

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No Gİ-PR-01 Yayın Tarihi :05.01.2016 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:23.05.2019 Sayfa No :1/4
	GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
01	4.1. SAS göstergeleri ve ilave belirlenen göstergeler eklendi.	2-3.sayfa	23.05.2019	Yönetim Danışmanı Seyyal Hacıbekiroğlu
Gözden Geçirme	Gözden geçirildi.	Tüm sayfalar	30.05.2022	Yönetim Danışmanı Seyyal Hacıbekiroğlu
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY
KALİTE YÖNETİCİSİ		KALİTE YÖNETİCİSİ		BAŞHEKİM

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No Gİ-PR-01 Yayın Tarihi :05.01.2016 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:23.05.2019 Sayfa No :2/4
	GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

1.AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı; idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunları zamanında belirlemek, ölçüm sistematigi ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeler ile kıyaslama yapmak, düzeltmek ve sürekli iyileştirmeye yönelik müdahalelerin yapılmasını sağlamaktır. Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin süreçleri kapsamaktadır.

2. TANIMLAR ve KISALTMALAR

SUT	:Sağlık Uygulama Tebliği
OH	:Optimed Hastanesi
HBYS	:Hastane Yönetim Sistemi
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.
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 gerek hedeftir. • Kurumsal Hedef :Ulusal hedefi yakalamak için oluşturulan hastane bazlı hedeftir.
Veri Analiz Periyodu	:Toplanan klinik kalite verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.

3. REFERANS DÖKÜMANLAR:

Gösterge Kartı
Veri Analiz Kartı
Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli Kalite İyileştirme Prosedürü

4. UYGULAMA:

4.1. Göstergelerin Belirlenmesi

Hastane süreçlerindeki performansı ölçmek ve hizmet kalitesini sürekli iyileştirmek için Sağlık Bakanlığı'nca ve Kalite Standartları gereğince belirlenen göstergelerin dışında yöneticilerin ve bölüm kalite sorumlularının katılımı ile finansal, idari, tıbbi ve klinik göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmiştir. Aynı zamanda her gösterge için hedefler belirlenmiştir. Hedefleri belirlerken geçmiş ulaşılan sonuçlar, diğer hastane sonuçları ve ulusal/uluslararası kaynaklardan yararlanılmıştır.

Tüm izlenecek göstergeler için gösterge kartları HBYS' de oluşturulmuştur.

Gösterge kartlarında aşağıdaki bilgiler yer almaktadır.

- Göstergenin kısa tanımı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No Gİ-PR-01 Yayın Tarihi :05.01.2016 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:23.05.2019 Sayfa No :3/4
	GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

- Amaç (İzlenme gerekçesi)
- Hesaplama yöntemi/Formülü
- İlişkili olduğu süreç
- Hedef değer
- Veri kaynağı
- Veri toplama periyodu
- Veri analiz periyodu
- Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler
- Sonuçları kimlerle paylaşılacağı
- Göstergelere ilişkin dikkat edilmesi gereken özel durumlar
- Varsa alt göstergeler

4.2. Verilerin Toplanması

Bölüm bazlı göstergeler için kullanılacak veri kaynakları gösterge kartlarında tanımlanmıştır. Göstergeler için formun veri kaynağı bölümünde belirtilen dokümanlardan yararlanarak veriler toplanarak veri toplama formu bölümüne kaydedilmektedir. Veri toplama aralıkları hastanenin ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda belirlenmiştir. Bazı veriler Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden elde edilirken, bazı veriler ise Kalite programından ya da manuel tutulan formlardan toplanmaktadır.

4.2.1. Veri Girişi ile ilgili Sorumluların Belirlenmesi ve Sorumlulukları

Belirlenen göstergenin özelliğine göre ilgili birimin bölüm sorumlusu aynı zamanda kalite sorumlusu olarak belirlenmiştir. Bu kişiler;

- Verilerin toplanmasından,
- Sonuçların hesaplanmasından,
- Analizinden, gerekli iyileştirme çalışmalarına katılmaktan ve yayılımını sağlamaktan sorumludurlar.

İlgili kişilere veri toplama nedeni, amacı, göstergelerle çalışma şekli ve gösterge kartlarındaki bilgilerle ilgili eğitim verilir.

4.3. Verilerin Analizi ve İyileştirme

Kalite departmanı üç ayda bir tüm göstergeleri analiz eder. Analiz ederken aylık belirlenen hedef değer ile ulaşılanı karşılaştırır, hedef değerinin altında kalan göstergeler için süreç sorumluları ile iyileştirme çalışmaları yürütür. Süreç sorumluları ile birlikte yapılan iyileştirme çalışmaları yeterli olmadığı durumlarda hastane yönetim toplantısına ilave iyileştirme önlemleri almak için gündem yapılır. Kurulları ilgilendiren göstergeler ilgili kurullarda gündem yapılır. Üç ayda bir yapılan Bölüm Kalite Sorumluları toplantısında tüm göstergeler ve sonuçları paylaşılır, ayrıca süreç sorumluları tarafından aylık olarak aksiyon raporları ile takip edilir, ve bölüm toplantılarında çalışanlarla paylaşılır. İyileştirilmesi gereken göstergelerle ilgili aksiyonlar alınır ve faaliyete geçilir. Kaydedilen veriler Bakanlığın Kurumsal kalite sisteminde bulunan Tur-Gös' ün veri girişine kaydedilir.

Gerekirse yeni göstergeler ilave edilebilir ya da hedef değerlere ulaştıkça hedefler revize edilebilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No Gİ-PR-01 Yayın Tarihi :05.01.2016 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:23.05.2019 Sayfa No :4/4
	GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Klinik Kalite İyileştirme Kurulu üçer aylık periyodlarla toplanarak, Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen geri bildirim raporlarını (Karar Destek sistemi) ve HBYS' den elde edilen sonuçları karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapar. Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli Kalite İyileştirme Prosedürüne göre yapılır.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından hastane yöneticileri, kalite yönetim direktörü, gösterge ile ilgili bölümün sorumlu doktoru ve sorumlu hemşireleri sorumludur.