

GÖSTERGE YÖNETİMİ REHBERİ

SAS Ayaktan Sağlık
Hizmetleri Seti
(v1.0/2020)

SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti (v1.0/2020) Gösterge Yönetimi Rehberi

ISBN: 978-605-70938-9-9

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

Bayram DEMİR, Doç. Dr.
Büşra BOZKURT, Uzm.
Dilek TARHAN, Uzm. Dr.
Ercan KOCA, Ecz.
Hasan GÜLER, Dr.
Hasip YALÇIN, Müh.
İsmail ŞİMŞİR, Doç. Dr.
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 Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti (v1.0/2020) 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 Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti (v1.0/2020) 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 Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti (v1.0/2020) Seti'nde yer alan gösterge isimlerinde yapılan değişiklikler Tablo 1. SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti 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 Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu

SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu		
Gösterge Kodu	Göstergenin Adı	Yapılan Değişiklik
Ç.6.Z	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı
S.2.Z	El Antiseptiği Tüketim Miktarı	El Antiseptiği Tüketim Oranı
S.3.Z	El Hijyeni Uyumu	El Hijyeni Uyum Oranı
S.6.Z	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı
S.7.Z	İmha Edilen İlaç Miktarı	İmha Edilen İlaç 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.5.Z	Teknik Birimin Sağlık Kuruluşu Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
D.6.Z	HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre
D.8.Z	Cihaz Arızalanma Sıklığı	Cihaz Arızalanma Oranı

SAS
Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti
(v1.0/2020)

GÖSTERGE LİSTESİ



Tablo 2. SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti (v1.0/2020) 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	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanım Oranı
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 Maruz Kalma Oranı
Ç.6.Z	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı
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
Enfeksiyon Önlenmesi	
S.2.Z	El Antiseptiği Tüketim Oranı


S.3.Z	El Hijyeni Uyum Oranı
İlaç Yönetimi	
S.4.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı
S.5.Z	Advers Etki Görülme Oranı
S.6.Z	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı
S.7.Z	İmha Edilen İlaç Oranı
Radyasyon Güvenliği	
S.8.Z	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
S.9.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı
S.10.Z	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri
Laboratuvarlar	
S.12.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı
S.13.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
S.14.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
S.15.Z	Kaybolan Numune Oranı
S.16.Z	Tekrar Alınan Numune Oranı
S.18.Z	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
S.19.Z	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
S.20.Z	Panik Değer Bildirim Oranı
S.21.Z	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
Cerrahi Operasyon	
S.22.Z	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Kullanım Oranı
S.23.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı


Acil Ünitesi	
S.25.Z	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı
S.26.Z	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
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	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
D.6.Z	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre
D.7.Z	Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
D.8.Z	Cihaz Arızalanma Oranı
Acil Durum Yönetimi	
A.1.Z	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
A.2.Z	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
A.3.Z	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
A.4.Z	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi


SAS
Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti
(v1.0/2020)


GÖSTERGE KARTLARI





 <p>Hedeflere Ulaşma Oranı</p>		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 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		<p>Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</p>		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.1.Z					
Tanım	<p>Belirlenen değerlendirme döneminde sonuçlandırılan düzeltici 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, ilgili dönemin hesaplamasına dahil edilir. • Bir sonraki değerlendirme döneminde kapatılması planlanan ancak planlanan süreden önce kapatılan DÖF 'ler, planlandığı dönemin hesaplamasına dahil edilir. • Toplam DÖF sayısı, ilgili dönemde açılan ve kapanması planlanan toplam DÖF sayısını ifade eder. 					

 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanım Oranı	
		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1		
Gösterge Adı	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanım Oranı		
Gösterge Kodu	Y.3.Z		
Tanım	Kurumda çalışanlar tarafından gerçekleştirilen istenmeyen olay bildirim sisteminin kullanım düzeyini ifade eder.		
Amaç	Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik bildirim kültürünü güçlendirmek ve bildirime dayalı iyileştirme faaliyetlerini desteklemektir.		
Veri Kaynağı	İstenmeyen olay bildirim sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İstenmeyen olay bildirim sayısı}}{\text{Aktif çalışan personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu			
Alt Gösterge	İstenmeyen olay bildirimlerine ilişkin gerçekleştirilen iyileştirme faaliyeti oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bildirimlerin cezalandırıcı yaklaşımdan uzak, güvenli raporlama kültürü çerçevesinde yapılması ile ilgili önlemler yönetim tarafından alınmalıdır. 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		<p>Personelin Eğitime Katılma Oranı</p>			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	Personelin Eğitime 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; $= \frac{\text{Eğitime katılan personel sayısı}}{\text{Katılması planlanan toplam personel sayısı}} * 100$				
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 ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. Alt gösterge gruplarına ilişkin veriler, ilgili personel grupları bazında izlenir ve raporlanır. 				


