|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **GÖSTERGE YÖNETİM PROSEDÜRÜ** | DOKÜMAN KODU | Gİ.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 16.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| REVİZYON NO | 00 |
| SAYFA | 1/5 |

1. **AMAÇ:** Hastanede ölçüm sistematiği 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.

# KISALTMALAR:

**SUT:** Sağlık Uygulama Tebliği

# 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 verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.

# SORUMLULAR:

* Başhekim,
* Müdür,
* Komiteler,
* Kalite Yönetim Direktörü,
* Doktorlar,
* Hemşireler,
* Kalite Birim Sorumluları,
* Kalite Yönetim Birim Çalışanları,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **GÖSTERGE YÖNETİM PROSEDÜRÜ** | DOKÜMAN KODU | Gİ.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 16.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| REVİZYON NO | 00 |
| SAYFA | 2/5 |

# 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.

# HASTANEDE İZLENECEK GÖSTERGELER :

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

# 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.

# 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 formüle yerleştirilerek 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **GÖSTERGE YÖNETİM PROSEDÜRÜ** | DOKÜMAN KODU | Gİ.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 16.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| REVİZYON NO | 00 |
| SAYFA | 3/5 |

* + - 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 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.**

* + - 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.

**7.HASTANEMİZDE İZLENEN GÖSTERGELER**

**7.1.1 BÖLÜM BAZLI GÖSTERGELER**

|  |  |
| --- | --- |
| **7.1.1 Acil Servis Göstergeleri** | |
| Gİ.GB.AS.GK.01 | ACİL SERVİS HASTA SEVK ORANI GÖSTERGE KARTI |
| **7.1.2 Enfeksiyon Önlenmesi Göstergeleri** | |
| Gİ.GB.EN.GK.01 | EL HİJYENİ UYUMU GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.EN.GK.02 | SANTRAL VENÖZ KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI ENFEKSİYONU GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.EN.GK.03 | ÜRİNER KATETER İLİŞKİLİ ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.EN.GK.04 | VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ/VENTİLATÖR İLİŞKİLİ OLAY GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.EN.GK.05 | UMBLİKAL KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI ENFEKSİYONLARI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.EN.GK.06 | PROSEDÜR BAZINDA CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONU HIZI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.EN.GK.07 | CERRAHİ PROFİLAKSİ UYGUN ANTİBİYOTİK KULLANIM ORANI GÖSTERGE KARTI |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **GÖSTERGE YÖNETİM PROSEDÜRÜ** | DOKÜMAN KODU | Gİ.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 16.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| REVİZYON NO | 00 |
| SAYFA | 4/5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7.1.3 ACIL DURUM VE AFED YÖNETIM GÖSTERGELERI** | | |
| Gİ.GB.AD.GK.01 | | EKSİKSİZ DOLDURULAN MAVİ KOD OLAY FORMU GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.AD.GK.01 | | MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU |
| Gİ.GB.AD.GK.02 | | EKSİKSİZ DOLDURULAN BEYAZ KOD OLAY FORMU GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.AD.GK.03 | EKSİKSİZ DOLDURULAN PEMBE KOD OLAY FORMU GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.AD.GK.04 | MAVİ KODDA OLAY YERİNE ORTALAMA ULAŞMA SÜRESİ VERİ ANALİZ FORMU | | |
| **7.1.4 Ameliyathane Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.AH.GK.01 | AMELİYATHANEYE PLANLANMAMIŞ GERİ DÖNÜŞ ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.AH.GK.02 | GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ KULLANIM ORANLARI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.AH.GK.03 | CERRAHİ OPERASYONLARDA GÖRÜLEN ANASTEZİ KOMPLİKASYON ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| **7.1.5 Bilgi Yönetim Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.BY.FR.01 | TEKNİK BİRİMİN HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ (HBYS) ARIZALARINI ORTALAMA MÜDAHALE SÜRESİ GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.BY.FR.02 | HBYS’NİN DEVRE DIŞI KALDIĞI SÜRE VERİ ANALİZ FORMU | | |
| **7.1.6 Laboratuvar Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.BL.FR.01 | BİYOKİMYA KLİNİK LABORATUVAR TESTLERİNDE REDDEDİLEN NUMUNE ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.BL.FR.02 | BİYOKİMYA KLİNİK LABORATUVAR TESTLERİNDE KAYBOLAN NUMUNE ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.BL.FR.03 | BİYOKİMYA LABORATUVARI İÇ KALİTE KONTROL ÇALIŞMALARINDA UYGUNSUZLUK SAYISI GÖSTERGE | | |
