

Klinik Kalite Değerlendirmesinde Klinik Protokollerin Kullanımı Mustafa Sait YILDIZ¹

Öz

Klinik protokollerin en önemli kullanım amaçlarından biri sağlıkta kaliteyi iyileştirmektir. Klinik protokolleri klinik kalite göstergeleri ile ilişkilendirmek için prosedürlerin belirlenmesi, klinik kalite iyileştirme süreçlerinin geliştirilmesi ve uygulanması sağlık sistemine hayati katkılar sağlayacaktır. Bu çalışmada; klinik kılavuzların medikal değerlendirme kriteri, performans ölçęęi ve kalite standardına dönüşümü için izlenecek yol; klinik göstergelerin uygulayıcılarca benimsenmesi için gereklilikler ve klinik kılavuzlardan performans göstergeleri oluşturmak için bir yol haritası paylaşılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde klinik kalite çalışmalarında klinik protokollerin kullanımını konusunda gelişmelere de yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: klinik uygulama kılavuzu, klinik protokol, sağlık hizmetlerinin kalitesi

1. Doç. Dr., İç Denetçi, Sağlık Bakanlığı İç Denetim Başkanlığı, msaid@email.com, <https://orcid.org/0000-0001-7423-1408>

Gönderim Tarihi : 24.01.2023

Kabul Tarihi : 06.06.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Yıldız M. S. (2023), Klinik Kalite Değerlendirmesinde Klinik Protokollerin Kullanımı, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 7(1):33-47.

Using Clinical Practice Protocols To Evaluate Clinical Quality Of Care

Mustafa Sait YILDIZ¹

Abstract

Improving quality in healthcare is one of the most important aims of clinical protocols. Determination of procedures in order to establish relationship between clinical protocols and clinical quality indicators, development of clinical quality improvement processes and implementing quality improvement projects would provide vital contributions to the health system. In this study; the procedure to be followed for the adaptation of clinical guidelines into medical evaluation criterias, performance indicators and quality standards; requirements for practitioner adoption of clinical indicators and a roadmap for generating performance indicators from clinical guidelines were also shared. In addition, recent advances in the use of clinical protocols in clinical quality efforts within the Ministry of Health were also included.

Keywords: Clinical guidelines, clinical protocol, quality of healthcare

1. Assoc. Prof., Internal Auditor, Ministry of Health of Türkiye, Internal Audit Department, msaid@email.com, <https://orcid.org/0000-0001-7423-1408>

Received : 24.01.2023

Accepted : 06.06.2023

Cite This Paper:

Yıldız M. S. (2023), Klinik Kalite Değerlendirmesinde Klinik Protokollerin Kullanımı, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 7(1):33-47.

1. Giriş

Klinik protokoller pek çok amaçla kullanılmaktadır. Benzer klinik sorunları bulunan hastaların klinisyen, klinik, hastane, lokasyon ve ülke düzeyinde farklı bakım aldıklarına ilişkin literatür çalışmaları bulunmaktadır (Woolf vd., 1999). Sağlık hizmet sunumunda tüm bu düzeylerde tutarlılığı sağlamak bu amaçlardan biridir. Sağlık sonuçlarını iyileştirmek (Shapiro vd., 1993) için de protokoller kullanılmaktadır. Ödeyici kuruluşlar tarafından işlemlerin maliyetlerinin hesaplanması, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarınca standardizasyon ve optimizasyon için kullanımı ve adli davalarda referans sağlama fonksiyonlarını da ayrıca sayabiliriz. Klinik protokoller hastayı daha iyi sağlık kararı almak açısından güçlendirmesi yönünde de işlev görebilmektedir. Hasta bireysel ihtiyaçları ve önceliklerine göre en iyi opsiyonu klinik protokollerle seçebilmektedir. Böylelikle protokol ve rehberler hastayı yanlış bilgilerden korur, sağlık okur yazarlığını artırır. Hastanın faydalanması ancak klinisyenin kullandığı klinik protokollerin hasta versiyonunun broşürler, kitapçıklar şeklinde basitleştirilerek hastaya ulaştırılması ile mümkündür (Entwistle vd., 1998).

Sağlık alanında asimetrik bilginin mahzurlarının giderilme yollarından biri de klinik protokollerdir. Klinisyenler, hastalarının sonuçlarına ilişkin tek tek ve toplulaştırılmış bilgiye ulaşmak; hizmet sunucusu kuruluşlar, yönetsel karar sürecinde referans metinlere ulaşmak; kalite profesyonelleri, birey ve klinik performansını görebilmek ve iyileştirmek; ödeme kuruluşları, ödeme yaptıkları hizmetin karşılığını alıp almadıklarını görmek; hastalar ise yüksek kalitede hizmet alıp almadıklarını anlamak için bilgiye muhtaçtırlar. Ülke düzeyi politika yapıcılar, akreditasyon ajansları, mükemmeliyet çerçeveleri ve diğer paydaşlar (analistler, bilim adamları, yargı...) da bu standartlaştırma çabalarından fayda göreceklerdir.

Klinik protokoller, yukarıda sıralanan kullanım amaçları yanında sağlık hizmet sunumu için standart belirleme sonucu bilim-temelli performans ölçümü için kullanılabilir. Bu ölçüm kalite iyileştirmeyi hedeflemelidir. Klinik protokoller / klinik rehberler ile klinik performans değerlendirmesinin ilişkisi kurulabilirse iki yönlü bir fayda ortaya çıkabilecektir. Bir taraftan klinik protokol ve rehberlerin yayılımı ve kabullenmesi kolaylaşacak diğer taraftan daha yoğun şekilde bilimsel tabanlı gerçekleşmiş olan performans değerlendirmesinin klinisyenlerce daha fazla sahiplenilmesi söz konusu olacaktır.

Kalite değerlendirme araçlarını tasarlamak için standartların kullanımı gereklidir. Böylelikle hastalara müdahale edilmesi gerektiği konusunda uzlaşa sağlanmış olur. Prospektif ve retrospektif klinik denetimler için klinik protokoller ve rehberler referans noktası olarak kullanılır. Protokol ve rehberler; testlerin, müdahalelerin ve tedavi hedeflerinin en iyi bakım pratiği ile uyumunu skorlamak için süreç ölçekleri (değerlendirme kriterleri) olarak kullanılırlar.

Klinik protokol ve rehberlerin klinik performans değerlendirilmesinde etkin şekilde kullanılması için;

- Klinik protokollerin değerlendirme kriteri ve performans ölçeği haline dönüştürülmesi,
- Bu ölçeklerin kalite standardının belirlenmesi,
- Kalite değerlendirme ve kalite iyileştirme için kullanılması,

gerekmektedir (Institute of Medicine – IOM, 1990). Bu çalışmada protokolden performans ölçeği ve kalite standardına uzanan süreç değerlendirilecektir.

