

# Klinik kalite kavramı ve önemi

## Clinical quality concept and its importance

Ayşe Nur Ata<sup>1</sup>, Aynur Toraman<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, kuyrukcuaysenur@gmail.com, 0000-0003-2724-8447

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, atoraman@yahoo.com, 0000-0001-6180-4713

**Anahtar Kelimeler:**  
Kalite, Sağlık, Klinik Kalite.

**Key Words:**  
Quality, Health, Clinical Quality

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Süleyman Demirel Üniversitesi,  
Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı,  
kuyrukcuaysenur@gmail.com.

**DOI:**  
10.52880/  
sagakaderg.917341

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
16.04.2021

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
14.06.2021

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.12.2021

### ÖZ

**Giriş ve Amaç:** Kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde klinik kalite kavramı, doğru teşhis ve tedavilerin uygulanması, hataları önleyerek klinik bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve hasta yakınlarının güven ve memnuniyetinin sağlanmasıyla birlikte sağlık çıktılarının en verimli noktaya getirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Klinik kalite, Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin önemli yapı taşlarından biridir ve sağlık hizmet kalitesinin ölçülmesinde önemli rol üstlenmektedir. Bu çalışmanın amacı, Sağlık Bakanlığı'nın klinik kalite kavramını kurulum sürecine, bu doğrultuda klinik kalite uygulamalarına yönelik süreçlere ve klinik kalitenin sağladığı faydalara değerlendirmektir. **Gereç ve Yöntem:** Derleme, klinik kalite ve klinik kalitenin amaçları, klinik bakım haritaları, kanıta dayalı tıp rehberleri, gösterge yönetimine ilişkin süreçler, klinik kalite iyileştirme faaliyetleri ve verilerin iyileştirilmesine yönelik süreçler başlıkları altında tartışılmıştır. Bu başlıklar doğrultusunda, klinik kalite kavramı kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. **Sonuç:** Klinik kalite ile birlikte sağlık kurumlarında gereksiz hizmetler azaltılabilir, israfın önüne geçilebilir ve verimlilik artırılarak maliyetler düşürülebilir.

### ABSTRACT

**Introduction and Objective:** Within the framework of evidence-based medicine practices, the concept of clinical quality is defined as the implementation of correct diagnosis and treatments, improving the clinical care process by preventing errors, ensuring the trust and satisfaction of patients and their relatives, and bringing health outcomes to the most efficient point. Clinical quality is one of the important building blocks of Turkey Health Quality System and plays an important role in measuring health service quality. The purpose of this study is to address the process of establishing the concept of clinical quality by the Ministry of Health, processes for clinical quality practices in this direction and the benefits of clinical quality. **Materials and Methods:** Review, clinical quality and objectives of clinical quality, clinical care maps, evidence-based medical guidelines, processes for indicator management, clinical quality improvement activities and processes for improving data are discussed. In line with these headings, the concept of clinical quality has been comprehensively discussed. **Conclusion:** With clinical quality, unnecessary services in health institutions are reduced, waste is prevented and costs are reduced by increasing efficiency.

## GİRİŞ VE AMAÇ

Geçmişten günümüze kalite kavramı sürekli karşımıza çıkan bir kavram olmakla birlikte, kavramın ne anlama geldiği hususunda herkes tarafından kabul gören bir tanımı bulunmamaktadır (1). Hasta sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan kalite kavramı sağlık hizmetlerindeki en genel tanımıyla da; “güncel veri ve

bilgileri değerlendirerek, bireylerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini istenen sağlık seviyesine ulaştırmak” şeklinde ifade edilmiştir (2).

Hasta talepleri doğrultusunda sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar gittikçe artmaktadır. Dolayısıyla kaynakların verimli bir şekilde kullanılması ve performansın iyileştirilmesi mecburi kılınmıştır. Sağlık kurumlarında

yüksek kalite beklentisi karşısında, maliyet sorunu ortaya çıkmaktadır. Hastaların sağlık ihtiyaçlarının etkili şekilde giderilmesi ve bunu yaparken maliyetin minimuma düşürülmeye çalışılması, sağlık hizmet sunucularının karşı karşıya kaldığı bir durumdur. Bu durumun yanı sıra kurumların rekabet avantajı sağlayabilmeleri adına verimliliğin artırılması, klinik kalitenin geliştirilmesi, performansın değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir (3).

Sağlık hizmet kalitesinin ölçülmesinde karşımıza çıkan klinik kalite çalışmaları sayesinde hizmetin kalitesi arttırılırken hastalara, sağlık kuruluşlarına ve sağlık sistemine büyük katkılar sağlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, klinik kalite kavramı, klinik kalitenin önemi ve Türkiye'deki çalışmaların durumu hakkında detaylı bilgi sunmaktır. Sağlık hizmet sunucuları, düzenleyicileri ve sağlık bakım hizmeti alıcıları tarafından giderek önem kazanan klinik kalite hakkında derleme bir çalışma olarak hazırlanmıştır.

### Klinik Kalite ve Klinik Kalitenin Amaçları

Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmetleri kalitesinin takibi, değerlendirilmesi, mevcut sorunların iyileştirilmesi ve ortaya çıkabilecek sorunlar için önlem alınmasına yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır. Bununla birlikte "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" ve "Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi" nin başlıca esasları belirlenmiştir (1).

