



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen klinik liderlik varlığıyla, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmelliği hedefleyen yapı ve düzen oluşturmaktır.

2. KAPSAM:

Bu prosedür tüm hastane çalışanlarını kapsar.

3. KISALTMALAR:

3.1. ICD-10: International Classification of Disease 10 - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10

3.2. HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

3.3. K3DS: Klinik Kalite Karar Destek Sistemi

3.4. LOINC: Logical Observation Identifiers Names and Codes (Gözlemlerin Mantıksal Tanımlayıcı Adları ve Kodları)

3.5. NRS2002: Nutrisyon Risk Skoru

3.6. SBYS: Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi

3.7. SİNA: Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler

3.8. SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

3.9. SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

3.10. USS: Ulusal Sağlık Sistemi

4. SORUMLULAR:

Bu prosedürün uygulanmasından, Başhekim, Kalite Direktörü, Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü (Kalite Koordinatörü), İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, tüm doktorlar, hemşireler, kalite birim sorumluları ve tüm komiteler sorumludur.

5. TANIMLAR:

5.1. Gösterge Klinik Yönetişim: Sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen bir klinik liderlik varlığında, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmelliği hedefleyen yapı ya da düzendir.

5.2. Kalite Güvencesi: Sağlık hizmetinde; kalite standartlarının yerine getirilmesinde yeterli güveni sağlamak için uygulanan planlı ve sistematik etkinlikler bütünüdür.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>1 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- 5.3. Karar Destek Sistemi:** Yönetim karar verme sürecinde kullanılacağı verilerin toplanmasını, depolanmasını, analiz edilmesini, kolay erişilebilmesini, planlamalarda, stratejilerin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında kullanılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan sistematik bir yapılandırma.
- 5.4. Klinik Etkinlik:** Bir tedavinin amacına ulaşmada ne kadar başarılı olduğunun bir ölçüsüdür.
- 5.5. Klinik Kalite:** Kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır.
- 5.6. Klinik Kalite Dönemsel Raporları:** İllere ve sağlık kuruluşuna ait klinik kalite başarı puanını gösteren verilerin yer aldığı Karar Destek Sisteminde (KDS) /SİNA Sisteminde yayınlanan geri bildirim raporlarıdır.
- 5.7. Klinik Kalite Karar Destek Sistemi:** Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan klinik kaliteye ilişkin veri toplama, analiz ve raporlama aracıdır. **K3DS, e-Nabız** sistemi üzerinden elde edilen verileri esas alır.
- 5.8. Kök Neden Analizi:** Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.
- 5.9. LOINC Kodu:** Kar amacı gütmeyen Amerikan Regenstrief Enstitüsü Tıbbi Araştırma Organizasyonu tarafından 1994 yılında laboratuvar ve klinik test sonuçlarının her birini bir ID kod ile tanımlamak ve verilerde standardizasyonu sağlamak için geliştirilmiş bir veri tabanıdır.
- 5.10. Olgu Klinik Kalite Puanı:** Klinik kalite karar destek sisteminde takip edilen sağlık olgusunun gösterge kartında belirtilen hedef değerlere ulaşma durumuna göre 100 üzerinden hesaplanan ve dönemsel raporlarda yayınlanan puandır.

6. FAALİYET

6.1. Klinik Süreçlerin Denetimi

Klinik denetim, doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının sundukları hizmetin kalitesini ölçebilmelerinin bir yoludur. SKS ve Türkiye Klinik Kalite Programında belirlenen esaslar doğrultusunda birim/bölüm sorumluları belirlenmiş ve görevleri tanımlanmıştır. Bütün çalışanlar, alanlarına özgü belirlenmiş olan prosedür ve talimatlar doğrultusunda çalışmakla yükümlüdür. Uygulamada tespit edilen uygunsuzluklar Hasta Güvenliği Komitesi ya da Klinik Kalite İyileştirme

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>2 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



Komitesinde görüşülerek iyileştirme faaliyeti kararı alınır, sonrasında faaliyetin uygulanma durumunun komite tarafından izlenmesi ve değerlendirilmesi yapılır. **(Bkz: Komite Tutanakları)**

Klinik süreçlerin denetiminde; mesleki yeterliliğin değerlendirilmesi, kurumdaki eşitsizlik ve ihtiyaçların belirlenmesi, performans göstergeleri ile ilgili bilgilerin toplanması ve bunların koordine edilmesi önemlidir.

