

Gösterge Yönetimi Rehberi

SAS Hemodiyaliz Seti (v3.0/2023)

Ankara, 2026

SAS Hemodiyaliz Seti (v3.0/2023)
Gösterge Yönetimi Rehberi

ISBN: 978-605-70938-7-5

Yazarlar – TÜSEB

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Bu rehber hazırlanırken, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0)'nden yararlanılmıştır.

© Bu kitabın her türlü yayın hakkı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne aittir. Enstitünün yazılı izni olmadan, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
E-posta: tuskastandart@tuseb.gov.tr
Web: <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/>

Editörler

Ümit KERVAN, Prof. Dr.
Bayram DEMİR, Doç. Dr.

Hazırlayanlar

Abdullah ÖZTÜRK, Dr.
Bayram DEMİR, Doç. Dr.
Büşra BOZKURT, Uzm.
Dilek TARHAN, Uzm. Dr.
Hasan GÜLER, Dr.
Hasip YALÇIN, Müh.
Keziban AVCI, Prof. Dr.
Seval ÇİFTÇİ, Uzm. Hem.
Umut BEYLİK, Prof. Dr.
Yasemin KURUMLU, Dr.
Zuhal ÇAYIRTEPE, Dr.

* İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.

SUNUŞ

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında en etkili araçlardan biri, doğru şekilde tanımlanmış ve düzenli olarak izlenen kalite göstergeleridir. Kalite göstergeleri, sunulan sağlık hizmetlerinin performansını ölçülebilir hâle getirerek karar verme süreçlerinin nesnel verilere dayandırılmasını ve sürekli iyileştirme faaliyetlerinin etkin biçimde yürütülmesini amaçlamaktadır. Bu kapsamda gösterge yönetimi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ile hizmet kalitesinin geliştirilmesinde kritik bir rol üstlenmektedir.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından geliştirilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hemodiyaliz Seti kapsamında tanımlanan göstergeler; sağlık tesislerinde yürütülen klinik, yönetsel ve destek süreçlerinin bütüncül bir yaklaşımla izlenmesini, analiz edilmesini ve iyileştirme alanlarının belirlenmesini hedeflemektedir. Bununla birlikte gösterge yönetimi, ulusal kalite standartları ile uluslararası kalite ve hasta güvenliği uygulamaları arasında uyumlu bir yapı oluşturulmasına olanak tanımaktadır. Ayrıca sağlık tesislerinin hizmet profilleri doğrultusunda göstergeleri yorumlaması ve elde edilen sonuçları iyileştirme çalışmalarına yansıtması, kalite kültürünün kurumsal düzeyde güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Göstergeler aracılığıyla sağlık tesisleri, mevcut performans düzeylerini belirlenen hedefler ile karşılaştırabilmekte ve gelişim alanlarını sistematik biçimde ortaya koyabilmektedir.

Sağlık tesisleri için yol gösterici bir kaynak niteliği taşımayı hedefleyen Bu Rehber ile sağlık tesislerinde ölçme ve değerlendirme süreçlerinin güçlendirilmesi, ve sunulan sağlık hizmetlerinin sürekli geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Rehberin tüm paydaşlarımıza faydalı olmasını temenni ederiz.

Doç. Dr. Bayram DEMİR
TÜSKA Başkanı

Giriş

TÜSKA akreditasyon sistemi; hasta güvenliği, klinik etkinlik, yönetim, risk yönetimi ve kurumsal performans alanlarında ölçülebilir, izlenebilir ve karşılaştırılabilir göstergelerin kullanılmasını esas almaktadır. Bu doğrultuda, etkili bir gösterge yönetim sistemi, sağlık tesislerinin mevcut durumunu objektif verilerle ortaya koymasına imkân sağlamaktadır. Ayrıca kurumsal süreçlerin düzenli olarak izlenmesine, güçlü yönlerin belirlenmesine ve iyileştirmeye açık alanların sistematik biçimde tespit edilmesine katkı sunmaktadır. Bu bağlamda TÜSKA tarafından sağlık tesisleri için belirlenen göstergeler, sağlık hizmetlerinin standartlarına uyumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından temel bir yönetim aracı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu rehberde standart maddeleri ile ilişkili göstergelerin belirlenmesi, ölçümün gerçekleştirilme metodu, veri toplama ve doğrulama süreçlerinin yapılandırılması, analiz ve raporlama mekanizmalarının geliştirilmesi ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Bunun yanında kurumların akreditasyon hazırlık düzeylerinin güçlendirilmesi, kalite yönetim sistemlerinin etkinliğinin artırılması ve kurumsal olgunluk düzeylerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu rehber, yöneticiler, kalite yönetim birimleri ve akreditasyon ekipleri için uygulamaya yönelik temel bir başvuru kaynağı niteliği taşıdığı gibi kurumsal düzeyde kalite ve ölçüm kültürünün yerleşmesine de katkı sağlayacaktır.

1. Gösterge Yönetiminin Amaç ve Önemi

Sağlık tesislerinde kalite, sunulan hizmetlerin güvenli, doğru, ölçülebilir ve sürekli iyileştirilebilir olmasıyla önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda gösterge yönetimi, sağlık hizmeti boyutlarının nesnel verilerle izlenmesini sağlayan temel kalite araçlarından biridir. Göstergeler, sağlık hizmeti sunum süreçlerini ölçülebilir hale getirerek, kalite yönetim çalışmalarına yön veren somut çıktılar sağlamaktadır.

Sağlık tesisleri, gösterge sonuçları ile mevcut durumunu analiz edebilir, hedeflerini belirleyebilir ve iyileştirilmesi gereken alanlar için çalışma planlayabilir. Bu yaklaşım, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği başta olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde sürekli kalite iyileştirme anlayışını destekler. Ayrıca kurumsal ölçekte hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkelerinin güçlenmesine katkı sağlar.

2. Gösterge Yönetiminin Kapsamı ve Temel Yaklaşım

Gösterge yönetimi; göstergelerin belirlenmesi, izlenmesi, analiz edilmesi ve elde edilen sonuçlara göre iyileştirme faaliyetlerinin planlanmasını kapsayan sistematik bir süreçtir. Etkin bir gösterge yönetiminde, kurum tarafından takip edilecek göstergeler; kurumun hizmet yapısı, hasta profili ve risk alanları dikkate alınarak, bölüm yöneticileri ile kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

Güvenilir veri kaynaklarının kullanılması ve veri toplama yöntemlerinin açık ve herkes tarafından aynı şekilde uygulanabilir bir standarda kavuşturulması gerekmektedir. Bu nedenle çalışanların sürece katılımı ve işin amacına ilişkin farkındalıklarının sağlanması gerekir. Göstergelerin farklı dönemlerde aynı hesaplama yöntemiyle ölçülmesi ve zaman dilimleri arası karşılaştırmaların yapılması hedef değere ilişkin değerlendirmelerin doğru yapılmasını sağlar. Kılcal damarlar gibi daha detaylı analizlere ve uç noktalara ulaşmak için kullanılacak olan alt göstergeler ise, hedefe yönelik iyileştirme faaliyetlerinin planlanmasında doğru nedene ulaşılmasına katkı sunar. Böylelikle kurumun daha detaylı ve tüm resmi ortaya koyacak şekilde mevcut durumu ortaya konmuş olur.