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		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			
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> ○ SAS'ta yer alan eğitimler esas alınmalıdır. ○ Uyum ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. 		


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


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>	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			
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 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; $\text{Mesleki eğitimine uygun olmayan} \\ = \frac{\text{birimde çalışan personel sayısı}}{\text{Kurumdaki toplam personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
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. 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		<p>Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı</p>			
				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> $= \frac{\text{Kesici/delici alet yaralanma sayısı}}{\text{Toplam aktif çalışan sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	Yıllık				
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> ○ Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı ○ Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı 				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir. 				


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		<p>Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</p>			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma 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	<p>Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerine yönelik analizler yaparak çalışan güvenliğinin artırılmasına yönelik önleyici ve iyileştirici uygulamaların hayata geçirilmesini sağlamaktır.</p>				
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı}}{\text{Toplam aktif çalışan sayısı}} * 100$				
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. 				


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>	<p>Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı</p>	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı		
Gösterge Kodu	Ç.6.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde sağlık tesisi ve sağlık tesisinde 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; $= \frac{\text{Hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı}}{\text{Toplam aktif çalışan sayısı}} * 100$		
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 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	İşyeri 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, kurum bünyesinde fiilen görev yapan tüm çalışanları kapsar. ○ Kuruma ilk defa görevlendirilen personel, altı (6) aylık süre şartı aranmaksızın sağlık gözetimi programı kapsamına alınır ve gösterge hesaplamasında dikkate alınır. 		


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		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; $= \frac{\text{“Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen hasta sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam hasta sayısı}} * 100$				
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. 				


		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	Sağlık hizmeti sunumu sırasında; düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin artırılmasıdır.				
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam hasta düşme sayısı}}{\text{Ayaktan toplam başvuru sayısı}} * 1000$				
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık				
Alt Gösterge					
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil servis, günübürlük vb.) dâhil edilir. ○ Hesaplama düşme olay bildirimleri esas alınır. ○ Gerçekleşen tüm düşme olayları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır. 				


		El Antiseptiği Tüketim Oranı			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	El Antiseptiği Tüketim Oranı				
Gösterge Kodu	S.2.Z				
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde el hijyeninin sağlanması amacıyla kullanılan alkol bazlı el antiseptiği oranını ifade eder.				
Amaç	El hijyeni uygulamalarında sürekliliği desteklemek, malzemelerin erişilebilirliğini ve kullanım düzeyini izlemek, enfeksiyonların önlenmesine katkı sağlamak.				
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Alkol bazlı el antiseptiği tüketim miktarı (litre)}}{\text{Toplam hasta sayısı}} * 1000$				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge					
Açıklama					


 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.3.Z		
Tanım	<p>Belirlenen değerlendirme döneminde endikasyonlara uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni uygulamalarının oranını ifade eder.</p> <p>Endikasyon: El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet.</p> <p>Eylem: Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet.</p> <p>Fırsat (uygun durum): Sağlık bakım aktiviteleri sırasında mikroorganizmaların eller yoluyla geçişini engellemek için el hijyeninin gerekli olduğu anlardır.</p>		
Amaç	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların azaltılması, hasta ve çalışan güvenliğinin artırılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Beş endikasyon kuralına uygun olarak gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı}}{\text{Gözlemlenen toplam el hijyeni fırsat sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> 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 Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı		
Gösterge Kodu	S.4.Z		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında ilacın tüm aşamalarında meydana gelen ve istenmeyen olay bildirimini yapılan ilaç hatalarının sayısını 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; Bildirimi yapılan toplam ilaç hatası sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			