Klinik süreçler denetlenirken oryantasyon eğitimi sonrası işe başlayan çalışanlar ilgili birim/ünite sorumluları ile birlikte klinik çalışmalara başlatılır. Birim sorumluları tarafından mesleki yeterliliği yakından takip edilir. Birim bazında yapılan sabah vizitlerinde çalışanların vermiş olduğu bakım ve hizmetlerin değerlendirilmesi yapılır. Hastane yönetimi ve idari amirler ile norm kadro çalışmaları yapılır.

Birimlerin ihtiyaçları doğrultusunda iş gücü planlaması yapılmaya çalışılır. Çalışanlar arasında iş eşitlemeye önem verilir, iş eşitlemenin mümkün olmadığı durumlarda da çalışan personelin yaşı, çalışma yılı, tecrübesi dikkate alınarak yerleştirme yapılır.

6.2. Klinik Risklerin Yönetimi

Hastanemizde hasta ve çalışanlar için güvenli bir çevre sağlama herkesin sorumluluğundadır.

Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin “**Risk Yönetimi Prosedürü**” ve “**Risk Yönetim Planı**” bulunur. Risk yönetiminde; belirlenen risklerin analizi yöntemi, ilgili çalışanların görüşlerinin alınması, tanımlanan risklerin raporlanması, tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti, gerekli iyileştirme çalışmaları, çalışanların eğitimi için kurallar tanımlanmıştır.

Yatan hastaların tıbbi öyküsü ön değerlendirme ve sistem tanılama ile yapılır. Risk değerlendirme ölçekleri kullanılarak hastaların risk düzeyleri tespit edilir ve tespit edilen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınır. **Hasta Ön Değerlendirme Ve Tanılama Formu** ile risk değerlendirmeleri yapılarak kayıt altına alınır. Tıbbi öykünün alınması sistem tanılaması ile başlatılır. Günlük gözlem formları ile risklerin takibi yapılır.

Hastalarda Klinik Risk Tanılama Amacıyla Kullanılan Skalalar;

- Bası Yarası Risk Tanılama Braden Skalası,
- Düşme riski için Itaki II/ Harizmi,
- Nutrisyon riski için NRS200
- Ağrı skalaları
- Bilinç Düzeyi Değerlendirmesinde Glaskow koma skalası
- Ödem Değerlendirme

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>3 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



Yoğun Bakım Hastalarında Bu Skalalara Ek Olarak;

Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesi amacıyla skorlama sistemleri (SOFA) kullanılır.

İkinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde hastalık şiddeti skorlaması için yetişkinlerde APACHE (<https://ybs.saglik.gov.tr/apache.html>), yenidoğan yoğun bakımda Snap-Pe-II Skorlama (<https://ybs.saglik.gov.tr/snap2.html>) yapılır.

6.3. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Yaşanılan olaylardan sonuç çıkarmak, çalışanları geliştirici bir sistem yaratmak ve böylece değişen, gelişen, kendini yenileyen dinamik bir ekip olması sağlanmaktadır. İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminde; deneyimle öğrenme, hatalardan öğrenme, birlikte öğrenme ve başkalarından öğrenme felsefesi vardır. Hastanede meydana gelen kaza ve hatalar, hasta ve çalışanlar için risk oluşturur. Kazaların olumsuz etkilerini ve tekrarlamasını önlemek için risk değerlendirmeleri yapılarak önlemler alınır. Gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimini yapılması sağlanarak, kök neden analizi yapılarak, gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. “Güvenlik Raporlama Sistemi İşleyiş Prosedürü” doğrultusunda İstenmeyen Olay Bildirimi Güvenli Raporlama Sistemi sayfasında ilgili segme tıklanarak açılan form doldurularak, gönderenin belli olmadığı ve güvenli şekilde yapılır. İstenmeyen olay bildirimleri, çalışan görüş önerilerinin bildirim ve iyileştirme faaliyetleri açısından önemlidir. Çalışanlara, istenmeyen olaylar ve güvenli bildirim sistemi eğitimi verilir ve düzenli aralıklarla analizleri yapıp ilgili toplantılarda değerlendirilir.