| Gİ.GB.BL.FR.04 | BİYOKİMYA LABORATUVARI DIŞ KALİTE KONTROL ÇALIŞMALARINDA UYGUNSUZLUK SAYISI GÖSTERGE | | |
| Gİ.GB.BL.GK.05 | BİYOKİMYA LABORATUVARI ZAMANINDA VERİLMEYEN SONUÇ ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.ML.GK.01 | MİKROBİYOLOJİ KLİNİK LABORATUVAR TESTLERİNDE REDDEDİLEN NUMUNE ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.ML.GK.02 | MİKROBİYOLOJİ KLİNİK LABORATUVAR TESTLERİNDE KAYBOLAN NUMUNE ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.ML.GK.03 | KAN KÜLTÜRÜNDE KONTAMİNASYON ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.ML.GK.04 | İDRAR KÜLTÜRÜNDE KONTAMİNASYON ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.ML.GK.05 | MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI İÇ KALİTE KONTROL ÇALIŞMALARINDA UYGUNSUZLUK SAYISI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.ML.GK.06 | MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI DIŞ KALİTE KONTROL ÇALIŞMALARINDA UYGUNSUZLUK SAYISI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.ML.GK.07 | KAN KÜLTÜRLERİNDE DİREK GRAM BOYAMA VE SON İDENTİFİKASYON UYUM ORANI ANALİZ FORMU | | |
| Gİ.GB.ML.GK.08 | MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI ZAMANINDA VERİLMEYEN SONUÇ ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| **7.1.7 Doğumhane Hizmetleri Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.DH.GK.01 | SEZERYAN ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.DH.GK.02 | DÜŞÜK RİSKE SAHİP İLK DOĞUM YAPAN KADINLARDA SEZERYAN ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.DH.GK.03 | SEZERYAN SONRASI DERİN VEN TROMBOZU (DVT) PROFİLAKSİSİNİN GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.DH.GK.04 | ENSTRÜMANLI VAJİNAL DOĞUMLARDA OBSTETRİK TRAVMA ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.DH.GK.05 | ENSTRÜMANSIZ VAJİNAL DOĞUMLARDA OBSTETRİK TRAVMA ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.DH.GK.06 | GÜVENLİ DOĞUM KONTROL LİSTESİ KULLANIM ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| **7.1.8 Eğitim Yönetim Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.EY.GK.01 | PERSONELİN EĞİTİMLERE KATILMA ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.EY.GK.02 | PLANLANAN EĞİTİMLERİN GERÇEKLEŞTİRİLME ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| **7.1.9 Hasta Bakım Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.HB.FR.02 | DÜŞEN HASTA ORANI ANALİZ FORMU | | |
| Gİ.GB.HB.GK.02 | POSTOPERATİF SOLUNUM YETMEZLİĞİ ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| **7.1.10 Hasta Deneyimi Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.HD.GK.01 | HASTA MEMNUNİYET ORANI GÖSTERGE KARTI | | |
| Gİ.GB.HD.GK.02 | İLAÇ HATALARININ GERÇEKLEŞEN SAYISI ORANI ANALİZ FORMU | | |
| **7.1.11 Kalite Yönetim Göstergeleri** | | | |
| Gİ.GB.KY.GK.01 | DÜZENLEYİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYET GÖSTERGE KARTI | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **GÖSTERGE YÖNETİM PROSEDÜRÜ** | DOKÜMAN KODU | Gİ.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 16.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| REVİZYON NO | 00 |
| SAYFA | 5/5 |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.1.12 Radyasyon Güvenliği Göstergeleri** | |
| Gİ.GB.RG.GK.01 | KONTRAS MADDE İLE ÇEKİLEN TOMOGRAFİ ORANI |
| Gİ.GB.RG.GK.02 | TEKRARLAYAN ÇEKİM SAYISI ORANI GÖSTERGE KARTI |
| **7.1.13 Sağlıklı Yaşam Göstergeleri** | |
| Gİ.GB.SÇ.GK.01 | ÇALIŞAN MEMNUNİYET ORANI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.SÇ.GK.04 | KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMA ORANI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.SÇ.GK.05 | PERSONEL DEVİR HIZI ORANI |
| Gİ.GB.SÇ.GK.06 | MESLEKİ EĞİTİMİNE UYGUN BÖLÜMDE ÇALIŞMAYAN PERSONEL SAYISI |
| Gİ.GB.SÇ.GK.07 | ÇALIŞANLARA YÖNELİK SAĞLIK TARAMALARININ TAMAMLANMA ORANI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.SÇ.GK.08 | HEMŞİRE BÖLÜM DEĞİŞTİRME ORANI AYLIK ANALİZ FORMU |
| **7.1.14 Tibbi Kayit Ve Arşiv Hizmetleri Göstergeleri** | |
| Gİ.GB.TA.GK.01 | EKSİKSİZ HASTA DOSYA ORANI GÖSTERGE KARTI |
| **7.1.15 Transfüzyon Hizmetleri Göstergeleri** | |
| Gİ.GB.TH.GK.01 | İMHA EDİLEN KAN MİKTARI ORANI GÖSTERGE KARTI |
| **7.1.16 Yoğunbakım Göstergeleri** | |
| Gİ.GB.YD.GK.01 | YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE MORTALİTE ORANI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.YB.GK.01 | YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BASI ÜLSERİ ORANI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.YB.GK.02 | YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE MORTALİTE ORANI GÖSTERGE KARTI |
| Gİ.GB.YB.GK.03 | YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE YENİDEN YATIŞ ORANI GÖSTERGE KARTI |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|  | PERFORMANS VE KALİTE BİRİMİ | BAŞHEKİM |