Günümüzde yöneticiler, ekonomistler ve klinik çalışanları, çok boyutlu kalite iyileştirmeye yönelik uğraşlarıyla sağlık hizmeti sunumunu etkili ve verimli bir şekilde iyileştirebilecek müdahaleleri anlamayı, değerlendirmeyi ve sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra kalite iyileştirmede, klinik alanın etkili stratejiler öne sürdüğü görülmektedir (4, 5). Dünyada da klinik çalışmaların yaygınlaşmasının etkisiyle Sağlık Bakanlığı tarafından 13 Şubat 2012 tarihinde "Türkiye Klinik Kalite Programı" başlatılmıştır (6). Türkiye Klinik Kalite Programı danışmanlık süreci ile kurgulanmış ve program kapsamında İngiltere modeli benimsenmiştir (7). Klinik kalite, kanıt dayalı tıp uygulamaları doğrultusunda doğru teşhis ve tedavilerin uygulanması, mevcut hataların azaltılarak oluşabilecek hataların engellenmesi, klinik bakım sürecinin iyileştirilmesi, çalışanların ve hastaların memnuniyetinin sağlanması ve sağlık sonuçlarının en iyi seviyeye getirilmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Klinik kalite, sağlık hizmet sunumunun değerlendirilmesinde diğer bir ifadeyle hizmetin kalitesinin ölçülmesinde önemli rol oynamaktadır.

Klinik kalite ile birlikte sağlık hizmetlerinin planlanması iyileştirilerek sunulan hizmetin kalitesi ve verimliliğinin arttırılması amaçlanmaktadır. Bununla birlikte klinik kalite, iş akışını standartlaştırarak tekrar eden incelemelerin önüne geçilmesini ve belgelere kolayca erişilmesini sağlamaktadır. Sürecin doğru bir biçimde uygulanmasıyla hasta bakımını iyileştiren klinik kalite sağlık profesyonellerine de yasal belge ve bilgi oluşturma imkanı sunmaktadır. Klinik kalitenin temel amaçları şu şekildedir (8);

- Tıbbi hataların önlenmesine yönelik politikalar oluşturmak,
- Hasta bakım süreçlerini iyileştirmek,
- Hasta ve çalışanların memnuniyetini arttırmak,
- En iyi sağlık sonuçlarını elde etmek,
- Teşhis, tedavi ve takip ile ilgili sonuçlara odaklanarak ülke çapındaki tıbbi süreçleri izlemek ve iyileştirmek,
- Ülke için öncelikli sağlık olgularına odaklanmak,
- Bakanlığın politikalarını belirlemek için somut veriler elde etmek,
- Daha iyi hizmet veren kuruluşların ve profesyonellerin seçilmesini sağlamak.

Türkiye Klinik Kalite Programı'nın başlama tarihinden itibaren Programın ilk aşamasının süresi 18 ay olarak öngörülmüş, mevcut durumun belirlenmesi üzerine çalışılmış, bu kapsamda sağlık çalışanlarının ve hastaların kalite algılarının ölçülmesi doğrultusunda 14 ilde 4943 anket uygulamaya konulmuştur. Bununla birlikte pilot uygulama amacıyla; "diz protezi, gebelik, ve diyabet" olarak üç farklı alanda göstergeler belirlenmiş, belirlenen göstergeler çalışma grupları tarafından Sağlık. NET 2 sistemine entegre edilmiş ve 7 coğrafi bölgede, 8 ilde 9 özel hastane, 9 kamu hastanesi, 6 üniversite hastanesi ve 20 aile sağlığı merkezinde pilot uygulamaya geçilmiştir. Sonrasında belirlenen üç farklı alana kalça protezi, inme ve koroner kalp hastalığı alanları da dahil edilmiştir. Bu alanlara yönelik gösterge ve standartlar, üniversite ve Sağlık Bakanlığında istihdam eden üst düzey uzmanlar arasından seçilip oluşturulan danışma kurulları tarafından belirlenmiştir (6).

Temel alınan bu sağlık olguları ise yaşam kalitesini etkileyen sağlık problemleri ve hastalık yükü göz önünde tutularak belirlenmektedir. Program kapsamında Diz Protezi, Diabetes Mellitus, Kalça Protezi, Koroner Kalp Hastalığı, İnme, Kolorektal Kanser, Gebelik Süreci ve Doğum, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Katarakt Cerrahisi, Diş İmplantı, Prostat Kanseri olmak üzere toplamda on bir sağlık olgusu belirlenmiştir. Çalışmalar doğrultusunda öncelikle sağlık olgularının

tıbbi süreçlerini içeren standartlar öne sürülmüştür. Sonrasında standartların uygulanma düzeyini öne çıkaran göstergeler tanımlanmaktadır. Göstergeler tanımlanırken; sayısallaştırılıp somut biçime sokulabilen, kanıta dayalı tıp uygulamaları ile birlikte uyum gösterebilen, bilgi sistemleri veri tabanına dayanan, sağlık olgusu kapsamında açıklayıcı, ölçülebilir ve değerlendirilebilir sağlık hizmetleri sonucu alt yapısına sahip olan boyutlarda olması önem arz etmektedir (9).

Sağlık olguları kapsamında standart ve göstergeler belirlenirken her bir sağlık olgusu için profesyoneller ve akademisyenlerden oluşturulmuş çalışma grupları belirlenmektedir. Çalışma gruplarının faaliyette buldukları süreç şu şekildedir:

- Sağlık olgusu doğrultusunda hasta bakım yolunun değerlendirilmesi
- Sağlık olgusu doğrultusunda kanıta dayalı tıp rehberi oluşturulması
- Sağlık olgusu doğrultusunda belirlenen tanı, tedavi ve takip uygulamalarına yönelik başlıca kalite standartlarının belirlenmesi
- Belirlenen standartların takibi ve değerlendirilmesi doğrultusunda göstergelerin oluşturulması
- Göstergeler için belirli hesaplama yöntemlerinin tespit edilmesi
- Göstergelerin hesaplanmasında ihtiyaç duyulan veri kaynaklarının (SUT kodları, ICD 10 kodları, muayene veri setleri, hasta dosyaları gibi) tespit edilmesi (10).

