

GÖSTERGE YÖNETİMİ REHBERİ

**SAS Ağız ve Diş
Sağlığı Hizmetleri
(ADSH)
(v3.0/2022)**

Ankara, 2026

SAS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADSH) Seti (v3.0/2022)
Gösterge Yönetimi Rehberi

ISBN: 978-605-70938-8-2

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

Ayşe Tuba ALTUĞ DEMİRALP, Prof. Dr.
Bayram DEMİR, Doç. Dr.
Büşra BOZKURT, Uzm.
Dilek TARHAN, Uzm. Dr.
Gülcan COŞKUN AKAR, Prof. Dr.
Hasan GÜLER, Dr.
Hasip YALÇIN, Müh.
Keziban AVCI, Prof. Dr.
Özlem OFLAZER, 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 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADSH) Seti (v3.0/2022) 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 ADSH (v3.0/2022) 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 ADSH (v3.0/2022) Seti'nde yer alan gösterge isimlerinde yapılan değişiklikler Tablo 1. SAS ADSH 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 ADSH Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu

SAS ADSH Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu		
Gösterge Kodu	Göstergenin Adı	Yapılan Değişiklik
Ç.1.Z	Personelin Devir Hızı	Personel Devir Hızı
Ç.5.Z	Kan ve Vücut Sıvılarına Mazur Oranı	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet 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
S.6.Z	Aynı Nedenle Yeniden Başvuru Oranı	S.6.Z.1 Hareketli Protez Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
		S.6.Z.2 Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru oranı
		S.6.Z.3 Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
		S.6.Z.4 Antibiyotik tedavisinde başarısızlık nedeniye yeniden başvuru
S.7.Z	Hatalı Ölçü Alım Oranı	Rehberde yer verilmemiştir.
S.11.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	İlaç Hatası Bildirim Oranı
S.15.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı
S.23.Z	Kaybolan Alçı Model Oranı	Kaybolan Model 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
D.10.Z	BYS Revizyon Talepleri <ul style="list-style-type: none"> • Karşılama Oranı • Karşılama Süresi 	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) Revizyon Talepleri Karşılama Oranı

SAS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADSH) (v3.0/2022) Gösterge Listesi



Tablo 2. SAS ADSH (v3.0/2022) Gösterge Listesi

Gösterge Kodu	Gösterge Adı
Yönetim ve Organizasyon	
Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı
Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
Y.3.Z	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi
Y.4.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
Y.5.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
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 Yaralanma Oranı
Ç.5.Z	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Oranı
Ç.6.Z	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı
Ç.7.Z	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
Hasta Deneyimi	
H.1.Z	Hasta Memnuniyet Oranı
Hasta Bakımı	
S.1.Z	Düşen Hasta Oranı
S.3.Z	Hasta Bakım Planının Hedefe Ulaşma Oranı
S.4.Z	Hasta Değerlendirme Prosedürüne Uyum Oranı

S.5.Z	Fissur Sealant Uygulama Oranı
S.6.Z	Aynı Nedenle Yeniden Başvuru Oranı
S.6.Z.1	Hareketli Protez Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
S.6.Z.2	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
S.6.Z.3	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
S.6.Z.4	Antibiyotik Tedavisinde Başarısızlık Nedeniye Yeniden Başvuru
S.8.Z	Tekrar Alınan Ölçü Oranı
Enfeksiyonların Önlenmesi	
S.9.Z	Cerrahi Profilaksizde Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
S.10.Z	El Hijyeni Uyumu Oranı
İlaç Yönetimi	
S.11.Z	İlaç Hatası Bildirim Oranı
S.12.Z	Advers Etki Görülme Oranı
Radyasyon Güvenliği	
S.15.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı
S.16.Z	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri
S.17.Z	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı
Protez Laboratuvarları	
S.18.Z	Reddedilen Ölçü Oranı
S.19.Z	Hatalı Model Oranı
S.20.Z	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı


S.21.Z	Kaybolan Ölçü Oranı
S.22.Z	Kaybolan Protez Oranı
S.23.Z	Kaybolan Model Oranı
S.24.Z	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı
Cerrahi Operasyon	
S.25.Z	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı
S.26.Z	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı
S.27.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
Destek Hizmetleri	
D.1.Z	Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı
D.2.Z	Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi
D.3.Z	Atıkların Ortalama Bekleme Süresi
D.4.Z	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı
D.5.Z	Teknik Birimin ADSH Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
D.6.Z	Bilgi Yönetim Sistemi Devre Dışı Kaldığı Süre
D.7.Z	Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
D.8.Z	Cihaz Arızalanma Oranı
D.9.Z	Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı
D.10.Z	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) Revizyon Talepleri
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 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADSH)
(v3.0/2022) Seti**


GÖSTERGE KARTLARI





 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 Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı		
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	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Sonuçlandırılan DÖF sayısı}}{\text{Toplam DÖF sayısı}} * 100$		
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. 		


		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.3.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	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı		
Gösterge Kodu	Y.4.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; $= \frac{\text{Eğitimlere katılan personel sayısı}}{\text{Katılması planlanan toplam personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Hekimlerin planlanan eğitimlere katılım oranı Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılım oranı Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılım oranı 		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Gösterge kapsamında, kurumun kalite ve hizmet süreçleriyle ilişkili planlı eğitim faaliyetleri esas alınır. Uyum ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. Alt gösterge gruplarına ilişkin veriler, ilgili personel grupları bazında izlenir ve raporlanır. 		


	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.5.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 gerçekleşme 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	<ul style="list-style-type: none"> Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılma oranı Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı 		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> SAS'ta yer alan eğitimler esas alınmalıdır. Uyum ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. 		


 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; $= \frac{\text{“Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen çalışan sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}} * 100$		
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. 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		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, görev süresinin dolması, 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 500, 550, 500, 505, 545, 555 olduğu görüldüğünde dönemin en yüksek değeri olan 555 gösterge hesaplamasında kullanılmalıdır). • Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler; <ul style="list-style-type: none"> ○ Hekim ○ Hemşire ○ Diğer sağlık çalışanları ○ Temizlik personeli 				


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>	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, görev tanımları		
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	Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Kurum içi yetkilendirme ve kişinin talebi ile görevlendirilmiş personel, mesleki eğitime uygun kabul edilmez. • Geçici görevlendirmeler, izin, rapor, acil hizmet ihtiyacı vb. gösterge hesaplamasına dahil edilmez. 		


 Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kesici/Delici Alet Yaralanma 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	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Kesici/delici alet yaralanma sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrencilerin kesici-delici alet yaralanma durumları hesaplamaya dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir. 		


 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	Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruziyet oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrencilerin kan ve vücut sıvıları ile maruz kalma durumları hesaplamaya dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayımlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir. 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay 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. 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	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	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sağlık taramalarını tamamlayan çalışan sayısı}}{\text{Sağlık taraması kapsamındaki toplam çalışan sayısı}} * 100$		
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	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen anketler (Bakanlık tarafından yayınlanan anketler vb.) ikame olarak kullanılabilir. 		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		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.1.Z				
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde sunulan sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen hasta düşmelerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçüm aracıdır.				
Amaç	Kuruma başvuran hastalarda düşme olaylarının izlenmesi ve hasta güvenliğine yönelik uygulamalarının etkinliğinin artırılması ile hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesidir.				
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam hasta düşme sayısı}}{\text{Ayaktan başvuran toplam hasta sayısı}} * 1000$				
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık				
Alt Gösterge	Yatan hasta düşme oranı (Ağız dış sağlığı hastanelerinde takip edilecektir)				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Ayaktan başvuru sayısına, tüm hasta başvuruları (acil servis vb) dâhil edilir. Hesaplama da düşme olay bildirimleri esas alınır. 				


 Hasta Bakım Planının Hedefe Ulaşma Oranı		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hasta Bakım Planının Hedefe Ulaşma Oranı		
Gösterge Kodu	S.3.Z		
Tanım	Hasta bakım planında belirlenen hedeflerin, planlanan değerlendirme süresi sonunda gerçekleştirilme oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta bakım süreçlerinin etkinliğini değerlendirmek, bakım planlarının uygulanabilirliğini ve başarısını izlemektir.		
Veri Kaynağı	Hasta dosyaları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hedefine ulaşan bakım planı sayısı}}{\text{Değerlendirilen toplam hasta bakım planı sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Kısmen gerçekleşen hedefler hesaplama alınmamalıdır. Aynı hastaya ait birden fazla bakım planı ayrı ayrı değerlendirilmelidir. 		


