

## 8.2 AMAÇ

Kaliteli sağlık hizmeti sunmaya odaklı, modern bir sağlık sisteminin oluşturulması doğrultusunda sağlık kurumlarında hizmet süreçleri ve hizmetin etkinliğinin ölçülmesi amacı ile hastanemizde ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve iş birliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

## 2.0 KAPSAM

Sağlıkta kalite standartları çerçevesinde istenilen bölüm bazlı göstergeler ve klinik bazlı göstergelerin hepsini kapsamaktadır.

## 3.0 KISALTMALAR

**SUT:**Sağlık Uygulama Tebliği

**HBYS:** Hastane bilgi yönetim sistemi

**TÜR-GÖS:** Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeler Sistemi

**KKS:** Kurumsal Kalite Sistemi

## 4.0 TANIMLAR

**Gösterge:** Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan, performans ölçümü ve kalite iyileştirme amacı ile kullanılan bir araçlardır.

**Gösterge Kimlik 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 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 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 gereken hedeftir.

**Kurumsal Hedef:** Ulusal hedefi yakalamak için oluşturulan hastane bazlı hedeftir.

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

## 5.0 SORUMLULAR

• Başhekim
• Hastane Başmüdür V.
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• Komiteler
• Birim Kalite Temsilcisi
• Bölüm/Birim Sorumluları
• Tüm Çalışanlar

## 6.0 FAALİYET AKIŞI

### 6.1 SAĞLIKTA KALİTE GÖSTERGELERİNİN ÖNEMİ

### 6.2 KAPSAM VE DAYANAK

### 6.3 GÖSTERGE İZLEM BASAMAKLARI

### 6.4 GÖSTERGE KARTLARININ OLUŞTURULMASI

## 6.1 SAĞLIKTA KALİTE GÖSTERGELERİNİN ÖNEMİ

Sağlık hizmetinde kalitenin sürekli geliştirilmesi için hizmet süreçlerinin ve elde edilen sonuçların sürekli ve sistematik bir şekilde izlenmesi gerekir. İzlem sırasında somut verilerle hareket edilmelidir. Somut kanıtlara ulaşmak için kalite çalışmalarının ölçülebilir bir formata dönüştürülmesi esastır. Ölçüm, süreçlerin yönetimini ve izlenebilirliğini sağlamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetinin tüm süreçlerini kapsayan, ölçüme dayalı hedefler tespit edilerek iyileştirmeye açık alanlar belirlenmeli ve iyileştirilen alanlarda kalitenin sürekliliği sağlanmalıdır. Bu amaçla bazı araçlar kullanılması gerekmektedir.

Bu araçlardan birkaçı;

- Göstergeler
- Öz değerlendirme
- Görüş ve öneriler
- Geri bildirim
- Dış değerlendirmeler

**Göstergeler;** bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan, performans ölçümü ve kalite iyileştirme amacı ile kullanılan en önemli araçlardır.

Göstergelerin sağlık kurumuna sağladığı yararlar şöyle sıralanabilir;

- Hizmetin kalitesinin ölçülmesi
- İyileştirme gereken süreç ya da bölümün kısa zamanda tespit edilmesi
- Konuyla ilgili yönetsel başarının ortaya konulması
- Üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarı veya başarısızlık eğiliminin tespiti
- Bölümler arasında kıyaslama yapılması imkânı
- Kurumlarda ve süreçlerde iyileştirmeye ilişkin planlamaların yapılması
- İleriye dönük politikaların oluşturulması
- Hesap / verilebilirlik

## 6.2 KAPSAM VE DAYANAK

27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “*Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*” doğrultusunda Bakanlıkça hazırlanan sağlıkta kalite göstergeleri Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığının resmi internet sitesinde yayınlanarak yürürlüğe girer. Elektronik ortamda yayınlanan göstergeler ve uygulama rehberi gerektiğinde Bakanlıkça güncellenir. Kurumlar sağlık hizmet alanı kapsamında güncellenen göstergelerin takibi ve Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) sonuçların girilmesinden sorumludur.

