

	NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
Gİ.PR.01	ARALIK 2023	0	0	1

1.AMAÇ: Merkezde ölçüm sistematığı 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.TANIMLAR:

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.

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

Veri Kaynağı: Gösterge sonucuna ulaşabilmek için Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden veya veri toplama formları ile manuel ulaşılan sayısal değerlerdir.

Hedef Değer: Türkiye genelinde klinik kalite adına ulaşılması gereken hedeftir. Gösterge kartlarında mevcuttur.

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

4.KISALTMALAR:

TÜR-GÖS: Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

5.SORUMLULAR: Gösterge süreçleri içinde faaliyet gösteren tüm çalışanlar sorumludur.

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1.GÖSTERGELERİN İZLEMİ İLE İLGİLİ SORUMLULARIN BELİRLENMESİ ve SORUMLULUKLAR

Her gösterge için merkezimizce belirlenen sorumlular gösterge kartlarında tanımlıdır. Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Bölüm Kalite Sorumluları göstergelerin izlenmesi konusunda bilgilendirilir.

Çalışmalarını Kalite Yönetim Birimi ile koordineli olarak yürütür.

6.2.MERKEZDE İZLENECEK GÖSTERGELER:

Merkezde takip edilecek olan göstergeler, Sağlıkta Kalite Standartlarında yer alan tüm göstergeler ve her gösterge için gösterge kartları oluşturulmuştur ve hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden paylaşılmaktadır.

6.3. VERİ TOPLAMA:

- Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları gösterge kartlarında tanımlanmıştır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
Gİ.PR.01	ARALIK 2023	0	0	1

- Veri toplama aralıkları merkezin ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda belirlenmiştir.
- Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmiştir (Mümkün olan her gösterge için HBYS'den, HBYS'den alınamayanlar için veri toplama formlarıyla)

6.4. VERİLERİN SONUÇLARA DÖNÜŞTÜRÜLMESİ:

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

6.5. SONUÇLARIN ANALİZİ VE YORUMLANMASI:

- 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 Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu doldurularak başlatılır. Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça belirtilen elektronik veritabanına (TÜR-GÖS) Kalite Direktörü tarafından girilir.
- Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değer, hedef değer ile karşılaştırılır.
- Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri, benzer kurumlar ve ülke genelindeki değerlere göre nerede yer aldığı,
- Varsa, ilgili klinikte çalışan personel sayısı ve niteliğinde değişiklikler,
- Varsa, sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler gerektiğinde kullanılmalıdır.
- Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulup, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmelidir.

6.6.GEREKLİ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ YAPILMASI

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 kaynakları nedenine yönelik araştırmalar yaparak tespit edilmeli ve mutlaka kayıt edilmelidir.

- Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir.
- Sorunun tespiti
- Sorunun nedeninin tespiti
- Çözüm yollarının aranması
- Çözümün planlanması
- Çözümün uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesi
- Sonucun raporlanması ve bildiriminin yapılması
- Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması, iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

7. DÖKÜMANLAR

Düzenleyici Önleyici Faaliyet Formu Gösterge Kartları

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN