
 ÖZEL ORDU <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
GI.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 3

**1.AMAÇ:** Hastanede ölçüm sistematigi 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:** Hastane 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:**

### 6.1.GÖSTERGELERİN İZLEMİ İLE İLGİLİ SORUMLULARIN BELİRLENMESİ

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

### 6.2.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.

### 6.3.HASTANEDE İZLENECEK GÖSTERGELER:

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

 ÖZEL ORDU <b>Sevgi</b> HASTANESİ	<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
GI.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

bulunmaktadır.

#### **6.4.VERİ TOPLAMA İLE İLGİLİ ALT YAPININ OLUŞTURULMASI:**

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.

#### **6.5.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.

#### **6.6. VERİLERİN SONUÇLARA DÖNÜŞTÜRÜLMESİ:**

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



#### **6.7.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.

#### **6.8.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 ulaşılmasındaki 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.

 <b>ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ</b>	<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
Gİ.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

- ❖ Sorunun tespiti
- ❖ Sorunun nedeninin tespiti
- ❖ Çözüm yollarının aranması
- ❖ Çözüm planlanması
- ❖ Çözümün uygulanması
- ❖ Çözümün değerlendirilmesi
- ❖ Sonucun raporlanması ve bildiriminin yapılması
- ❖ Sorun giderilmediyse yeni çözüm yolları aranması İyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

<b>HAZIRLAYAN BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU</b>	<b>KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN BAŞHEKİM</b>
--	--	-------------------------------