6.4. Kalite Güvencesi

Hastaların beklentilerini ve isteklerini gerçekleştirebilmek yönetimin ana hedeflerinden biridir. Bu hedefe daima ulaşmak için sürekli kalite iyileştirmeleri ile devamlılığı sağlanmak amaçtır. Hastaya verilen tıbbi hizmette “önce zarar vermeme, yarar sağlama” prensibiyle uygulama yapmak, hastaların beklentilerini ve isteklerini gerçekleştirebilmek;

- Hasta odaklılık
- Kaliteli hizmet
- Klinik verimlilik ve etkinliği ölçmek
- Klinik uygulamalardan sorumlu olma
- Kullanıcıların, bakım vericilerin ve halkın klinik kararlara katılımı ile mümkündür.

Kalite güvencesinin amacı, hastanede, kaliteyi doğrudan veya dolaylı etkileyen süreçleri zincir olarak ele alıp, kalitenin sürekliliğini sağlamak ve hastanenin hedeflenen kalite düzeyini asgari maliyetle elde edebilmesini sağlayacak çabaları başlatmak, eş güdümü sağlamak ve sonuçları sürekli izleyerek gereken önlemleri almaktır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>4 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



Hastanede sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece yasal olarak yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliği sağlanır.

Hastanenin büyüklüğüne ve işin kapsamıyla orantılı tüm birimler dâhil edilerek bir organizasyon yapısı oluşturulur. Her bölümün bölüm kalite sorumlusu bulunur. Hastanede tüm fonksiyonlar ve bunların içereceği faaliyetler bir bütün olarak ele alınır, ilişkileri belirlenir ve aşamaları saptanır. Üst yönetimce onaylanan planın uygulaması yılda iki kez düzenlenen öz değerlendirme ile değerlendirilir. Bu değerlendirmenin nasıl yapılacağı, kimlerin katılacağı ve değerlendirme sonuçlarının nasıl uygulamaya dönüştürüleceği de ayrıca belirlenir ve ilgililere duyurulur.

Hastane öz değerlendirme sonuçları değerlendirilir; eksiklikler, uygunsuzluklar varsa düzeltilir ve kalite iyileştirme çalışmaları yürütülür. Merkezi değerlendirme her yıl, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı sertifikalı değerlendiricileri tarafından yapılır.

6.5. Klinik Etkinlik

Klinik etkinlik; bir tedavinin amacına ulaşmada ne kadar başarılı olduğunun bir ölçüsüdür. Hastanede klinik etkinlik; klinik kalite göstergeleri ile ölçülür.

Klinik kalite göstergesi; doğrudan sağlık olgusuna odaklanan, verilen sağlık hizmetinin çıktıları hakkında somut ve kesin bilgi veren ölçüm aracıdır.

Klinik kalite ölçümü ile; tıbbi hataları önlemeye yönelik politikalar oluşturularak, hasta bakım süreçlerini iyileştirme ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşma gerçekleşmesi hedeflenir.

Hasta bakımına ilişkin süreçlerde; kanıta dayalı protokolleri uygulamak, değerlendirmek önemli yer tutar. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek gibi sonuçlar açısından önemlidir.

Klinik kalite göstergelerinin; Başhekimlik ve Kalite Direktörlüğü organizasyonunda, hekimler ve ilgili birim sorumluları ile görüşülerek veri kontrolü ve takibi yapılır. Bakanlıkça seçilen olgulara yönelik belirlenen klinik kalite göstergelerinin verilerinin izlenmesi, analizi, raporlanması ve ilgili birimlere geri bildirimlerde bulunulması şeklinde ölçülür ve gerekli iyileştirme çalışmaları Klinik Kalite İyileştirme Komitesi tarafından yapılır.