3. Gösterge Kartlarının Oluşturulması

Gösterge kartları, her bir göstergenin standart ve anlaşılır bir biçimde tanımlanmasını sağlayan temel dokümanlardır. Bir gösterge kartında; göstergenin tanımı, amacı, hesaplama yöntemi, veri kaynağı ve analiz periyodu açık şekilde yer almalıdır. Bu bilgiler, göstergenin tüm paydaşlar tarafından aynı şekilde anlaşılmasını ve uygulanmasını; gösterge kartlarının açık ve sade bir dil ile hazırlanması ise değerlendirme sürecinin sağlıklı yürütülmesini mümkün kılar.

4. Göstergelerin İzlemesi, Değerlendirme Süreci ve İyileştirme Faaliyetleri

Gösterge izleme süreci; belirlenen periyotlarda verilerin toplanması, hesaplanması ve analiz edilmesi aşamalarını kapsar. Her bir gösterge için veri toplama ve analiz periyotları farklılık arz edebilir. Burada en önemli nokta; analizlerin ilgili periyotlarda yapılmasıdır.

Gösterge sonuçları, belirlenen hedef değerler ile karşılaştırılarak değerlendirilmelidir. Hedef değerler, kurumun mevcut durumu ve iyileştirme planı dikkate alınarak belirlenir. Hedeflerin kalite çalışmalarında süreklilik açısından düzenli olarak gözden geçirilmesi gösterge yönetiminin dinamik bir yapı kazanmasını sağlar. Belirlenen hedefler üzerinden iyileştirme faaliyetlerinin uygulanması ve etkinliğinin sürekli izlenmesi temel amaç olmalıdır.

5. Değerlendirme Dışı ya da Takip Edilmeyen Göstergeler

Rehberde yer alan herhangi bir göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi ya da bir mevzuat gereği kurumda uygulanamaması gibi durumlarda ilgili göstergeler takip edilmez.

6. Diğer Hususlar

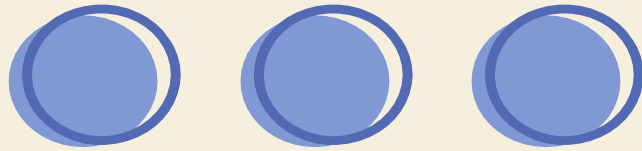
SAS Hemodiyaliz (v3.0/2023) Seti gösterge listesinde, sağlık tesisleri tarafından takip edilebilecek zorunlu ve opsiyonel göstergeler bulunmaktadır. Bu rehber kapsamında sadece zorunlu göstergelere yer verilmiştir. Opsiyonel göstergelerin izlenmesine ilişkin karar ise sağlık tesislerinin değerlendirmesine bırakılmakla birlikte izlemeleri tavsiye edilir. Bununla birlikte, SAS Hemodiyaliz (v3.0/2023) Seti'nde yer alan gösterge isimlerinde yapılan değişiklikler Tablo 1. SAS Hemodiyaliz Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu'nda verilmektedir.

Bu gösterge setinde yer alan göstergelerin bir kısmı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0)'nde benzer isimle bulunmaktadır. Dolayısıyla, benzer göstergeler ikame olarak kullanılabilir.

Tablo 1. SAS Hemodiyaliz Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu

| SAS Hemodiyaliz v3 Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu | | |
|---|--|---|
| Gösterge Kodu | Göstergenin Adı | Yapılan Değişiklik |
| Ç.1.Z | Personelin Devir Hızı | Personel Devir Hızı |
| S.6.Z | Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı | Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı |
| Ç.7.Z | Çalışanlara yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanması | Çalışanlara yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı |
| S.4.Z | Hekimlerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı | Hasta Değerlendirme Prosedürü Uyum Oranı |
| D.1.Z | Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı | Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı |
| D.2.Z | Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi | Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi |
| D.3.Z | Atık Devir Hızı | Atıkların Ortalama Bekleme Süresi |
| D.7.Z | Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi | Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi |
| D.8.Z | Cihaz Arızalanma Sıklığı | Cihaz Arızalanma Oranı |

Hemodiyaliz Gösterge Listesi



Tablo 2. SAS Hemodiyaliz Gösterge Listesi

| Gösterge Kodu | Gösterge Adı |
|--------------------------------|--|
| Yönetim ve Organizasyon | |
| Y.1.Z | Hedeflere Ulaşma Oranı |
| Y.2.Z | Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranları |
| Y.3.Z | Personelin Eğitimlere Katılma Oranı |
| Y.4.Z | Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı |
| Y.5.Z | Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi |
| Sağlıklı Çalışma Yaşamı | |
| Ç.1.Z | Çalışan Memnuniyet Oranı |
| Ç.2.Z | Personel Devir Hızı |
| Ç.3.Z | Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı |
| Ç.4.Z | Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Maruziyet Oranı |
| Ç.5.Z | Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Oranı |
| Ç.6.Z | Çalışanlara Yönelik Şiddet Olayları Sayısı |
| Ç.7.Z | Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı |
| Hasta Deneyimi | |
| H.1.Z | Hasta Memnuniyet Oranı |
| Diyaliz Hizmetleri | |
| S.1.Z | Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'ten Düşük Olan Hasta Oranı |
| S.2.Z | Ortalama Hemodiyaliz Süresi |
| S.3.Z | Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı |

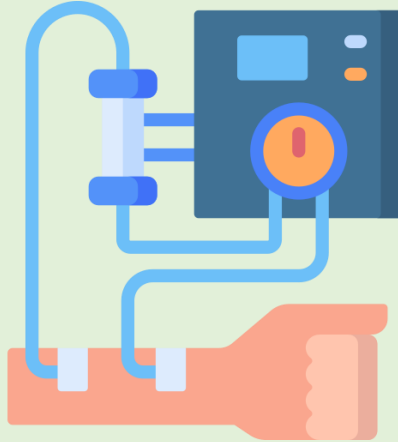
| | |
|----------------------------|---|
| S.4.Z | Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı |
| S.5.Z | Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı |
| S.6.Z | Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı |
| S.7.Z | Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı |
| S.8.Z | Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg²/dL²'nin Altında Olan Hasta Oranı |
| S.9.Z | Eritropoetin Kullanım Oranı |
| S.10.Z | Ortalama Hb Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı |
| S.11.Z | HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı |
| S.12.Z | Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı |
| S.13.Z | Kalıcı Kateterli Hasta Oranı |
| S.14.Z | Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı |
| S.15.Z | Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı |
| S.16.Z | Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı |
| S.17.Z | Mortalite Oranı |
| Hasta Bakımı | |
| S.21.Z | Düşen Hasta Oranı |
| Enfeksiyon Kontrolü | |
| S.22.Z | El Hijyeni Uyum Oranı |
| İlaç Yönetimi | |
| S.23.Z | İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı |
| S.24.Z | Advers Etki Görülme Oranı |


| Destek Hizmetleri | |
|---------------------|--|
| D.1.Z | Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı |
| D.2.Z | Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi |
| D.3.Z | Atıkların Ortalama Bekleme Süresi |
| D.4.Z | Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı |
| D.7.Z | Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi |
| D.8.Z | Cihaz Arızalanma Oranı |
| D.9.Z | Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı |
| Acil Durum Yönetimi | |
| A.1.Z | Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı |
| A.2.Z | Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı |


SAS (v3.0/2023)


HEMODİYALİZ SETİ


GÖSTERGE
KARTLARI





|  TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Hedeflere Ulaşma Oranı | Doküman No | |
|--|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Hedeflere Ulaşma Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Y.1.Z | | |
| Tanım | Tanımlanan göstergelerden hedefleri gerçekleştiren göstergelerin, toplam hedef sayısına oranını gösteren performans göstergesidir. | | |
| Amaç | Kurumda gösterge kartları için belirlenen hedef değerlerin analizinin yapılması ve gerekli iyileştirmelerin sağlanmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Gösterge hedef ve sonuçları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Gerçekleşen hedef sayısı}}{\text{Belirlenen toplam hedef sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Üst yönetim kararıyla onaylanmış gösterge bazındaki hedef değerler dikkate alınır | | |


| | | | |
|---|--|-----------------|-----|
|  | Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranları | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranları | | |
| Gösterge Kodu | Y.2.Z | | |
| Tanım | <p>Belirlenen değerlendirme döneminde sonuçlandırılan düzeltilici ve önleyici faaliyetlerin, aynı dönemde sonuçlandırılması planlanan toplam DÖF sayısına oranını ifade eden performans göstergesidir.</p> <p>Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF): Sağlık hizmet sunum süreçlerinde veya destek süreçlerinde tespit edilen uygunsuzlukların, tekrarının önlenmesi ve potansiyel risklerin ortadan kaldırılması amacıyla planlanan iyileştirme faaliyetleridir</p> | | |
| Amaç | Kurumda tespit edilen uygunsuzlukların zamanında kapatılma düzeyinin izlenmesi, iyileştirme faaliyetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve kurumsal DÖF kültürünün geliştirilmesine katkı sağlanmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Bildirime dayalı kayıtlar | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sonuçlandırılan DÖF sayısı}}{\text{Toplam DÖF sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Önceki değerlendirme döneminde sonuçlandırılması planlandığı halde kapatılmayan ve sonraki dönemde kapatılan DÖF'ler, kapatıldığı dönemin hesaplamasına dahil edilir. • Bir sonraki değerlendirme döneminde kapatılması planlanan ancak planlanan süreden önce kapatılan DÖF'ler, açıldığı dönemin hesaplamasına dahil edilir. • Toplam DÖF sayısı, ilgili dönemde açılan ve kapatılması planlanan toplam DÖF sayısını ifade eder. | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Personelin Eğitime Katılma Oranı | Doküman No | |
|---|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Personelin Eğitime Katılma Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Y.3.Z | | |
| Tanım | Belirlenen değerlendirme döneminde gerçekleştirilen kurumsal eğitim faaliyetlerine personelin katılım oranını gösteren performans göstergesidir. | | |
| Amaç | Kurumda planlanan eğitim faaliyetlerine personel katılım düzeyinin izlenmesi, mesleki ve kurumsal gelişimin desteklenmesi ve eğitim planlamasının etkinliğinin değerlendirilmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Eğitim birimi kayıtları, katılım listeleri, eğitim planları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eğitime katılan personel sayısı}}{\text{Katılması planlanan toplam personel sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Hekimlerin planlanan eğitime katılma oranı Hemşirelerin planlanan eğitime katılma oranı Diğer sağlık personelinin planlanan eğitime katılma oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Gösterge kapsamında, kurumun kalite ve hizmet süreçleriyle ilişkili planlı eğitim faaliyetleri esas alınır. Uyum eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı | Doküman No | |
|---|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Y.4.Z | | |
| Tanım | Belirlenen değerlendirme döneminde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme düzeyini belirten orandır. | | |
| Amaç | Kurumun eğitim planının etkinliğinin izlenmesi, eğitim faaliyetlerinin sürekliliğinin takip edilmesini sağlamaktır. | | |
| Veri Kaynağı | Eğitim birimi kayıtları, yıllık eğitim planı, eğitim gerçekleştirme tutanakları/raporları/imza listesi | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Gerçekleştirilen eğitim sayısı}}{\text{Planlanan eğitim sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> SAS'ta yer alan eğitimler esas alınmalıdır. Uyum eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. | | |

|  TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi | Doküman No | |
|--|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi | | |
| Gösterge Kodu | Y.5.Z | | |
| Tanım | Belirlenen değerlendirme döneminde kurum tarafından tanımlanmış risklerden fiilen gerçekleşenlerin, toplam belirlenen risk sayısına oranını ifade eden risk yönetimi göstergesidir. | | |
| Amaç | Sağlık tesislerinde sunulan hizmetlere ilişkin risklerin izlenmesi, risk yönetimi planı kapsamında alınan önlemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve kurumsal risk yönetimi yaklaşımının geliştirilmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Kurumsal risk yönetimi planı, bildirim dayalı kayıtlar | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Belirlenen riskler içinde gerçekleşen risk sayısı}}{\text{Belirlenen toplam risk sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tıbbi süreçler ✓ İdari süreçler ✓ Teknik süreçler ✓ Hasta ✓ Hasta yakını ✓ Ziyaretçi ✓ Çalışan ✓ Tesis güvenliği ✓ Çevre güvenliği ✓ Finansal süreçler ✓ Stratejik riskler ✓ Paydaşlarla iletişim süreçleri | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Çalışan Memnuniyet Oranı | Doküman No | |
|---|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Çalışan Memnuniyet Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Ç.1.Z | | |
| Tanım | “Çalışan Geri Bildirim Anket”leri esas alınarak ve/veya sağlık tesisi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder. | | |
| Amaç | Kurumda çalışan memnuniyet düzeyinin izlenmesi, çalışma ortamı ve insan kaynakları uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi ve çalışan odaklı iyileştirme faaliyetlerinin planlanmasına katkı sağlanmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | İlgili anketler | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; “Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen çalışan sayısı $= \frac{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır. | | |