Kalite göstergeleri, sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamında değerlendirilir. Her bir gösterge için ölçme, analiz ve iyileştirme süreçleri ayrı ayrı ele alınarak ilgili gösterge bazında karşılama düzeyi belirlenir. Değerlendirme kapsamında her bir göstergenin puansal değeri “20” olarak belirlenmiştir.

## 6.3 GÖSTERGE İZLEM BASAMAKLARI

Hastanemizde kalite iyileştirme faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilecek olan gösterge izlemi çalışmalarında adım adım yerine getirilmesi gereken basamaklar sağlık bakanlığının istediği şekilde planlanmıştır. Gösterge yönetimi çalışmaları kalite koordinatörlüğü tarafından koordine edilir. Gösterge yönetimi insan kaynağını doğru yönetmek için bilgisayarda program olarak hazırlanmıştır.

Bilgi işleme ve kalite koordinatörlüğü ortak çalışmasından zaman ve insan gücü etkin bir modül hazırlanmış ve veriler otomatik hesaplama yöntemi geliştirilmiştir.

Hastanemiz bilgi işlem alt yapısı çalışanlarımız tarafından yönetilmekte ve tek veri tabanı üzerinden çalışmaktadır.

Klinik ve bölüm bazlı göstergeler modülize edilirken ilgili birim ve bölümlerin gösterge yönetimi sorumluları eşlik etmiştir.

Çalışma prensibi olarak sağlık bakanlığı gösterge yönetimi, rehberi baz alınmıştır. Çalışma yöntemi aşağıda belirtildiği gibi yapılmıştır.



### 6.3.1 Ölçülecek Göstergelerin Belirlenmesi ve Amacının Tanımlanması

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

Rehberde yayınlanan herhangi bir göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi ya da bir mevzuat gereği kurumda uygulanamaması gibi durumlarda ilgili göstergeler izlenmemelidir. (Örn: Diyaliz hizmeti verilmeyen hastanelerde Diyaliz Göstergeleri gibi).

Kurumlar tarafından, kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, **“Gösterge Yönetimi Rehberinde”** yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenebilir.

Bakanlıkça belirlenen liste dışında takip edilecek göstergeleri belirlerken aşağıdaki hususların dikkate alınması önem arz etmektedir.

- Sağlık hizmetindeki 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 problemlisi olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalıdır. Öncelikle kolay ölçülebilen, yüksek olarak personel uyumunun sağlanabileceği göstergeler tercih edilmelidir.
- Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmelidir.
- Göstergeler belirlenirken çalışanların görüşleri alınmalıdır

### 8.2.2 Sorumluların Belirlenmesi

- Hastanemizde gösterge yönetimi HBYS üzerinden elektronik ortamda toplanır ve sonuçları hesaplanır.
- 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 seçilir.
- Sorumluların sürece hâkim, nitelikli kişiler arasından seçilmesi uygun olur. 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 artırır.

### 8.2.2 Hesaplama Yöntemlerinin Belirlenmesi

- Gösterge sonucu için hangi verilere ihtiyaç duyulacağını ve bu verilerden sonuca ulaşmak için hangi formül ya da formüllerin kullanılacağı belirlenir.
- İlgili göstergeye yönelik, Bakanlıkça belirlenen bir hesaplama formülü bulunması halinde, bu formül esas alınır. Bu şekilde ölçümün standardizasyonu, ileriye yönelik kurumlar arası kıyaslamalar yapılması durumunda doğru sonuçların elde edilmesine olanak sağlar.
- Hesaplama yöntemi, verilerin sayısallaştırılması ve analizlerde kullanılabilmesi amacıyla kullanılan bir formüldür.
- Hesaplama yönteminde yer alan ilgili dönem; her bir gösterge için belirlenen veri analiz periyodu ile aynı dönemi kapsamaktadır.

