1. **AMAÇ:**

Kurumumuzda ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

1. **KAPSAM**

Kurumumuz çalışanlarını kapsar.

1. **KISALTMALAR:**

**SKS:** Sağlıkta Kalite Standardı

**BYS:** Bilgi Yönetim Sistemi

1. **SORUMLULAR:**
* Dekan
* Fakülte Sekreteri
* Komiteler
* Kalite Yönetim Direktörü
* Doktorlar
* Hemşireler
* Kalite Birim Sorumluları
* Kalite Yönetim Birim Çalışanları
1. **TANIMLAR:**

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

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

**Gösterge Kodu:** Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlemiş göstergelerin izlenebilirliği içim oluşturulan koddur.

**Kısa Tanım**: Göstergenin kısa açıklamasını içeren metindir.

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

**Veri Kaynağı:** Verinin toplanacağı ortam ile hesaplamada kullanılan otomasyon üzerinden yapılan bildirimler ve istatistik veriler gibi.

**Hedef Değer:** Türkiye genelinde klinik kalite adına ulaşılması gereken hedefi yakalamak için kurum bazında oluşturulan hedeftir.

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

1. **FAALİYET AKIŞI:**
	1. **GÖSTERGELRİN İZLEMİ İLE İLGİLİ SORUMLULARIN BELİRLENMESİ:**

Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur.

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

* 1. **KURUMDA İZLENECEK GÖSTERGELER:**

Belirlenmiş olup gösterge kartları hastane bilgi yönetim sistemi üzerinde ve manuel olarak bulunmaktadır.

* 1. **VERİ TOPLAMA İLE İLGİLİ ALT YAPININ OLUŞTURULMASI:**

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

* 1. **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.
	1. **VERİLERİN SONUÇLARA DÖNÜŞTÜRÜLMESİ:**

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

* 1. **SONUÇLARIN ANALİZİ VE YORUMLANMASI:**
* Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değer, hedef değer ile karşılaştırılır.
* Varsa sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler gerektiği kullanılmalıdır.
* Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenirliği göz önünde bulundurulup varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmektedir.
	1. **GEREKLİ İYİLEŞTİMRE ÇALIŞMALARININ YAPILMASI:**

Analiz sonuçlarının hedef değerden olumsuz yönde bir sapama 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 kaynaklarının nedenine yönelik araştırmalar yapılarak tespit edilmeli ve mutlaka kayıt edilmelidir.

 Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir**:**

* Sorunun tespiti
* Sorunun nedenin tespiti
* Çözüm yollarının aranması
* Çözüm planlanması
* Çözüm uygulanması
* Çözümün değerlendirilmesi
* Sonucun raporlanması ve bildirimin yapılması
* Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması iyileştirilme çalışmalarının uygulanabilirliği be gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamalarda revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan** **Kalite Birim Sorumlusu** | **Kontrol Eden Kalite Yönetim Direktörü** | **Onaylayan**  **Dekan** |
|  |  |  |