|  | | Personel Devir Hızı | | | |
|---|---|----------------------------|--|-----------------|----|
| | | | | Doküman No | |
| | | | | Yayın Tarihi | |
| | | | | Revizyon No | 00 |
| | | | | Revizyon Tarihi | 00 |
| Sayfa No | 1/1 | | | | |
| Gösterge Adı | Personel Devir Hızı | | | | |
| Gösterge Kodu | Ç.2.Z | | | | |
| Tanım | Kurumda çalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır. | | | | |
| Amaç | Personelin kurumdan ayrılma nedenleri analiz edilerek, ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesidir. | | | | |
| Veri Kaynağı | İnsan kaynakları kayıtları, özlük dosyaları, atama ve ayrılış belgeleri | | | | |
| Hedef Değer | | | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kurumdan ayrılan personel sayısı}}{\text{Toplam aktif çalışan personel sayısı}} * 100$ | | | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | | | |
| Alt Gösterge | Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı | | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • İstifa, terk, işten çıkarılma, başka kuruluşa tayinler dâhil edilir. Emeklilik, sağlık raporu, eş durumu tayinleri ve ölüm nedeniyle ayrılma kapsam dışı tutulur. • Toplam aktif çalışan hesaplamasında ilgili dönemdeki en yüksek personel sayısı alınmalıdır. (Örneğin, 6 aylık dönemde aylık personel sayılarının 50, 55, 50, 50, 54, 555 olduğu görüldüğünde dönemin en yüksek değeri olan 55 gösterge hesaplamasında kullanılmalıdır). • Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hekim ✓ Hemşire ✓ Diğer sağlık çalışanları ✓ Temizlik personeli | | | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Ç.3.Z | | |
| Tanım | Personelin mesleki eğitimine (diploma) uygun bölüm/birimde çalıştırılma durumunu belirten orandır. | | |
| Amaç | Kurumda çalışanların mesleki eğitimine (diplomasına) uygun birimlerde istihdam edilmesini sağlamak, hizmet sunum kalitesini ve çalışan memnuniyetini desteklemek amacıyla uygun olmayan görevlendirmelerin izlenmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | İnsan kaynakları kayıtları, özlük dosyaları, diploma ve mezuniyet belgeleri, | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Mesleki eğitimine uygun olmayan birimde çalışan personel sayısı}}{\text{Kurumdaki toplam personel sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Mevzuat, kurum içi yetkilendirme ve kişinin talebi ile görevlendirilmiş personel, mesleki eğitimine uygun bölümde çalışmayan personel olarak kabul edilmez. • Geçici görevlendirmeler, izin, rapor, acil hizmet ihtiyacı vb. gösterge hesaplamasına dahil edilmez. | | |


|  TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Maruziyet Oranı | Doküman No | |
|--|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Maruziyet Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Ç.4.Z | | |
| Tanım | <p>Belirlenen dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.</p> <p>Kesici/Delici Alet Yaralanması: İğne, bistüri, ampul, cam, lanset ve benzeri kesici veya delici tıbbi aletler nedeniyle meydana gelen ve çalışan sağlığını riske sokan yaralanmalardır.</p> | | |
| Amaç | Kurumda kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığını, şeklini ve nedenini izleyerek, çalışan güvenliğini artırmaya yönelik iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesini sağlamaktır. | | |
| Veri Kaynağı | Bildirime dayalı kayıtlar | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kesici/delici alet yaralanma sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı | | |
| Açıklama | | | |


|  Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Oranı | | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Ç.5.Z | | |
| Tanım | <p>Belirlenen değerlendirme döneminde sağlık hizmet sunum süreçlerinde çalışan personelin kan ve/veya vücut sıvılarına maruz kalma olaylarının sıklığını, şeklini ve nedenini izlemeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.</p> <p>Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet: Sağlık hizmetleri sunumu sırasında kan, serum, plazma, idrar, tükürük ve benzeri vücut sıvılarının çalışanla temas etmesi sonucu oluşan riskli durumlardır.</p> | | |
| Amaç | Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerine yönelik analizler yaparak çalışan güvenliğinin artırılmasına yönelik önleyici ve iyileştirici uygulamaların hayata geçirilmesini sağlamaktır. | | |
| Veri Kaynağı | Bildirime dayalı kayıtlar | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | <p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir. | | |


|  Çalışanlara Yönelik Şiddet Olayları Sayısı | | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Çalışanlara Yönelik Şiddet Olayları Sayısı | | |
| Gösterge Kodu | Ç.6.Z | | |
| Tanım | Belirlenen değerlendirme döneminde kurumda sunulan hizmetler sırasında çalışanlara yönelik gerçekleşen fiziksel, sözel veya psikolojik şiddet olaylarını izlemeye yönelik göstergedir. | | |
| Amaç | Çalışanlara yönelik şiddet olaylarının sıklığını izlemek, çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirmek ve şiddetin önlenmesine yönelik iyileştirme faaliyetlerini desteklemektir. | | |
| Veri Kaynağı | Bildirime dayalı kayıtlar | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; Hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Çalışanlara yönelik gerçekleşen tüm olaylar (sözlü, fiziksel dahil olmak üzere) hesaplama kapsamına alınmalıdır. | | |


|  | Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı | | |
| Gösterge Kodu | Ç.7.Z | | |
| Tanım | İlgili değerlendirme döneminde, çalışanlara yönelik planlanan periyodik sağlık taramalarını eksiksiz olarak tamamlayan personel oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Kurumda çalışan sağlığının korunması ve geliştirilmesi, mesleki risklerin erken dönemde tespit edilmesi ve mevzuat kapsamında öngörülen sağlık taramalarının uygulanma düzeyinin izlenmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Dijital kayıtlar, işyeri hekimi kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | <p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Sağlık taramalarını tamamlayan çalışan sayısı}}{\text{Sağlık taraması kapsamındaki toplam çalışan sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Gösterge, sağlık tesisi bünyesinde fiilen görev yapan tüm çalışanları kapsar. Göstergeye ilişkin değerlendirme yapılan yıl içinde, kuruluştaki en az altı (6) ay süreyle görev yapmış olan personel hesaplama kapsamına dahil edilir. Kuruma ilk defa görevlendirilen personel, altı (6) aylık süre şartı aranmaksızın sağlık gözetimi programı kapsamına alınır ve gösterge hesaplamasında dikkate alınır. | | |