Kalite Yönetim Direktörlüğü; direktör, koordinatör ve birim sorumlularından oluşan yapılandırılır. Başhekimliğe bağlı çalışır. Klinik Kalite göstergelerine ilişkin aşağıdaki görevleri de yürütür:

- Klinik kalite iyileştirme komitesinin sekreteryasını yürütmek
- Komite üyelerine bilgilendirme eğitimin yapılması
- Hastane klinik kalite raporlarının hazırlanması
- Klinik kalite iyileştirme komitesi toplantılarının planlanması ve gerçekleştirilmesi

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>5 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- Toplantı kararlarının raporlanması
- İyileştirme faaliyetleri için DÖF takibinin yapılması
- Klinik kalite süreçleri ile ilgili Bakanlıkça verilen talimatlar doğrultusunda uygulamaların kuruluşta gerçekleştirilmesini sağlamak
- Bakanlık tarafından belirlenen klinik kalite kurumsal yapısı, resmi yazılar, mevzuatlar kapsamında klinik kalite uygulamalarının kuruluş çalışanlarına iletilmesi, yürütülmesi
- Sağlık kuruluşu düzeyinde, klinik kalite süreçleri ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerektiğinde eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesini koordine etme
- Hastane çalışanlarının klinik kalite uygulamaları hakkında bilgilendirilmesi
- Uygulama sırasında problemlerle karşılaşılması durumunda İl Sağlık Müdürlüğü ya da Sağlık Bakanlığında eğitim talebinde bulunulması
- USS veri sorumlusu ile koordineli olarak, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair süreçleri takip etmek
- Hastaneye ait KDS gün sonu raporları, aylık ve dönemsel raporların izlenmesi ve analiz edilmesi
- Hedef değerden sapma gösteren göstergelerde kök neden analizinin yapılması
- SBYS'ne veri girişlerinin kontrol edilmesi, Bakanlık talimatları doğrultusunda veri girişlerinin sağlanması
- Veri girişleri ve doğru veri girilmesi hakkında gerekirse eğitimlerin verilmesi veya verdirilmesi
- Doğru veri girişleri için denetimlerin yapılması
- Kuruluşta karşılaşılan klinik kaliteye ilişkin sorunları ve bu sorunlara yönelik düzeltici önleyici faaliyet planlarını üst yönetime ve İl Kalite Koordinatörlüğü, İl Klinik Kalite Birimine raporlamak
- Kurumda yeni açılan ve sonuçlanan DÖF'lerin üst yönetime sunulması
- Yayınlanan raporlar sonrası tüm göstergelerin hedef değer açısından değerlendirilmesi
- Hedeften uzak olan göstergeler için sorunun nedeni, yapılan iyileştirme faaliyetleri ve sonuçları hakkında geri bildirim raporlarının oluşturularak KDS üzerinden Bakanlığa ve Sağlık Müdürlüğüne iletilmesi
- Sağlık Müdürlüğü tarafından istenilen klinik kalite raporlarının hazırlanması
- Uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesini koordine etmektir.

Klinik Kalite İyileştirme Komitesi; ilgili sağlık olgusu alanında hizmet veren sağlık kuruluşlarında “Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi” çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek, koordine etmek, iyileştirmeye ilişkin kararları almak ve uygulamasını takip etmek üzere, sağlık kuruluşlarında oluşturulan yapıyı ifade eder. Komite görev tanımı Klinik Kalite İyileştirme Komitesi Görev Tanımı ile yapılmıştır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>6 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



Komite aşağıdaki üyelerden oluşur;

- Yönetim Kurulu Başkanı
- Başhekim
- Satın Alma Komisyonu Başkanı
- Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü
- İdari ve Mali Hizmetler Müdürü
- Kalite ve Akreditasyon Birim Sorumlusu

6.6. Kurumsal ve Bireysel Gelişim

Kurum; vizyon, misyon, amaç ve hedefleri doğrultusunda, kurumsal olarak ilerlemeyi sağlaması için tüm çalışanlarına şimdi ve gelecekte ortaya çıkabilecek gereksinimlerini karşılamak, bilgi ve becerilerini ilerletmek, tutum ve davranışlarını istenen şekilde değiştirmeye yönelik faaliyetler planlar.

Eğitim programı; sürekli değişim ve gelişim sürecinde, çalışanlarda örgütsel bağlılığın artması, doğru davranış kalıplarının yerleşmesi, artan iş birliği, mesleki gelişim gibi konularda da faydalı olur. Eğitimler, tüm çalışanları kapsayacak şekilde planlanır. Alanlarına ilişkin eğitimler ile sağlık çalışanları değişim ve yenilikleri takip eder, gerekli yetenek ve becerilerle donanmış olarak verdikleri hizmetin kalitesini artırır ya da mevcut kalitelerini sürdürebilirler. Eğitim aracılığı ile artmış yetkinlikler, hatasız, etkili ve verimli sağlık hizmeti sunma yönünde sağlık çalışanlarını destekler.

Kurumsal ve bireysel gelişim açısından verilen eğitimler şu şekilde sınıflandırılabilir:

Oryantasyon eğitimi: Hastanemizde işe yeni başlayan ya da kurum içi bölüm değiştiren çalışanlara ilk günlerde uygulanan, süresi işin niteliklerine göre değişiklik gösteren, çalışanlara kuruma adaptasyon ve iş ile ilgili temel bilgi ve beceri kazandırarak hastaneye uyumunu kolaylaştırmayı amaçlayan eğitimler düzenlenir. Bu yöntem, sağlık personelinin korku ve herhangi bir belirsizlik durumu içerisinde olmadan yetki, görev ve sorumluluklarını hasta ve çalışan güvenliği prensipleri içerisinde nasıl yerine getirebileceğini öğrenmesini sağladığı için önemlidir. Kurum içi yer değiştirmede birime yeni başlayan çalışana, işleyiş, süreçler, yapılması ve dikkat edilmesi gereken hususlar, ast-üst ilişkileri, yazışma teknikleri, ekip üyeleri ile tanışma ve entegre olma gibi alanlarda işe alıştırma eğitimi verilir. Örneğin yeni başlayan bir doktor ya da hemşire, kurumsal tanımla alakalı tüm konular Hasta Güvenliği, İlaç Güvenliği, Transfüzyon Hizmetleri, Çalışan Güvenliği, Sağlıkta Kalite Standartları Bilgilendirmesi, İstenmeyen Olay Bildirimleri, Hasta Hakları ve Sorumlulukları, İletişim, Laboratuvar Güvenliği vb. kullanılan formlar ve dijital kayıtlar, yatış ve taburculuk hizmetleri gibi birçok konuda oryantasyon eğitimi alır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>7 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



Hizmet içi eğitim: Bakanlıkça belirlenmiş ve SKS kapsamında zorunlu eğitimler ve kurumun kendi iç ihtiyaçlarını zamanla gözlemlemesi ile ihtiyacına karar verilmiş ve Eğitim Komitesi kararlaştırılmış, çalışanlara bölüm bazında veya genel olarak verilen eğitimlerdir.

Kurum dışında eğitim: Kurum dışında düzenlenen eğitim programlarında (Sertifika eğitimleri, Konferans, Seminerler ve Kongre vb) çalışanlar günlük iş hayatlarının etkisinden ayrılarak nesnel düşünme, tartışma ve genel ilkeler üzerine kurum içinde verilen eğitime oranla daha fazla odaklanır. İş dışı eğitimler Sağlık Bakanlığı, çeşitli dernekler ve örgütler tarafından yıl içinde belirsiz aralıklarla verilir.

6.7. Hastanemiz Tarafından Belirlenen Hasta Bakım Prosedürleri ve Talimatları

- Hasta Kimliğinin Tanımlanması Ve Doğrulanması Prosedürü
- Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Prosedürü
- Düşme Riski Önleme Prosedürü
- Güvenli Hasta Transferi Prosedürü
- Konsültasyon Prosedürü
- Güvenli Cerrahi Uygulama Prosedürü
- Hasta Bakım Süreçleri Prosedürü
- Palyatif Bakıma İhtiyaç Duyan Hastaların Yönlendirilmesi Prosedürü
- Ameliyathane Dışı Sedasyon Ve Analjezi Uygulamaları Prosedürü
- Cerrahi Uygulama Sonrası (Postop) Bakım Süreçleri
- Ağrı Yönetimi Prosedürü
- Cerrahi Uygulama Öncesi (Preop) Hasta Hazırlığı Ve Bakım Süreçleri
- Nutrisyonel Destek Prosedürü
- Yara ve Yara Bakım Prosedürü
- Yanıklı Hasta Bakım Prosedürü
- Biyokimya Laboratuvarı İşleyiş Prosedürü
- İlaçların Güvenli Yönetimi ve İşleyiş Prosedürü
- İlaç Uygulamalarında Doğrulama Prosedürü
- Narkotik İlaç Yönetimi ve Muhafazası Prosedürü
- Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetimi Prosedürü
- İlaçların Eczaneye İadesi Prosedürü
- Son Kullanma Tarihi Geçmiş İlaçların ve İlaç Atıklarının İmhası Prosedürü
- Merkezi Sterilizasyon Ünitesi İşleyiş Prosedürü