### 6.3.4 Alt Göstergelerin Belirlenmesi

- Alt göstergeler; ana gösterge ile ilişkili analizlerin yorumlanmasını ve sorunların kök nedenlerine ulaşımı kolaylaştıran ek göstergelerdir.
- Gösterge takibi sırasında, sonucu yorumlayabilmek ve gerektiğinde geriye dönüp kök neden analizi yapabilmek için ek bilgi ve veriye ihtiyaç duyulur.
- Bu nedenle, veri toplamaya başlamadan önce, hangi ek bilgi ve verilere ihtiyaç bulunduğu karar verilir.
- Bu amaçla göstergenin özelliğine göre alt göstergeler oluşturulmalı ve bunlara gösterge kartında yer verilir.
- Bakanlıkça belirlenen alt gösterge bulunması halinde, bu alt göstergeler esas alınır.
- Kurumlar kendi ihtiyaçları doğrultusunda da alt gösterge oluşturabilir.
- Alt göstergeler oluşturulurken, özellikle odaklanmak istenilen ölçülebilir ve etkin müdahaleler ile iyileştirme yapılabilecek alanların ele alınmasına özen gösterilir.
- Kurumlarımızda gösterge takibi ile ilgili tecrübe ve deneyim arttıkça bu tür çalışmalar çeşitlenir ve daha detaylı analizler yapılır.
- Hazırlanan gösterge kartlarında yer alan alt göstergelere, kurumun türü, hasta profili, öncelikleri ve ihtiyaçları doğrultusunda yeni alt göstergeler eklenir.

### 6.3.5 Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi

- Hastanemizde veri toplama yöntemi olarak bilgi işlem merkezi ve kalite koordinatörlüğü olarak modül geliştirilmiştir.
- Bu aşamada, sonucun hesaplanması için gerekli verilerin hangi yolla elde edileceği, yani veri kaynağı belirlenir.
- Bilgi işlem merkezi ile ortaklaşa çalışılarak hangi verinin HBYS işletim sistemi üzerinden nereden çekileceği belirlenir.
- HBYS üzerinden çekilemeyen veriler, bölümlerin kendi yazılı kayıtlarından yararlanarak elde edilir ve kalite koordinatörlüğüne verilerin bildirimi sağlanır.
- Hastane veri tabanı tek bir sistem üzerinden çalıştığı için modülün alt yapısı bilgi işlem tarafından desteklenmektedir.
- Bölüm bazlı göstergeler ve klinik bazlı göstergelerin alt yapısı oluşturulurken ilgili birimin gösterge sorumluları ile birlikte alt göstergelerde veri kaynağı oluşturulur.
- Modül üzerinden aylık, üç aylık veya yıllık veriler her dönem için ve geriye dönük çekilebilir.

- Veri toplama yöntemi, verinin kalitesini direk olarak etkileyen bir işlem olduğundan yöntemin kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması için, tüm basamakları net olarak belirlenmiştir.
- Personele fazla ek iş yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntemin, uzun süreli uygulanabilirliği düşük olacağı için otomatize bir modül geliştirilmiştir.
- 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 önemli ve gereklidir.
- Veri toplama için hastanemizde kullanılan kalite modülü üzerinden kurgulanması performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından önemlidir. Bu şekilde personele minimum ek iş yükü oluşturur, aynı zamanda da verinin analizini önemli ölçüde kolaylaştırır.

### 6.3.6 Analiz ve Veri Toplama Periyodunun Belirlenmesi

- Göstergelere ait verilerin toplanması ve sonuçların analizi ile ilgili aralıkların belirlenmesi modül geliştirilirken planlanmıştır. Bu şekilde analiz sonuçları arasında net bir karşılaştırma yapılmasına imkân tanınır.
- Gösterge modülü veri analiz periyodu olarak her türlü indikatöre cevap verecek şekilde planlanmıştır.
- Her bir gösterge için veri toplama ve analiz periyodları farklılık arz eder. Analizler eşit zaman dilimlerinde ve en uygun sürelerde yapılması planlanır.
- Kurumlar, ihtiyaçları ve imkânları doğrultusunda daha sık aralıklara sahip bir veri toplama periyodu belirler veya bilgi sistemleri vasıtasıyla anlık veri takibi gerçekleştirirler.

VERİ TOPLAMA PERİYODU
• Sürekli
• Aylık (30 gün)
VERİ ANALİZ PERİYODU
• Üç Aylık (90 gün)
• 6 Aylık (90 gün)
• Yıllık
• İstenilen dönemsel alanları gösterecek şekilde planlanmıştır.