### Klinik Bakım Haritaları

Sağlık kurumlarında bakım sürecinin klinik ve ekonomik sonuçlar üzerindeki etkilerinin izlenip değerlendirilmesi kurumlar açısından büyük avantajlar sağlamaktadır. Bu hususta, sağlık kurumları arasındaki klinik yolların kullanımının ve değerlendirilmesinin nasıl farklılaştığını incelemek adına klinik bakım haritaları kullanılmaktadır (11). Bakım yolları, bakım planları, bakım protokolleri şeklinde de adlandırılan bakım haritaları “Multidisipliner Aksiyon Planları”nın baş harflerinden oluşturulup “Case MAPS” olarak ifade edilmiştir. Bakım haritaları öncelikle planlama ve yönetim aracı olarak kullanılmak için endüstri alanında geliştirilmiştir. Sağlık alanında ise bakım haritaları ilk defa, Boston’da New England Medical Center’da 1980li yılların sonuna doğru kritik yol analizi proje yönetimi yöntemlerinin son ürünü olarak öne sürülmüştür. Bakım haritaları önceleri ilk bakım haritasını tasarlayan hemşirelerin hemşirelik bakımını yansıtırken, gelişerek hasta bakımını tüm yönleriyle ele alan geniş bir ekipten oluşturulmaya başlanmıştır (12).

Klinik Bakım Haritaları hastanın bakım sürecinde beklenen ve gerçekte olan akışı ortaya çıkaran çizelgelerdir. Hasta bakım sürecinin tanımlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi bu haritalar sayesinde gerçekleşmektedir. Bunun yanı sıra bakım süreçlerini belgelemek, koordine etmek ve standartlaştırmak için de yöntem göstermektedirler. Haritalar hastanın iyileşme sürecinde de kısa ve uzun vadede sonuçlar elde etmeye yardımcı olmaktadır (13). Klinik Bakım Haritaları, “tedaviyi standartlaştıran yollar” şeklinde de ifade edilebilir. Bu doğrultuda sürekli kalite iyileştirme teknikleri, yol haritalarında tespit edilen sapmaları ölçerek, sapmaları ortadan kaldırma veya değiştirme stratejileriyle hasta bakım süreci ile ilgili analizde bulunarak süreç kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (14).

Klinik Bakım Haritaları sık görülen, sağlık bakım sürecinde yüksek maliyetle sonuçlanan ve hastaların kişilik özelliklerine göre değişiklik gösterebilen ve standart uygulamalar barındıran tıbbi durumlar için geliştirilmiştir. Eklem replasmanı, koroner arter baypas greft cerrahisi gibi tıbbi uygulamalar, klinik bakım haritaları için uygun işlemlere örnek gösterilmiştir. Sonrasında vajinal doğum, sezaryen, ortopedi plastik cerrahi ve kulak burun boğaz hastaları için de haritalar oluşturulmuştur. Süreci etkili bir şekilde devam ettirebilmenin hasta odaklı çok disiplinli bir sürece dayandığı da vurgulanmıştır (12).

Tapan ve diğerleri (12)’nin yaptığı çalışmada 2014 yılındaki 346 sezaryen klinik bakım kalitesi incelenmiş, ortaya çıkan sapmaların laboratuvarında işlenen testler, tedavi için verilen ilaçlar ve hastane yatış süreleri ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Değerlendirmeler doğrultusunda hasta yatış sürecinin 3 günden 2,5 güne düşürülebileceği tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra hasta eğitimlerinin etkin bir şekilde yapılmasının da hasta memnuniyet oranını olumlu yönde etkileyebileceği vurgulanmıştır. Ek olarak klinik bakım haritalarının sağlık çalışanları arasındaki iletişimi, iş birliğini ve iş doyumunu arttırdığı da gözlemlenmiştir.

### Kanıta Dayalı Tıp Rehberleri

Kanıta dayalı tıp, hasta bakım sürecinde karar verirken, mevcut kanıtların açık ve doğru bir şekilde kullanılmasına dayanmaktadır. Bu uygulama sürecinde bireysel klinik uzmanlık ve sistematik araştırmalardan elde edilen kanıtlar entegre edilmektedir. Bireysel klinik uzmanlık ise klinik deneyimler ile birlikte kazanılan klinik yeterlidir (15). Genel tanımıyla kanıta dayalı tıp, klinik bakım uygulamaları sürecinde hastalara en iyi şekilde bakım sağlayabilmek için hasta istek ve beklentilerini, doğru kaynakları, bilimsel çalışmaları ve klinik uzmanların fikirlerinden ortaya çıkarılan

klirik kanıtları toplamak şeklinde ifade edilmiştir (16). Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin iyi bir sağlık hizmeti sunmaları için kanıta dayalı önerilere ihtiyaçları vardır (17).

Kanıta dayalı tıp, geleneksel tıp eğitiminden ayrı beceriler gerektirmektedir. Hasta problemini tam olarak tanımlayabilmek, problemi çözmek için mevcut çözüm önerileri sunmak ve hangi bilgilerin gerektiğini tespit etmek, etkili bir literatür taraması yapmak ve literatür taraması sonucunda geçerli kanıt kurallarını hasta problemleri üzerine uygulamak bu becerilerin içerisinde yer almaktadır. Bunun yanı sıra karar verirken hastanın öyküsü de oldukça önemlidir. Hastanın yaşı, mevcut hastalığı veya altta yatan başka hastalıklarının olup olmadığı ve daha birçok faktör bu süreç içerisinde değerlendirilmektedir (18).

