



SKS'de Klinik Yönetişim



SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
Mayıs 2023



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SKS'de Klinik Yönetişim

Ankara, Mayıs 2023

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Bu dokümanın her türlü yayın hakkı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı'na aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde dokümanın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
E-posta: shgm.kalite@saglik.gov.tr
Web: www.kalite.saglik.gov.tr





İçindekiler

Klinik Yönetişim Kavramı.....	3
KKU06 Standardının Uygulanması	3
KKU06 Standardının Değerlendirilmesi.....	6
Sonuç.....	7
Yardımcı Bilgiler.....	8
2023 Yılı Değerlendirmelerinde İzlenecek Yol	10





SKS KLİNİK YÖNETİŞİM

Bu doküman, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane setinde yer alan KCU06 kodlu standardın uygulanması ve değerlendirilmesine ilişkin rehberlik yapmak üzere hazırlanmıştır.

Bununla birlikte, 2023 yılı değerlendirmelerinde standardın tamamı değerlendirilmeyecek olup, bu dönem izlenecek yol dokümanın sonunda belirtilmiştir:

Klinik Yönetişim Kavramı

Klinik yönetişim, sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen bir klinik liderlik varlığında, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmelliği hedefleyen yapı ya da düzen olarak tanımlanmaktadır.

KCU06 Standardının Uygulanması

KCU06.01: Klinik yönetişim kapsamında hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır:

1. Klinik süreçlerin denetimi
2. Klinik risklerin yönetimi
3. Kalite güvencesi
4. Klinik etkinlik
5. Kurumsal ve bireysel gelişim

1. Klinik denetim

Klinik denetim; üst yönetim, klinik yöneticileri, kalite direktörü, klinik kalite iyileştirme komitesi ve hasta güvenliği komitesi tarafından gerçekleştirilen izleme ve değerlendirme çalışmalarını ifade etmektedir.

Örneğin;

- Hasta güvenliği komitesi ya da klinik kalite iyileştirme komitesinde alınan klinik süreçlere ilişkin bir iyileştirme faaliyeti kararının gerçekleştirilmesi, sonrasında faaliyetin uygulanma durumunun komite tarafından izlenmesi ve değerlendirilmesi, gerekli ise yeniden düzenlenmesi gibi çalışmalar klinik denetim sürecinin bir parçası olarak kabul edilir.
- Benzer şekilde, klinik yöneticileri tarafından ilgili birimin klinik faaliyetlerine yönelik yapılan düzenlemeler ve bunların uygulanma durumlarının izlenmesi de bu kapsamda ele alınabilir.





Bu bağlamda, kurumun aşağıdaki faaliyetleri gerçekleştirmiş olması, klinik denetim parametresini gerektiği şekilde uyguladığı anlamına gelmektedir:

- Kurumda klinik süreçler ve birimler ile ilgili sorumlulukların, ilgili mevzuatlar, SKS ve Türkiye Klinik Kalite Programında belirlenen esaslar doğrultusunda tanımlanmış olması,
- Söz konusu sorumluların belirlenen kurallar çerçevesinde faaliyet gösteriyor olması

2. Klinik risk yönetimi

Klinik risk yönetimi kavramının kurumlarımızda karşılık bulması için **SKS Hasta Bakımı bölümünün hastane genelindeki sağlık hizmeti sunulan alanlarda** etkin şekilde uygulanması gereklidir. Klinik yönetim kapsamında konu hakkında ele alınması gereken öncelikli iki husus şunlardır:

- Hastanın bakım ihtiyaçlarının bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımla belirlenmesi ve karşılanması
- Hasta bazında klinik risklerin ve bölüme özgü olarak yatan hastalarda bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korunmak için **klinik risk değerlendirmelerinin yapılması (SHB03.02)**
 - Her klinikte, kliniğin hasta profiline göre, hastalara asgari olarak yapılması gereken klinik risk değerlendirmeleri belirlenmiş olmalıdır. Bunun yanında hastanın kliniğine göre gerekli ek değerlendirmeler de hasta bazında uygulanıyor olmalıdır.

3. Kalite güvencesi

Kalite güvencesi=Hizmet kalitesi + Klinik kalite

Hizmet kalitesi SKS setleri ile sağlanırken, klinik kalite Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında hazırlanan göstergeler ile takip edilmektedir.

Bu bağlamda, kurumda SKS ve klinik kalite çalışmalarını etkin şekilde yürütmeye yönelik bir kalite yönetim yapılanmasının olması, sürekli iyileştirmeye açık, hatalardan öğrenme kültürünü benimsemiş bir ortam oluşması, özellikle bu kültürün klinik süreçlerde de işlediğine yönelik kanıtların bulunması durumunda kalite güvencesi parametresinin karşılandığı ifade edilebilir.