2. Klinik Protokollerin Performans Değerlendirmede Kullanımı

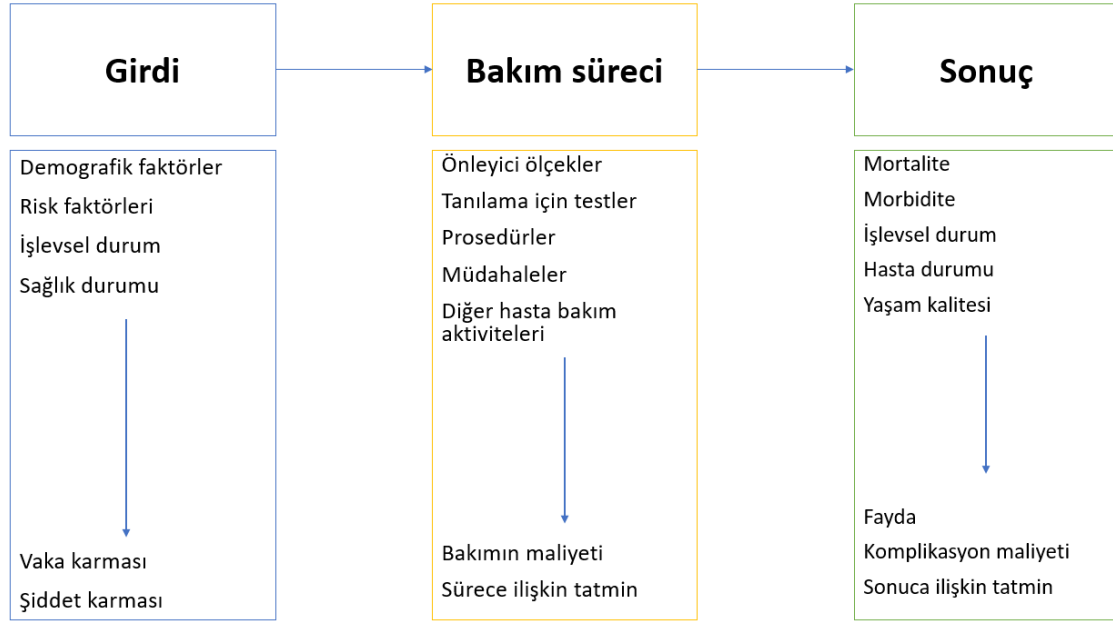
Klinik protokoller pek çok alanda kullanım imkânı bulmuştur. Gerek ulusal gerekse uluslararası protokollerin kullanımı giderek yaygınlaşmış olup kullanım amaçlarından bazılarına aşağıda yer verilmiştir:

- Hekimlerce paylaşılan bir karar-destek sisteminin oluşturulmasında kullanım,
- Ödeme ve finansmanda klinik protokollerin kullanımı: Gerekli bakımın bilimsel kanıtı olarak kullanım.
- Malpraktis iddialarında dava delili olarak kullanımı (Huttin, 1997).

1989 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Hizmetleri Politikası ve Araştırma Ajansı [AHCPR(Agency for Health Care Policy and Research)] kuruldu. Sonraki dönemde Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı [AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality's)] olarak faaliyetlerine devam edecek olan ajansın mevzuatında aşağıdaki hususların geliştirilmesi ve periyodik olarak gözden geçirilmesi kurumun görevleri olarak belirtilmiştir. Söz konusu görevler; hekimler, eğitimciler ve sağlık çalışanları tarafından kullanılacak klinik kılavuzların oluşturulması, sağlık kuruluşlarının hizmet sunumunun değerlendirilebileceği ve böylelikle bakım kalitesinin güvence altına alınabileceği kalite standartları, performans ölçütleri ve tıbbi inceleme kriterlerinin belirlenmesidir. Bu kapsamda AHCPR tarafından hazırlanan kitap sonraki dönemde gerçekleşecek atılımların ilk adımı olmuştur (AHCPR, 1995). Söz konusu rehber kitabın benimsediği ön kabuller aşağıda sıralanmıştır:

- Kalite verileri sabit değildir.
- Sağlık sonuçları tam olarak *hesap verebilir* olmalıdır.
- Hesap verilebilirlik *bakımın kalitesini ölçmeyi* gerektirir.
- Kamusal politikalar *bakımın kalitesinin sürekli iyileştirilmesini teşvik* etmelidir.

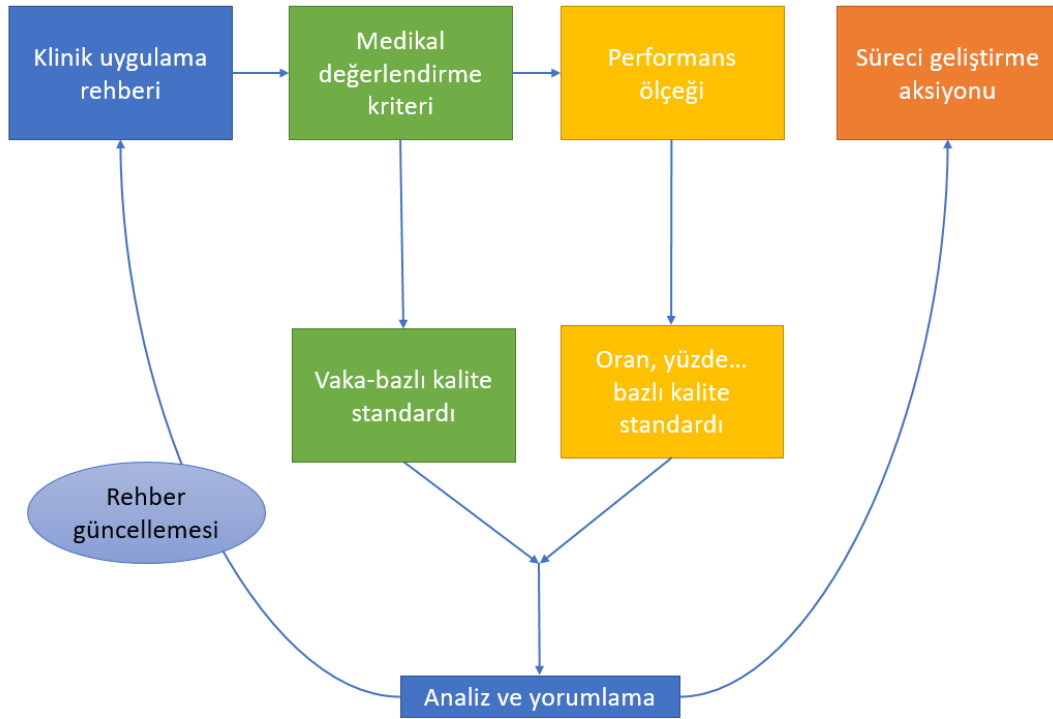
Klinik protokol, kılavuz ve rehberlerin değerlendirme kriteri/ölçeği ve kalite standardı kaynağı olarak kullanılması için öncelikle bakım ve müdahale süreci her yönüyle değerlendirilmelidir. Girdi, bakım süreci ve sonucu farklı ölçekleri bünyesinde barındırmaktadır. Süreç öncelikle farklı girdilerden etkilenmektedir. Hasta popülasyonunun demografik farklılıkları, risk faktörleri ve işlevsel durumları ile sağlık durumları arasında farklılıklar belirleyici olmaktadır (Şekil 1). Söz konusu farklılıkları göz önünde bulundurarak klinik protokol ve algoritmalar aracılığıyla standartlaştırılmış süreçleri ölçeklere ve standartlara dönüştürmek ve sonuçlarla karşılaştırmalar yapmak mümkün olabilecektir.



