



GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
Gİ.PR.01	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/6

1. AMAÇ: Tıp merkezinde ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek ve uluslar arası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

2. KAPSAM: Tıp merkezi Tıp Merkezi çalışanlarını kapsar.

3. KISALTMALAR:

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

4. TANIMLAR:

Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır.

Gösterge Kimlik Kartı: Her bir gösterge için özel hazırlanan, ilgili göstergenin yönetimine ilişkin esasları içeren bilgi kartlarıdır.

Gösterge Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş göstergelerin izlenebilirliği için oluşturulan koddur.

Kısa Tanım: Göstergenin kısa açıklamasını içeren metindir.

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

Veri Kaynağı: Verinin toplanacağı ortam ile hesaplamada kullanılan ICD-10 ve SUT kodları, otomasyon üzerinden yapılan bildirimler ve istatistik veriler gibi.

Hedef Değer: İki şekilde belirlenmiştir.

• **Ulusal Hedef:** Türkiye genelinde klinik kalite adına ulaşılması gereken hedeftir.

• **Kurumsal Hedef:** Ulusal hedefi yakalamak için oluşturulan hastane bazlı hedeftir.

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

5. SORUMLULAR: Başhekim, Komiteler, Kalite Yönetim Direktörü, Kalite Birim Sorumluları, Kalite Yönetim Birim Çalışanları

6. FAALİYET AKIŞI:

GÖSTERGELERİN İZLEMİ İLE İLGİLİ SORUMLULARIN BELİRLENMESİ

Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur.

İLGİLİ PERSONELİN EĞİTİLMESİ:

Gösterge sorumlusu ile veri kaydında görev alacak ilgili tüm personelin eğitimi verilmiştir.

Bu eğitimde;

Yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusunda bilgilendirilme yapılmıştır. Bu bilgilendirme ve eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmaktadır.

TIP MERKEZİNDE İZLENECEK GÖSTERGELER:

Belirlenmiş olup gösterge kartları hastane bilgi yönetim sistemi üzerinde ve manuel olarak bulunmaktadır.

VERİ TOPLAMA İLE İLGİLİ ALT YAPININ OLUŞTURULMASI:



GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
Gİ.PR.01	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/6

Veri toplama için oluşturulacak olan formlar manuel ya da elektronik ortama entegre şekilde kullanılabilir. Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmiştir. Performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından veri toplama alt yapısı bilgi yönetim sistemi üzerinden kurgulanmıştır.

VERİ TOPLAMA:

- ❖ Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları gösterge kartlarında tanımlanmıştır.
- ❖ Veri toplama aralıkları hastanenin ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda belirlenmiştir.
- ❖ Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmiştir.

VERİLERİN SONUÇLARA DÖNÜŞTÜRÜLMESİ:

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

SONUÇLARIN ANALİZİ VE YORUMLANMASI:

- ❖ Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değer, hedef değer ile karşılaştırılır.
- ❖ Sonucun; hedef değer, bir önceki dönem değeri, benzer kurumlar ve ülke genelindeki değerlere göre nerede yer aldığı
- ❖ Varsa, ilgili klinikte çalışan personel sayısı ve niteliğinde değişiklikler
- ❖ Varsa, sağlık olgusu ile ilgili tanı, tedavi ve takip yöntemlerinde yapılan kurumsal değişiklikler gibi ek bilgiler gerektiğinde kullanılmalıdır.
- ❖ Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulup, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmektedir.

GEREKLİ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ YAPILMASI

Analiz sonuçları hedef değerden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır. Sonuç olumlu ya da olumsuz olsun bu sonuca ulaşılmadaki kritik noktalar değerlendirilir. Olumlu sonucun korunması ya da daha da iyileştirilmesi, olumsuz sonucun ise düzeltilmesi için hangi faaliyetlerin yapılabileceği konusu ele alınır. Sorun kaynakları nedenine yönelik araştırmalar yaparak tespit edilmeli ve mutlaka kayıt edilmelidir.

Sorun çözümlerinde şöyle bir yol izlenmelidir.

- ❖ Sorunun tespiti
- ❖ Sorunun nedeninin tespiti
- ❖ Çözüm yollarının aranması
- ❖ Çözüm planlanması
- ❖ Çözümün uygulanması
- ❖ Çözümün değerlendirilmesi
- ❖ Sonucun raporlanması ve bildirimini yapılması
- ❖ Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması İyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği ve



GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
Gİ.PR.01	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/6

gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

Her sistem, sunduğu hizmetin amaca ne derece ulaştığını saptayabilmek için öncelikle gerçekleştirdiği etkinlikler hakkında bilgi toplamalıdır.

