBYS üzerinden yapılan veri akışını, verilerin sağlıklı girilip girilmediğini ve periyodlarını takip eder.

* Görevini Kalite gösterge Yönetim hedefleri ve prosedürlerine uygun olarak yürütür.

* Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında takip ettiği göstergeleri, ilgili bölüm Kalite Sorumluları ile iş birliği içinde yürütür.

* Veri toplama periyodlarında (aylık, 3 aylık, 6 aylık ve yıllık) verilerin doğru ve düzgün toplanmasını sağlar.

* Veri analizlerini yapar. Analiz sonuçlarını değerlendir. Uygunsuzluk tespit etiğinde düzenleyici iyileştirici faaliyet başlatır.

* Gösterge yönetimi ile ilgili yapılan toplantılara katılır.

* Dönemsel periyodlarda yaptığı analiz sonuçlarını ve hedeflerini belirler sonuçlarını kalite yönetim birimi ile paylaşır.

● Gösterge Yönetimi Birimi GörevTanımı

1) Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve hastane tarafından takip edilen gösterge ile ilgili verinin toplanması, dönemsel hedeflerin belirlenmesi, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlar.

2) Çalışmalarını, Gösterge Yönetim Prosedürü ve Gösterge Yönetim Rehberine göre yürütür.

3) Göstergelerin belirlenmesi sürecinde kalite birimi ve üst yönetim ile birlikte hareket eder.

4) Gösterge veri girişlerinin doğru yapılmasını sağlar.

5) Veri toplama periyodlarında verilerin doğru ve düzgün toplanmasını sağlar.

6) Verilerin kalitesinin güvenirliğini kontrol eder.

7) Veri analizlerini yapar.

8) Analiz sonuçlarını değerlendir.

9) Uygunsuzluk tespit etiğinde düzenleyici iyileştirici faaliyet başlatır.

10) Göstergeler yönetimi ile ilgili yapılan toplantılara katılır.

6.1.4. Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır: (GGİ01.04)

● Göstergelerin izlenmesi konusunda, gösterge sorumluları ile veri toplamada görev alacak ilgili tüm personele eğitim verilmektedir.

● Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konularında bilgilendirme yapılmaktadır.

● Gösterge takibi ile kişilerin değil, sürecin ve sistemin değerlendirildiği mutlaka vurgulanmaktadır.

● Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmaktadır.

6.1.5. Bölüm kalite sorumlularının kendi bölümleri ile ilgili göstergelere ilişkin sorumlulukları tanımlanmalıdır: (GGİ01.05)

● Bölüm kalite sorumluları, kendi bölümleri ile ilgili; göstergelerin izlenmesi, verilerin toplanması, sonuçların analizi ve analiz sonrası iyileştirme çalışmalarını aktif olarak yürütmektedir.

● Gösterge sorumluları, ilgili gösterge ile ilgili verinin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinden sorumludur.

● Bu kişiler, günlük pratiğinde o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personel arasından seçilebilir.

● Sorumluların sürece hâkim, nitelikli kişiler arasından seçilmesi uygun olacaktır.

● Gösterge yönetiminde başarının sağlanabilmesi için sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir.

● Gösterge sorumlularının, ilgili her türlü kararda sürece dâhil edilmesi, katkılarının çok daha etkili bir şekilde alınmasını sağlayacağı gibi, iş motivasyonunu da artıracaktır.

6.2. KURUMDA İZLENECEK KALİTE GÖSTERGELERİ BELİRLENMELİDİR:. (GGİ02)

6.2.1. Kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS Gösterge Yönetim Rehberi'nde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir. (GGİ02.01)

● Kurum tarafından takip edilecek göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

● Kurumumuz tarafından, kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, "Gösterge Yönetimi Rehberi'nde" yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenir.

● Bakanlıkça belirlenen liste dışında takip edilecek göstergeleri belirlerken aşağıdaki hususların dikkat edilir:

• Sağlık hizmetinde ki farklı süreçlere yönelik ayrı ayrı göstergeler belirlenmelidir.

• Burada göstergenin hangi süreç ya da süreçleri ölçmek için belirlendiği ve bu süreci ölçmekteki ana hedef net olarak ortaya konmalıdır.

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

• Çok sorun yaşanan ya da en problemli olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalıdır. Kolay ölçülebilen, personel uyumunun yüksek olarak sağlanabileceği göstergeler öncelikle tercih edilmelidir.

• Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmelidir.

• Göstergeler belirlenirken çalışanların görüşleri alınmalıdır.

6.2.2. Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir: (GGİ02.02)

● 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.

6.3. KURUMDA İZLENECEK HER GÖSTERGE İÇİN SÜREÇLER TANIMLANMALIDIR. (GGİ03)

6.3.1. Kurumda izlenecek her gösterge için asgari aşağıdaki bilgilerin yer aldığı gösterge kartı oluşturulmalıdır: (GGİ03.01)

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve Kurumumuz tarafından takip edilen gösterge kartlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almaktadır.

o Gösterge kodu

o Göstergenin kısa tanımı

o Amaç

o Hesaplama yöntemi/formülü

o Alt gösterge

o Hedef değer

o Veri kaynağı

o Veri analiz periyodu

o Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler

o Sonuçların kimlerle paylaşılacağı

o Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar

6.4. GÖSTERGELERE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA SÜRECİNE YÖNELİK DÜZENLEME BULUNMALIDIR: (GGİ04)

6.4.1. Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır. (GGİ04.01)

● Sonucun hesaplanması için, gerekli verilerin hangi yolla elde edileceği yani veri kaynağı belirlenir.

● Kurumumuzda göstergeler için kullanılacak veri kaynakları aşağıdaki belirtilmiştir.

* Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki kayıtlar

* HBYS ile ilgili kayıt ve dokümanlar

* Bildirime dayalı kayıtlar

* Eğitim birimi kayıtları

* Hasta deneyim anketleri

* Çalışan geri bildirim anketi

* Kalite yönetim birimi kayıtları

* Dijital kayıtlar

* Hasta kayıtları

* Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları

* Manuel kayıtlar

* Laboratuvar kayıtları

* İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kayıtları

6.4.2. Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır: (GGİ04.02)

● 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.

● Kurumumuzda 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 iyileştirici faaliyetler başlatılır.

● Veri toplama yöntemleri verilerin özelliğine göre belirlenir.

● Kurumumuzda verilerin bir kısmı otomasyon sistemi üzerinden toplanır.

● Verilerin HBYS den doğru ve kaliteli elde edilebilmesine yönelik olarak bilgi işlem sorumlusu ile koordineli çalışılır.

● Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmelidir. HBYS üzerinde veri toplamanın oluşturulması, personel iş yükünü azaltacak ve aynı zamanda veri analizini kolaylaştıracaktır.

6.4.3. Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. (GGİ04.03)

● Veri toplama aşamasında kayıtların sağlıklı bir şekilde tutulması önemlidir.

● Veriler, bildirime dayalı olarak elden veya bilgi yönetim sistemi üzerindeki kayıtlardan elde edilir.

● İlgili 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.

● Kurumumuzda verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesi için, mümkün olan her gösterge için, bilgi yönetim sistemi kullanılmaya çalışılmaktadır.

6.4.4. Veri toplama yöntemi ve periyodu göstergenin özelliğine göre belirlenmelidir: (GGİ04.04)

● Sonucun hesaplanması için gerekli verilerin hangi yolla elde edileceği yani veri kaynağı belirlendikten sonra veri toplama yöntemi belirlenir.

● Veri toplama yöntemi, verinin kalitesini direk olarak etkileyen bir işlemdir.

● Bu yöntemin kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması için, tüm basamaklarının net olarak ortaya konmuş olması gereklidir.

● Personele fazla ek iş yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntemin, uzun süreli uygulanabilirliği düşük olacaktır.

● Göstergenin türüne göre veri toplama yöntemi değişebilir. Örneğin; "Çalışanlarda meydana gelen kesici delici alet yaralanması oranı" göstergesinde veriler bildirime dayalı olarak elde edilir. "Tekrarlanan Protez Oranı" göstergesinde ise veriler bilgi yönetim sistemi üzerindeki kayıtlar üzerinden elde edilir.

● Bildirime dayalı göstergelerde dikkat edilmesi gereken husus çalışanlarda bildirim kültürünün oluşturulması ve hatalardan öğrenme sürecine ilişkin motivasyonun oluşturulmasıdır.

● Kayıtlara tabi göstergelerde ise, veri toplama aşamasında kayıtların sağlıklı bir şekilde tutulması önemlidir.

● İçeriği yeterli olmayan veya gerçeği yansıtmayan eksik kayıtlar yanıltıcı olacaktır. Bu nedenle veri toplama sistematiği sürekli 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.