Klinik uygulama rehberleri ise, sağlık kurumlarında kalitenin yapı taşı oluşturulmaktadır. Klinisyenler, hasta bakımı ile ilgili süreçte sistematik ve kanıta dayalı olan klinik uygulama rehberlerinden yardım almaktadır. Rehberler hasta bakım sürecindeki farklılıkları en aza indirgeyerek standart bir bakım hizmeti verilmesine katkı sağlamaktadırlar (19). Klinik uygulama rehberlerinin, dünyada ve ülkemizde birçok kuruluş tarafından geliştirilmiş örnekleri mevcuttur. Dünya’da The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The National Guideline Clearinghouse (NGC), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ve The National Health and Medical Research Council (NHMRC) gibi örnekleri mevcutken; ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı ve sağlık alanlarında faaliyetinde bulunan bütün sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilmiş klinik uygulama rehberleri mevcuttur (20). Bu rehberler; “Diş İmplantı Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, Diabetes Mellitus Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, Gebelik ve Doğum Süreci Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, İnme Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, Koroner Kalp Hastalığı Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, Katarakt Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, Kolorektal Kanseri Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, Prostat Kanseri Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi, Diz ve Kalça Protezi Klinik Kalite Ölçme Ve Değerlendirme Rehberi” şeklindedir (21).

Klinik uygulama rehberleri “belirli klinik durumlar için uygun sağlık bakımı konusunda pratisyenlere ve hasta kararlarına yardımcı olmak için geliştirilmiş sistematik kılavuzlar” şeklinde tanımlanabilir (17). Diğer bir ifadeyle klinik uygulama rehberleri, bir problemin, hastalığın ya da sürecin uygun bulunmuş yönetiminin kanıta-dayalı özeti şeklinde de tanımlanabilir. Bu doğrultuda rehberler, klinik uygulama sürecinde

klirisyenlerin ve hastaların karar verme sürecinde onlara yol gösteren sistematik, güncel, kanıta dayalı dokümanlardır. Klinik uygulama rehberleri “işlemi doğru yapma yolu” şeklinde de ifade edilebilir. Dolayısıyla rehberler doğru uygulanması gereken karar-destek araçlarıdır. Rehberler sunulan hizmetin ve sonuçların hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini karşılamayı amaçlayarak kalitenin iyileştirilmesine de olanak sağlamaktadır. Sağlık alanında bilimsel ilerlemeler çok hızlı olmakta, yeni tedaviler, yöntemler ve koruyucu önlemler geliştirilmektedir. Bu nedenle klinik uygulama rehberlerinin, bilimsel ilerlemelere paralellik göstermesi gerekmektedir. Klinik bakım hizmetlerinin kalitesini arttırmak, yeterli verim alınamayan, ihtiyaç duyulmayan ve zarar veren tıbbi işlemleri azaltmak, hastalara etkin, verimli ve ekonomik bir şekilde tedavi uygulamak, kanıtları sistematik olarak gözden geçirmek, alternatif bakım seçeneklerinin yararlarının ve zararlarının tespit edilmesini sağlamak klinik uygulama rehberlerinin oluşturulmasında en etkili nedenler olarak ifade edilmektedir (22, 23).

Klinik uygulama rehberleri ile birlikte uygun maliyetli kaliteli bakım hizmeti süreci sağlanmaktadır. Ayrıca klinik seyrin netleştirilmesi, hizmet sürecinin iyileştirilmesi ve zaman kazanılması yönünden klinik uygulama rehberleri önem kazanmaktadır. Örnek verilecek olursa; “birinci basamakta menenjit şüpheli bir vakaya rastladık. Rehberde göre; akut başlangıçlı ateş (rektal  $\geq 38,50$  C veya aksiller  $\geq 380$  C) doğrultusunda ense sertliği ve/veya bilinç değişikliği ve/veya diğer meningeal irritasyon bulgularının varlığı ve/veya peteşiyal ya da purpural döküntü ile karakterize hastalık tablosu ile kıyaslandığında meningokoksik menenjitte şüphe duyulmalıdır. Rehber, bu durumu “olası vaka” olarak ifade etmektedir. Böyle bir vaka ile karşılaşıldığında rehberde göre ileri tetkik ve yatarak tedavi maksadıyla üst basamağa sevk edilmesi gerekmektedir. Bu durumda hasta menenjit ön tanısı ile bir üst basamağa sevk edilmelidir. Bu vakada kan kültürü yapılması, lökosit sayımı veya daha ileri tetkiklerin yapılması, hastanın sevk kararını değiştirmeyeceği gibi vakit kaybına ve gereksiz sağlık harcamalarına sebep olacaktır.” Bu hususta rehberler, klinik karar verme sürecinde yardımcı olarak görülmelidir. Doğru yerde ve şekilde kullanılmadığı takdirde yarar sağlamazlar (24).

### Gösterge Yönetimine İlişkin Süreçler

Kalite göstergeleri, sağlık kurumlarında klinik bakımın standardını ölçmek için kullanılmaktadır. Göstergeler; kronik hastalıkları olan kişilerin klinik bakımının, ilaç yönetiminin ve hasta kayıtlarının özetlenmesi gibi organizasyonel konuları, hastaların bakıma erişim deneyimlerini ve konsültasyon süresi gibi ek hizmetleri



içerir (25). Göstergeler hizmet kalitesinin sayısallaştırılıp izlenmesine imkân tanıyan, hataları en aza indirgemeyi ve ilgili olduğu konuda iyileştirmeyi sağlayan önemli araçlardır (26).

