



İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_07	02.01.2023	-	-	3

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Koordinatörü	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_07	02.01.2023	-	-	3

1. **AMAÇ:** Bu prosedürün amacı hastanedeki her yönetim seviyesinde performansın ölçümü ve değerlendirilmesi için gerekli istatistiksel yöntemlerin belirlenmesidir. Gerek hizmet süreçlerinin sürekli iyileştirilmesi, gerek problemlerin tespiti ve çözümü için istatistiksel değerlendirmeler yapılacaktır.
2. **KAPSAM:** Doküman İstatistiksel Yöntemler sistemine ilişkin faaliyetleri kapsar.
3. **KISALTMALAR:-**
4. **TANIMLAR: -**
5. **SORUMLULAR:** Prosedürden tüm çalışanlar sorumludur.
6. **FAALİYET AKIŞI**
 61. **Takımların Belirlenmesi**

İstatistiksel değerlendirmelerin yapılması için öncelikle takımların ve bu takımlarda görev alacak kişilerin belirlenmesi gerekir. Söz konusu takımlar, yönetimin kuracağı proje takımları olabileceği gibi, kurulan süreç takımlarının içinde de bulunabilecektir. Performans verilerini toplayacak olan takımlar Problem Çözme Teknikleri (PUKO vb.) Eğitimini alırlar. Süreç ya da proje takımları, yapılacak istatistiksel çalışmaları iki ana yaklaşım içinde toplayabilirler.
 611. **Süreç Sırasında Yapılan Kontroller:** Hastanede belirlenmiş herhangi bir hizmet sürecinde, sürecin akış şeması üzerinde, önceden belirlenmiş takım üyelerince kontrol altında tutulması gereken anahtar faaliyetler belirlenir.
 612. **Son Kontroller:** Hizmet süreçlerinde belirlenmiş faaliyetlerin tümünün planlandığı şekilde, zamanında ve eksiksiz yerine getirilip getirilmediği belirlenen takım tarafından sunulan hizmetin son kontrolü anlamında değerlendirmeye alınacaktır.
 62. **Veri Toplama**
 621. **Amaçların Belirlenmesi:** Yapılacak istatistik çalışmalarda öncelikle veri toplama amaçları , hangi yaklaşımla veri toplanacağı süreç ya da proje takımları tarafından belirlenir. Verilerin niçin toplanacağı, ne tür verilere ihtiyaç olduğu, bu verilerin iç ve dış müşteri memnuniyetini artırmada ne gibi etkilerinin olacağı tespit edilir.
 622. **Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi:** Amaca uygun olarak hangi verilerin nerelerden ve nasıl toplanacağı, nasıl kaydedileceği, örnek büyüklüğü ve örnekleme aralığı tespit edilir. Veri toplamada iç ve dış müşterilerle yapılan anket çalışmaları, gözlem ve ölçümler, hareket ve zaman etütleri, bilgisayar kayıtları gibi araçlar kullanılır.
 - a) **Planlama:** Veri toplama çalışmasının kimler tarafından ve ne kadarlık bir süre içinde yapılması gerektiği planlanır.
 - b) **Veri Toplama:** Yukarıda belirtilen amaç, yöntem ve plan doğrultusunda veriler manuel formlar kullanılarak ya da sistem veri tabanından çekilerek toplanmaya başlanır. Toplanan veriler kontrol edilerek proses yönetim kartlarına kaydedilir.
 63. **Veri Analizi**

“Kalite İndikatörleri Takip Prosedürü” nde belirtilen indikatör yönetim kartlarına kaydedilen veriler, amaca uygun yöntemlerle değerlendirilip analiz edilerek Kalite



İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_07	02.01.2023	-	-	3

Bölümü'ne gönderilir. Kalite Bölümü tarafından Kalite Konseyine raporlanır, konseyde düzeltici ve önleyici planlar yapılır. Sentinel olaylarda verilerin analizi Hasta güvenliği komitesinde görüşülür, "**Olay Bildirim Prosedürü**" ne göre hareket edilir. **Analiz için kolaylaştırıcı araçlardan bazıları aşağıda belirtilmektedir.**

- 631. Histogram:** Ölçülebilir bir nitelik ile ilgili gözlem değerlerinin dağılımını gösteren bir çubuk grafiğidir. Süreçlerin yapısında olan değişkenliği anlamak ve sorunların kaynağı hakkında teoriler geliştirmek için kullanılır.
- 632. Pareto Şeması:** Problemleri veya meydana geliş sebeplerini önem ve sıklık sırasına göre gösteren bir araçtır.
- 633. Kök Neden Analizi:** Bir problemin veya uygunsuzluğunun kök nedenin belirlenebilmesi için sürecin detaylı analiz edilmesidir. Kök Neden Analizi yapılırken "**Kök Neden Analizi (KNA) Formatı**" kullanılır.
- 64.** Kolay anlaşılır, uygulanabilir olması sebebiyle grubumuzda iyileştirme metodolojisi olarak PUKO döngüsü kullanılır. PUKÖ aşağıdaki gibi tanımlanır,
P- Planlama
U- Uygulama
K- Kontrol Etme
Ö- Önlem Alma
PUKO çalışmasında "**PUKÖ Döngüsü İle Kalite İyileştirme Çalışması Formu**" kullanılır
- 641. Planlama:** belirli bir zaman diliminde gerçekleştirileceklerin ve belirlenen hedefe ulaşmak için gerekli olanların planlanmasıdır. Problem çözme teknikleri kullanılarak iyileştirme konusu belirlenir. Durum değerlendirmesi yapılır ve hedefler belirlenir. Mevcut duruma yönelik veriler, veri toplama teknikleri kullanılarak toplanır.
- 642. Uygulama:** Süreç kapsamındaki faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Çözüm önerileri uygulamaya koyulur. Maliyet gerektiren sonuçların etkinliğinden emin olunmadığı durumlarda pilot bölge uygulaması yapılır.
- 643. Kontrol Etme:** Planlanmış ve istenilen çıktılar ile elde edilen sonuçların kontrol edilmesi; başarılı olunması halinde uygulama planının standardize edilmesi, aksi durumda geliştirme için planlama amacıyla döngüye devam edilmesidir. Uygulamaya alınan yöntemin etkinliği belirlenen kriterler (maliyet, kalite, verimlilik vb) doğrultusunda değerlendirilir.
- 644.** Kontrol sonuçları doğrultusunda çıkan/olası aksamalar tespit edilerek önlem alınır. İyileştirme faaliyeti sonucunda elde edilen sonuçlar uygun bulunduğu gerekli standardizasyon sağlanır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 71.** Kalite İndikatörleri Takip Prosedürü
72. Olay Bildirim Prosedürü
73. İndikatör Yönetim Planı
74. Kök Neden Analizi Formatı
75. PUKÖ Döngüsü İle Kalite İyileştirme Çalışması Formu