Şekil 1: Girdi, Süreç Ve Sonuç İlişkisi

Klinik protokollerin ve kılavuzların performans değerlendirmede kullanımı konusundan önce söz konusu kullanıma ilişkin kavramları ortaya koymak faydalı olacaktır. Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü [IOM (Institute of Medicine)], kavramların birbirleri ile ilişkili tanımlarına aşağıdaki gibi yer vermiştir;

- **Klinik uygulama rehberleri:** Spesifik klinik durumlarda hekimlerin ve hastaların kararlarının desteklenmesi amaçlı sistematik olarak geliştirilen yönlendirme dokümanlarıdır. Uzmanların katılımı ve desteği ile en güncel bilimsel birikimi yansıtmak üzere hazırlanırlar.
- **Medikal değerlendirme kriteri:** Spesifik sağlık bakım kararlarını, hizmetlerini ve sonuçlarını *değerlendirmek* için kullanılan sistematik olarak geliştirilmiş kriterlerdir. Gerçekleşeni olması gerekene göre değerlendirmek için değerlendiricinin elindeki enstrümanlar klinik uygulama rehberleri ve bu rehberlerin hastane – klinik özeline adapte edilmiş algoritmaları olan hasta yollarıdır (patient pathways).
- **Performans ölçekleri:** Sağlık hizmet uygulayıcısının veya sunucusunun klinik uygulama rehberine ne ölçüde uyduğunu değerlendirmek ve gözlemlemek amaçlı kullanılan metotlar ve enstrümanlardır.
- **Kalite standartları:** Kabul edilebilir performansı karşılama, performansa ilişkin mükemmel seviye ile kabul edilebilir performans ve sonuç aralığı standartları için belirleme yapılmasıdır (IOM, 1990).



Şekil 2: Değerlendirme Kavramları Arasında İlişki

Klinik uygulama rehberinden hareketle klinik performansın değerlendirilmesi için elimizde bulunan alet çantasındaki kavramlar Şekil 2’ de gösterilmiştir. Şekilde de görüldüğü gibi Klinik uygulama rehberinden medikal değerlendirme kriterleri oluşturulacak ve bu kriterlerden vaka bazlı kalite standartlarına ulaşılabilecektir. Diğer taraftan söz konusu kriterlerden elde edilen performans ölçekleri kullanılarak ise oran ve yüzde bazlı kalite standartlarına ulaşılabilecektir. Vaka bazlı kalite standartları daha niteliksel ve süreç bazlı ile oran ve yüzde bazlı standartlar daha niceliksel olabilecektir. İki kaynaktan gelen standartların birlikte analizi ile bir taraftan rehber güncellenirken diğer taraftan sürecin asıl amacı olan süreç geliştirme yönünde aksiyon alınabilecektir. Söz konusu kavramları ameliyat sonrası ağrı özelinde aşağıdaki gibi örneklendirebiliriz:

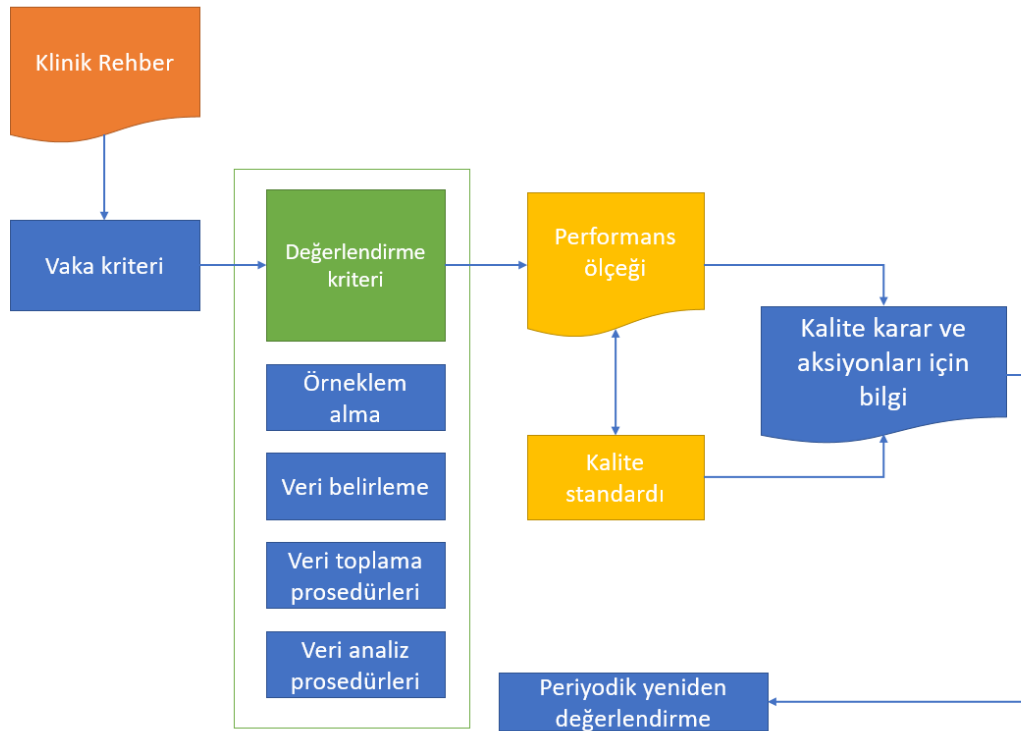
Tablo 1. Kavramlar Arası İlişkiye Dair Örnek: Ameliyat Sonrası Ağrı Değerlendirmesi

Klinik Protokolün önerisi	Ağrı değerlendirmesi yapılmalı ve ameliyat sonrasında belirli aralıklarla dokümanite ediliyor olmalıdır. Aralıklar ve dokümantasyon operasyon türüne ve ağrının şiddetine göre belirlenmelidir.
Medikal değerlendirme kriteri	Ameliyattan sonra ilk 24 saatte hastanın ağrısı her 2 saatte bir değerlendirilmeli ve dokümanite edilmelidir.
Performans ölçeği	İki saatte bir ağrısı değerlendirilmiş ve dokümanite edilmiş hasta sayısı; Ölçek: Kriteri karşılayan vaka sayısı / ameliyat sayısı x 100
Kalite standardı	Yüzde 90 ve altında performans oranı hastanın ağrısının değerlendirilmesi ve dokümanite edilmesi için bir kalite değerlendirmesinin gerçekleştirilmesini tetiklemelidir.