Klinik kalite çalışmaları açısından özellikle;

- Mevzuat ([2019/15 sayılı genelge](#) ve [Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi](#)) kapsamında Klinik Kalite İyileştirme Komitesinin kurulması,
- Komite tarafından sağlık olguları ve göstergelere yönelik gerçekleştirilen düzenli toplantılar ve analizler,
- Toplantılarda alınan düzeltici önleyici faaliyet kararlarının uygulanıyor olması bu parametrenin karşılanması adına önem arz etmektedir.





4. Klinik etkinlik

Klinik kalitede elde edilen gösterge sonuçları, klinik etkinlik parametresinin karşılanma durumu için yol göstericidir.

Kurumda Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında elde edilen sonuçlar değerlendirilir. Kurumun sağlık olgusu bazında klinik kalite puanı, hedef değerden sapma durumu ve olgu bazında yaptığı çalışmalar incelenir ve aşağıdaki soruların yanıtları aranır (öz değerlendirme ya da dış değerlendirme sırasında):

- Kurumsal ya da ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar Klinik Kalite İyileştirme Komitesi tarafından ilgili branşların katılımı ile analiz ediliyor mu?
- Veri kalitesi yeterli mi? (Ulusal ekranlardaki payda değerleri ile kurumdaki değerler uyumlu mu?)
- Sonuçlar gerçek değerleri ne kadar yansıtıyor?
- Veri kalitesi yeterli değil ise bunun için bir iyileştirme planlanmış ya da uygulanmış mı?
- Veri kalitesi yeterli ancak hedef değerden sapma var ise, sebepleri analiz edilmiş mi?
- Gerekli ise klinik sonuçların iyileştirilmesine yönelik düzeltici önleyici faaliyetler belirlenmiş mi?
- Bu faaliyetler uygulanıyor mu?

Yukarıdaki soruların yanıtlarına göre kurumun klinik etkinlik parametresini karşılama durumu belirlenir.

5. Kurumsal ve Bireysel Gelişim

Bu başlıkla ilgili asgari aşağıdaki uygulamaların varlığı aranır:

- Klinik uygulamaların iyileştirilmesine yönelik sağlık personelinin eğitim ve gelişime yönelik ihtiyaçlarının tespit edilmesi (klinik kalite sonuçları, personel geri bildirimleri, komite toplantı kararları vb. doğrultusunda)
- Sağlık personelinin hasta bakımına yönelik alanlarda bilgi ve tecrübe paylaşımını hedefleyen hizmet içi eğitim/etkinliklerin uygulanması
- Sağlık personelinin mesleki anlamda gelişimini sağlayacak kurs/eğitim/seminer/kongre vb. çalışmalara katılımının teşvik edilmesi ya da desteklenmesi

KKU06.02 Hastane tarafından belirlenen hasta bakım prosedürleri ve ulusal ya da hastane tarafından kabul edilmiş klinik protokollerin uygulanma durumu denetlenmelidir.

Bu değerlendirme ölçütüne göre;

- SKS kapsamında kurum tarafından hazırlanmış olan hasta bakım prosedürleri, rehberler, protokoller, algoritmaların (Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri, hava yolu izlemine yönelik talimat, hastane ilaç





formüleri, acil servis kritik vaka tanı ve tedavi algoritmaları gibi) uygulanma durumunun gözden geçirilmesi,

- SKS kapsamında Daire Başkanlığımızca yayınlanmış olan rehber/dokümanlara uyumlu hizmet sunulması (güvenli cerrahi, güvenli doğum, ilaç güvenliği, el hijyeni, düşme riski ölçekleri gibi),
- SKS’de atıfta bulunulan rehberler (doğum yönetimi rehberi, bebek izlem protokolü gibi) ve Bakanlık tarafından yayınlanan klinik protokol ve rehberlerin (kolorektal klinik protokolü, inme klinik protokolü vb.) kurum tarafından kullanılması

beklenir.

Bu değerlendirme ölçütü değerlendirilirken;

- İlgili protokol ya da rehberlerin kullanım alanında ulaşılabilir olması
- Çalışanların rehberler hakkında bilgilendirilmiş olması aranır.
- Kurum tarafından oluşturulan prosedür ve talimatların yukarıda bahsi geçen rehber/protokollere uyumlu olarak hazırlanma durumu incelenir (Örneğin doğum sürecindeki hastanın bakımının doğum yönetim rehberine göre düzenlenmiş olması gibi).

KKU06.03: Bakanlıkça belirlenen klinik kalite göstergelerine ilişkin sonuçlar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

KKU06.01’de belirlenen klinik etkinlik sürecinin uygulanması bu değerlendirme ölçütünün karşılanması için yeterlidir.

KKU06.04: Kurumsal ve bireysel düzeyde klinik uygulamaların iyileştirilmesine yönelik ihtiyaçlar tespit edilmeli, gerekli eğitim, araştırma ve tecrübe ortamının oluşturulması sağlanmalıdır.