| | | | |
|---|--|-----------------|-----|
|  | Hasta Memnuniyet Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Hasta Memnuniyet Oranı | | |
| Gösterge Kodu | H.1.Z | | |
| Tanım | Hasta memnuniyet oranı kurum tarafından uygulanan “Hasta Deneyim Anket”leri veya ayrıca geliştirilmiş olduğu halde uygulanan anketlerin analizini ifade eder. | | |
| Amaç | Sağlık tesisinde sunulan sağlık hizmetlerinin hasta ya da gerekli durumlarda hasta yakınının memnuniyet düzeyinin analiz edilmesi ve geribildirim sonucu sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik iyileştirme alanlarının belirlenmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta memnuniyet/deneyim anketleri | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; “Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen hasta sayısı $= \frac{\text{Ankete katılan toplam hasta sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | Yıllık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen anketler (Bakanlık tarafından yayınlanan anketler vb.) ikame olarak kullanılabilir. | | |


| | | | |
|---|--|-----------------|-----|
|  | Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'ten Düşük Olan Hasta Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'ten Düşük Olan Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.1.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların yeterli ve etkili şekilde diyaliz hizmeti almasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri \%65'ten düşük olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Yaş kategorilerine göre Kt/V değeri 1,2'den düşük hasta oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. TÜSKAnet'e veri girişinde pay hesaplamasında; 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arasında ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır. | | |


|  <p>Ortalama Hemodiyaliz Süresi</p> | | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Ortalama Hemodiyaliz Süresi | | |
| Gösterge Kodu | S.2.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların yeterli ve etkili şekilde diyaliz hizmeti almasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | <p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Hastalara uygulanan hemodiyaliz seanslarının toplam süresi (dakika)}}{\text{Toplam hemodiyaliz seans sayısı}}$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Ortalama hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saatin altında olan hasta oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> TÜSKAnet'e veri girişi dakika olarak yapılacaktır. "Ortalama hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saatin altında olan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saat altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı)*100 | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | | Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı | | Doküman No | |
|--|--|---|--|-----------------|-----|
| | | | | Yayın Tarihi | |
| | | | | Revizyon No | 00 |
| | | | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı | | | | |
| Gösterge Kodu | S.3.Z | | | | |
| Tanım | Hemodiyaliz uygulamaları için elde edilen saf suyun kontrolünün sağlanması amacıyla su arıtma sisteminin mikrobiyolojik analizlerinin zamanında yapılmasının takibini ifade eder. | | | | |
| Amaç | Diyaliz uygulamaları için kullanılan su arıtma sisteminin mikrobiyolojik analizlerinin zamanında yapılması ve elde edilen saf suyun kontrolünün sağlanmasıdır. | | | | |
| Veri Kaynağı | İlgili birim kayıtları | | | | |
| Hedef Değer | | | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Zamanında yapılan mikrobiyolojik analiz sayısı}}{\text{Toplam planlanmış mikrobiyolojik analiz sayısı}} * 100$ | | | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | | | |
| Alt Gösterge | | | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Mikrobiyolojik analiz sayısı: İlgili mevzuat kapsamında belirlenen periyotlarda uygulanması gereken bakteriyolojik analizleri ifade eder. | | | | |


|  <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p> | | <p>Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı</p> | | Doküman No | |
|--|---|---|--|-----------------|-----|
| | | | | Yayın Tarihi | |
| | | | | Revizyon No | 00 |
| | | | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı | | | | |
| Gösterge Kodu | S.4.Z | | | | |
| Tanım | İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum ferritin düzeyi 200 – 500 ng/ml arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder. | | | | |
| Amaç | Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkili şekilde yapılmasıdır. | | | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | | | |
| Hedef Değer | | | | | |
| Hesaplama Yöntemi | <p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Serum ferritin düzeyi 200 – 500 ng/ml arasında olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Serum ferritin düzeyi 200 ng/ml altında olan hasta oranı Serum ferritin düzeyi 500 ng/ml üzerinde olan hasta oranı | | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. TÜSKAnet'e veri girişinde pay hesaplama için 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. | | | | |


|  | | Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı | |
|---|---|--|-----|
| | | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.5.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkili şekilde yapılmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl' den yüksek olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Yaş kategorilerine göre serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. TÜSKAnet'e veri girişinde pay hesaplama için 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arasında ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır. | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | | Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı | |
|---|---|---|----|
| | | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| Sayfa No | 1/1 | | |
| Gösterge Adı | Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.6.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum albümin düzeyleri 3,5 g/dl'nin altında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkili şekilde yapılmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Serum albümin düzeyi 3,5 g/dl' nin altında olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Yaş kategorilerine göre serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. TÜSKAnet'e veri girişinde pay hesaplaması için 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arasında ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır. | | |


| | | | |
|--|---|-----------------|-----|
|  <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p> | <p>Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı</p> | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.7.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkili şekilde yapılmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | <p>İlgili dönemde;</p> <p style="text-align: center;">Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl</p> $= \frac{\text{arasında olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl üzerinde olan hasta oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. TÜSKAnet'e veri girişinde pay hesaplaması için 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. | | |


| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  | Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg²/dL²'nin Altında Olan Hasta Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg²/dL²'nin Altında Olan Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.8.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde düzeltilmiş kalsiyum fosfor çarpım (Ca x P) düzeyi 55' mg ² /dl ² 'nin altında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkili şekilde yapılmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg ² /dl ² 'nin altında olan hasta sayısı $= \frac{\text{Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg}^2/\text{dl}^2 \text{ 'nin altında olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 75 mg²/dl²'nin üstünde olan hasta oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. TÜSKAnet'e veri girişinde pay hesaplaması için 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. | | |


|  TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Eritropoetin Kullanım Oranı | Doküman No | |
|--|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Eritropoetin Kullanım Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.9.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkili şekilde yapılmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC (Anatomik Terapötik Kimyasal) ilaç kodları: B03XA01 - Eritropoetin B03XA02 - Darbepoetin Alfa | | |


| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  | Ortalama Hemogloblin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Ortalama Hemogloblin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.10.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, hemogloblin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkili şekilde yapılmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hemogloblin düzeyi 10 – 13 g/dl arasında olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> Ortalama hemogloblin düzeyi 10 g/dl altında olan hasta sayısı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. TÜSKAnet'e veri girişinde pay hesaplaması için 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. | | |


| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  | HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.11.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Toplam hasta sayısı: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar. | | |

|  Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı | | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.12.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Toplam hasta sayısı: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar. | | |