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>8 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Merkezi İşleyiş Prosedürü
- Genel Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürü
- Koroner Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürü
- Yenidoğan Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürü
- Çalışanları Mesleki Enfeksiyonlardan Koruma ve Standart Önlemler Prosedürü
- İzolasyon Yöntemleri Prosedürü
- El Hijyeni ve Gereksinimi Talimatı
- Operasyon Öncesi Hastanın Cilt Hazırlığı ve Steril Örtülmesi Talimatı
- Yara Bakımı Ve Pansuman Uygulama Talimatı
- Periferik Venöz Kateter Uygulama Ve Bakım Talimatı
- Güvenli Hasta Transferinde Hasta Devri Talimatı
- Acil Arabası Ve Acil Çantası Kontrol Talimatı
- Özellikli Hasta Grubundaki Mevcut Hastaların Bakım Talimatı
- Hasta Transferi Talimatı
- Mikrobiyolojik Örnek (Kültür) Alma Talimatı
- Bası Yarası Risk Tanılama Ve Bakım Talimatı
- Düşme Riski Değerlendirme Talimatı
- Hasta Ayak Bakımı Talimatı
- Numune Alma Ve Transferi Talimatı
- Ameliyat Öncesi Hastaya Ait Çıkarılabilen Protezlerin Ve Değerli Eşyanın Teslim Süreci Talimatı
- Doğum Öncesi, Doğum Süresi ve Doğum Sonrası Süreçlerin İşleyişi Talimatı
- Nöbet Kuralları Talimatı
- Santral Venöz Kateter Uygulama Ve Bakım Talimatı
- Üriner Kateter Uygulama Ve Bakım Talimatı
- Nazogastrik Sonda Uygulama Ve Bakım Talimatı
- Hasta Ağız Bakımı Talimatı
- Hasta Göz Bakımı Talimatı
- Tam Vücut Banyosu Uygulama Talimatı
- Hasta Baş Banyosu Uygulama Talimatı
- Enteral Nutrisyon Talimatı
- İlaç İstem Süreci İşleyiş Talimatı
- Sözel ve/veya Telefonla Order Alma Talimatı

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>9 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- İlaçların Güvenli Uygulanması Talimatı
- Parenteral Nutrisyon Talimatı vb. SKS kapsamında hazırlanan diğer prosedürler ve talimatlardır.

6.8. Ulusal ve Hastanemiz Tarafından Kabul Edilmiş Klinik Göstergeler ve Hedefleri

Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi baz alınarak hazırlanan ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından takip edilen klinik kalite performans göstergeleri, Karar Destek Sisteminde (KDS), SİNA ve HBYS Klinik Kalite Göstergeleri sayfasından analiz edilerek 3'er aylık ve yıllık olarak oluşturulan ve sağlık kuruluşunun klinik kalite başarısını gösteren raporlardır. Klinik Kalite Göstergeleri veri analizleri ile takip edilir, Klinik Kalite Komitesi tarafından değerlendirilir. Gerekğinde iyileştirme çalışmaları yapılır. TÜR-GÖS sistemine veri girişi yapılır.

Bunlar;

Diz Protezi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Diz protezi cerrahisine yönelik klinik kalitenin izlenmesi için standart ve göstergeler geliştirilmiştir. Bu göstergeler hazırlanırken amaç diz protez cerrahisi geçiren hastalarda;

- Standart hasta bakımını sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatış sürelerini azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmaktır.