2.1. Klinik protokollerin performans değerlendirme aracına dönüşüm aşamaları

Klinik protokoller kapsamındaki vakalardan kriterlerin oluşturulması ile başlanan süreç için akış şeması Şekil-3’de gösterilmiştir (Agency for Health Care Policy and Research, 1995):

- Değerlendirme kriterinin oluşturulması: Sistematik bir süreç izlenerek öncelikle sağlık bakım kararlarına ilişkin örneklem belirlenecek, hangi verilerin kullanılacağı kararlaştırılacak, veri toplama - analiz prosedürlerinin ortaya konmasıyla süreç ayrıntılandırılacaktır.
- Böylelikle performans ölçeği ve kalite standardı belirlenerek belirli sürelerle uygulanacak,
- Uygulama sonuçlarına göre üretilen bilgiye göre kalite ve karar aksiyonları ortaya konabilecektir.
- Aksiyonların sonuçlarının periyodik değerlendirilmesi ile rehberler, performans ölçekleri ve kalite standartları güncellenebilecektir.



Şekil 3: Klinik Protokolden Performans Ölçeği Ve Kalite Standardı Üretimi

Klinik protokollerin kaçınılmaz morbidite ve mortalitenin önlenmesi, performans değişkenliklerinin azaltılması ve sağlık hizmetleri harcamalarının kontrol edilmesi için kullanımı önemli katkılar sağlayacaktır (Feder, 1999).

2.2. Vaka bazlı değerlendirme

Klinik kararların ve işlemlerin performansının vaka bazlı olarak değerlendirilmesi kalite iyileştirme için önemli fırsatlar sunmaktadır. Akreditasyon denetimleri ve klinik değerlendirmelerde önemli katkılar sunan vaka izi sürme (tracer) metodu için vaka bazlı değerlendirme kriterlerine gereksinim bulunmaktadır. Akreditasyon Kanada, Joint Commission International ve diğer pek çok akreditasyon çerçevesinde kullanılan yöntem her ne kadar uzun süre gerektirmesi, değerlendiriciler arası iş birliğinin zorluğu gibi nedenlerle eleştirilse de kullanımında fayda görülmektedir (Bouchard ve Jean, 2017). İz sürme yönteminin standart, daha hızlı ve güvenilir şekilde uygulanması için de klinik uygulama rehberleri ve algoritmaların klinik kalite göstergeleriyle bağdaştırılması gerekmektedir.

Vaka bazlı değerlendirme kriterlerinin belirlenmesi ile sağlık hizmet sunucusu ve kalite birimlerince klinik kalite iyileştirmelerinin bu kriterlere göre gerçekleştirilmesi önemli katkılar sağlayacaktır. İz sürme metodolojisinin kullanımı böylelikle büyük kolaylıkla gerçekleştirilebilecektir. Vakanın algoritmasının multidisipliner olarak çalışanlar tarafından belirlenmesi ve bu algoritmaya uygun hizmet sunumu sonrasında denetimin bu algoritmaya uygun olarak hazırlanmış vaka bazlı kriterlerle gerçekleştirilmesi kalite iyileştirme döngüsünü sağlayacaktır.

Vaka bazlı değerlendirme kriterinin oluşturulmasında aşağıdaki aşamalar izlenebilir (Agency for Health Care Policy and Research, 1995):

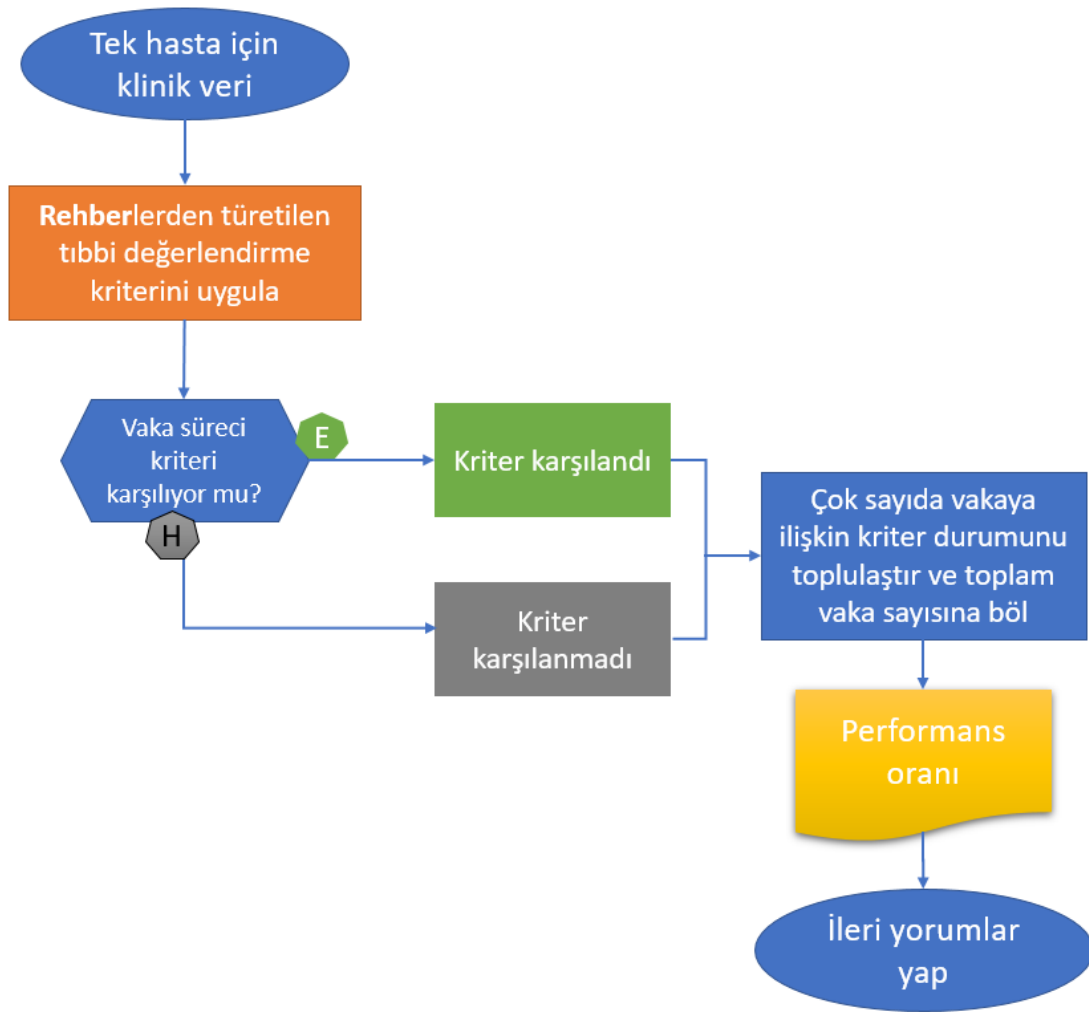
- **Tek hasta için klinik veri temini:** Aynı tetkik ve tedavi aşamalarını geçiren benzer süreçleri izleyen tedavilerin tekil örneği konumunda bulunan hasta için verilerin alınması,
- **Sarih-açık vaka bazlı kriterle değerlendirme yapılması:** Klinik protokolden sağlık kuruluşuna adapte edilen algoritma ile gerçekleşen vakanın önemli ölçüde örtüşmesi halinde değerlendirmenin sarih vaka bazlı kriterle gerçekleştirilmesi,
- **Zımnı-üstü örtük vaka-bazlı değerlendirme gerçekleştirilmesi:** Sarih-açık vaka bazlı kriterin karşılanmaması halinde uzmanlar tarafından duruma özgü değerlendirmelerin de sürece dahil edilmesi,
- **Gerekli ise müdahale-aksiyon belirlenmesi:** Girdilerde, süreçte, akışta ve müdahalelerde değişiklik gereksinimleri bulunuyorsa aksiyon alınması