Klinik göstergelerin temel amacı; ülke öncelikleri ve hastalık yükleri ele alınarak belirlenen sağlık olgularına yönelik kalite göstergeleri ile bu olgulara ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen klinik çıktılarının, ölçülebilir veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır. Klinik göstergelerin kullanılmasında “hasta güvenliği, etkinlik, hasta odaklılık, verimlilik, sağlıklı çalışma yaşamı, uygunluk, süreklilik, zamanlılık, etkililik, adil olmak” gibi hedefler temel alınmaktadır (27).

Gösterge yönetimine ilişkin süreçler 6 aşamadan oluşmaktadır:

- Gösterge kartlarının belirlenmesi,
- Gösterge hedeflerinin tanımlanması: Gösterge hedefleri, uzman ve akademisyenlerin oluşturduğu, klinik kalite çalışma grubu aracılığıyla kanıta dayalı rehberler ve uluslararası örnekler dikkate alınarak tanımlanmaktadır.
- Göstergeye ilişkin karar destek sisteminin oluşturulması,
- Geri bildirim raporunun oluşturulması: Bütün sağlık kurumlarında ulusal düzeyde, tanı ve tedavi süreçlerinde elde edilen sağlık verileri, bilgi sistemleri aracılığıyla USS veri tabanında depolanmaktadır. Depolanan veriler ele alınarak kuruluşlara ilişkin klinik veriler K3DS ekranında rapor haline getirilmektedir. Her bir kuruluş klinik kalite raporlarını izlemek için kullanıcı adı ve şifre ile K3DS ekranına giriş yapabilmektedir.
- Geri bildirim raporlarının izlenmesi,
- Klinik kalite iyileştirme uygulamalarının izlenmesi (9)

### **Klinik Kalite İyileştirme Faaliyetleri ve Verilerin İyileştirilmesine Yönelik Süreçler**

Klinik kalite, sürekli kalite iyileştirme sürecinin önemli bir parçasıdır. Klinik kalite, temeli kanıta dayalı tıp ilkelerine dayanan standartlar üzerinden klinik sonuçların veya bakım sürecinin ölçülmesi olarak da ifade edilebilir. Klinik kalite hastalara verilen bakımı her zaman iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu başarıya ulaşılması için; klinisyenlerin daha bilinçli hale getirilmesi, sorunlara çözüm odaklı yaklaşılması, mesleki davranışların standartlaştırılması gerektiği ve teorik standartlar ile gerçek hayat arasındaki boşluğu azaltılması gerektiği vurgulanmıştır (28). Kalitenin iyileştirilmesi için nerede yer aldığının bilinmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sürekli kalite iyileştirme faaliyetleri kaniya değil, kanıta dayalı faaliyetlerdir (19).

Klinik kalite bakım sürecinin iyileştirilmesiyle hasta bakımındaki farklılıklar azaltılmakta, erken ölümler engellenmekte, yaşam süresinin uzatılması sağlanmakta, kronik rahatsızlığı olan hastaların yaşam kalitesi arttırılmakta ve tıbbi hatalar giderek azaltılmaktadır. Tıbbi hataların azaltılmasıyla da morbidite ve mortalitenin tedavi maliyetleri azaltılarak aynı zamanda tedavilerin daha erken sonuçlanması sağlanmıştır. Dolayısıyla tedavi daha etkin bir şekilde verilerek yaşam kalitesi de arttırılmaktadır (26).

“Türkiye Klinik Kalite Programı” ile amaçlanan kalite iyileştirme faaliyetlerinin aşamaları ise gösterge izlemi çalışmalarında şu şekilde belirtilmiştir (29):

Göstergelerin izlemine ilişkin sorumluların tespit edilmesi,

Doğru tanı ve işlem kod verilerinin oluşturulmasına ilişkin bir alt yapı sağlanması,

Personele eğitimler verilmesi,

Sonuçların belirli zaman aralıklarında analiz edilmesi ve yorumlanması,

İyileştirmeye ilişkin kurumsal ara hedeflerin oluşturulması,

Hedef doğrultusundaki sapmalara ilişkin gösterge sonuçlarının belirlenmesi,

Hedefe ulaşmak için ihtiyaç duyulan iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi

Gösterge izlem sürecinin değerlendirilmesi (Tüm basamaklar, her analiz döneminde yeniden gözden geçirilir ve ihtiyaç duyulan değişiklikler yapılmaktadır.)

Göstergelerin izlemine ilişkin sorumluların tespit edilmesi.

Bu doğrultuda gösterge izlemi sürecinde ilgili göstergeye ait uygun verilerin sağlanmasındaki sorumluluk, klinik kalite iyileştirme komitesine aittir. Klinik kalite iyileştirme sorumluları, göstergeye ait konular üzerine çalışan personel içerisinde seçilmektedir. İzlemde başarılı olabilmek adına, sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları oldukça önem arz etmektedir (29).