KKU06.01’de belirlenen kurumsal ve bireysel gelişim sürecinin uygulanması bu değerlendirme ölçütünün karşılanması için yeterlidir.

KKU06 Standardının Değerlendirilmesi

Bu standardın klinik kalite çalışmaları dışındaki gereklilikleri için SKS değerlendirmesi kapsamında ayrı bir değerlendirme faaliyeti yapılmasına gerek yoktur. Bunun için “Standardın Uygulanması” başlığı altında belirtilen SKS’nin geneli ile ilgili hususlar;

- Özellikle SKS Hasta Bakımı bölümü olmak üzere sağlık hizmetleri boyutunun karşılanma durumu
 - Hasta güvenliği komitesine yönelik standardın karşılanma durumu
 - KKKU04 kapsamında kurum genelinde klinik süreçlere ilişkin sorumlular ve sorumlulukların tanımlanmış olma durumu
- dikkate alınacaktır.





Klinik kalite çalışmaları ise “Standardın Uygulanması” başlığı altında belirtilen klinik kalite ile ilgili hususlar dikkate alınarak bu standart özelinde değerlendirilecektir.

Sonuç

Görüldüğü gibi, bu standardın karşılanması klinik kalite çalışmalarına bağlı olduğu gibi, özellikle SKS sağlık hizmetleri boyutu ile ilgili çalışmalara da bağlıdır ve oldukça kapsamlı bir çaba gerektirmektedir. Ancak, halihazırda SKS’yi klinik süreçlerde etkin şekilde uygulayan kurumlar için klinik kalite çalışmalarını etkinleştirmeleri bu standardı karşılamaları için yeterli olacaktır.

Konu ile ilgili kurumlarımızda gerekli bilgi ve tecrübenin kazanılması ve ülke genelinde klinik veri kalitesini iyileştirmeye yönelik Bakanlık çalışmalarımızın ardından, ilerleyen süreçte standardın kalite puanına etkisinin önemli ölçüde artırılması planlanmaktadır.





Yardımcı Bilgiler

KKU06 Standardı ile İlişkili Mevzuat

- 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik
- SKS Hastane (S.6)
- Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberini İçeren 2019/15 sayılı Genelge

KKU06.01 Değerlendirme Ölçütünün Karşılama Durumu Değerlendirilirken Göz Önünde Bulundurulacak Diğer SKS Hastane Bölüm/Standart/Göstergeleri

- KKY07 Hasta güvenliği komitesi
- KKY09 Eğitim komitesi
- Eğitim Yönetimi (KEY02, KEY04, KEY05)
- Sağlık Hizmetleri boyutunun tamamı (özellikle Hasta Bakımı bölümü)
- Sağlık Hizmetleri boyutu ile ilgili tüm SKS göstergeleri

SKS Kapsamında Daire Başkanlığımızca Yayımlanmış Klinik Süreçlerle İlgili Rehberler

- Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi
- İlaç Yönetimi Rehberi
- SKS Işığında COVID-19 Tanı Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi
- Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi
- Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi
- Gösterge Yönetimi Rehberi
- Yenidoğanda Uygun Oksijen Tedavisi Rehberi
- Hastane İlişkili Venöz Tromboembolilerin Önlenmesi Rehberi

SKS Kapsamında Atıfta Bulunulan Bakanlık Rehber/Protokol/Standartları

- SEN03.01 Ulusal Sürveyans Sistemi Standartları
- SDH03.01 Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi
- SDH03.01 Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi
- SDH05.01 Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri
- SEN04 Enfeksiyon kontrol demetleri

SKS Kapsamında Kurum Tarafından Ulusal ve Uluslararası Kaynaklar Kullanılarak Hazırlanması Gereken Bazı Rehber/Doküman

- SİY01.02 Antibiyotik kullanım kontrolü ve antibiyotik profilaksi rehberi
- SEN11.01 Enfekte ya da kolonize hastaların yönetiminde kullanılacak olan izolasyon önlemleri





