

Sağlık hizmetinin gizli ajanları: Kalite göstergeleri

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van'da hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2016 yılları arasında Sağlık Bakanlığında performans, kalite ve sağlık finansmanı konularında daire başkanlığı ve genel müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2016 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuna geçti. Güler, Uluslararası Kalite ve Akreditasyon Derneğinde Yönetim Kurulu Başkanı ve UHGSfam Başkan Yardımcılığı görevlerini yürütmektedir.

Ercan Koca



İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun oldu (2007). Sağlık sektöründe eczacılık ve mesul müdürlük yaptı. 2012'de T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına geçti. Sağlıkta kalite ve akreditasyon standartlarının geliştirilmesi, Path, Duque, Crabs benzeri uluslararası iş birliği projeleri ve ISQua akreditasyonu süreçlerinde rol aldı. Halen Uluslararası Kalite ve Akreditasyon Derneğinde Yönetim Kurulu Üyesi ve Dış İlişkiler ve Ar-Ge Başkanı görevlerini sürdürmektedir.

Doç. Dr. Mücahit Avcil



Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (2002). Uzmanlığını Süleyman Demirel Üniversitesi Acil Ana Bilim Dalı'nda tamamladı. İzmir Bozyaka EAH ve Kütahya Evliya Çelebi EAH'da acil tıp uzmanı olarak çalıştı. 2011 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesinde göreve başladı. 2014-2015 arasında hastane başhekimliği ve rektör danışmanlığı yaptı. Halen Acil Tıp ABD'de akademik çalışmalarına devam eden Avcil aynı zamanda Uluslararası Kalite ve Akreditasyon Derneğinde Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısıdır.

Ortak ve üzerinde anlaşılabilir operasyonel bir tanımla bulunmamasına karşın sağlık hizmetleri açısından kalite kavramının tanımına kısaca verecek olursak Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlıkta kalite; bireylere ve hasta nüfusa verilen sağlık hizmetinin kapsamının istenen sağlık sonuçlarına ulaştırmasıdır. Tanıma ek olarak ayrıca "Bunu başarmak içinse sağlık hizmetinin verimli, etkili, adil ve insan merkezli olması gerekir." vurgusuna yer vermektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin bir diğer tanımında ise sunulan hizmetin etkili, güvenli, mükemmellik kültürü esasına sahip olma ve beklenen sonuçları karşılama ilkelelerini temel alan "mükemmellik kültürünü yansıtan, optimal veya istenen sağlığa ulaşılmasıyla sonuçlanan etkili ve güvenli bakımın değerlendirilmesi ve sağlanması hizmeti" şeklinde ifade edilmektedir.

Bu tanımdan hareketle kaliteli sağlık hizmeti sunumu dünyanın her yerinde gelişmişlik düzeyinin olduğu kadar insana verilen değer de bir nişanesi olduğu ifade edilebilir. Kalite tanımında yer alan hususların gerçekleşme düzeyini belirlemek, küresel dil birliğini sağlamak ve gelişimi teşvik etmek için bilimsel ve standardize edilmiş göstergeler kullanılarak gerçekleştirilen ölçümler en güçlü enstrümanlardır.

Temel olarak göstergeler, herhangi bir konunun sayısallaştırılması suretiyle nitel veya nicel yönden ölçülebilir hale getirilmesini ve başarı düzeyinin ortaya konulmasını sağlayan araçlardır. Türkçe bir isim olan "gösterge" teriminin kökeni, Latince de işaret eden veya gösteren anlamına gelen "indicatör" kelimesine dayanmaktadır. Türk Dil Kurumu tanımıyla; bir gelişimi gösteren nicelikler veya değerler arasındaki iliş-