Bu süreçte Klinik Kalite Çalışma Grubu içerisinde yer alan profesyonel ve akademisyenler aracılığıyla bir takım ulusal hedefler belirlenmiştir. Klinik kaliteyi iyileştirmek adına belirlenen bu hedefler veriye dayandırılmıştır. Bu doğrultuda kurumların ulusal bir amaca ulaşmak amacıyla kurumsal hedefler belirlemesi de mümkün kılınmıştır. Tanıları doğrulama ve işlem kod verilerinin temin edilmesine ilişkin belirli bir temel oluşturma bu hedefler doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Sağlanan kuruluş verileri ile K3DS

raporları kıyaslanarak, kuruluş verilerinin kalitesi ve doğruluğu değerlendirilmeye alınmalıdır. Gösterge verileri içerisinde eksik ve yanlış olduğu tespit edilen verilerin, hangi hatalardan kaynaklandığı belirlenerek bu doğrultuda iyileştirmeler yapılmalıdır. Verilerin iyileştirme çabaları ve analiz edilmesi, kurumların meydana getirdiği bir sistemde belli periyotlarda gerçekleştirilmelidir. Bu süreçte /kalite iyileştirme ve veri oluşturma noktasında rol alan bütün personellere eğitim verilmesi gerekmektedir. Verilen eğitimler, gerçekleştirilen işin işleyişini, hedeflerini, sonuçlarını, istenilen çıktıları, kalitenin veri oluşturmadaki yerini, tespit edilen hataların azaltılmasını ve hatalar için ortaya çıkarılan çözümleri gibi önemli konuları içermektedir. Ulaşılan sonuçların analiz edilmesi ve yorumlanması maksadıyla kuruluşun göstergelere yönelik hedef değere ulaşamadığı takdirde ise bunun sebepleri araştırılır, kök neden analizi yapılarak kayıt altına alınır. Hedef değere ulaşılması sonucunda ise devamlılığın sağlanması ya da sonucun korunması için gerekli iyileştirme faaliyetleri uygulamaya geçirilmelidir (29).

Klinik kalite ölçümü, klinik kalite standartları veya göstergeleri aracılığıyla kanıta dayalı tedavi protokollerini ve kılavuzlarını uygulayarak hasta bakımının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için önemlidir (30). Klinik kalitenin ölçülmesi hususunda, kanıta dayalı tıp temelinin inşasının oldukça önemli olduğundan bahsedilmiştir. Klinik kalite, sonuçların değerlendirilmesi kapsamında klinik maliyeti ve hasta/ çalışan memnuniyetini ölçümlemeyi içermelidir. Ayrıca sürecin kurumsallaştırılıp kurumsallaştırılmadığı da değerlendirilmeye dahil edilmelidir. Sağlık kurumunun insan gücü, bilginin ve becerinin yeterliliği, cihaz yönetimi ve cihazların bakımı ise alt yapı kapsamında değerlendirilmelidir. Klinik kaliteyi etkileyen bu faktörler, klinik kalitenin ölçümü için önemlidir fakat yeterli değildir. Klinik kalite kapsamında diğer ölçülmesi gereken indikatörler de şu şekilde özetlenebilir (31):

- Yeniden yatış hızı,
- Risk-ayarlanmış mortalite hızı,
- Cerrahi bakım iyileştirme projesine uyum (SCIP)
- Transplant kalite indikatörleri (yapılan yerlerde) Süreçlerle ilgili önemli indikatörler;
- Akut miyokard infarktüsü,
- Kalp yetmezliği,
- Hastaneye yatan pnömoni hastalar,
- Hasta güvenliği indikatörleri,
- Ventilator ilişkili pnömoni,
- Warfarin tedasi.

Klinik denetim “değişim süreci” olarak ifade edilmektedir. Klinik denetimin yalnızca ölçüm yapması tespit edilen sorunların çözümü için yeterli olmamaktadır. Sonuçların değerlendirilmesi doğrultusunda “uygunluk modeli”, “%70 standart modeli” ve “fırsat modeli” kullanılmaktadır (32).

İlk olarak uygunluk modeli bütün vatandaşların kanıtlanmış yüksek standartta bakım alması gerekliliği felsefesine dayanmaktadır (32). İkinci olarak % 70 standart modeli ise %100’ den daha düşük eşik değerleri esas almayı hedeflemektedir. Bu değer çoğunlukla %70 oranında olmaktadır. % 70 standart modeli, uygunluk modelinin mükemmeliyetçi yaklaşımının aksine, standartlara bağlı olarak hassasiyeti değişiklik gösterebilmektedir. Son olarak fırsat modeli ise pay ve paydayı içermektedir. Gerekli zamanlarda bakımın ulaştırılma sayısının toplanmasıyla pay elde edilirken, bakım ulaştırma fırsatlarının sayılarının toplanmasıyla da payda oluşturulur. Bunun sonucunda elde edilen yüzde ise gereken bakım sürecinin ulaştırma yüzdesini yansıtmaktadır. Fırsat modeli, ABD’ de performans açısından başarılı olan hastaneleri performans ödeme sistemleriyle ödüllendirmek için kullanılmaktadır (33).

Klinik kalite bakım sürecine yönelik belirli ölçümlerin yapılması ve kıyaslanması sunulan hizmetin gerçek kalitesini ortaya çıkarmaktadır. Kalite ölçümü olmadan kalitenin iyileştirilmesi mümkün değildir. Klinik kalite gösterge takibi çalışmalarının dünyada örneklerine bakıldığında, en önemli akreditasyon kuruluşlarından bir tanesi olan JCI tarafından yürütüldüğü görülmektedir. “Accountable Care Organization” (ACO) tanımı adı altında da, ABD sosyal refah programı olan Medicaid ve yine ABD sosyal sigorta kuruluşlarından olan Medicare tarafından; özellikle enfeksiyon hastalıkları, sağlık hizmeti ile alakalı enfeksiyonları ifade eden bir seri kalite ve performans göstergesi oluşturulmuştur (6).

Kurutkan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada JCI tarafından geliştirilen “Accountability Measures” yaklaşımındaki dokuz performans ölçüm setini (Cerrahi Bakım, Kalp Krizi Bakımı, Çocuk Astım Bakımı, Pnömoni Bakımı, Kalp Yetmezliği Bakımı, Venöz Tromboembolizm (VTE) Bakımı, Felç Bakımı, Yatan Hasta Psikiyatrik Bakımı ve Perinatal Bakım) üniversite hastanesinde uygulamışlar ve akredite olan hastaneler ile karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak, sağlık kuruluşlarının cerrahi bakım paketi, kalp krizi paketi, perinatal ve venöz tromboembolizm paketlerini uygulayabilecekleri ve böylelikle de cerrahi kliniklerde kalitenin artabileceği kanısına varmışlardır (34).

Sağlık hizmetlerinde bir takım faktörler, kurumlar arası kalitenin farklılıklar göstermesine neden olur. Ortaya çıkan bu farklılıklar yalnızca hasta

beklentilerinin, kaynakların, yerel uygulamaların ve klinik yaklaşım farklılıklarının açıklanmasıyla birlikte yeterli olmamaktadır. Aynı tanının konulduğu bir hasta grubunun, hastanede kalış sürelerinin farklılık göstermesi, diyabet bakımında ortaya çıkan farklılıklar ve sezaryenle doğum oranlarındaki farklılıklar (% 0 ile % 40 arasında) bu duruma örnek gösterilebilir (31).

## SONUÇ

Sağlık olgularına yönelik bakım süreçlerinin ve klinik sonuçlarının kurum, il ve ülke genelinde izlenmesi, analiz edilmesi ve iyileştirilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi hazırlanmış ve tüm resmi / özel sağlık kuruluşları tarafından klinik kalite çalışmalarının bu rehberle yapılması hususunda 2017 yılında bir genelge yayınlanmıştır. Sonrasında da ulusal sağlık bilgi sisteminde yaşanan gelişmeler, saha uygulayıcılarından alınan geri bildirimler ve uzman görüşleri doğrultusunda bahsi geçen rehber ve gösterge kartları revize edilerek Sürüm 1.1 şeklinde 29 Nisan'da yayınlanmıştır (21). Belirlenen sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçlerindeki standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmıştır. Bu göstergelere ilişkin verilerin sonuçları Kurumsal Karar Destek Sistemine sağlık kurumları tarafından girilerek Sağlık Bakanlığı'na iletilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından veriler analiz edilmekte ve kurumlara geribildirimde bulunmaktadır. Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar üzerinden gerçekleştirilen analizlere bağlı olarak iyileştirilme çalışmalarının planlanması ve iyileştirme çalışmalarının başlatılması sağlanmaktadır.

Klinik kalite ölçümünün Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması ve yönetilmesi de süreci daha güvenli kılmaktadır (35). Sağlık bilgi teknolojisindeki ilerlemelerin, önümüzdeki yıllarda klinik kalite ölçüm uygulanmasını kolaylaştırması ve ölçümün klinik olarak daha anlamlı ve doğru hale getirmeye devam etmesi beklenen bir durum olarak ifade edilebilir.

Sağlık hizmet sunumunda standart bakımın sağlanması, morbidite ve mortalitenin azaltımının sağlanması, komplikasyon oranlarının minimum düzeye indirilmesi, yatan hasta sayısının azaltılması, sağlık hizmet maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlanması ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılması hedeflerinden oluşan klinik kalite uygulamalarının hizmet sunucuları tarafından benimsenmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık uygulayıcılarına klinik kalite uygulamalarına dair detaylı bilgilerden oluşan eğitimler yapılmalı ve sağlık uygulayıcılarının klinik kalite çalışmalarına aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır.

Sağlık kuruluşlarının sürdürülebilirliğini devam ettirmeleri ve kar elde edebilmeleri için, hasta ve hasta yakını memnuniyetini sağlamaları ve minimum girdiyle verimli çıktıya ulaşmaları gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık kuruluşlarının, maliyetleri azaltıp çıktılarını iyileştirmeleri noktasında klinik kalite oldukça önemlidir. Bakım süreçlerinin kıyaslanabildiği ve klinik yolların değerlendirilebildiği "klinik bakım haritaları" ile hekimlerin doğru karar vermelerine yardımcı olan "kanıta dayalı tıp rehberleri" de sürecin verimli bir şekilde takip edilmesiyle, hataların önlenmesine olanak sağlayarak, klinik kalite faaliyetlerinin iyileştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Klinik kalitenin geliştirilmesiyle birlikte, sağlık kurumlarında gereksiz hizmetler azaltılmakta, israfın önüne geçilmekte ve verimlilik artırılarak maliyetler azaltılmaktadır. Bu doğrultuda klinik kalite kavramının önemi ve klinik kalitenin iyileştirilmesi sürecinin işleyişi konusunda, alanında uzman ve profesyonellerin geliştirilmesi, sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği ve rekabet üstünlüğü için önemlidir.

Makalemiz etik kurul kararı gerektiren bir çalışma değildir.