 Hasta Değerlendirme Prosedürü Uyum Oranı		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hasta Değerlendirme Prosedürü Uyum Oranı		
Gösterge Kodu	S.4.Z		
Tanım	<p>Hastaların değerlendirme süreçlerinde, kurum tarafından belirlenen hasta değerlendirme prosedürüne uygun gerçekleştirilen değerlendirmelerin oranını ifade eder. Hekimler tarafından yapılan hasta değerlendirmelerinde; öykü, fizik inceleme, özgeçmiş, soygeçmiş, ön tanı ve tedavi planı bilgilerinin hasta değerlendirme prosedürüne uygun şekilde kayıt altına alınma oranını ifade eder.</p>		
Amaç	Hasta değerlendirme süreçlerinin standart ve eksiksiz yürütülmesini sağlamak ve hasta güvenliğini geliştirmektir.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Prosedüre uygun yapılan hasta değerlendirme sayısı}}{\text{Toplam hasta değerlendirme sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Aylık		
Alt Gösterge	Klinik bazında hasta değerlendirme prosedürüne uyum oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> “Eksiksiz değerlendirme” için prosedürde belirtilen (ayaktan ve yatan hasta için) tüm kriterlerin kayıt altına alınmış olması gerekir. 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Fissür Sealant Uygulama Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Fissür Sealant Uygulama Oranı		
Gösterge Kodu	S.5.Z		
Tanım	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde, 5-14 yaş arasındaki çocuklarda koruyucu amaçlı olarak yapılan fissür sealant (örtücü) uygulamalarının oranını ifade eder.		
Amaç	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artırmak, çürük oluşumunu önlemektir.		
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Başvuru tarihi itibari ile son 6 ay içinde fissür sealant uygulaması yapılan çocuk sayısı}}{\text{Başvuru yapan 5 – 14 yaş arası çocuk sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Örnek Hesaplama: Payda:1 Ocak – 31 Mayıs tarihleri arasında polikliniğe başvuran 5-14 yaş arası tekil çocuk sayısı Pay: Paydada yer alan çocuklardan başvuru tarihi itibari ile son 6 ay içinde fissür örtücü uygulaması yapılanlar Paydanın hesaplanmasında, ilgili dönemde birden fazla başvurusu olan çocuklarda son başvuru tarihi esas alınır. SUT İşlem Kodu: 403.010: Fissür örtülmesi (Sealant) 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>	<p>Hareketli Protez Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı</p>	Doküman No							
		Yayın Tarihi							
		Revizyon No	00						
		Revizyon Tarihi	00						
		Sayfa No	1/1						
Gösterge Adı	Hareketli Protez Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı								
Gösterge Kodu	S.6.Z.1								
Tanım	Hastaya ait hareketli protezin ilk tesliminden sonra protetik nedenle bir ay içerisinde tekrar başvuran hasta oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.								
Amaç	Hareketli protez uygulamalarını izlemek, hasta memnuniyetini artırmak ve klinik hataları azaltmaktır.								
Veri Kaynağı	HBYS								
Hedef Değer									
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Protezin ilk tesliminden sonraki bir ay içinde protetik nedenle tekrar başvuru oranı}}{\text{Protezi ilk teslim edilen toplam hasta sayısı}} * 100$								
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık								
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Başvuru nedenine göre yeniden başvuru oranı Tekrar başvuran hastalardan protezi yenilenen hasta oranı Hareketli protez sonrası 3'den fazla kontrole gelen hasta oranı 								
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Teslim sonrası 30 gün içinde protetik nedenle yapılan her tekrar başvuru paya dahil edilecektir. Örnek Hesaplama; Payda: 1 Ocak – 31 Mart tarih aralığına ait tüm protez teslim edilen hastalar Pay: Paydada yer alan hastalardan protez tesliminden sonra 1 Şubat – 30 Nisan tarih aralığında protetik nedenle tekrar başvuran hastalar Başvuru nedenleri; vuruş, yükseklik alımı, 1. kontrol dışındaki kontrol muayenesi, tamir, kırılma vb. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">404.060</td> <td>Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene</td> </tr> <tr> <td>404.080</td> <td>Besleme, tek çene</td> </tr> <tr> <td>404.090</td> <td>Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri</td> </tr> </table>			404.060	Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene	404.080	Besleme, tek çene	404.090	Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri
404.060	Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene								
404.080	Besleme, tek çene								
404.090	Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri								


	404.100	Kroşe ilavesi
	404.110	Metal iskelet tamiri
	404.120	Diş ilavesi, tek diş
	404.140	Oklüzal aşındırmalar, tek çene