### 6.3.7 İlgili Personelin Eğitilmesi

- Bütün bu işlemler tamamlandıktan sonra, gösterge sorumluları ile veri toplamada görev alacak ilgili tüm personele eğitim verilmelidir.

#### ***Bu eğitimde;***

- Yapılan işin amacı,
- Sonuçları,
- Beklenen çıktılar,
- İşleyiş ile ilgili detaylar,
- Veri kalitesinin önemi,
- Dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Gösterge takibi ile kişilerin değil sürecin ve sistemin değerlendirildiği mutlaka vurgulanmalıdır.
- Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

### 6.3.8 Veri Toplama

- Özellikle uygulamanın ilk dönemlerinde ilgili sorumluların veri toplama aşamasını yakından izlemesi, yaşanan problemleri zamanında tespit edilmesi ve tespit edilen problemlere yönelik düzenlemelerin zamanında yapılması önemlidir.
- Mesai içi ve mesai dışı zamanlarda toplanan veriler değerlendirilir, aksaklık tespit edilmesi halinde ilgili çalışanlarla birlikte çözüm yolları aranır.
- Veri kalitesinin sağlanması için kritik aşamalardan biri veri toplama aşamasıdır.

### 6.3.9 Verilerin Sonuçlara Dönüştürülmesi

- Hastane bilgi yönetim sisteminde aktif olarak kullanılan tüm alt modüller (klinik, poliklinik, laboratuvar, ameliyathane vb.) veri kaynağı olarak aktif kullanılır.
- Gösterge yönetimi modülüne tanımlı ilgili kişiler tarafından, belirli aralıklarla gösterge takibi yapılır.
- Sistemden otomatik çekilen gösterge sonuçları, gösterge sorumlusu tarafından değerlendirilip belirli periyotlarla hedef bildirimleri yapılır.
- Bazı göstergeler için veri aynı zamanda göstergenin sonucu olarak karşımıza çıkabilir. Örneğin “*SBYS’ nin Devre Dışı Kaldığı Süre*” göstergesinde elde edilen veri aynı zamanda göstergenin sonucudur.
- Bazı göstergelerde ise elde edilen veriler bir formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır. “*Kaybolan Numune Oranı*” bunun için örnek olarak verilebilir.

### 6.3.10 Sonuçların Analizi ve Yorumlanması

- Elde edilen sonuçları analiz etmek, daha Türkçe bir ifade ile çözümlenmek ve sonrasında da yorumlamak için, sonucun dışında da bazı bilgilere ihtiyaç duyulabilir.
- Belirlenen ana göstergenin sonucu yorumlanırken bazı alt göstergelere ve detaylı bilgi ya da veriye ihtiyaç duyulabilir.
- Ölçme, değerlendirme ve iyileştirme sürecindeki en can alıcı nokta veri kalitesidir.
- Analiz yaparken elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulur, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilir.
- Bir hastanede olay bildirim kültürü ne kadar gelişmiş ise o hastanede ilgili göstergeler için gerçekçi sonuçlara ulaşmakta o kadar kolay olur.
- Bildirime dayalı göstergelerde hedef değer belirlenirken ya da sonuçlar analiz edilirken o konu ile ilgili bildirim düzeyi ve bildirim kültürü de göz önünde bulundurulur.
- Gösterge sonuçlarının analizinde göstergenin amacına ve belirlenen hedefe ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir.
- Gösterge kartında belirlenen veri giriş dönemlerinde elde edilen sonuçlar analiz edilir. Ayrıca, 6 aylık ve yıllık analizler ile kurum sonuçlarını geriye dönük değerlendirir.
- Veri giriş periyodu 3 aylık olan bir gösterge için her 3 ayda bir TÜR-GÖS’ e veri girişi yapılarak gösterge analizleri yapılır. Bununla birlikte, temmuz ayında, Nisan-Mayıs-Haziran aylarına ait veri girişi yapılırken sonuç analizi geçmiş 6 ayı kapsayacak şekilde yapılmalıdır. Yılsonunda da geçmiş bir yılı kapsayacak şekilde analiz yapılır.