ki, endeks, indeks, bir şeyi belirtmeye yarayan şey, belirti, im, işaret şeklinde ifade edilmektedir. Konu ölçme ve iyileştirme olduğunda ise göstergeden sonra ilk olarak "hedef" terimi karşımıza çıkmaktadır. Hedef değer, herhangi bir konuda elde edilmek istenen sonucu gösteren veya ulaşılmak istenen yeri belirten nitel veya nicel bir tanımlayıcıdır. Göstergeler ile hedefler tam anlamıyla ayrılmaz bir ikilidir. Çünkü doğru analizler ve anlamlı sonuçların elde edilmesi, gösterge sonuçlarının, hedef değerlerle birlikte istatistiksel analiz metotları kullanılarak değerlendirilmesi ile mümkündür. Göstergeler, genel işlevlerine göre yapı, işleyiş ve sonuç göstergeleri olarak üçe ayrılırlar. Sağlık hizmeti, diğer sektörlere kıyasla multidisipliner ve birbiriyle farklı noktalardan bağlı karmaşık daha fazla sayıda süreci barındırır. Bu sebeple esas olarak işlevi değişmese de sağ-

lık alanında gösterge sınıflandırmanın daha çok süreç (koruyucu bakım, tanı, tedavi), izlenen faktör (hasta güvenliği, çalışan güvenliği, verimlilik) veya alan (birey, bölüm, branş, tesis, il) benzeri daha özelleştirilmiş boyutlar bazında gerçekleştirildiğini görmekteyiz.

Konu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi olduğunda, sistemin tüm aşamalarının bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Ancak bu makalede, özellikle tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ilişkin sunulan hizmetlerin, göstergeler üzerinden değerlendirilmesi hususu ön plana çıkarılacaktır.

Bilindiği üzere her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de genel olarak kurumsal düzeyde yapılan sistem odaklı çalışmaların uzun vadede daha başarılı olduğu inkâr edilemez bir gerçektir. Ancak bu başarının ortaya konabilmesi için önceden belirlenen alanlara yönelik geliştirilmiş göstergeler üzerinden yapılacak olan ölçüm ve değerlendirmeler için referans değerler gerekecektir. Benzer sağlık tesislerinin standardize edilmiş göstergeler izlemesi, aynı sektördeki paydaşlarla kendilerini kıyaslama imkânı sağlayacak ve daha gerçekçi, tarafsız bir karar mekanizmasına sahip olmalarını sağlayacaktır. Dolayısıyla göstergelerin doğru belirlenmesi zorunluluk arz etmektedir. Bu hususu "Kem âlâta kemâlât olmaz" atasözümüz ile özdeşleştirdiğimizde doğru belirlenmemiş göstergeler üzerinden yapılacak her türlü analiz doğru sonuçlar vermeyeceği gibi gelişime ve ilerlemeye de büyük bir engel teşkil edecektir.

Bilgi yönetim sistemleri, veri kalitesini sağlamada ve tüm süreçlerde büyük bir öneme sahiptir. Özellikle gösterge temelli, yıllık veya dönemsel raporların yayınlanması ilgili alanın gelişiminde öncül bir aktivitedir diyebiliriz. Göstergelerde veri kalitesi büyük önem arz etmekle birlikte sağlık alanında geri ödeme yöntemlerinin ve politikalarının da veri kalitesi noktasında büyük bir etkiye sahip olduğunu söylemek mümkündür.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinde oldukça başarılı bir şekilde gösterge yönetimi sağlansa da tanı/tedavi hizmet alanlarının daha karmaşık ve multidisipliner bir hüviyete sahip olması ve bunun getirdiği zorluklar sebebiyle bu alanlardaki göstergelerin izlenmesi,

sonuçlarının ve performansın değerlendirilmesi noktasında oldukça primitif düzeyde kaldığını görmekteyiz.

Göstergelerin amacına hizmet etmesi için hangi alanda izlemeye ve iyileştirmeye ihtiyaç olduğu öncelikler çerçevesinde belirlenmeli ve bu alanlara yönelik gösterge hüviyetine sahip izleme parametreleri geliştirilmelidir. Burada amaç fazla sayıda gösterge izlemek değil, yönetilebilir, ihtiyacı karşılar nitelikte ve sayıda izlem aracı geliştirmektir.

Uluslararası Örnekler

Gösterge yönetimi konusunda uluslararası örnekler incelendiğinde öncelikli olarak bu alanda yıllardır çalışmalarını sürdüren OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*), WHO (*World Health Organization*) ve AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) gibi kuruluşlar karşımıza çıkmaktadır. Uluslararası akreditasyon kuruluşlarının belgelendirdiği sağlık tesisleri için belirlemiş olduğu göstergeleri de bu gruba dahil edebiliriz.

OECD'nin sağlık bakım kalitesi göstergeleri dokuz kategoriye ayrılmıştır ve

her kategori altında belirli sayıda gösterge yer almaktadır. Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterge kategorileri ve örnek göstergelere yer verilmiştir.

AHRQ tarafından geliştirilen kalite göstergeleri ise dört ana kategoriden oluşmaktadır ve her kategori altında da belirli sayıda gösterge yer almaktadır. Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterge kategorileri ve örnek göstergelere yer verilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise göstergelerini uluslararası hasta güvenliği eylem planı, el hijyeni programı ve PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) gibi özelleştirilmiş projeler çerçevesinde direkt hedefe yönelik olarak geliştirmektedir. PATH projesinde yer alan örnek kalite göstergeleri Tablo 5'te yer almaktadır.

Türkiye'de ise T.C. Sağlık Bakanlığı, çeşitli sağlık tesislerine yönelik yayınladığı standart setleri, sınıflandırma sistemi, rehberler ve programlar ile gösterge standardizasyonu ve ölçüm kültürünü yaygınlaştırmaya çalışmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmı şunlardır:

Tablo 1: OECD Health Care Quality Indicators (HCQI) Kategorileri

OECD HCQI - Gösterge Kategorileri	
1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Önlenbilir Hastane Kabulleri)	6. Hasta Deneyimleri
2. Birincil Bakım (Reçetelendirme)	7. Kanser Bakımı
3. Akut Bakım	8. Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Bakım
4. Ruh Sağlığı Hizmetleri	9. Demans Sağlık Hizmetleri
5. Hasta Güvenliği	

Tablo 2: OECD Örnek Sağlık Bakım Kalitesi Göstergeleri

OECD HCQI - Örnek Göstergeler
• Konjestif kalp yetmezliği (KKY) nedeniyle hastaneye yatış oranı
• Diyabet (DM) nedeniyle hastaneye yatış oranı
• Diyabet nedeniyle alt ekstremitte amputasyon oranı
• Akut miyokard infarktüsü (AMI) tanısı ile yatışı yapılan hastalarda 30 gün içinde ölüm oranı
• Hemorajik inme tanısı ile yatışı yapılan hastalarda 30 gün içinde ölüm oranı
• İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan hastalarda 30 gün içinde ölüm oranı
• Unutulan cerrahi materyal ya da geri alınmamış cerrahi gereç
• Postoperatif pulmoner emboli
• Postoperatif DVT
• Uzman hekime randevu alabilmek için 4 hafta veya daha fazla bekleyen kişi oranı
• Hekimin, hastayı bakım ve tedavi konusunda kararlara dâhil ettiğini belirten kişilerin oranı
• Meme kanseri 5 yıllık sağ kalım oranı
• Difteri, tetanoz, boğmacaya karşı aşılama oranı

• Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

• Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)

• Türkiye Klinik Kalite Programı

• SİYÖS-TÜRGÖS

• Hata Sınıflandırma Sistemleri

• İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi (İHSSTR)

• Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi (CHSSTR)

• Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi (LHSSTR)

• Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma Sistemi (HGHSTR)

• İlgili Rehber ve Yayınlar

Temel ve Kritik Noktalar

Göstergeler üzerinden yapılacak performans ölçümü ve iyileştirme faaliyetleri için tablo 8'deki başlıklar temel ve kritik öneme sahiptir. Hem kural koyucu ve yönetim erkinin en üst organı olan Sağlık Bakanlığı hem de saha uygulayıcıları başarı elde etmek ve sağlıklı bir monitörizasyon yapmak istiyorlarsa temel ve kritik öneme sahip hususları göz ardı etmeden çalışmalarını yürütmeleri büyük öneme sahiptir. Bu alanın etkisi ve çıktısı anlamında da gereklilik seviyesi çok yüksektir.

Tablo 3: AHRQ Gösterge Kategorileri

AHRQ - Gösterge Kategorileri
1. Önleyici Kalite Göstergeleri
2. Yatan Hasta Kalite Göstergeleri
3. Hasta Güvenliği Göstergeleri
4. Pediatrik Kalite Göstergeleri

Tablo 4: AHRQ Örnek Göstergeler

AHRQ - Örnek Göstergeler
PQI 01 - Diyabet, kısa dönem komplikasyon başvuru oranı
PQI 02 - Perfore apandisit başvuru oranı
PQI 03 - Diyabet, uzun dönem komplikasyon başvuru oranı
IQI 14 - Kalça replasmanı mortalite oranı
IQI 15 - Akut miyokard enfarktüsü mortalite oranı
IQI 16 - Kalp yetmezliği mortalite oranı
IQI 17 - Akut inme mortalite oranı
PSI 07 - Santral venöz kateter ilişkili kan akımı enfeksiyon oranı
PSI 08 - Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı
PSI 11 - Ameliyat sonrası solunum yetmezliği oranı
PSI 12 - Perioperatif pulmoner emboli veya derin ven trombozu oranı
PSI 13 - Ameliyat sonrası sepsis oranı
PSI 14 - Ameliyat sonrası yara açılması oranı
PSI 17- Doğum travması oranı – yeni doğanda zarar
PSI 26 - Transfüzyon reaksiyon hızı

Tablo 5: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) PATH İndikatörleri

PATH - Örnek Göstergeler
Ç1. Sezaryenler
Ç2. Koruyucu antibiyotik kullanımı
Ç3. Ölüm oranları (AMI, felç, toplum kökenli pnömoni, kalça kırığı, koroner arter bypass)
Ç4. Yeniden başvuru (AMI, felç, toplum kökenli pnömoni, kalça kırığı, koroner arter bypass, astım, diyabet)
Ç9. Ameliyathane kullanımı
Ç13. İğne yaralanmaları
Ç14. Personelde sigara içme yaygınlığı
Ç17. Hasta beklentileri

Standart setlerinde yer alan bölüm bazlı göstergeler sağlık tesislerindeki süreçlerin izlenmesine yönelik iken klinik kalite programı çerçevesinde geliştirilen göstergeler ise daha çok tanı/tedavi süreçlerinin detaylarına ve çıktılarına odaklanmaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane setinde yer alan bölüm bazlı ve klinik göstergeler Tablo 6 ve Tablo 7'de yer almaktadır.

Sonuç

Sağlık hizmetinin gizli ajanları olarak nitelediğimiz kalite göstergelerini, bahsedilen hususların yanı sıra maddeler halinde sıraladığımız değerlendirme sonuçları ile birlikte bir bütün olarak içselleştirmek yapılacak faaliyetlerin başarısı ve sürekliliği için büyük önem arz etmektedir.

Tablo 6: SKS-Hastane Bölüm Bazlı Örnek Göstergeler

SKS Hastane - Bölüm Bazlı Örnek Göstergeler	
GBHD01	Hasta Memnuniyet Oranı
GBSÇ01	Çalışan Memnuniyet Oranı
GBSÇ04	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GBSÇ07	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı
GBHB01	Düşen Hasta Oranı
GBHB02	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı (Opsiyonel)
GBEN01	EI Hijyeni Uyumu
GBEN02	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
GBEN03	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu
GBEN04	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay
GBAS02	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
GBAS03	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
GBAH01	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı (Opsiyonel)
GBAH03	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı (Opsiyonel)
GBYB01	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı
GBYB02	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
GBYB03	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
GBDH04	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
GBDİ02	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1.2'den Düşük Olan Hasta Oranı
GBBL03	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBBL04	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBML03	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı (Opsiyonel)
GBML04	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
GBPL01	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı
GBPL02	Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı

1) Standartlaştırılmış ve amaca hizmet eden göstergeler demetleri üzerinden yapılan analiz ve iyileştirmeler, tüm tarafların aynı dili kullanmasını ve sonuçların üzerinde mutabık kalmalarını büyük ölçüde sağlamış olacak ve tartışma alanlarını minimum düzeyde tutacaktır.

2) Sağlıklı bir ön değerlendirme ile ihtiyacı karşılayacak göstergelerin belirlenmesinin eskiye nazaran daha kolay olduğu ve uluslararası örneklerden de bu konuda evrensel ve zengin bir gösterge yelpazesinin ortaya çıktığı görülmektedir. Bu alandaki en değerli aşamanın, sahiplenici bir liderlik mekanizması ve multidisipliner iş birliğinin etkin bir şekilde sağlanması olduğunu söyleyebiliriz.