Yani ölçme yapmalı, ölçüm sonuçlarından yararlanarak bazı sonuçlara, kararlara ulaşmaya çalışmalı ve bu sonuçları ileride yapılacak çalışmalar için yol gösterici olarak kullanılmalıdır.

Urartu göz de misyon, vizyon kapsamında kaliteli hasta bakımını sağlamak için tasarlanan poliklinik ve idari prosedürlere ait verilerin toplanması, analiz edilmesi ve elde edilen sonuçlarla sürekli iyileştirmeyi sağlamak için göstergeler takip edilmektedir.

TAKİP EDİLEN İNDİKATÖR/GÖSTERGELER LİSTESİ

Ataköy, Etiler, Ankara, Antalya, İzmit, Bursa, Konya, Gaziantep

Takip edilen indikatör/gösterge Adı	Takip Periyodu
-------------------------------------	----------------

Kalite Yönetim Sistemi Grup Müdürlüğü

DÖF Sonuçlandırma Oranı	Aylık
Güvenlik Raporlama Bildirimleri Analizi	Aylık
Planlanan Tatbikatlarının Gerçekleşme Oranı	6 Aylık
Ramak Kala Önlenen Olay Sayısı	Aylık
Sentinel (Beklenmedik) Olay Oranı	Aylık

Acil Durum Yönetimi

Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	Aylık
Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Aylık
Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	Aylık
Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	Aylık

Eğitim Yönetimi

Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Aylık
Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Aylık

Çalışan Sağlığı

Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Aylık
Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	Aylık
Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Aylık



GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
GI.PR.01	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/6

Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Aylık
İnsan Kaynakları	
Hemşire Bölüm Değişirme Oranı	Aylık
Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Sayısı	Aylık
Personel Devir Hızı (Kurumdan Ayrılan)	Aylık
Personel Devir Hızı (Bölüm Değiştiren)	Aylık
Çalışan Memnuniyet Oranı	Aylık
İlaç Yönetimi	
İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	Aylık
Ramak Kala Önlenebilir İlaç Hatası Sayısı	Aylık
Enfeksiyon	
Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı-Lazer Ameliyathane	Aylık
Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı- Ameliyathane	Aylık
Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	Aylık
El Hijyeni Uyumu	3 Aylık
Ameliyathane	
Ameliyat Komplikasyon Oranı	Aylık
Ameliyat Sırasında Hekim Tarafından Ameliyat Raporuna Ameliyat Notu Yazılmayan Hasta Oranı	Aylık
Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Aylık
Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	Aylık
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	Aylık
Pre-op Değerlendirmesi Olmayan Hasta Oranı	Aylık
Taraf İşaretlemesi Olmayan Hasta Oranı	Aylık
Yanlış Cerrahi Oranı	Aylık
Bilgi Sistemleri	



GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
Gİ.PR.01	01.01.2024	0	-	Sayfa:5/6

Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Aylık
HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	Aylık
Tıbbi Kayıt ve Arşiv	
Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	Aylık
Excimer Lazer	
Lazer Ameliyatı Sonrası Flep Yıkama Oranı	Aylık
Lazer Ameliyatı Sonrası Revizyon Oranı	Aylık
Lazer Ameliyatı Sonrası Komplikasyon Oranı	Aylık
Poliklinik ve Tetkik	
Düşen Hasta Oranı (Aytaktan Hasta)	Aylık
Tetkik Tekrar Oranı	Aylık
Teknik Servis	
Planlanan Bakımların Gerçekleşme Oranı	Aylık
Klinik Göstergeler	
Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrole Gelen Hasta Oranı	Aylık
Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı	Aylık
Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı	Aylık
Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı	Aylık
Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Gerçekleştirilen Reoperasyon Oranı	Aylık
Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı	Aylık
Operasyon Sonrası Bir Yıl İçinde Gelişen Dekolman Oranı	Aylık
Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Enfeksiyon Oranı	Aylık
Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı	Aylık

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Yönetim Birimi	Kurum Müdürü	Başhekim



GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
Gİ.PR.01	01.01.2024	0	-	Sayfa:6/6

--	--	--