2.3. Tekil vaka verilerinden performans oranına ulaşma

Kanıt-temelli sağlık hizmetlerinin bir aracı olarak uygulama rehberleri ve algoritmalar protokollerin hasta düzeyine indirgenmesinde önemli katkılar sunmaktadırlar. Hasta için gerçekleştirilen tanı ve tedavinin yerindeliği ve etkililiği bu araçlarla test edilebilmektedir (Rotter vd, 2019). Performans oranlarının belirlenmesi için klinik protokollerin teorik ve kapsayıcı seviyesinden hasta yolu seviyesine ve hasta yolu seviyesinden hasta seviyesine indirgemenin gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu konuda aşağıdaki sıralama uygulanabilecektir:

- **Rehber algoritmasının tek hastada uygulanması:** Üzerinde uzlaşılan, multidisipliner olarak hastane sürecine adapte edilen algoritmaların hastada uygulanması,
- **Belirlenen kriterlerin değerlendirilmesi:** Kriterlerin veri temini, toplulaştırması, değerlendirmesi gibi uygunluklarının tespiti,
- **Kriteri karşılayan ve karşılamayan vakaların toplulaştırılması:** Belirlenen kriterlere uygunlukları bulunan ve bulunmayan vakaların toplulaştırılması, uygun bulunanların toplam vakalar içindeki oranına göre “performans oranı”nın pay ve paydasının belirlenmesi.

Böylelikle performans oranının pay ve paydasının diğer vakalara da uygulanması sağlanabilecektir (Agency for Health Care Policy and Research, 1995).



Şekil 4: Vakalardan Hareketle Performans Oranlarının Belirlenmesi

2.4. Sağlık hizmeti kullanım – sunum değerlendirmesi

Sağlık hizmetinin kullanımının klinik gereksinimlere uygunluğu konusunda değerlendirmeler de protokol ve rehberlere göre değerlendirilebilecektir. Sağlık hizmeti kullanımının maliyet ve klinik sonuçlarla birlikte değerlendirilmesi ve etkililiğinin ölçülmesi sağlık sistemi için önem taşımaktadır (Yan vd., 2022)

Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin değerlendirmeleri sezaryen uygulamaları için örneklendirmek mümkündür. Sezaryen uygulamalarının sıklığı ve endikasyona uygunluğu tüm sağlık sistemleri için değerlendirilmesi gerekli bir kullanım olarak öne çıkmaktadır.

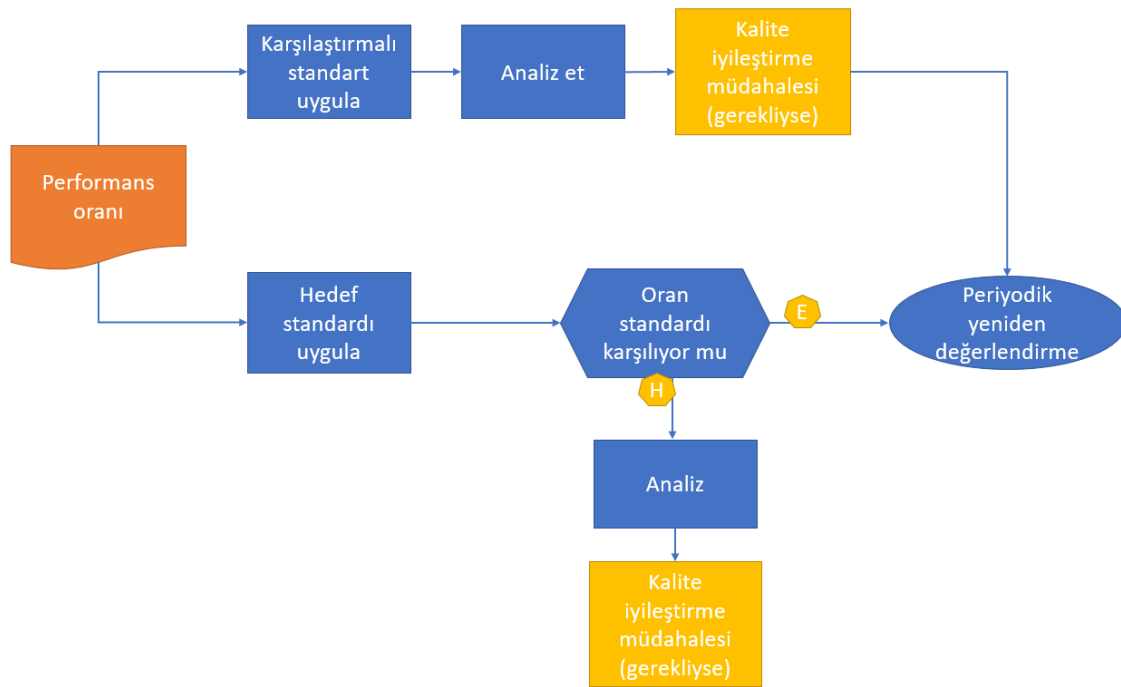
- Tedavi protokolleri ve uluslararası literatür ışığında sezaryen oranı beklentilerini belirle,
- Hastane grubu-hastane-klinikteki sezaryen oranı verisini toplulaştır, hesapla,
- Oranı, standartla karşılaştır,
- Rehber kullanılarak vaka bazlı değerlendirmeler gerçekleştir,
- Gerekliyse kalite iyileştirme aksiyonu oluştur,
- Periyodik olarak yeniden değerlendirmelerde bulun.