3) Başarı değerlendirmesi açısından asıl yoğun ve zorlu sürecin elde edilen verilerin bilgiye dönüştürülmesi aş-

ması olduğunu müşahade etmekteyiz. Bundan dolayı hem merkezi otorite hem de sağlık hizmet sunucularının analiz ve iyileştirme süreçlerine daha fazla zaman ayırmaları yapılan çalışmaların istenen değere ulaşmasını sağlayacaktır.

4) Kaliteli sağlık hizmet sunumunun ölçülmesinde büyük öneme sahip olan göstergelerin büyük bir özveriyle, bilimsel normlar ve valide edilmiş istatistiksel metotlar esas alınarak analizi gerekmektedir.

5) Türkiye ölçeğinde yapılan çalışmaların başlangıç noktasında sağlık sistemine önemli derecede katkısı olmakla birlikte göstergelerin etkili ve sistematik kullanımı ve sonuçları itibarıyla tüm paydaşların sorumluluk almasını sağlayıcı şekilde daha fazla üzerinde durulması ve teşvik mekanizmaları ile

desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca sektördeki farklı paydaşların iş birliğiyle standardizasyon ve referans ölçümlere yönelik daha geniş çaplı çalışmaların gerekliliği söz konusudur.

Kaynaklar

1) Allen-Duck, A., Robinson, J.C., Stewart M.W. 2017. *Healthcare Quality: A Concept Analysis. Nursing Forum*, 52(4): pp.377-386.

2) Demir, B. *Sağlığın Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Perspektifi, Yayınlanmamış Makale. 2020.*

3) *Gösterge Yönetimi Rehberi, 2.Baskı. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2015.*

4) Güler, H. *Sağlık Hizmetlerinde Gösterge Yönetimi. 9. SKS Değerlendiricisi Eğitimi Sunumu, Ankara. 2019.*

5) *Kalite İndikatörleri ve SIYÖS. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2014.*

6) *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. 2015.*

7) Şimşir, İ. *Geride Ödeme Mekanizmalarının Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi (Bir Sistem Önerisi) (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi. 2018.*

8) *World Health Organization. How Do We Define Quality Of Care. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/ (Erişim Tarihi: 15.11.2019).*

Tablo 7: SKS Hastane Klinik Kalite Gösterge Örnekleri

SKS Hastane - Klinik Kalite Gösterge Örnekleri	
GKKA11	By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı
GKKA12	By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı
GKKA14	AMI'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi (Opsiyonel)
GKKA15	AMI'da Hastaneye Varış İtibarıyla 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı (Opsiyonel)
GKKA16	AMI'da Hastaneye Varış İtibarıyla 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı (Opsiyonel)
GKKA17	AMI Vaka Ölüm Oranı (Opsiyonel)
GKKK01	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan "Kalça Kırığı Cerrahisi" Oranı
GKKK02	Kalça Kırığı Mortalite Oranı
GKDM01	HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM02	Yılda En Az 4 Kez HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM03	Son Ölçülen HbA1c ≥ 9 Olan Hasta Oranı
GKDM04	Son Ölçülen HbA1c ≤ 7 Olan Hasta Oranı
GKDM05	Son HbA1c Düzeyi %7-9 Arasında Olan Hasta Oranı
GKDM10	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)
GKDM11	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)
GKDM16	Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı (Opsiyonel)
GKIN11	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKIN12	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKIN13	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKIN14	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKKO01	Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı
GKKO08	Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı (Opsiyonel)
GKKO09	Operasyon Sonrası Bir Yıl İçinde Gelişen Dekolman Sıklığı (Opsiyonel)

Tablo 8: Gösterge Yönetiminde Temel ve Kritik Noktalar

Liderlik
SWOT Analizi
Mevcut Durum Tespiti
Hedef Değerin Gerçekçi ve Anlamlı Olması
Beyin Fırtınası
Multidisipliner Yaklaşım
Katılımcılık
Geride Bildirim
Eğitim
Bilgi Sistemlerinin Kullanımı
Kayıt ve Bildirim Sistemi
Verinin Doğruluğu ve Yeterliliği
Analiz Süreci ve Periyot
Kök Neden Analizi-Alt Göstergeler
İyileştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi ve Takibi
Süreklilik
Geride Ödeme İlişkisi