6.5. GÖSTERGENİN ÖZELLİĞİNE GÖRE BELİRLENEN ARALIKLARDA VERİLER ANALİZ EDİLMELİDİR: (GGİ05)

● Gösterge Yönetim Rehberi çerçevesinde göstergelerin özelliğine göre belirlenen aralıklarla veri analizleri yapılmaktadır.

● 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.

● Elde edilen sonuçları analiz etmek (çözümlemek) ve sonrasında da yorumlamak için, sonucun dışında da bazı bilgilere ihtiyaç duyulabilir.

● "Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı" örneğinden yola çıkarsak, bu sayıyı analiz etmek ve yorumlamak için ek alt göstergelere ya da verilere ihtiyaç duyulabilir. Örneğin; eski dönemlere ait veriler, birim bazında şiddet olaylarının sayısı, ilgili birimlere dönem içinde başvuran hasta sayısı ya da ilgili birimlerin işleyişine ilişkin süreçlerde bir değişiklik olup olmadığına ilişkin bilgi gibi.

● Ölçme, değerlendirme ve iyileştirme sürecindeki en can alıcı nokta veri kalitesidir.

● Belirlenen ana göstergenin sonucu yorumlanırken bazı alt göstergelere ve detaylı bilgi ya da veriye ihtiyaç duyulabilir.

● Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulmalı, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmelidir.

● Bu nedenle bildirime dayalı göstergelerde hedef değer belirlenirken ya da sonuçlar analiz edilirken o konu ile ilgili bildirim düzeyi ve bildirim kültürü de göz önünde bulundurulmalıdır.

● Sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler gerektiğinde kullanılır.

6.6. GÖSTERGELERE İLİŞKİN YAPILAN ANALİZLER SONUCUNDA GEREKLİ İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİ PLANLANMALI VE UYGULANMALIDIR: (GGİ06)

● 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.

● Sapma gösteren göstergelere yönelik üst yönetimin direktifi doğrultusunda bölüm kalite sorumluları, kalite yönetim birimi ve ilgili diğer sorumlular ile birlikte düzeltici iyileştirici 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.

● Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça belirtilen elektronik veritabanına kalite yönetim birimi tarafından girilir.

6.6.1. Planlanan ve uygulanan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları ilgili çalışanlarla paylaşılmalıdır. (GGİ06.01)

● 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 gerektiğinde kullanılır.

● Gerekli görülen durumlarda ilgili sağlık çalışanları, idareciler ve kalite bölüm sorumluları sonuçların analizi ve çözüm sürecine dahil edilir.

● Planlanan ve uygulanan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları ilgili çalışanlarla paylaşılır.

6.7. GÖSTERGELERE İLİŞKİN SONUÇLAR BAKANLIKÇA OLUŞTURULAN ELEKTRONİK VERİ TABANINA GÖNDERİLMELİDİR: (GGİ07)

● Kurumumuzda Sağlık Bakanlığınca belirlenen ve izlenmesi gereken, yapı, süreç ve sonuç odaklı ölçüm araçları olan göstergelere ilişkin veriler, kalite birimi tarafından Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi (SBKKS) bünyesinde oluşturulan Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilmektedir.

● Her dönemin veri girişi, dönem bitimini takip eden ay içinde yapılmaktadır.

● İlgili dönem, gösterge kartındaki veri giriş periyodunda belirlenen süreyi kapsar. Örneğin, veri giriş periyodu 3 ay olarak belirlenmiş bir gösterge için nisan ayında ocak-şubat-mart" aylarına ait verilerin girişi yapılır.

● 6 ay olarak belirlenmiş bir gösterge için temmuz ayında, ocak-şubat-mart-nisan-mayıs-haziran aylarına ait verileri girişleri yapılır.

● Yıllık verilen ise biten yılın ardından yeni yılın ocak ayında tüm yıla ait verilerin girişi yapılır.

● Kurumumuzda takip edilen enfeksiyon kontrolüne yönelik göstergelerde (El Hijyeni Uyum Oaran) veri girii INFLINE sistemine yapılır.

● Bu kapsamdaki indikatör/göstergeler ayrıca TÜR-GÖS veri girişi yapılmaz. Analiz ve iyileştirme süreçleri Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında değerlendirilir.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

7.1. Gösterge Kartları

7.2. Gösterge Yönetimi Rehberi

7.3. Veri Toplama Analiz Formları