Genellikle geriatrik hasta grubundan oluşan bir popülasyonu ilgilendirmesi sebebi ile kişinin ek kronik hastalığı ile ilişkili kardiyovasküler veya akciğer ilişkili genel komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca, yara yerine bağlı komplikasyonlar, nörovasküler komplikasyonlar, enfeksiyon, periprostetik kırıklar, protezde gevşeme, eklem instabilitesi, hareket kısıtlılığı ve nedeni açıklanamayan ağrı gibi lokal komplikasyonlar ile de karşılaşılabilir.

Gebelik Süreci ve Doğum Klinik Göstergelerinde Hedefler

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amaçlanmıştır.

- Gebeliğin saptanmasından doğuma kadar geçen sürede annenin ve fetusun düzenli ve periyodik kontrollerin yapılmasını sağlamak.
- Gebelik süreci ve doğum takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak
- Anne ve bebek sağlığını korumak

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>10 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- Komplikasyonları azaltmak
- Güvenli doğum eylemini gerçekleştirmek.
- Anne ve bebek ölümlerini azaltmak
- Maliyetleri azaltmak

Diabetes Mellitus Klinik Göstergelerinde Hedefler

- DM tanısı alan hastaların takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak
- DM tanısı alan hasta sayısını kontrol altında tutmak

Kalça Protezi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Kalça protezi cerrahisine yönelik klinik kalitenin izlenmesi için standart ve göstergeler geliştirilmiştir. Bu göstergeler hazırlanırken amaç kalça protez cerrahisi geçiren hastalarda;

- Standart hasta bakımını sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatış sürelerini azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

İnme Klinik Göstergelerinde Hedefler

İnme hastalığının etkin şekilde tedavi ve takibine yönelik kalitenin izlenmesindeki amaç aşağıda belirtilmiştir:

- Hastalarda standart bakımı sağlamak
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>11 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Koroner Kalp Hastalığı Klinik Göstergelerinde Hedefler

KKH tanısı alan hastaların takibinde verilmesi gereken standart bakımı sağlamak.

- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak
- KKH tanısı alan hasta sayısını kontrol altında tutmak

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Klinik Göstergelerinde Hedefler

KOAH'lı hasta takibinde en az olması gereken standart bakımı sağlamak

- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak
- KOAH'lı hasta sayısını kontrol altında tutmak

Katarakt Cerrahisi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Katarakt operasyonu sürecinde standart hasta bakımını sağlamak

- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>12 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



Kolorektal Kanser Klinik Göstergelerinde Hedefler

Kolorektal kanserli hasta takibinde optimum standart bakımı sağlamak

- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Prostat Kanseri Klinik Göstergelerinde Hedefler

Prostat kanserli hasta takibinde en az olması gereken standart bakımı sağlamak

- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak
- Prostat kanserli hasta sayısını kontrol altında tutmak

Çocukluk Çağı Astımları Klinik Göstergelerinde Hedefler

Çocukluk Çağı Astım tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak.

- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Meme Kanseri Klinik Göstergelerinde Hedefler

Meme kanseri tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>13 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Klinik Göstergelerinde Hedefler

Obezite tanılı hastaların veya Bariatrik ve Metabolik Cerrahi işlem yapılan hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak.

- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

Hipertansiyon Klinik Göstergelerinde Hedefler

Hipertansiyon tanılı hastaların takibinde asgari düzeyde olması gereken bakımın standardizasyonunu sağlamak

- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Komplikasyonları azaltmak
- Hasta yatışlarını azaltmak
- Maliyetleri azaltmak
- Hasta yaşam kalitesini artırmak

6.9. Kurumsal ve Bireysel Düzeyde Klinikte Hasta Bakım Uygulamalarını İyileştirmeye Yönelik İhtiyaçların Tespit Edilmesi, Gerekli Eğitim, Araştırma ve Tecrübe Ortamının Oluşturulması

Kurumsal ve bireysel düzeyde klinikte hasta bakım uygulamalarının iyileştirilmesi için sabah ve akşam yapılan hasta teslim vizitleri etkili olmaktadır. Bu vizitler esnasında hastaların bakım ihtiyaçları değerlendirilir ve gerekli olan iyileştirme çalışmaları yapılır. Oryantasyon eğitimi, kurum içi eğitimler, hizmet içi (bölüme özgü) eğitimler ve kurum dışı yeterlilik eğitimleri (Yoğunbakım Hemşireliği, NRP, Enfeksiyon Hemşireliği vb.) verilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>14 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