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>		Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı		Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
				Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı				
Gösterge Kodu	S.6.Z.2				
Tanım	Kurumda diş dolgusu yapılan hastaların aynı diş ile ilgili 6 ay içinde yeniden başvuru oranını ifade eder.				
Amaç	Dolgu uygulamalarının uygunluğunu izlemek, komplikasyonları azaltmak ve hasta memnuniyetini artırmaktır.				
Veri Kaynağı	HBYS				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Dolgu yapıldıktan sonra 6 ay içinde dolgu kaynaklı yeniden başvuru sayısı}}{\text{Toplam dolgu yapılan hasta sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık				
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Dolgu yapılmış diş için 6 ay içinde çekim yapılma oranı Dolgu yapılmış diş için 6 ay içinde kanal tedavisi yapılma oranı 				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Yeniden başvurunun dolgu ile ilişkisi klinik olarak doğrulanmalıdır. Örnek başvuru nedenleri; <ul style="list-style-type: none"> Dolguda ağrı / hassasiyet Dolgu düşmesi veya kırılması Yüksek dolgu hissi (oklüzyon problemi) Sekonder çürük şüphesi Estetik memnuniyetsizlik 				


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı		
Gösterge Kodu	S.6.Z.3		
Tanım	Kurumda kanal tedavisi yapılan hastaların tedaviye bağlı komplikasyon veya şikâyet nedeniyle 6 ay içinde yeniden başvuru oranını ifade eder.		
Amaç	Kanal tedavilerinin klinik başarısını izlemek, komplikasyonları azaltmak ve hasta memnuniyetini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kanal tedavisi yapıldıktan sonra 6 ay içinde tedavi kaynaklı yeniden başvuru sayısı $= \frac{\text{Yeniden başvuru sayısı}}{\text{Toplam kanal tedavisi yapılan hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Yeniden başvurunun kanal tedavisi ile ilişkisi klinik olarak doğrulanmalıdır. • Örnek başvuru nedenleri; <ul style="list-style-type: none"> ○ Şiddetli ağrı / devam eden hassasiyet ○ Apse veya enfeksiyon gelişimi ○ Kanal tedavisinin yenilenme gereksinimi ○ Dolgu taşkınlığı / eksikliği kaynaklı şikâyetler 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		Antibiyotik Tedavisinde Başarısızlık Nedeniyle Yeniden Başvuru		Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
				Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Antibiyotik Tedavisinde Başarısızlık Nedeniyle Yeniden Başvuru				
Gösterge Kodu	S.6.Z.4				
Tanım	Kurumda antibiyotik tedavisi başlanan hastaların, 10 gün içinde aynı şikayet ile yeniden başvuru oranını ifade eder.				
Amaç	Uygun endikasyon ve doğru antibiyotik seçimini izleyerek antibiyotik direnci riskini azaltmak				
Veri Kaynağı	HBYS				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Antibiyotik tedavisi başladıktan sonra 10 gün içinde aynı şikayetle yeniden başvuran hasta sayısı $= \frac{\text{Antibiyotik tedavisi başlanan toplam hasta sayısı}}{\text{Antibiyotik tedavisi başlanan toplam hasta sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge					
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Yeniden başvuruların aynı tanı veya ilişkili tanı ile olması dikkate alınmalıdır. • Başarısızlık kriterleri: ağrı devamı, apse oluşumu, şikayetlerin devam etmesi, enfeksiyonun ilerlemesi veya komplikasyon gelişmesi vb. • Hasta uyumsuzluğu (ilacı kullanmama) hesaplama dahil edilmemelidir. 				


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>		Tekrar Alınan Ölçü Oranı			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	Tekrar Alınan Ölçü Oranı				
Gösterge Kodu	S.8.Z				
Tanım	Diş protez ölçülerinde alınan ilk ölçünün uygun bulunmaması sonucunda tekrarlanan ölçülerin oranını ifade etmektedir.				
Amaç	Ölçü alma süreçlerinin doğruluğunu ve laboratuvar uyumunu değerlendirmek; tekrar ölçü gereksinimini azaltarak hizmet kalitesini artırmaktır.				
Veri Kaynağı	HBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Tekrar alınan ölçü sayısı}}{\text{Alınan toplam ölçü sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık				
Alt Gösterge	Neden bazında tekrar alınan ölçü oranı				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Aynı hasta için aynı işlem kapsamında yeniden alınan ölçüler, toplam alınan ölçü sayısı içerisinde ayrı kayıt olarak değerlendirilir. Kurumda dijital ölçü alımı yapılıyorsa tekrar nedenleri geleneksel ölçüden ayrı olarak analiz edilmelidir. Başlıca hatalı ölçü nedenleri; hava kabarcığı, yırtılma, deformasyon, eksik sınır belirleme veya uygun olmayan materyal kullanımı, tarama görüntüsünün net ve yeterli olmaması (tükürük izolasyonunun yapılamaması, görüntü birleştirmesinin yapılamaması vb. 				