 <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.5.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	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirilen advers etki sayısı}}{\text{Toplam başvuran hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		<p>İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı</p>			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı				
Gösterge Kodu	S.6.Z				
Tanım	Kurumda tedavi gören hastalarda tespit edilen, birden fazla ilacın birlikte kullanımından kaynaklanan (polifarmasi sebebiyle) istenmeyen ilaç-ilaç etkileşimlerin toplam sayısını ifade eder.				
Amaç	İlaç etkileşimlerini takip ederek hasta güvenliğini artırmak, polifarmasi kaynaklı riskleri azaltmaktır.				
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları, ilaç etkileşim bildirimleri, olay bildirim sistemi kayıtları				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; İstenmeyen olay bildirim sistemi ile kayıt altına alınan ilaç etkileşimi sayısı				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> • Kalıcı sekel veya ölüm ile sonuçlanan ilaç etkileşim sayısı • İlaç grubu bazında etkileşim sayısı 				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Yalnızca bildirim sistemine kayıt edilmiş vakalar hesaplamaya dahil edilir. • Etkileşimin klinik sonuç doğurup doğurmadığından bağımsız olarak tüm tespit edilen vakalar hesaplamaya alınır. • Aynı hastada birden fazla etkileşim tespit edilmişse, her etkileşim ayrı ayrı hesaplanır. • İlaç etkileşimi şüphesiyle bildirilen ancak henüz doğrulanmamış vakalar "beklemede" statüsünde tutulup kesinleştiğinde ilgili döneme kaydedilmelidir. 				


		İmha Edilen İlaç Oranı			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	İmha Edilen İlaç Oranı				
Gösterge Kodu	S.7.Z				
Tanım	İlgili dönemde son kullanma tarihinin geçmesi, hasar görme veya ambalaj bütünlüğünün bozulması gibi gerekçelerle imha edilen ilaçların, aynı dönemdeki toplam ilaç stokuna oranını gösteren göstergedir.				
Amaç	İlaç israfını azaltmak, stok yönetimini iyileştirmek ve gereksiz mali kaybın önüne geçmektir.				
Veri Kaynağı	Eczane stok kayıtları, imha tutanakları				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İmha edilen toplam ilaç sayısı}}{\text{Kurum stokundaki toplam ilaç sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge	İlaç grubu bazında imha oranı				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Uygulanan ilaçlardan kalan miktarlar (kısmi doz kullanımı) veya hazırlanıp kullanılmayan dozlar (fire) bu gösterge kapsamı dışındadır. • Geri çağırma (recall) kararıyla imha edilen ilaçlar hesaplama dışında tutulmalıdır. 				


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı		
Gösterge Kodu	S.8.Z		
Tanım	Kontrast madde ile çekilen tomografi işlemlerine oranını ifade eder.		
Amaç	Kurumdaki kontrast madde ile çekilen tomografi oranları analiz edilerek gereksiz kontrast madde kullanımının en aza indirilmesidir.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı}}{\text{Toplam çekilen tomografi sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			


 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>		<p>Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı</p>			
				Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1				
Gösterge Adı	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı				
Gösterge Kodu	S.9.Z				
Tanım	Aynı hasta ve aynı tetkik için üç gün (72 saat) içerisinde 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; $= \frac{3 \text{ (üç) gün (72 saat) içinde aynı tetkik için tekrarlanan röntgen çekim sayısı}}{\text{Toplam röntgen çekim sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge					
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> ○ Klinik gereklilik nedeniyle istenen kontrol çekimleri ve hasta kaynaklı nedenlerle tekrarı gereken çekimler kapsam dışıdır. 				


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri		
Gösterge Kodu	S.10.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			
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Radyasyon alanında toplam bekleme süresi}}{\text{Radyoloji hizmeti verilen toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu			
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. 		


	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı		
Gösterge Kodu	S.12.Z		
Tanım	Laboratuvara teslim edilen numunelerden test istemi hatalı yapılan numunelerin oranını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvar test istemlerinde preanalitik aşamada oluşan hatalı istem oranını izleyerek; test güvenliğini artırmak, gereksiz tekrarları ve istem kurallarına uygun olmayan hatalı istemleri önlemektir.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hatalı istem yapılmış test sayısı}}{\text{Laboratuvara kabul edilmiş numunelere ait toplam test istem sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu			
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Hatalı İstem: Klinik ön tanı ile uyuşmayan, kurumun tanımlı test prosedürlerine veya hasta bilgilerine uygun olmayan laboratuvar test istemidir. 		

	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.13.Z		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvar test süreçlerinde, numune red nedenlerinin önlenmesine yönelik önlemlerin alınması ve tekrar numune alımının azaltılmasıdır.		
Veri Kaynağı	HBYS, LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Reddedilen numune sayısı}}{\text{Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Ret nedenlerine göre alt göstergeler: <ul style="list-style-type: none"> • Hatalı Etiketlenen Numune Oranı • Hatalı Numune Kabı Kullanılma Oranı • Yetersiz Numune Oranı • Hemolizli Numune Oranı • Pıhtılı Numune Oranı • Belirlenen Maksimum Transfer Süresini Aşan Numune Oranı 		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. <ul style="list-style-type: none"> ○ Biyokimya ○ Hematoloji ○ Mikrobiyoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar 		