Tümden gelim ile öncelikle toplam oranların standartlara göre değerlendirilmesi ve sonrasında vakalar özelinde algoritmalara uygunluğun belirlenmesi sürecin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır (Agency for Health Care Policy and Research, 1995).

2.5. Karşılaştırmalı standart ve hedef standartla değerlendirme

Belirlenen bir performans oranının aynı nitelikte farklı hastane veya kliniklerde değerlendirme gerçekleştirmek amaçlı kullanılması da faydalı sonuçlar verecektir. Gerçekleştirilen karşılaştırmaların değerlendirilmesinde literatürde daha sık şekilde sağlık kuruluşlarının kendi performanslarını diğer sağlık kuruluşlarıyla karşılaştırdığı, yıllar itibariyle trendleri karşılaştırdıkları ve hedef standartlara göre karşılaştırma yaptıkları görülmüştür (Gude ve., 2019). Farklı hastaneler için enfeksiyon hızının karşılaştırılması veya farklı klinikler için bası yarası oranının değerlendirilmesi bu kapsamdadır.

Hastane veya klinik mevcut durumu ve kalite iyileştirme çabaları ile uyumlu bir hedef belirleyerek söz konusu hedef karşısında durumu değerlendirebilecektir. Aynı nitelikte, benzer vaka karmasına sahip, karşılaştırılabilir özellikleri bulunan hastane ve kliniklerle karşılaştırmalarda bulunmak da önemli gelişim fırsatlarını beraberinde getirebilecektir (Agency for Health Care Policy and Research, 1995):



Şekil 5: Karşılaştırmalı Standartlar Ve Hedef Standardın Birlikte Kullanımı

3. Klinik Protokollerin Ve Göstergelerin Klinisyenler Tarafından Benimsenmesi

Klinik Uygulama Rehberlerinin hekimler tarafından benimsenmesi ve uygulamada kullanılması için elektronik karar destek sistemlerini entegre etmeyi de içeren pek çok strateji kullanılmaktadır. Kullanımın yaygınlaşması adına en önemli bileşeni ise rehber ve algoritmalara güvenin artırılması oluşturmaktadır (Institute of Medicine, 2011). Klinik protokollerin her bir adım için yeniden adapte edilmemesi ve kurgulanmaması klinik protokollerin kullanımını kısıtlayabilmektedir (Mickan vd, 2011). Klinik protokollerin hekimlerce desteklenmemesi ve benimsenmemesinin bazı nedenleri aşağıda sayılmıştır:

- Klinik otonomi direnci: Klinisyenlerin söz konusu değerlendirmeleri klinik otonomilerine bir saldırı olarak kabul etmemeleri ve direnç oluşturmamaları için sürece dahil edilmeleri ve değerlendirme ve analizlerde şeffaflık ve esnekliğin oluşturulması büyük önem taşımaktadır.
- Mali araç olarak kullanılmama: Değerlendirmelerin negatif mali uyarılama aracı olarak kullanılması mümkün olduğu sürece tercih edilmemelidir.
- Değerlendirme sürecinin ek iş yükü oluşturması: Klinik performansa ilişkin verinin sistemlere girişi, değerlendirilmesi ve analizi ön sahada görevli sağlık profesyonelleri üzerinde ilave bir iş yükü oluşturmamalıdır.

Performans ölçeğine göre faaliyetleri değerlendirilen klinisyenler performans ölçeklerinin dayandığı protokol ve rehberlerin mevcut son tıbbi kanıtlarla ve net-sağlam bir metodoloji ile hazırlandığına emin olmalıdır. Kullanıcı protokolün hastane gerçekliklerine uygun şekilde algoritmalara dönüştürülmesi sürecine katılım sağlamalıdır. Klinik performansı değerlendirilenlerin protokol maddelerinden her birinin ve performans değerlendirme ölçütlerinin müdahale (teşhis, tedavi, izlem...) ve hasta sonucu arasında bağ kurduğuna emin olmalıdır. Aksi halde hasta sonuçlarını iyileştirebileceği noktada tam olarak güven duymadıkları algoritmalar ve performans değerlendirme ölçütleri için çaba göstermeleri beklenmeyecektir.

Performansı değerlendirilenler aşağıdaki bilgilere sahip olmalıdırlar;

- Değerlendirmenin amacının ne olduğu: Değerlendirmenin “suçlu” bulmak amaçlı değil süreçleri iyileştirme amaçlı gerçekleştiği, sağlık bakımının geliştirilmesi için performans oranlarının nasıl kullanılacağı,
- Hangi klinik protokollerin kaynak olarak kullanıldığı,
- Veri kaynağının ve veri toplama metodunun ne olduğu, hangi sıklıkta verilerin toplandığı,
- Veri toplama, işleme ve değerlendirmede herhangi bir sınırlılık (ulaşılamayan kayıtlar vb.) bulunup bulunmadığı,
- Toplanan bilginin gizlilik düzeyi ve hangi ayrıntıda kimlerle paylaşılacağı.

Kalite iyileştirme müdahalesi sonrasında ulaşılan iyileşmeler, çabaların sonuçları ve sonraki adımlara ilişkin geri bildirim de ayrıca yapılmalıdır. Böylelikle klinisyenlerin kalite iyileştirme yönünde çabaları desteklenmiş olacaktır (Agency for Health Care Policy and Research, 1995).

4. Klinik Protokol/Kılavuz-Performans Değerlendirme Entegrasyonu İçin Yol Haritası

Değerlendirme gereci tasarımı için bir uygulama planı ve stratejisi şarttır. Literatürde söz konusu entegrasyon için adımlar için farklı öneriler yer almaktadır. Formal veya informal olarak konsensüs geliştirme, kanıt-temelli yaklaşımla bilimsel çalışma ve karma metod (kanıt-temelli ve kanıt-temelli) bu öneriler arasında sayılabilir (Huttin, 1997).

