



KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_03	02.01.2023	-	-	4

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Koordinatörü	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_03	02.01.2023	-	-	4

- 1. AMAÇ:** Bu prosedürün amacı, Yakın Doğu Üniversite Hastanesi'nin vizyon, misyon ve uluslararası standartlarda hasta bakımını sağlamak için düzenlenen medikal ve non-medikal prosedürlere ait verilerin toplanması, analiz edilmesi ve elde edilen sonuçlarla sürekli iyileştirmeyi sağlamak için bir yöntem oluşturmaktadır.
- 2. KAPSAM:** Prosedür Kalite İndikatörleri Takip sürecine ilişkin faaliyetleri kapsar.
- 3. KISALTMALAR:-**
- 4. TANIMLAR:**
 - 41 Performans:** Kurumun misyon, vizyon ve politikalarının gerçekleştirilebilmesi için gösterilen tüm çabaların ve süreçlerin bir zaman sonundaki çıktısı ya da sonucudur.
 - 42 Ölçüm:** Bir fonksiyon, sistem veya süreç ile ilgili ölçülebilir veri toplanmasıdır.
 - 43 İndikatör:** Süreç performansının ya da bir standardın ne kadar karşılandığına dair arzu edilen ya da edilmeyen sonuçları için kullanılan bir tanım, karakteristik ya da değişkendir.
 - 44 Eşik Aralığı:** Bir indikatör için kabul edilebilir alt ve üst sınırları ifade eder.
 - 45 Varyans (Sapma):** Aynı olayın birden fazla ya da düzenli olarak ölçümü sonucunda elde edilen sonuçlardaki farklılıklar veya belirlenen eşik aralığından sapmalardır.
- 5. SORUMLULAR:** Kalite Konseyi, komiteler, yöneticiler ve tüm birimlerin sorumluluğundadır.
- 6. FAALİYET AKIŞI**
 - 61 İndikatörlerin Belirlenmesi**
 - 611** İndikatörlerin belirlenmesinde TEMOS Akreditasyon Standartları, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları, hasta güvenliği beklentileri, hasta profili ile bölümün öncelikleri dikkate alınır.
 - 612** Kalite Yönetimi İyileştirme veri esaslıdır. İzleme daha çok hastalar için yüksek risk taşıyan büyük hacimli süreçlere ya da problem çıkarmaya yakın süreçlere yönlendirilir. Aşağıda belirtilen başlıklar standart olarak izleme dahil edilir.
 - a) Transfüzyon reaksiyonları
 - b) İlaç hataları
 - c) Preoperatif Postoperatif tanı uyuşmazlıkları
 - d) Enfeksiyon ilişkili advers olaylar
 - 613** İndikatörlerin izlenmesi süreci Kalite Yöneticisi tarafından koordine edilir. Bir sonraki yıl için tutulması planlanan indikatörlere ilişkin çalışmalara yılın bitmesine 3 ay kala başlanır.
 - 614** Bölümler tarafından izlemeyi düşündükleri indikatörler, JCI Ölçümler Kütüphanesi ölçütleri de göz önünde bulundurularak bölümlerin iç değerlendirmesi sonrasında, bölüm kalite sorumlularının (komite üyesi değilse davet edilir) hastane Kalite Yöneticisinin de katılımıyla ilgili komitelerde bir araya gelerek yapılan değerlendirmelerle belirlenir ve son mutabık kalınanlar hastane kalite birimine mail yoluyla iletilir.
 - 615** Uygulamaya alınan her indikatör için aşağıdaki bilgileri içeren İndikatör Kartı oluşturulur.
 - İndikatör Adı
 - İndikatör Kodu
 - İndikatör Tanımı



KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_03	02.01.2023	-	-	4

- Amaç
- İlgili Standart (SKS Maddesi)
- Hesaplama Yöntemi (Formül)
- Eşik Değer (Hedef Değer)
- Alt İndikatörler
- Veri Kaynağı (Pay-Payda)
- Veri Toplama Periyod/ Toplayan Sorumlu Kişi
- Veri Doğrulama (yapılıyor ise “Yöntemi”)
- Veri Analiz Periyod/ Analizden Sorumlu Kişiler
- Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler
- Dikkat Edilecek Hususlar
- Veri Giriş Bölümü (Pay-Payda-Oran-Eşik Değer-Değerlendirme ve Aksiyon sütunlarından oluşur)
- Grafik Bölümü

- 616.** Eşik Değer/ Hedef komitelerde bilimsel yayınlar mesleki deneyim ve tecrübe, ulusal ve uluslararası indikatörlere özgü hastane eşik değerleri dikkate alınarak belirlenir. Belirlenen eşik değer indikatör takibi devam ettiği sürece izlenir ve aynı indikatör bir sonraki yıl devam edecek ise yıl sonunda bölümler ve komiteler tarafından (yıllık ortalama da göz önüne alınarak) değerlendirilerek revize edilir.
- 617.** Hedefe ulaşıldığında ve en az 4 ölçüm döneminde sonuç tekrar ediyor ise konu ilgili komiteye gündem olarak taşınır ve yeni bir indikatör belirlenmesi ile ilgili süreç başlatılır. Değişiklik yapıldığı takdirde “**İndikatör Yönetim Planı**” da revize edilir.
- 618.** Sonuçların izlenmesi ve karşılaştırmalar bilgisayar, mevcut teknoloji desteği ve personel kullanılarak sağlanır.