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Cerrahi Profilaksidede Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Cerrahi Profilaksidede Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı		
Gösterge Kodu	S.9.Z		
Tanım	Seçili cerrahi işlemlerde uygulanan antibiyotik profilaksisinin kriterlere uygunluk oranını ifade eder		
Amaç	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksilerin standartlara uygun şekilde yapılması ve akılcı ilaç uygulamalarının yaygınlaştırılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Seçilen cerrahi prosedürlerde, uygun şekilde gerçekleştirilen profilaksi sayısı}}{\text{Seçilen cerrahi prosedürlerde uygulanan toplam cerrahi profilaksi sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi Ulusal sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		El Hijyeni Uyumu Oranı			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	El Hijyeni Uyumu Oranı				
Gösterge Kodu	S.10.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; Beş endikasyon kuralına uygun olarak gerçekleştirilen el hijyeni uygulama sayısı / 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 Hatası Bildirim Oranı	
		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1		
Gösterge Adı	İlaç Hatası Bildirim Oranı		
Gösterge Kodu	S.11.Z		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında ilacın isteme, hazırlama, dağıtım veya uygulama aşamalarında meydana gelen ve istenmeyen olay bildirimini yapılan ilaç hatalarının oranını ifade eden hasta güvenliği göstergesidir.		
Amaç	İlaç uygulama sürecinde hasta güvenliğini tehdit eden hataların analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması ve güvenli ilaç yönetimi uygulamalarının geliştirilmesidir.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirimi yapılan toplam ilaç hatası sayısı}}{\text{Kuruma başvuran toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Kuruma Başvuran Toplam Hasta Sayısı: Ayaktan ve varsa yatan hasta başvurularının toplamıdır. • İlgili dönemde bir hastanın birden fazla başvurusu varsa her bir başvuru paydaya dahil edilmelidir. 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		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.12.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> $= \frac{\text{Bildirilen advers etki sayısı}}{\text{Kuruma başvuran toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Kuruma Başvuran Toplam Hasta Sayısı: Ayaktan ve varsa yatan hasta başvurularının toplamıdır. • İlgili dönemde bir hastanın birden fazla başvurusu varsa her bir başvuru paydaya dahil edilmelidir. 		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı		Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
				Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı				
Gösterge Kodu	S.15.Z				
Tanım	Aynı hasta ve aynı tetkik için tekrar röntgen çekimi yapılan hastaların oranını ifade eder.				
Amaç	Görüntüleme süreçlerinde teknik veya süreç kaynaklı nedenlerle tekrarlanan röntgen çekimlerinin oranını izleyerek; hasta radyasyon maruziyetini azaltmak, süreç verimliliğini ve görüntüleme kalitesini artırmaktır.				
Veri Kaynağı	HBYS				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Aynı tetkik için $= \frac{\text{tekrarlanan röntgen çekim sayısı}}{\text{Toplam röntgen çekim sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge	Görüntüleme yöntemi (periapikal, ortopantomograf, konik ışınlı tomografi, vb.) bazında tekrar çekim oranı				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Klinik gereklilik nedeniyle istenen kontrol çekimleri kapsam dışıdır. 				

	Radyasyon Alanlarında Ortalama Bekleme Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Radyasyon Alanlarında Ortalama Bekleme Süresi		
Gösterge Kodu	S.16.Z		
Tanım	Radyasyon alanlarında işlem öncesi hastaların bekleme sürelerinin izlenmesini ifade eder.		
Amaç	Radyasyon alanlarında hasta akışının etkin yönetilmesini sağlamak ve bekleme sürelerini azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Radyasyon alanında toplam bekleme süresi}}{\text{Radyolojik çekim yapılan toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Bekleme süresi; radyolojik işlem isteminin tamamlaması ile görüntüleme işleminin başlaması arasındaki süreyi kapsar. Aynı hastanın tekrar çekimleri ayrı kayıt edilmelidir. 		


