



SKS'de Klinik Yönetişim



SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
Mayıs 2024



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SKS'de Klinik Yönetişim

Ankara, Mayıs 2024

© 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 Başkanlığına 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: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/>





İçindekiler

Klinik Yönetişim Kavramı	3
KKU06 Standardının Uygulanması	3
KKU06 Standardının Sağlık Kurumlarında Değerlendirilmesi	7
Sonuç	8
Yardımcı Bilgiler	9





SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARINDA 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 KKU06 kodlu standardın uygulanması ve değerlendirilmesine ilişkin rehberlik yapmak üzere hazırlanmıştır.

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, klinik bakımda mükemmelliği hedefleyen yapı ya da düzen olarak tanımlanmaktadır.

KKU06 Standardının Uygulanması

KKU06 kodlu standardın amacı sağlık hizmet kalitesinin devamlı artırılması ve klinik uygulamalarda mükemmeliyete ulaşmak için hasta bakım sürecinde yer alan tüm rollerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan bir yapı ya da düzen oluşturmaktır.

KKU06 Klinik yönetişim ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

KKU06.01: 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 yönetim sorumlusu, 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.

4. Klinik etkinlik

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

Kurumda Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında yapılan çalışmalar değerlendirilir. Değerlendirme esnasında "[KKU06.03: Bakanlıkça belirlenen klinik kalite göstergelerine ilişkin sonuçlar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.](#)" başlığında yer alan adımlar göz önünde bulundurulmalıdır.





5. Kurumsal ve Bireysel Gelişim

Bu başlıkla ilgili asgari aşağıdaki uygulamaların varlığı aranır:

- Klinik uygulamaların iyileştirilmesi amacıyla sağlık personelinin eğitim ve gelişime yönelik ihtiyaçlarının tespit edilmesi (klinik kalite sonuçları, personel geri bildirimleri, komite toplantı kararları vb.)
- 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 formülleri, 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) ile 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.

Bu değerlendirme ölçütü Klinik Kalite programı çerçevesinde değerlendirilecek olup sağlık kurumları değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda açıklanmıştır.

1. [2019/15 sayılı Genelge](#) ve [Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi](#) kapsamında “Klinik Kalite İyileştirme Komitesi”nin kurulması

a. Kurumda takip edilen sağlık olgularına ilişkin çalışmaları yapmak üzere ilgili tüm branşları kapsayacak şekilde “Klinik Kalite İyileştirme Komitesi” kurulmuş mu?

2. Komite tarafından sağlık olguları ve göstergelere yönelik gerçekleştirilen düzenli toplantıların ve analizlerin yapılması

a. Kurumsal ya da ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar sağlık olgusu bazında “Klinik Kalite İyileştirme Komitesi” tarafından ilgili branş uzmanlarının katılımı ile analiz ediliyor mu?

- Tüm göstergelerin sonuçları (oran) kartta belirlenen hedef değerlere göre değerlendirilmiş mi?
- Veri kalitesi yeterli mi? (Ulusal ekranlarda yayınlanan sağlık olgularının gösterge verileri ile kurum SBYS verileri karşılaştırılmış mı?)
- Veri kalitesi yeterli değil ise iyileştirme faaliyeti planlanmış mı? Planlanan faaliyetler uygulanmış mı?
- Veri kalitesi doğrulanan göstergelerden hedef değere göre sapması olanlara ilişkin kök neden analizi yapılmış mı?
- Kök neden analizi sonuçlarına ilişkin iyileştirici faaliyet belirlenmiş mi?

3. Toplantılarda alınan düzeltici iyileştirici faaliyet kararlarının uygulanıyor olması

a. Kök neden analizi sonucunda belirlenen düzeltici iyileştirici faaliyetler plan dahilinde takip ediliyor mu?

b. Bu faaliyetler uygulanıyor mu?

4. Bakanlık tarafından yayınlanan klinik protokol ve rehberler (kolorektal kanser klinik protokolü, inme klinik protokolü vb.) veya uluslararası protokoller kurum tarafından takip edilmesi

Kurumun, sağlık olgusu bazında yaptığı çalışmalar değerlendirilirken klinik kalite çalışmaları kapsamında yukarıdaki soruların yanıtları aranır.





KKU06.03 Değerlendirme Ölçütüne İlişkin Önemli Notlar:

- Sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamında ceza infaz kurumu hastaneleri bu standardın KKU06.03 değerlendirme ölçütünden muaf tutulacaktır.
- “Türkiye Klinik Kalite Programı” çerçevesinde takip edilen sağlık olgularından SİNA ekranlarında yayımlananların raporu yalnızca verisi bulunan kurumların 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.
- Henüz SİNA ekranlarında raporları yayımlanmayan diğer sağlık olgularına ilişkin çalışmalar raporlar kullanıma sunuluncaya kadar SBYS verileri ile yapılmalıdır. İlgili dönemin SBYS verileri göz önünde bulundurularak pay ve payda değerleri üzerinden analiz yapılmalı, veri kalitesini değerlendirmeli, gerekli ise veri kalitesini iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Kurumların yukarıda bahsi geçen çalışmaları gerçekleştirmiş olması KKU06.03 değerlendirme ölçütünün karşılanıyor olması için gereken yeterliliklerdir. (Örneğin, kurum bahsi geçen tüm çalışmaları yapmış, ancak gösterge ve/veya sağlık olgusu bazında hedef değerlere ulaşamamış. Bu durumda hedef değere ulaşamamış olması halinde bile kurum değerlendirme ölçütünü karşılayan olarak puanlandırılacaktır.)
- 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 ulaşabilmektedir.

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 Sağlık Kurumlarında Değerlendirilmesi

Bu standardın tamamı tüm sağlık kurumlarında değerlendirilecektir. **KKU06.03 değerlendirme ölçütü** değerlendirilirken yukarıda yapılan açıklamalar dikkate alınarak klinik kalite çalışmaları kapsamında yapılacaktır.





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 gösterge 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.6.1)
- 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 Bölümleri/Standartları/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
- Hasta Bakımında Güvenli Hava Yolu Yönetimi

SKS Kapsamında Atıfta Bulunulan Bakanlık Rehberler/Protokoller/Standartlar

- 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 Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar Ulusal Önlem Paket Uygulamaları

SKS Kapsamında Kurum Tarafından Ulusal ve Uluslararası Kaynaklar Kullanılarak Hazırlanması Gereken Bazı Rehberler/Dokümanlar

- 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 Sterilize edilecek malzemelerin paketlenmesine 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 rehberi
- SML04.01 Mikrobiyoloji laboratuvarında testlerin çalışılma sürecine yönelik algoritmalar
- SBL06.03 Biyokimya laboratuvarı iç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu
- SML06.03 Mikrobiyoloji laboratuvarı iç 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 Yayımlanan Klinik Protokol ve Rehberler

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