62. Veri Toplama:

- 621.** Ölçülecek olan indikatöre yönelik hangi veriye ihtiyaç olduğu, nasıl toplanacağı ve bu verilerin hasta ve çalışan memnuniyetini arttırmadaki etkileri belirlenir. Öncelikle eldeki veriler değerlendirilir, gerekirse yeni veriler toplanır. Veri toplama “**İstatistiksel Yöntemler Prosedürü**” ne göre yapılır.

63. Verilerin Analizi ve Takibi:

- 631.** Görevlendirilmiş kişiler tarafından aylık olarak toplanan veriler indikatör kartlarına belirlenen metot kullanılarak yerleştirilir ve komiteler veya gerektiği durumlarda indikatör sorumlusu tarafından oluşturulacak çalışma ekibi tarafından İndikatör Yönetim Planı’nda belirtilen sıklıkta analiz edilerek Kalite Bölümüne raporlanır. Toplanan verileri ilgili İndikatör Kartlarına girilerek takip edilir.
- 632.** Analiz sürecinin asıl amacı kendisiyle, aydan aya ve yıldan yıla hedeflerini karşılaştırarak ve beklentilerini yükselterek elde edilen verilerin karşılaştırmasını yapmaktır.

64. İndikatör Verilerinin 2. Doğrulama Süreci:

- 641.** Verilerin doğrulanması, kalite verilerinin kalitesinin anlaşılması ve yönetimin verilere duyabileceği güven düzeyinin belirlenmesi için önemli bir araçtır. Kurumumuzda, verilerin doğrulanması, ölçüm için önceliklerin belirlenmesi, ölçülecek konunun seçilmesi, ölçütün seçilmesi ve test edilmesi, verilerin toplanması, verilerin doğrulanması ve verilerin iyileştirme



KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_03	02.01.2023	-	-	4

amaçlı kullanılması sürecinin basamaklarından biri haline getirilmiştir.

642. 2. Doğrulama süreci uygulanmasını gerektiren durumlar;

- a) Yeni bir indikatör eklenmesi,
- b) Mevcut bir indikatörden gelen verilerde açıklanamaz bir değişiklik meydana gelmesi,
- c) Veri kaynağının değişmesi, örneğin hasta kayıtlarının bir bölümü elektronik ortama aktarıldığında ve böylece veri kaynağı artık hem elektronik hem de kâğıt üzerindeki kayıtlar olduğunda

643. Kalite Yöneticisi, raporlanan verinin doğruluğunu teyit etmekle sorumludur.

644. Doğrulama süreci uygulanacak indikatörler için ilgili bölümün indikatör kartında 2. doğrulama süreci oluşturulmuştur. İlgili bölümün kalite sorumlusu tarafından İndikatör Yönetim Planı'nda belirlenen metot ile veriler toplanarak bölüm indikatör kartına kaydedilir. Bu kart her ayın sonunda Kalite Müdürlüğü'ne raporlanır. Aynı indikatör için Kalite Yöneticisi tarafından ilgili indikatör kartında belirtilen farklı metotla veriler toplanır ve indikatör kartındaki 2. doğrulama bölümüne veri girişleri yapılır.

645. Her iki veri toplama yönteminde de indikatör oranının % 95 uyumlu olması beklenir. Sonuçların uyumsuz olması durumunda, verilerin doğru toplanması ve verilerin güvenilirliğinin sağlanması için Kalite Koordinatörlüğü tarafından gerekli aksiyonlar alınır. Sonuçların uyumlu olması durumunda veri doğrulama 3 ay boyunca devam ettirilir ve uyumlu olduğu durumda o indikatör için tekrar 6.4.3 maddesinde tanımlanan durumlar gelişmedikçe veri doğrulama yapılmaz.

65. İyileştirme Süreci

651. İyileştirmenin sağlanması, Kalite Yöneticilerinin sorumluluğundadır.

652. Hastanelerin tamamında performans ölçümü ve iyileştirme çalışmaları sürekli devam eden bir süreçtir.

653. İyileştirme alanları, liderler, birim yöneticileri ya da komiteler tarafından belirlenen önemli indikatörleri öncelikli olarak kapsar. Belirlenen eşik değerden sapma olduğunda ilgili bölüm sorumlusu/komiteler ile görüşülerek iyileştirme çalışmaları (PUKÖ) başlatılır.

654. İyileştirme süreci ilgili komitenin sorumluluğundadır. İyileştirme planlaması ve uygulanması için gerekli olan politika değişiklikleri bu komitede yapılır ve kararlar Kalite Yöneticisine sunulur. Kalite Yöneticisi kararları Kalite Konseyi' ne taşımakla yükümlüdür.

655. İyileştirme için gerekli kaynaklar Kalite Konseyi Toplantıları'nda alınır. İyileştirme çalışması sonucunda yapılacak değişiklikler ya da düzeltici faaliyetler planlanır, test edilir ve uygulanır.

656. İyileştirmenin etkililiğinin gözlenmesi ve iyileştirmenin korunması sağlanır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

71. İndikatör Yönetim Planı

72. İstatistiksel Yöntemler Prosedürü

8. REFERANS DOKÜMANLAR:

81. T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, İndikatör Yönetim Rehberi, Ankara, Temmuz 2015