 <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı		
Gösterge Kodu	S.17.Z		
Tanım	Gebe veya gebelik şüphesi bulunan hastalara yapılan radyolojik çekim sayısının izlenmesine yönelik göstergedir.		
Amaç	Gebe veya gebelik şüphesi bulunan hastalarda radyasyon güvenliğinin sağlanması, gereksiz radyasyon maruziyetinin azaltılması ve hasta güvenliğini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Gebe veya gebelik şüphesi olduğu kayıt altına alınan kişilere yapılan radyolojik çekim sayısı		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • “Gebelik şüphesi” klinik değerlendirme veya hasta beyanı doğrultusunda kayıt altına alınmalıdır. • Aynı hastaya aynı gün içinde yapılan farklı çekimler ayrı değerlendirilmelidir. 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		Reddedilen Ölçü Oranı			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	Reddedilen Ölçü Oranı				
Gösterge Kodu	S.18.Z				
Tanım	Alınan diş protezi ölçülerinden, teknik veya klinik nedenlerle laboratuvar tarafından uygun bulunmayarak reddedilen ölçülerin, toplam alınan ölçülere oranını ifade eder.				
Amaç	Tekrar ölçü alma oranını azaltarak, tedavi etkinliğini artırmak ve hasta memnuniyetini artırmaktır.				
Veri Kaynağı	HBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Reddedilen ölçü sayısı}}{\text{Alınan toplam ölçü sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık				
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> • Ölçü maddesine göre (aljinat, silikon, çinko oksit) reddedilen ölçü oranı • Ölçü çeşidine göre (anatomik, fizyolojik, ara aşama) reddedilen ölçü oranı • İşlemin yapıldığı birim (protez, ortodonti, pedodonti, multidisipliner, öğrenci, vb.) bazında reddedilen ölçü oranı • Dijital tarama ile alınan ölçülerden reddedilen ölçü oranı 				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Aynı hasta için aynı işlem kapsamında tekrar alınan ölçüler, toplam alınan ölçü sayısı içerisinde ayrı kayıt olarak değerlendirilir. • Alt-üst çenelerin kapanış ilişkilerini değerlendirmek için alınan ölçüler de paydaya eklenir. • Kapanış ilişkileri değerlendirilmesine gereksinim duyulmadan yapılan işlemler (sadece üst veya alt çene üzerinde) için tek bir çene ölçüleri de hesaplama dahil edilecektir. 				


 Hatalı Model Oranı		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hatalı Model Oranı		
Gösterge Kodu	S.19.Z		
Tanım	Hazırlanan modeller arasında, ölçü hatası, deformasyon veya teknik yetersizlik nedeniyle yeniden çalışma hatalı modellerin toplam modellere oranını ifade eder.		
Amaç	Ölçü alma ve model hazırlama süreçlerinin kalite düzeyini izlemek, teknik hataları azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hatalı model sayısı}}{\text{Toplam hazırlanan model sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	Model maddesine göre (alçı, reçine) hatalı model oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Aynı hasta için aynı işlem kapsamında yeniden hazırlanan modeller, toplam hazırlanan model sayısı içerisinde ayrı kayıt olarak değerlendirilir. Başlıca hatalı model nedenleri; hava kabarcığı, kırılma, çatlama, yırtılma, deformasyon, eksik sınır belirleme veya uygun olmayan materyal kullanımı vb. 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı		
Gösterge Kodu	S.20.Z		
Tanım	Diş protezi ölçülerinden, hatalı şekilde kimliklendirilmiş ölçülerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta güvenliğini artırmak, ölçü ve laboratuvar süreçlerinde doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak ve kimliklendirme kaynaklı hataları azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hatalı kimliklendirilmiş ölçü sayısı}}{\text{Toplam alınan ölçü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Çalışılmadan Önce Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı Çalışıldıktan Sonra Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı 		
Açıklama			


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		Kaybolan Ölçü Oranı			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	Kaybolan Ölçü Oranı				
Gösterge Kodu	S.21.Z				
Tanım	Diş protezi ölçülerinin üniteye, transfer sırasında veya laboratuvarında kaybolması nedeniyle işleme alınamama oranını ifade eder.				
Amaç	Ölçülerin güvenli taşınmasını sağlamak, süreç kaynaklı kayıpları azaltmak ve hizmet sürekliliğini artırmaktır.				
Veri Kaynağı	HBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kaybolan ölçü sayısı}}{\text{Toplam ölçü sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık				
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Laboratuvarında kaybolan ölçü oranı Transfer sürecinde kaybolan ölçü oranı 				
Açıklama	Kapanış ölçüleri de hesaplama dahil edilmelidir.				