Farklı disiplinlerden tüm paydaşların sürecin geliştirilmesi ve uygulanmasına dahil edilmesi ile oluşturulan plan ve paydaşların sürece dahil edilmesi projenin başarısını doğrudan etkileyecektir. Paydaşlar arasında kurulacak etkin ve zamanında iletişime bu aşamada gereksinim duyulacaktır. Sağlık kuruluşunda iletişim becerisi, konumu ve yetkinlikleri ile uygun bir klinik liderin organizasyonda «şampiyon» olarak seçilmesi de fayda veren uygulamalardandır (Agency for Health Care Policy and Research, 1995).

Tablo 2. Klinik Kılavuzlara Dayalı Performans Değerlendirme İçin Yol Haritası Adımları

Planla	Geliştir
1. Performans ölçümünün amacını netleştir: Performans ölçümünde temel amacın klinik süreçlerin standartlaştırılması ve kalitesinin artırılması olduğu konusunda uzlaşa bul, 2. Bir klinik uygulama kılavuzu belirle: Klinik uygulama kılavuzu uluslararası kabul görmüş bir rehber veya meslek kuruluşları, Bakanlıklar tarafından oluşturulacak bir metin oluştur, 3. Rehberin kapsadığı popülasyonları belirle. Rehberin hangi popülasyonun hangi tanısında hangi standartlaştırmayı hedeflediği belirle, 4. Kılavuz tavsiyelerini belirle ve tıbbi kriterleri taslağı oluştur .	1. Klinisyenleri ve bakım alanlarını belirle: Ölçümün öncelikli olarak hangi klinisyenler için ve hangi alanlarda gerçekleştirileceğini belirle, 2. Vaka örneğini ve vaka örnekleme periyodunu tanımla: Hangi vakayı örnekleyeceğini ve hangi periyodlarla bu vakadan veri alacağını belirle, 3. Tıbbi değerlendirme kriterlerini belirle, 4. Veri öğelerini ve veri kurallarını belirle, 5. Taslak veri toplama formları ve prosedürleri oluştur, 6. Analiz prosedürleri tasarla, 7. Kriterleri, formları ve prosedürleri pilot olarak test et.
Uygula	
1. Değerlendirmeyi gerçekleştir ve kriterlere göre durumu belirle, 2. İnceleme bulgularını rapor et, 3. Bulguları yorumla, kalite standartlarını uygula, 4. İnceleme bulgularına göre hareket et, 5. Performansı yeniden değerlendirmek için yeniden inceleme yap.	

5. Sağlık Bakanlığı Klinik Kalite Sisteminde Kılavuzların Kullanımı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012 yılında tıbbi süreçleri ve klinik sonuçları detaylı şekilde ölçmek ve izlemek hedefine yönelik çalışmalar başlatmıştır (Yıldız, 2018). Klinik Kalite Programı ülke öncelikleri ve vatandaşların yaşam kalitesine etkileri göz önünde tutularak belirlenen çeşitli sağlık olguları üzerinde sürdürülmektedir. Bu kapsamda öncelikle belirlenen sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar tanımlanma, daha sonra bu standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler belirlenmektedir.

Tablo 3’de görüldüğü gibi Kolorektal Kanseri Klinik Protokolü (Kolorektal Kanseri Klinik Protokolü, 2019) ile klinik kalite göstergeleri arasında bağlantı bulunması protokollerden kalite göstergesi belirlenmesinde faydalanılması bakımından umut vericidir (Klinik Kalite Programı, 2023).

Tablo 3. Kolorektal Kanseri Klinik Protokolü Ve Klinik Kalite Göstergeleri İlişkisi

Protokol	Klinik kalite göstergesi
3.1.2. Klinik tanı için laboratuvar endoskopik radyolojik incelemeler: Kolon kanseri şüphesi olan ve kolon kanseri tanısı almış hastalarda tüm kalın bağırsağın tetkik edilmesi gerekir.	KR.G1.UBK. Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif dönemde total kolonoskopi yapılma oranı
3.1.2 Klinik tanı için laboratuvar endoskopik radyolojik incelemeler: Kolon kanserinde tedavi planı için ameliyat öncesi radyolojik evreleme yapmak gerekir.	KR.G2.UBK Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif tüm abdomen görüntüleme yapılma oranı KR.G3.UBK Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif toraks görüntüleme yapılma oranı
3.1.2 Klinik tanı için laboratuvar endoskopik radyolojik incelemeler Tümör belirleyiciler CEA düzeyi yetişkinlerdeki anormal CEA seviyesi bir kolorektal belirtisi olabilir.	KR.G5.UBK Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif CEA bakılma oranı

3.1.2 CEA ameliyat sonrası takipte de yaygın olarak kullanılır. Ameliyat sonrası CEA düzeyi bakılma konusunda farklı yaklaşımlar olmakla beraber en çok önerilen ameliyat sonrası ilk iki yıl 3 ayda bir sonraki 3 yılda ise 6 ayda bir bakılmasıdır.	KR.G6.UBK Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren hastalarda yılda en az bir defa CEA bakılma oranı
3.2. Kolon kanserinde cerrahinin rolü: Antibiyotik profilaksisi Kolon cerrahisi yapılacak hastalarda cerrahi alan enfeksiyonlarının azaltılabilmesi amacıyla antibiyotik profilaksisi önerilir. Parenteral antibiyotik profilaksisi tercih edilir.	KR.G11.UBK Kolorektal kanser tanılı hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik kullanma oranı

Sağlık Bakanlığı tarafından algoritmaların kullanımı bakımından bir diğer gelişme Hastalık Yönetim Platformunun kullanılmaya başlanması olmuştur. Söz konusu platform, farklı sağlık olguları (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler ve diğerleri) için oluşturulan algoritmaların sağlık bilgi sistemine yerleştirilmesi ve bu algoritmalarla aile hekimlerinin yönlendirilmesini desteklemektedir. Diğer umut verici gelişme, zamanla platform kullanımının yaygınlaşması ve klinik kalite göstergelerinin sisteme entegre edilmesi ile hekimlerin performans değerlendirmesinin yapılmasına katkı sağlanması olacaktır.

6. Sonuç

Pek çok organizasyonun deneyiminin aktarıldığı bir çalışmada kalite indikatörleri ve rehberlerin simultane kullanımına ilişkin önemli değişkenliklerin olduğu, formal bir prosedür gereksinimi bulunduğu belirtilmiştir (Blozik vd., 2012). Bazı ülkeler rehber-bazlı kalite göstergelerini ulusal kalite güvence sisteminde hastane kıyaslaması (benchmarking) için kullanmaktadırlar (Szecsenyi vd., 2012).