### 6.3.11 Hedef Değerin Belirlenmesi

**Hedef değer;** Kurum tarafından, mevcut durum ve iyileştirme potansiyeli göz önünde bulundurularak belirlenen, ulaşılması amaçlanan tahmini gösterge sonucudur.

- Ölçme ve iyileştirme çalışmalarının en kritik aşamalarından birisi hedeflerin belirlenmesidir. Çünkü ortaya konulan hedefler kurumun kalite yolculuğunun rotasını belirler. Bu rotada alınacak kararlar veriye dayalı olmalıdır.
- Göstergenin ilk defa ölçüldüğü dönemde mevcut durum bilinmediği için hedef değer tespit etmek mümkün olmayabilir.
- İlk sonuçların elde edilmesi ve analizi, kurumun ya da ilgili birimin, ölçülen gösterge ile ilgili mevcut durumu konusunda fikir verir. Mevcut durumun net olarak belirlenmesi amacıyla, veriler gözden geçirilmeli, kayıtlar incelenmeli, alt yapı (personel, bilgi yönetim sistemi gibi) durumu değerlendirilmelidir. Elde edilen tüm veriler analiz edilerek gerçekçi bir hedef değer belirlenir.
- Hedef değer, kurumun ya da hizmet verilen birimin özelliğine göre, kurumdan kuruma değişebilen bir parametredir.
- Kurum hedefleri belirlenirken, literatürde yer alan bilgiler ya da belirlenmiş ulusal ya da uluslararası değerler de incelenir.
- Tespit edilen mevcut durum verileri ışığında, kuruma özgü bir hedef değer belirlenmesi gerekir.
- Hedef değer bazı göstergeler için “0” sıfır ya da %100 gibi tam ve nihai değerler de olabilir.
- Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler veya bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değer revize edilmesi gerekir.

- Ayrıca kurum belirlediği hedef değere ulaşmış ise bir sonraki dönem için daha üst bir hedef değer de belirler. Bu nedenle ilgili sorumluların hedef değeri revizyonlar açısından gözden geçirmesi ve değerlendirmesi gerekir.

### 6.3.12 İyileştirme Çalışmalarının Gerekliliğinin Gözden Geçirilmesi

- Elde edilen analiz sonuçları ile hedef değere ne kadar yakın olduğu tespit edildikten sonra, bu sonucun elde edilmesine neden olan faktörler incelenir.
- Eğer analiz sonuçları hedef değerden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa saptamaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır.
- Olumsuz sonucun düzeltilmesi için hangi faaliyetlerin ve iyileştirme çalışmalarının yapılabileceği konusu ele alınır.

### 6.3.13 İyileştirme Çalışmalarına Başlanması

- Analiz sonucunda gerçekleştirilmesine karar verilen iyileştirme çalışmalarının hayata geçirilmesi esastır.
- Ancak bu her zaman yeterli olmayabilir. Bu faaliyetlerin uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

### 6.3.14 Gösterge İzlem Sürecinin Gözden Geçirilmesi

- Her analiz döneminde, buraya kadar ele alınan tüm basamaklar tekrar gözden geçirilir. Gerekli ise her basamak için değişiklikler yapılır.
- Bir gösterge ile ilgili etkin ve etkili bir sistem oluşturulduktan sonra, hep aynı yöntem, periyot ve formüllerin kullanılması önerilir.
- Sonuçların önceki dönem değerleri ile sağlıklı bir şekilde karşılaştırılabilmesi için metodolojinin de karşılaştırılabilir olması gerekir.
- **Veri toplama yöntemi gözden geçirilirken;** Veri kalitesi değerlendirilir, verinin daha etkili, kolay ve sistematik bir şekilde toplanabilmesi için alternatif uygulamalar üzerinde düşünülür ya da gerekli ise veri toplayan personele yapılan eğitimler tekrarlanır.
- **Hedef değer yakalandıktan sonra;** Daha üst seviyede bir hedef belirlenebilir. Ya da bu değer, ilgili gösterge için ulaşılabilecek en iyi sonuç ise, değiştirilmeden kullanılmaya devam edilir.
- Bu noktada önemli olan husus, art arda yapılan analizlerde hedef değer yakalanmış olsa bile ölçme ve değerlendirme çalışmalarına ara vermemektir.
- Elde edilen veriye göre **analiz periyodu** süresi uzatılabilir ya da kısaltılabilir.