|  Kalıcı Kateterli Hasta Oranı | | Doküman No | |
|---|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Kalıcı Kateterli Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.13.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hasta oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hemodiyaliz hastalarında kalıcı kateter kullanım sıklığının izlenmesi, kateter ilişkili enfeksiyon ve komplikasyon risklerinin azaltılmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kalıcı kateteri olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | <ul style="list-style-type: none"> İlgili dönemde kalıcı kateter takılan hasta oranı | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. “İlgili dönemde kalıcı kateter takılan hasta oranı” alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı/Kalıcı kateteri bulunmayan hemodiyaliz hasta sayısı + İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı) x 100 | | |


|  TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı | Doküman No | |
|--|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.14.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hemodiyaliz hastalarında kalıcı kateter kullanımına bağlı gelişen enfeksiyonların izlenmesi, hasta güvenliğinin artırılması ve enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kateter enfeksiyonu gelişen kalıcı kateterli hasta sayısı}}{\text{Kalıcı kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. | | |


| | | | |
|---|--|-----------------|-----|
|  | Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.15.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Hemodiyaliz hastalarında geçici kateter kullanımına bağlı gelişen enfeksiyonların izlenmesi, hasta güvenliğinin artırılması ve enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | Hasta kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kateter enfeksiyonu gelişen geçici kateterli hasta sayısı}}{\text{Geçici kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. | | |


| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small> | Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.16.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında santral venöz kateter kullanımı ile ilişkili olarak gelişen kan dolaşımı enfeksiyonlarının sıklığını izlemeye yönelik hasta güvenliği ve enfeksiyon kontrol göstergesidir. | | |
| Amaç | Santral venöz kateter uygulamalarına bağlı gelişebilecek enfeksiyon risklerini izlemektir. | | |
| Veri Kaynağı | | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Santral venöz kateterli kan dolaşımı enfeksiyonu gelişen hasta sayısı}}{\text{Santral venöz kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. | | |


|  Mortalite Oranı | | Doküman No | |
|--|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Mortalite Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.17.Z | | |
| Tanım | İlgili dönemde diyaliz hizmeti sunulan hastalarda mortalite oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Diyaliz hizmetlerinde tedavi ve bakım hizmetlerinin etkililiğini değerlendirmeyi amaçlar. | | |
| Veri Kaynağı | HBYS | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Ölen hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil diyaliz hasta sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Toplam tekil diyaliz hasta sayısı: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar. İlgili dönemdeki hasta sayısı tekilleştirilerek paydaya alınır. • Travma vb. nedenler dışında kalan tüm ölüm nedenleri hesaplamaya dahil edilmelidir. • Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz uygulamaları gösterge hesaplamasına dahil edilmemelidir. | | |


|  <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p> | Düşen Hasta Oranı | Doküman No | |
|--|--|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Düşen Hasta Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.21.Z | | |
| Tanım | Belirlenen değerlendirme döneminde sunulan sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen hasta düşmelerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçüm aracıdır. | | |
| Amaç | Hasta düşme olaylarının izlenmesi, düşme riski yüksek olan hastaların belirlenmesi hasta güvenliğine yönelik uygulamalarının etkinliğinin artırılması ile hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesini amaçlamaktadır. | | |
| Veri Kaynağı | Bildirime dayalı kayıtlar | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam hasta düşme sayısı}}{\text{Toplam diyaliz seans sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 6 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Toplam diyaliz seans sayısı: Planlı olarak yapılan ve (varsa) akut olarak gerçekleştirilen hemodiyaliz seansları ile (varsa) periton diyaliz seanslarının toplamıdır. | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | | El Hijyeni Uyum Oranı | | Doküman No | |
|--|---|------------------------------|--|-----------------|-----|
| | | | | Yayın Tarihi | |
| | | | | Revizyon No | 00 |
| | | | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | El Hijyeni Uyum Oranı | | | | |
| Gösterge Kodu | S.22.Z | | | | |
| Tanım | Belirlenen değerlendirme döneminde endikasyonlara uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni uygulamalarının oranını ifade eder. | | | | |
| Amaç | Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların azaltılması, hasta ve çalışan güvenliğinin artırılmasıdır. | | | | |
| Veri Kaynağı | Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları | | | | |
| Hedef Değer | | | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{gerçekleştirilen el hijyeni uygulama sayısı}}{\text{Gözlemlenen toplam el hijyeni fırsat sayısı}} * 100$ | | | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | | | |
| Alt Gösterge | Meslek grubu bazında el hijyeni uyum oranı | | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan “Beş Endikasyon” kuralı çerçevesinde el hijyeni uygulanması gerekli durumlar; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hasta ile temas öncesi ✓ Aseptik işlem öncesi ✓ Vücut sıvısı maruziyeti riski sonrası ✓ Hasta ile temas sonrası ✓ Hasta çevresi ile temas sonrası • El hijyeni fırsatı: Sağlık hizmeti sunumu sırasında beş endikasyon kuralının olduğu ve el hijyeni uygulanmasının gerekli olduğu her bir durumu ifade eder. | | | | |


|  TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | | İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı | | | |
|---|--|---|--|-----------------|----|
| | | | | Doküman No | |
| | | | | Yayın Tarihi | |
| | | | | Revizyon No | 00 |
| | | | | Revizyon Tarihi | 00 |
| Sayfa No | 1/1 | | | | |
| Gösterge Adı | İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı | | | | |
| Gösterge Kodu | S.23.Z | | | | |
| Tanım | Sağlık hizmeti sunumu sırasında istenmeyen olay bildirimini yapılan ilaç hatalarının oranını ifade eden hasta güvenliği göstergesidir. | | | | |
| Amaç | İlaç uygulama sürecinde hasta güvenliğini tehdit eden hataların analiz edilerek iyileştirilmesidir. | | | | |
| Veri Kaynağı | Bildirime dayalı kayıtlar | | | | |
| Hedef Değer | | | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirimi yapılan toplam ilaç hatası sayısı}}{\text{Toplam diyaliz seans sayısı}} * 100$ | | | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | | | |
| Alt Gösterge | | | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Toplam diyaliz seans sayısı: Planlı olarak yapılan ve (varsa) akut olarak gerçekleştirilen hemodiyaliz seansları ile (varsa) periton diyaliz seanslarının toplamıdır. | | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  | Advers Etki Görülme Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Advers Etki Görülme Oranı | | |
| Gösterge Kodu | S.16.Z | | |
| Tanım | <p>Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen advers etkilerin, çalışanlar tarafından kurumun bildirim sistemi üzerinden raporlanma oranını ifade eder.</p> <p>Advers etki: Bir beşeri tıbbi ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığın teşhis veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacıyla kabul edilen normal dozlarda kullanımında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etkidir.</p> | | |
| Amaç | İlaç ve tedavinin istenmeyen etkilerini izlemek ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmektir. | | |
| Veri Kaynağı | Bildirime dayalı kayıtlar | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | <p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Bildirilen advers etki sayısı}}{\text{Toplam diyaliz seans sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Toplam diyaliz seans sayısı: Planlı olarak yapılan ve (varsa) akut olarak gerçekleştirilen hemodiyaliz seansları ile (varsa) periton diyaliz seanslarının toplamıdır. | | |