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kaybolan Protez Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kaybolan Protez Oranı		
Gösterge Kodu	S.22.Z		
Tanım	Hazırlanan diş protezlerinden ünite, transfer sırasında veya laboratuvarında kaybolanların oranını ifade eder.		
Amaç	Protezlerin güvenli taşınmasını sağlamak, süreç kaynaklı kayıpları azaltmak ve hizmet sürekliliğini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kaybolan protez sayısı}}{\text{Toplam hazırlanan protez sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Laboratuvarında kaybolan protez oranı Transfer sürecinde kaybolan protez oranı 		
Açıklama	Kurumda yapılan tüm protezler (hareketli, sabit, çocuk protezleri, yer tutucu protezleri vb) dahil edilmelidir.		


 Kaybolan Model Oranı		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kaybolan Model Oranı		
Gösterge Kodu	S.23.Z		
Tanım	Hazırlanan modellerden (alçı, reçine) ünite, transfer sırasında veya laboratuvarında kaybolanların oranını ifade eder.		
Amaç	Modellerin güvenli taşınmasını sağlamak, süreç kaynaklı kayıpları azaltmak ve hizmet sürekliliğini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kaybolan model sayısı}}{\text{Toplam hazırlanan model sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Laboratuvarında kaybolan model oranı Transfer sürecinde kaybolan model oranı Model maddesine göre (alçı, reçine) kaybolan model oranı 		
Açıklama			


 Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı		
Gösterge Kodu	S.24.Z		
Tanım	Kurum tarafından belirlenen protez teslim süreleri içinde teslim edilmeyen protez oranını ifade eder.		
Amaç	Protez hazırlama ve teslim süreçlerinin etkinliğini izlemek, gecikmeleri azaltmak ve hasta memnuniyetini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Planlanan sürede teslim edilmeyen protez sayısı}}{\text{Toplam teslim edilmesi planlanan protez sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> • Ölçünün Alınmasından Modele Dönüşüme Kadar Geçen Ortalama Süre • Laboratuvara Kabulden Teslime Kadar Geçen Ortalama Süre 		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın randevuya gelmemesi veya teslimi ertelemesi nedeniyle oluşan gecikmeler göstergeye dahil edilmez. • Kurumda yapılan tüm protezler (hareketli, sabit, çocuk protezleri, yer tutucu protezleri vb) dahil edilmelidir. 		


	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı		
Gösterge Kodu	S.25.Z		
Tanım	Cerrahi girişimlerde güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru şekilde uygulanma oranını tanımlar.		
Amaç	Cerrahi operasyonlarda hasta güvenliğinin arttırılmasını ve tıbbi hataların engellenmesini sağlamak amacıyla standart uygulamaları güçlendirmektir.		
Veri Kaynağı	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Cerrahi operasyonlarda ADSH GCKL tüm aşamalarıyla uygun şekilde $= \frac{\text{kullanılan cerrahi operasyon sayısı}}{\text{Toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. 		


	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı		
Gösterge Kodu	S.26.Z		
Tanım	Genel anestezi altında operasyonu gerçekleştiren hastalarda postoperatif dönemde solunum yetmezliği yaşayanların oranını ifade eder.		
Amaç	Postoperatif dönemde solunum yetmezliği gerçekleşme sebeplerinin analiz edilerek gerekli önlemlerin alınmasıdır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Postoperatif dönemde solunum yetmezliği yaşayan hasta sayısı}}{\text{Genel anestezi altında gerçekleşen operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • 18 yaş üstü hastalar hesaplama dahil edilir. • İkincil tanı olarak solunum yetmezliği konulan hastalar hesaplama dahil edilir. 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		<p>Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı</p>		Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
				Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı				
Gösterge Kodu	S.27.Z				
Tanım	Cerrahi operasyon sonrasında operasyona bağlı sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hastaların oranını ifade eder.				
Amaç	Ameliyathaneye cerrahi operasyon ile ilişkili geri dönüş sebeplerinin analiz edilerek, sürecin iyileştirilmesine yönelik gerekli önlemlerin alınmasıdır.				
Veri Kaynağı	HBYS				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle = $\frac{\text{ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı}}{\text{Toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge	Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın postoperatif 3 gün içinde ameliyata bağlı nedenlerle geri dönüşleri tekil olarak toplam cerrahi operasyon sayısına dahil edilir. Operasyon sonrası, operasyonla ilişkili aşağıda belirlenmiş olan sebepler dikkate alınacaktır; <ul style="list-style-type: none"> Kanama Yara açılması (ayrışması) Revizyon ameliyatları Operasyonel hatalar (yanlış taraf cerrahisi) 				