- SDS04.07 Dezenfektanların bertaraf süreci
- SDS08.01 Sterilize edilecek malzemelerin yıkanması ve yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin kurallar
- SDS09.01 Paketlemeye ilişkin kurallar
- SAS07 Acil serviste tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar
- STA09.02 Terapötik aferezde komplikasyonların tanısı ve tedavisine yönelik algoritma
- SYB12.01, SYD16.01 Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar
- SYD02.01 Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri ile ilgili süreçler
- SBL01.01 Biyokimya laboratuvarında test rehberi
- SBL04.01 Biyokimya laboratuvarında testlerin çalışılma sürecine yönelik algoritmalar
- SML01.01 Mikrobiyoloji laboratuvarında test rehber
- SML04.01 Mikrobiyoloji laboratuvarında testlerin çalışılma sürecine yönelik algoritmalar
- SBL06.03 İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu
- SML06.03 İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu
- SPL07.04 Kalite kontrol yöntemi ve çalışma periyodu
- SDL01.01 Doku tiplendirme laboratuvarı test rehberi
- SON05.01 Verici uygunluk ve ret kriterleri
- SFR05 FTR'de özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları
- SPB06.03 Ağrı ve diğer semptomların yönetimi
- SRG07 Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri
- SON03.04 Beyin ölümü tanı algoritması
- SON13.01 Nakil sonrası hasta bakım protokolleri
- SFR01.02 Semptomatik tedavi protokolleri
- SPB02.01 Enteral beslenme protokolü, Opioid uygulama protokolü
-

SHGM Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığınca Yayınlanan Klinik Protokol ve Rehberler

- SHGM Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığınca yayımlanan klinik protokol ve rehberlerin güncel hallerine <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-64029/protokol.html> linkinden ulaşılmaktadır.





2023 Yılı Değerlendirmelerinde İzlenecek Yol

Kurumlarımızın, KKU06 standardına yönelik 2023 yılı değerlendirme döneminde sadece aşağıdaki hususlar değerlendirilecektir:

- [2019/15 sayılı Genelge](#) ve [Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi](#) kapsamında Klinik Kalite İyileştirme Komitesinin kurulması
 - Kurumsal ya da ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar Klinik Kalite İyileştirme Komitesi tarafından ilgili branşların katılımı ile analiz ediliyor mu?
- Komite tarafından sağlık olguları ve göstergelere yönelik gerçekleştirilen düzenli toplantılar ve analizler
 - Veri kalitesi yeterli mi? (Ulusal ekranlardaki payda değerleri ile kurumdaki değerler uyumlu mu?)
 - Sonuçlar gerçek değerleri ne kadar yansıtıyor?
 - Veri kalitesi yeterli değil ise bunun için bir iyileştirme planlanmış ya da uygulanmış mı?
 - Veri kalitesi yeterli ancak hedef değerden sapma var ise, sebepleri analiz edilmiş mi?
- Toplantılarda alınan düzeltici önleyici faaliyet kararlarının uygulanıyor olması
 - Gerekli ise klinik sonuçların iyileştirilmesine yönelik düzeltici önleyici faaliyetler belirlenmiş mi?
 - Bu faaliyetler uygulanıyor mu?
- 2021-2022 yılı Kolorektal Kanser Klinik Kalite raporlarına yönelik geribildirim süreci kapsamında yapılan çalışmalar kayıt altına alınmış mı?
- Bakanlık tarafından yayınlanan klinik protokol ve rehberler (Kolorektal kanser klinik protokolü, inme klinik protokolü vb.) veya uluslararası protokoller kurum tarafından takip ediliyor mu?

Kurumun, sağlık olgusu bazında yaptığı çalışmalar kapsamında yukarıdaki soruların yanıtları aranır.



Önemli Notlar:

- 2023 yılı değerlendirme döneminde E grubu hastaneler bu standarttan muaf tutulacaktır.
- Kolorektal Kanser Klinik Kalite Raporları, yalnızca SİNA ekranlarında verisi bulunan kurumlarımızın kullanımına açılmıştır. Kurumlar Kolorektal Kanser Klinik Kalite raporlarını SİNA ve SBYS verilerini karşılaştırarak incelemeli, veri kalitesini değerlendirmeli gerekli ise veri kalitesini iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapmalıdırlar.
- Türkiye Klinik Kalite Programı çerçevesinde takip edilen ve henüz SİNA ekranlarında raporları yayınlanmayan diğer sağlık olgularının raporları kullanıma sunulana kadar kurumlarımız SBYS üzerinde elde ettikleri pay ve payda değerleri üzerinden bir inceleme yapıp veri kalitesini değerlendirmeli, gerekli ise veri kalitesini iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapmalıdırlar.
- Kurumların yukarıda bahsi geçen çalışmaları gerçekleştirmiş olması standardın karşılanıyor olması için gereken yeterliliklerdir. (Örneğin, kurum tüm çalışmaları yapmış, ancak gösterge bazında hedef değerlere ulaşamamış. Bu durum kurumun standardı karşılamıyor anlamına gelmemektedir.
- Klinik kalite programı kapsamında **kurumsal düzeyde ölçülen klinik kalite göstergeleri** UBK kodu ile tanımlanmıştır. UB kodlu olan göstergeler il ve ülke genelinde ölçülecek ve izlenecek olan göstergelerdir. Güncel göstergelere Başkanlığımız uhdesinde bulunan Klinik Kalite web sayfasında bulunan [Sağlık Olguları Gösterge Kartları](#) linkinden ulaşılabilir.