|  TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ | Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı | Doküman No | |
|--|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı | | |
| Gösterge Kodu | D.1.Z | | |
| Tanım | Temel tesis kaynaklarında meydana gelen arızalar nedeniyle kaynağın tam kapasite veya güvenli kullanım dışında kaldığı günlerin toplam sayısını ifade eder. | | |
| Amaç | Kurumda hizmetin kesintisiz sunulması için temel tesis kaynaklarında (elektrik, su, doğalgaz, medikal gaz sistemleri vb.) yaşanan arızaların etkisini izlemek ve azaltmaktır. | | |
| Veri Kaynağı | HBYS, bakım-onarım kayıtları, teknik hizmetler arıza kayıtları vb. | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde, Temel tesis kaynaklarında yaşanan toplam arızalı gün sayısı | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Tesis kaynaklı sorun kapsamında; elektrik (jeneratör, UPS), su sistemi, doğalgaz, ısıtma - soğutma - havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yürüyen merdiven, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb.hesaplamaya ayrı ayrı alınır. Arızalı gün; geçici çözüm üretilmiş olsa bile, kaynağın normal çalışma koşullarında hizmet veremediği günü kapsar. Aynı arıza birden fazla günü etkiliyorsa, her gün ayrı ayrı sayılır. Aynı gün içinde (süreden bağımsız) sorun çözülsün bile gün bazında tek gün olarak yazılır. Örneğin; arıza süresi 15 dk olsa dahi 1 gün olarak hesaplanır. Planlı bakım kesintileri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. | | |


| | | | |
|---|--|-----------------|-----|
|  | Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi | | |
| Gösterge Kodu | D.2.Z | | |
| Tanım | Tesis kaynaklı sorunlarda, sorunun bildirim zamanı ile ilk teknik müdahalenin başladığı zaman arasındaki ortalama süreyi (saat/gün) ifade eder. | | |
| Amaç | Tesis kaynaklı sorunların (elektrik, su, ısıtma-soğutma, asansör, altyapı vb.) bildiriminden itibaren ilk teknik müdahaleye başlanma süresini izlemek, geciken müdahaleleri tespit ederek hizmet sürekliliğini, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır. | | |
| Veri Kaynağı | HBYS kayıtları, arıza talep formları vb. | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sorunlara toplam müdahale süresi}}{\text{Tesis kaynaklı toplam sorun sayısı}}$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Bildirilen her bir tesis kaynaklı sorun için; (İlk teknik müdahale başlama zamanı – sorun bildirim zamanı (saat) toplamı) esas alınmalıdır. Müdahale süresi, onarımın yapıldığı süreyi değil, ilk teknik müdahalenin başladığı anı kapsar. Tesis kaynaklı sorun kapsamında; elektrik (jeneratör, UPS) su sistemi, doğalgaz, ısıtma – soğutma – havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yürüyen merdiven, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb.hesaplamaya alınmalıdır. Planlı bakımlar gösterge hesaplamasına dahil edilmez. | | |


| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small> | Atıkların Ortalama Bekleme Süresi | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Atıkların Ortalama Bekleme Süresi | | |
| Gösterge Kodu | D.3.Z | | |
| Tanım | Atıkların geçici depolama alanından bertarafa gönderilme sıklığını ifade eder. | | |
| Amaç | Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi ve atıkların geçici depolama alanlarında bekleme süresini azaltmaktır. | | |
| Veri Kaynağı | Ulusal atık taşıma formları, Atık takip formları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam bekleme süresi (gün olarak)}}{\text{Bertarafa teslim edilen atık parti sayısı}}$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Bekleme süresi (gün); bertaraf edilmek üzere teslim edildiği tarih – geçici depolama alanına giriş tarihi Bertaraf edilen atık miktarı (kg/litre); yetkili kuruma teslim edilen atık miktarıdır. | | |


| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  | Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı | | |
| Gösterge Kodu | D.4.Z | | |
| Tanım | Atık süreçlerinde meydana gelen yaralanma, maruziyet, dökülme, sızıntı veya ciddi risk oluşturma potansiyeli taşıyan olayları ifade eder. | | |
| Amaç | Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması ve bertarafı süreçlerinde meydana gelen çalışan, hasta veya çevre güvenliğini tehdit eden kazaları izlemek; riskleri azaltmaya yönelik önleyici faaliyetlerin planlanmasıdır. | | |
| Veri Kaynağı | Olay bildirim formları, İş sağlığı ve güvenliği kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; Atık kaynaklı tehlikeli kaza sayısı | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Tehlikeli kaza kapsamına; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tıbbi atık kaynaklı kesici-delici yaralanmalar, ✓ Atık dökülmesi/sızıntısı, ✓ Tıbbi/kimyasal atık maruziyeti, ✓ Uygunsuz taşıma veya depolama kaynaklı olaylar girer. | | |

| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  | Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi | | |
| Gösterge Kodu | D.7.Z | | |
| Tanım | Bildirilen tıbbi cihaz arızalarında, arıza bildirimini ile ilk teknik müdahalenin başladığı zaman arasındaki ortalama süreyi ifade eder. | | |
| Amaç | Tıbbi cihaz arızalarının bildiriminden itibaren teknik müdahaleye başlanma süresini izleyerek hizmet sürekliliğini sağlamak, klinik aksaklıkları ve hasta güvenliği risklerini en aza indirmektir. | | |
| Veri Kaynağı | HBYS, Arıza bildirim kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Cihaz arızalarına toplam müdahale süresi}}{\text{Arızalanan toplam cihaz sayısı}}$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Cihaz arızalarına toplam müdahale süreleri hesaplamasında “her bir arıza için; İlk teknik müdahalenin başladığı zaman – Arıza bildirim zamanı (dakika) toplamı” kullanılır. Müdahale süresi, onarımın tamamlanmasını değil, ilk teknik müdahalenin başlamasını kapsar. | | |

| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
|  TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small> | Cihaz Arızalanma Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Cihaz Arızalanma Oranı | | |
| Gösterge Kodu | D.8.Z | | |
| Tanım | Belirli bir dönemde, kurumdaki toplam tıbbi cihazlar içinde aktif ve kullanılabilir durumda olan tıbbi cihazların oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Sağlık tesisinde bulunan tıbbi cihazların ne kadarının aktif, çalışır ve klinik kullanımda olduğunu izlemeyi, kaynakların etkin ve güvenli kullanımını sağlamaktır. | | |
| Veri Kaynağı | HBYS, Arıza bildirim kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam cihaz arıza sayısı}}{\text{Toplam tıbbi cihaz sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Depoda bekleyen veya klinik kullanım dışı cihazlar toplam tıbbi cihaz sayısına dahil edilmez. | | |