İngiltere rehber-bazlı bir intikatör çerçevesini birinci basamak sağlık hizmetlerinin gözlemi amaçlı geliştirmiştir (Willis vd., 2017). Uluslararası Rehber Ağı (The Guidelines International Network) rehber-bazlı performans ölçüm araçları için rehber sağlamaktadır (Nothacker vd., 2017). Avrupa’da sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesine odaklanan OECD raporunda farklı stratejilerin karakteristiği ve etkinliği değerlendirilmiş; rehber ve klinik kalite ilişkisine bu kapsamda yer verilmiştir (Panteli vd., 2017).

Klinik protokol ve klinik kalite ölçümü ilişkisinin kurulması konusunda önerilere aşağıda yer verilmiştir:

- Performans değerlendirmede kalite iyileştirme amaçlanmalı ve bu açıkça duyurulmalıdır. İş ve işlemlerinin performansı ölçülen sağlık çalışanları bu ölçümün sağlık hizmet süreçlerinin kalitesini artırmak amaçlı yapıldığını bilmelidirler.
- Protokol ve algoritmaların müdahaleler ve hasta sonuçları arasında bağ kurduğuna, hasta sonucunu iyileştireceğine sağlık çalışanları inanmalıdır.
- Klinik protokol hazırlığı, planlaması, ölçümü ve değerlendirmesi ile klinik kalite göstergelerine uyarlanması multidisipliner ve çoğulcu şekilde gerçekleştirilmelidir.
- Klinik protokollerden her bir sağlık kuruluşu kendi süreçlerine uyarlamalarla klinik algoritmalar – pathway’ler oluşturmalıdır.

Böylelikle bir taraftan klinik protokollerin kullanımı kolaylıkla yaygınlaştırılırken, diğer taraftan klinik kalite ölçüm ve değerlendirmesi daha kapsamlı bir çerçeveye, daha bilimsel bir temele oturmuş olabilecektir.

Kolorektal kanser kılavuzunun klinik kalite göstergeleri ile eşleştirilmesi ile başlayan süreç ile Hastalık Yönetim Platformu ile yaşanan gelişmelerin desteklenmesi ve klinik kalite için değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Kaynakça

1. Agency for Health Care Policy and Research (1995) Entwistle. *Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care*. 1. Issues. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services (AHCPR publication No 95-0045.)
2. Blozik, E., Nothacker, M., Bunk, T., Szecsenyi, J., Ollenschläger, G., & Scherer, M. (2012). Simultaneous development of guidelines and quality indicators -- how do guideline groups act? A worldwide survey. *International journal of health care quality assurance*, 25(8), 712–729. <https://doi.org/10.1108/09526861211270659>
3. Bouchard, C., & Jean, O. (2017). Tracer methodology: an appropriate tool for assessing compliance with accreditation standards?. *The International journal of health planning and management*, 32(4), e299–e315. <https://doi.org/10.1002/hpm.2376>
4. Entwistle, V. A., Watt, I. S., Davis, H., Dickson, R., Pickard, D., & Rosser, J. (1998). Developing information materials to present the findings of technology assessments to consumers. The experience of the NHS Centre for Reviews and Dissemination. *International journal of technology assessment in health care*, 14(1), 47–70. <https://doi.org/10.1017/s0266462300010527>
5. Feder G., Eccles M., Grol R., Griffiths C., Grimshaw J. (1999). Using clinical guidelines, Education and debate, *BMJ*, 318: 728-30
6. Gude, W. T., Brown, B., van der Veer, S. N., Colquhoun, H. L., Ivers, N. M., Brehaut, J. C., Landis-Lewis, Z., Armitage, C. J., de Keizer, N. F., & Peek, N. (2019). Clinical performance comparators in audit and feedback: a review of theory and evidence. *Implementation science : IS*, 14(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0887-1>
7. Huttin, C. (1997). The Use of Clinical Guidelines to Improve Medical Practice: Main Issues in the United States *International Journal for Quality in Health Can*, 9(3):207-214
8. Institute of Medicine – IOM (1990). Committee on Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Field MJ, Lohr KN, editors. Washington, DC: National Academy Press.
9. Institute of Medicine - IOM (2011). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al., editors. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US);. 6, Promoting Adoption of Clinical Practice Guidelines. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209543/>
10. Klinik Kalite Programı (2023). Kolorektal Kanser Gösterge Kartları, <https://shgmklinikkalite.saglik.gov.tr/TR-93561/kolorektal-kanser-gosterge-kartlari.html> Erişim tarihi: 24.01.2023.
11. Kolorektal Kanser Klinik Protokolü (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojisi Daire Başkanlığı, Ankara, 2019 <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/Eklenti/36748/0/kolorektalkanserlinikprotokolu20200227pdf.pdf> Erişim tarihi: 24.01.2023.
12. Mickan S, Burls A, Glasziou P (2011). Patterns of ‘leakage’ in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review, *Postgrad Med J*, 87:670e679. doi:10.1136/pgmj.2010.116012
13. Nothacker M et al. (2016). Reporting standards for guideline-based performance measures. *Implementation Science*, 11:6. doi: 10.1186/s13012-015-0369-z.
14. Panteli D, Legido-Quigley H, Reichebner C, et al. Clinical Practice Guidelines as a quality strategy. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 53.) 9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549283/>
15. Rotter T, de Jong RB, Lacko SE, et al. Clinical pathways as a quality strategy. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 53.) 12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549262/>

16. Shapiro, D. W., Lasker, R. D., Bindman, A. B., & Lee, P. R. (1993). Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. *Annual review of public health*, 14, 219–241. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.001251>
17. Szecsenyi, J., Broge, B., Eckhardt, J., Heller, G., Kaufmann-Kolle, P., & Wensing, M. (2012). Tearing down walls: opening the border between hospital and ambulatory care for quality improvement in Germany. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 24(2), 101–104. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr086>
18. Willis, T. A., West, R., Rushforth, B., Stokes, T., Glidewell, L., Carder, P., Faulkner, S., Foy, R., & ASPIRE programme team (2017). Variations in achievement of evidence-based, high-impact quality indicators in general practice: An observational study. *PloS one*, 12(7), e0177949. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177949>
19. Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7182), 527–530. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7182.527>
20. Yan AF, Chen Z, Wang Y, Campbell JA, Xue Q-L, Williams MY, Weinhardt LS, Egede LE (2022) Effectiveness of social needs screening and interventions in clinical settings on utilization, cost, and clinical outcomes: a systematic review, *Health Equity* 6:1, 454–475, DOI: 10.1089/heq.2022.0010
21. Yıldız MS (2018). Initiating A Clinical Quality Measurement and Evaluation System: A Case Study From Turkey, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4):465-468, <https://doi.org/10.31067/0.2018.68>