 <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	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	Sağlık tesisinde 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; 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 (şebeke, 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. Planlı bakım kesintileri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. 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. 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		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	Mesai dışı tesis kaynaklı sorunlara ortalama müdahale süresi				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Bildirilen her bir tesis kaynaklı sorun için; (İlk teknik müdahale başlama zamanı – sorun bildirim zamanı (dakika) 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 TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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	Atık türüne göre devir hızı (tıbbi, tehlikeli, kesici-delici, vb.)		
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. 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>		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 izlemektir.				
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. 				


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>	Teknik Birimin ADSH Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Teknik Birimin ADSH Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi		
Gösterge Kodu	D.6.Z		
Tanım	Bilgi Yönetim Sistemlerinde (HBYS, LBYS, PACS, vb.) meydana gelen arızaların, teknik birime bildirildiği andan itibaren ilk teknik müdahalenin başlatılmasına kadar geçen ortalama süreyi ifade eder.		
Amaç	Bilgi Yönetim Sistemlerinde oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamamasıdır.		
Veri Kaynağı	Arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Arızalara toplam müdahale süresi}}{\text{Toplam bilgi yönetim sistemi arıza sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> • Yazılım arızalarına ortalama müdahale süresi • Donanım arızalarına ortalama müdahale süresi 		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Süre dakika olarak hesaplanacaktır. • Arızanın başlangıcı; kullanıcı tarafından arızanın ilgili birime iletildiği tarih ve saattir. • Arızanın sonlandırılması; arızanın ilgili birim tarafından giderilerek arıza bildiriminin kapatıldığı tarih ve saattir. (Örneğin; Arızanın yazılım firmasına iletildiği tarih ve saat; 10.08.2021 ve 11:00. Arızanın yazılım firması tarafından giderildiği tarih ve saat: 15.08.2021 ve 16:00 ise müdahale süresi 5 gün 5 saat; (5x24= 120+5= 125 saat= 7500 dakikadır). 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>	<p>Bilgi Yönetim Sistemi Devre Dışı Kaldığı Süre</p>	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sistemi Devre Dışı Kaldığı Süre		
Gösterge Kodu	D.6.Z		
Tanım	Bilgi yönetim sistemlerinin kısmen veya tamamen kullanılamaz olduğu toplam süreyi ifade eder.		
Amaç	Bilgi yönetim sistemi kesintilerinin sıklığını ve süresini izlemek, klinik ve idari süreçlerde hizmet sürekliliğini güvence altına almaktır.		
Veri Kaynağı	Bilgi yönetim sistemi log kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Bilgi yönetim sistemlerinin devre dışı kaldığı toplam süre (dk)		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Bilgi yönetim sistemlerinin kısmen devre dışı kaldığı toplam süre		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Süre dakika olarak hesaplanacaktır. Bilgi yönetim sistemlerinin kısmen devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplama dahil edilmelidir. 		


	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 bildirim 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	Mesai dışı saatlerde cihaz arızalarına müdahale süresi		
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. 				

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>		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>Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) Revizyon Talepleri Karşılanma Oranı</p>		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) Revizyon Talepleri Karşılanma Oranı		
Gösterge Kodu	D.10.Z		
Tanım	Kurum içerisinde kullanıcılar tarafından iletilen bilgi yönetim sistemi revizyon taleplerinin ortalama karşılanma oranıdır.		
Amaç	Bilgi yönetim sistemlerinin kullanıcılarının ihtiyaçlarına uygunluğunu artırmak ve hizmet süreçlerinde yaşanabilecek aksaklıkları azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Karşılanan revizyon talebi}}{\text{Toplam revizyon talebi}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Karşılanan revizyon talebi: Kullanıcılar tarafından yapılan revizyon taleplerinden kurum tarafından belirlenen süre içinde karşılanan taleplerdir. 		

	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 hesaplama 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 hesaplama dahil edilmemelidir. Kurumdaki tüm acil kod uyarı sistemi çağrıları 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 \(CAUTI\)](#)

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>

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

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2016, 23 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı 29927). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161223-16.htm>

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

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

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>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. (2022). Sezaryen Klinik Protokolü, Ankara, Sağlık Bakanlığı.

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 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri
(ADSH) (v3.0/2022) Seti



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