Kliniklerde ve yoğun bakımlarda takip edilen göstergeler:

- DÖF sonuçlandırma oranı
- Eksiksiz doldurulan mavi kod olay formu oranı
- Eksiksiz doldurulan beyaz kod olay formu oranı
- Eksiksiz doldurulan pembe kod olay formu oranı
- Mavi kodda üç dakika içinde olay yerine ulaşma oranı
- Beyaz kodda olay yerine ortalama ulaşma süresi
- Personelin eğitimlere katılma oranı
- Uyum eğitimlerinin gerçekleştirilme oranı
- Planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranı
- Çalışanlara yönelik şiddet olay oranı
- Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
- Kesici/delici alet yaralanma oranı
- Kurum içi bölüm değiştiren personel oranı
- Kurumdan ayrılan personel oranı
- Personelin sağlık taramalarının tamamlanma oranı
- Hasta düşme oranı
- Basınç yarası oranı
- İlaç hatası oranı
- El hijyeni uyum oranı
- El hijyeni malzemesi tüketim oranı
- Santral venöz katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu hızı
- Üriner katater ilişkili idrar yolu enfeksiyonu hızı
- Prosedür spesifik cerrahi alan enfeksiyonu oranı
- Cerrahi antibiyotik profilaksisi uygunluk oranı

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>15 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- İmha edilen kan ve kan bileşeni oranı
- Kontrast madde ile çekilen tomografi oranı
- Tekrarlanan röntgen çekim oranı
- Acil servise yeniden başvuru oranı
- Acil serviste ortalama müşahede süresi
- Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi
- Hasta sevk oranı
- Ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı
- Güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun kullanım oranı
- Anesteziye bağlı komplikasyon oranı
- Yoğun bakım ünitelerinde basınç yarası oranı
- Yoğun bakım ünitelerinde mortalite oranı
- Yoğun bakım ünitelerine yeniden yatış oranı
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde doğumdan itibaren ilk 6 saatte kolostrum verilen bebek oranı
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden sadece anne sütü olarak taburcu edilen bebek oranı
- Primer sezeryan oranı
- Risk düzeyine göre sezeryan sonrası (VTE) profilaksisi uygulanma oranı
- Risk düzeyine göre vajinal doğum sonrası (VTE) profilaksisi uygulanma oranı
- Vajinal doğumda obstetrik travma oranı
- Güvenli doğum kontrol listesi kullanım oranı
- Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde ten tene temas uygulanan anne-bebek çifti oranı
- Sadece anne sütü olarak taburcu edilen bebek oranı
- Düşen hasta oranı (FTR)
- Taburculuğundan sonraki ilk 30 gün içinde aynı tanı ile yeniden yatış oranı
- Biyokimya laboratuvar testlerinde reddedilen numune oranı

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.PR.01</i>	<i>28.01.2021</i>	<i>01</i>	<i>03.11.2022</i>	<i>16 / 17</i>



Özel EKOL HASTANESİ

KLİNİK YÖNETİŞİM PROSEDÜRÜ



- Biyokimya laboratuvar hizmet sürecinde kaybolan numune oranı
- Biyokimya laboratuvarı iç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk sayısı
- Biyokimya laboratuvarı dış kalite değerlendirme çalışmalarında uygunsuzluk sayısı
- SBYS arızalarına ortalama müdahale süresi
- SBYS'nin devre dışı kaldığı süre
- Eksiksiz hasta dosyası oranı

Göstergeler hasta bakım uygulamalarının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik ihtiyaçların tespitinde önemlidir ve analizler iyileştirme çalışmalarında kullanılır.

Tüm bu ihtiyaçların tespit edilmesinin ardından, çalışanlara ve hastalara gerekli eğitim, araştırma ve tecrübe ortamı sağlanır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Kardelen ASMA	 Kalite Koordinatörü Yeşim İNCİ	 Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KU.PR.01	28.01.2021	01	03.11.2022	17 / 17