### 6.3.15 Verilerin Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) Girilmesi

- Bakanlığımızca belirlenen ve sağlık kuruluşlarında izlenmesi gereken, yapı, süreç ve sonuç odaklı ölçüm araçları olan göstergelere ilişkin veriler sağlık kuruluşları tarafından Kurumsal Kalite Sistemi (KKS) bünyesinde oluşturulan Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilir.
- Veri girişinde göstergelere ait sonuçlar değil, hesaplamada kullanılan parametrelere ilişkin veriler kullanılır.
- Her dönemin veri girişi, dönemin bitimini takip eden ay içinde yapılır.
- İlgili dönem, gösterge kartındaki veri giriş periyodunda belirlenen süreyi kapsar.
- Kurum tarafından takip edilen göstergelerden ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans sistemine veri girişi yapılan göstergeler için TÜR-GÖS' e veri girişi gerekmemekle birlikte, veri toplama, INFLINE' a veri girişi, analiz ve iyileştirme süreçleri SKS kapsamında değerlendirilir.

## 6.4 GÖSTERGE KARTLARININ OLUŞTURULMASI

### 6.4.1 Gösterge Kartlarında Asgari Bilgiler

Gösterge kartlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır.

- Gösterge Kodu
- Tanım
- Amaç
- Hesaplama Yöntemi/Formülü
- Alt Göstergeler
- Hedef Değer

- Veri Kaynağı
- Sonuçların Kimlerle Paylaşılacağı
- Veri Giriş Periyodu
- Sorumlular (Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler)
- Açıklama (İhtiyaç duyulması durumunda doldurulmalıdır)

#### 6.4.2 Örnek Gösterge Kartı Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı

<b>GÖSTERGE KODU</b>	<b>HSTN.GKG01</b>
<b>TANIM</b>	İlgili dönemde; Sonuçlandırılan düzeltilici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltilici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder. Düzeltilici-Önleyici Faaliyet: Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
<b>AMAÇ</b>	KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesinde, DÖF' lerle tespit edilen uygunsuzlukların belirlenen zamanda kapatılarak, gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının analizinin yapılmasının ve çalışanlar arasında DÖF kültürünün geliştirilmesinin sağlanmasıdır.
<b>VERİ KAYNAĞI</b>	HBYS İlgili kayıt ve dokümanlar Bildirime dayalı kayıtlar
<b>HESAPLAMA YÖNTEMİ</b>	<i>İlgili Dönemde;</i> (Sonuçlandırılması planlanan DÖF' lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı/Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100
<b>ALT GÖSTERGELER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Önleyici faaliyet oranı</li> <li>• Termin süresi ikiden fazla uzatılan DÖF oranı</li> <li>• Birim bazında DÖF gecikme oranı</li> </ul>
<b>HEDEF DEĞER</b>	Kurum tarafından belirlenir.
<b>VERİ GİRİŞ PERİYODU</b>	3'er Aylık
<b>VERİ ANALİZ PERİYODU</b>	6'şar Aylık
<b>SORUMLULAR</b>	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire
<b>SONUÇLARIN PAYLAŞILACAĞI KİŞİLER</b>	Başhekimlik Hastane müdürlüğü Kalite koordinatörlüğü Bölüm /birim sorumluları
<b>AÇIKLAMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez</li> <li>• Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi pay ve paydaya dâhil edilmez.</li> </ul>

## 7.0 DÖKÜMANLARILGİLİ

### 7.1 T.C Sağlık Bakanlığı Gösterge Yönetimi Rehberi

### 7.2 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Kalite Dokümanları

## 8.0 REVİZYON NEDENİ

### 8.1Gösterge rehberinin güncellenmesi sonucu