## KAYNAKLAR

1. Gürsoz, H., Adil, M., Öztürk, A., Tarhan, D., Aksoy, H., Gündüz, Ş. vd. (2017). Türkiye klinik kalite programı; sağlık hizmet sunucuları, hasta ve hasta yakınlarının kalite algısı, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 14(1), 73-86.
2. Avcı, K. (2018). Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1(1), 1-5.
3. Kırgın, D. (2011). Kalite yönetim sistemlerinin hastanelerin performansları üzerine etkileri: Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerine bir araştırma, (Yüksek Lisans Tezi,) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
4. Palteki, T. (2019). A multidimensional approach to clinical quality. South. Clin. Ist. Euras., 30(4), 362-369.
5. Mormera, E. & Stevansb, J. (2019). Clinical quality improvement and quality improvement research. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 4(1), 27-37.
6. Şahin, H., Çildağ, S., & Çelebi, M. (2016). Klinik kalite yönetimi uygulamalarına hekimlerin yaklaşımı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(12), 27-51.
7. Yıldız, S. M. (2018). Initiating a clinical quality measurement and evaluation system: a case study from Turkey, ACU Sağlık Bil. Derg. 9(4), 465-468.
8. Özturk, R., Bulut, K. E., Coskun, Z. Z., Avcı, K., Dogan, H., Duman, M. E. vd. (2020). Clinical quality studies in orthopedic oncology and centers of excellence. Ann Med Res, 27(6), 1839-43.
9. Sağlık Bakanlığı, (2018a). Diş implantı rehberi. Ulaşım Tarihi: 05.12.2020, "https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28368,09-dis-implanti%20rehberipdf.pdf?0"70.
10. Sağlık Bakanlığı, (2019). Gebelik süreci ve doğum. Ulaşım Tarihi: 05.12.2020, https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31595,11gebelik-sureci-ve-dogum-temmuz-2019pdf.pdf?0.
11. Darer, J., Pronovost, P., & Bass, B. E. (2002). Use and evaluation of critical pathways in hospitals. Effective Clinical Practice, 5(1), 114-119.

12. Tapan, B., Yıldırım, N., & Alici, S. (2015). Klinik bakım haritalarının bakım sürecinin iyileştirilmesine etkisinin incelenmesi: bir hastane örneği. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 1(1),18-27.
13. Gordon, D. B. (1996). Critical pathways: a road to institutionalizing pain management. *J Pain Symptom Manage*, 11(1), 252-259.
14. Wammack, L., & Mabrey, J. D. (1998). Outcomes assessment of total hip and total knee arthroplasty: critical pathways, variance analysis, and continuous quality improvement. *Clinical Nurse Specialist*, 12(3), 122-129.
15. Sackett, D. L., Rosenberg, M. W., Gray, A. J., Haynes, B. R. & Richardson, S. W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(1), 71-72.
16. Çopur, Ö. E., Nilgün, K., & Seyman, C. Ç. (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 51-55.
17. Dagens, A., Sigfrid, L., Cai, E., Lipworth, S., Cheung, V., Harris, E., et al. (2020). Scope, quality, and inclusivity of clinical guidelines produced early in the Covid-19 pandemic: rapid review. *BMJ*, 369(1), 1936 1-10.
18. Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B. et. all. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
19. Akalın, E. (2001). Yoğun bakım ünitelerinde kalite iyileştirme. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1(2), 69-74.
20. Kahveci, R., Koç, M. E., Aksoy, H., & Başer, A. D. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 737-755.
21. Sağlık Bakanlığı, (2021). Klinik kalite ölçme ve değerlendirme rehberi. Ulaşım Tarihi: 17.05.2021, <https://shgmklinikkalite.saglik.gov.tr/>.
22. Akalın, E. (2009). Klinik uygulama rehberleri ve kanıta dayalı tıp. Antalya, Türk İç Hastalıkları Uzmanlığı Kongresi, 30 Eylül - 4 Ekim, 174-175.
23. Lin, V., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M. et. all. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br. J. Sports Med.* 54(1), 79-86.
24. Yakışan, R. Ş., & Set, T. (2013). Klinik uygulama rehberleri, *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 7(2), 26-28.
25. Lester, H., Schmittiel, J., Selby, J., Fireman, B., Campbell, S., Lee, J., et. all. (2010). The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *BMJ*, 340(1), 1898-1910.
26. Başer, D., & Özkara, A. (2014). Ulusal klinik kalite programının bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5(3), 34-7.
27. Dereli, Y., Yılmaz, A. Ö., İnanc, G., Bayrakal, V., & Baskın, H. (2015). Diabetes Mellitus klinik göstergeleri üzerine retrospektif bir araştırma: Nasıl veri toplamalı? Nasıl değerlendirilmeli? *Sağ. Perf. Kal. Derg.*, 9(1), 38-50.
28. Esposito, P, & Canton, A. D. (2014). Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: general methodology and applications in nephrology. *World J. Nephrol*, 3(4), 249-255.
29. Sağlık Bakanlığı, (2018b). Prostat kanseri. Ulaşım Tarihi: 05.12.2020, <https://Dosyamerkez.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/28373,07-Prostat-Kanseri-Rehberipdf.Pdf?0>.
30. Bampoe, S., Cook, T., Fleisher, L. Grocott, M., Neuman, M., Storyet, D. et. all. (2018). Clinical indicators for reporting the effectiveness of patient quality and safety-related interventions: a protocol of a systematic review and Delphi consensus process as part of the international Standardised Endpoints for Perioperative Medicine initiative (StEP). *BMJ*, 2(8),1-8.
31. Akalın, E. (2013). Klinik kalite. 28.Ankem Antibiyotik Ve Kemoterapi Kongresi, 22-26 Mayıs, Antalya.
32. Avcı, K. (2017). Sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için klinik kalite ölçümü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 181-185.
33. Harrington, L., & Pigman, H. (2010). Quality measurement, In Prathibha Varkey (Ed.), *Medical quality management theory and practice*. Jones and Bartlett Publishers.
34. Kurutkan, M. N., Usta, E., Orhan, F. & Altınel, Ö. (2014). Klinik kalite performans ölçümü: bir üniversite hastanesi örneği. *TAF Prev Med Bülteni*, 13(3), 201-208.
35. Torchiana, D. (2005). Use of administrative data for clinical quality measurement. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 129(6), 1223-1225.