|  | Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı | | |
| Gösterge Kodu | D.9.Z | | |
| Tanım | Kuruma ait envanterde kayıtlı, aktif kullanımda olan tıbbi cihazların arıza nedeniyle kullanılmadığı ve hizmet veremediği takvim günü sayısını ifade eder. | | |
| Amaç | Kurumda kullanılan tıbbi cihazların arıza nedeniyle hizmet dışı kaldığı sürelerin izlenmesi ve cihaz yönetim süreçlerinin etkinliğinin değerlendirilmesidir. | | |
| Veri Kaynağı | HBYS, Teknik servis kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; Toplam arızalı gün sayısı | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Aynı cihazın farklı arızaları nedeniyle oluşan günler toplam süreye dahil edilir. Arıza başlangıç ve cihazın yeniden aktif kullanıma geçtiği tarih esas alınır. Planlı bakım süreleri arızalı gün hesabına dahil edilmez. | | |

| | | | |
|--|--|-----------------|-----|
|  <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p> | Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı | | |
| Gösterge Kodu | A.1.Z | | |
| Tanım | Acil kod uyarı sistemi kapsamında gerçekleştirilen çağrılara ait formların, belirlenmiş tüm zorunlu alanlarının eksiksiz doldurulma oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Acil kod uygulamalarının doğru ve eksiksiz kayıt altına alınmasını ve acil durum yönetiminde standartlaşmayı sağlamaktır. | | |
| Veri Kaynağı | Acil kod uyarı sistemi kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eksiksiz doldurulan form sayısı}}{\text{Toplam acil kod çağrı sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> • Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Kurumdaki tüm acil kod uyarı sistemi çağrıları ayrı ayrı analiz edilmelidir. | | |

|  Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı | | Doküman No | |
|---|---|-----------------|-----|
| | | Yayın Tarihi | |
| | | Revizyon No | 00 |
| | | Revizyon Tarihi | 00 |
| | | Sayfa No | 1/1 |
| Gösterge Adı | Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı | | |
| Gösterge Kodu | A.2.Z | | |
| Tanım | Acil kod uyarı sistemi kapsamında verilen çağrılara, kurum tarafından belirlenmiş müdahale süresi içinde ulaşılan vaka oranını ifade eder. | | |
| Amaç | Acil kod uyarı sisteminde verilen çağrılara zamanında müdahale edilmesi ve gecikmelere neden olan süreçleri tespit etmektir. | | |
| Veri Kaynağı | Acil kod uyarı sistemi kayıtları | | |
| Hedef Değer | | | |
| Hesaplama Yöntemi | İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hedeflenen sürede müdahale edilen çağrı sayısı}}{\text{Toplam acil kod çağrı sayısı}} * 100$ | | |
| Veri Analiz Periyodu | 3 Aylık | | |
| Alt Gösterge | | | |
| Açıklama | <ul style="list-style-type: none"> Hedeflenen süre, kurum tarafından belirlenen acil kod uyarı sistemine yapılan çağrı zamanı ile müdahale ekibinin olay yerine varış zamanı arasındaki süredir. Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. Kurumdaki tüm acil kod uyarı sistemi çağrılarını ayrı ayrı analiz edilmelidir. | | |

Kaynakça

Australian Consortium for Aged Care (ACAC). Quality Indicator Repository. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). (2025). Erişim adresi: [INDH373 | Catheter-Associated Urinary Tract Infection \(CAUTI\)](#)

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Quality Forum. Erişim adresi: <https://www.qualityforum.org>

Australian Commission, on Safety and Quality in Health Care. (2009). Preventing falls and harm from falls in older people best practice guidelines for australian hospitals. Commonwealth of Australia. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2025-06/falls-guidelines-for-community-care.pdf>

Ayaktan Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. (2008, 15 Şubat). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26788). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/02/20080215-4.htm>

Başustaoğlu, A., ve diğerleri. (2013). Kan kültürü uygulama kılavuzu.

Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği (DAS). (2019). Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon rehberi. Ankara.

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 1 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30701). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-4.htm>

Eroğlu, F. ve ark. (2001.) Yoğun bakımda sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz?. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, s. 9-11.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28339). (Kanun No:6331).

Kelly T, Ai C, Jung M, Yu K. Catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs) and non-CAUTI hospital-onset urinary tract infections: Relative burden, cost, outcomes and related hospital-onset bacteremia and fungemia infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 2024. 45(7):864-871.

Noble, M. A. (2010). Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality; approved guideline. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), QMS12-A 30(24).

OECD. (2009). Health care quality indicators project: Patient safety indicators report, OECD. Health Working Papers No. 47 OECD Health Care.

Sciacovelli, L., et al. (2011). Quality indicators in laboratory medicine: From theory to practice, preliminary data from the ifcc working group project laboratory errors and

patient safety'. Clin Chem Lab Med, 49(5), 835–844.

Sehulster LM, et. al. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2003.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. (2017). Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0)*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (İlk yayın tarihi 2020). ISBN: 978-975-590-770-3.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2019). Anket uygulama rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/30308/0/anket-uygulama-rehberi-son-basim-11042019pdf.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2021). Güvenli cerrahi kontrol listesi uygulama rehberi. Ankara, Pozitif Matbaa Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3741/0/4guvenlicerrahirehberipdf.pdf>

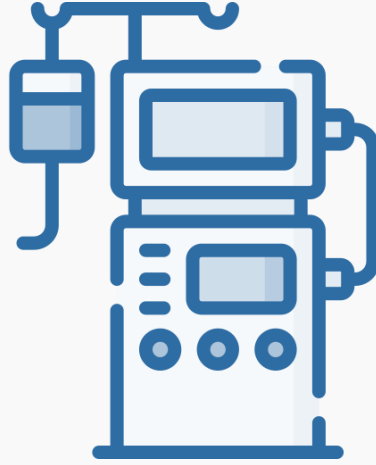
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (2021), Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Versiyon 3. Ankara. Erişim adresi: <https://tuska.tuseb.gov.tr/akreditasyon/standartlar>

National Healthcare Safety Network (NHSN). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events. 2026. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf>

Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)

GÖSTERGE YÖNETİMİ REHBERİ

SAS Hemodiyaliz Seti (v3.0/2023)



Adres: Sağlık Mahallesi, Prof. Dr. Nusret
Fişek Caddesi No:41 Çankaya / ANKARA
Telefon: 0 (312) 585 10 00
E-posta: tuska.tuseb.gov.tr
Web site: <https://tuska.tuseb.gov.tr/>

Ankara, 2026