	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.14.Z		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen numuneler arasında, hasta kimlik bilgileri (ad-soyad, T.C. kimlik no, protokol no vb.) ile numune etiketinin uyumsuz olduğu veya eksik/hatalı kimliklendirme nedeniyle uygunsuz kabul edilen numunelerin oranını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvara gelen numunelerde hasta güvenliğini tehdit eden kimliklendirme hatalarını azaltmak ve numune kabul süreçlerinin güvenliğini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS, LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hatalı kimliklendirilmiş numune sayısı}}{\text{Laboratuvara gelen toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> • Numune Çalışılmadan Önce Fark Edilmiş Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı • Numune Çalışıldıktan Sonra Fark Edilmiş Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı 		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. <ul style="list-style-type: none"> ○ Biyokimya ○ Hematoloji ○ Mikrobiyoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		Kaybolan Numune Oranı	
		Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
Sayfa No	1/1		
Gösterge Adı	Kaybolan Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.15.Z		
Tanım	İlgili dönemde hastadan alındığı ve sisteme kaydı yapıldığı halde analiz sürecine ulaşmadığı için test süreci tamamlanamayan numunelerin, toplam numuneler içindeki oranını ifade eder.		
Amaç	Numunelerin alınmasından analiz sürecine kadar olan tüm aşamalarda kaybolma sıklığını izlemek ve hasta güvenliğini tehdit eden sistemsel aksaklıkları tespit ederek önleyici faaliyetleri planlamaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS, LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kaybolan numune sayısı}}{\text{Toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. <ul style="list-style-type: none"> ○ Biyokimya ○ Hematoloji ○ Mikrobiyoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Tekrar Alınan Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tekrar Alınan Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.16.Z		
Tanım	Laboratuvar süreçlerinde ilk alınan numunenin çalışılmaması, uygunsuz bulunması veya kaybolması gibi nedenlerle yeniden alınan numunelerin oranını ifade eder.		
Amaç	Preanalitik hataları azaltmak, süreç etkinliğini geliştirmek ve tanı gecikmelerini azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Tekrar alınan numune sayısı}}{\text{Toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu			
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. <ul style="list-style-type: none"> ○ Biyokimya ○ Hematoloji ○ Mikrobiyoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı		
Gösterge Kodu	S.18.Z		
Tanım	Laboratuvarlarda gerçekleştirilen dış kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvarlarda gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların düzenli olarak takip edilmesi ve laboratuvar performansının objektif olarak kontrol edilmesinin sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	Dijital ve manuel kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı 		
Açıklama			

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı		
Gösterge Kodu	S.19.Z		
Tanım	Laboratuvarda gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.		
Amaç	Uygunsuz çıkan testler için cihazlarda gerekli bakımlar yapılarak çalışma sürecinin verimliliğini arttırmaktır.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; İç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> • Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı • Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı 		
Açıklama			

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Panik Değer Bildirim Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Panik Değer Bildirim Oranı		
Gösterge Kodu	S.20.Z		
Tanım	Laboratuvar testlerinde hastanın hayatını tehdit edebilecek derecede anormal sonuçlardan (kritik değerlerin) kurum prosedüründe belirtilen yöntem ve süre içerisinde klinik ekiplere bildirilenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta güvenliğinin artırılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Panik değer bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirilen toplam panik değer laboratuvar sonuç sayısı}}{\text{Toplam laboratuvar sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. <ul style="list-style-type: none"> ○ Biyokimya ○ Hematoloji ○ Mikrobiyoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar 		

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı		
Gösterge Kodu	S.21.Z		
Tanım	Test bazında belirlenen sonuç verme süreleri içinde verilmeyen sonuçların tespiti ve izlenmesi amacıyla kullanılan bir ölçüm aracıdır.		
Amaç	Laboratuvar tetkik sonuçlarının, kurum tarafından tanımlanan raporlama süreleri içinde verilerek klinik karar süreçlerinin gecikmesini önlemek ve hizmet kalitesini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Zamanında verilmeyen sonuç sayısı}}{\text{Toplam raporlanan sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu			
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. <ul style="list-style-type: none"> ○ Biyokimya ○ Hematoloji ○ Mikrobiyoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Kullanım Oranı		
Gösterge Kodu	S.22.Z		
Tanım	Cerrahi girişimlerde güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru şekilde uygulanma oranını tanımlar.		
Amaç	Cerrahi operasyonlarda hasta güvenliğinin artırılmasını ve tıbbi hataların engellenmesini sağlamak amacıyla standart uygulamaları güçlendirmektir.		
Veri Kaynağı	HBYS, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Randomize gözlem yapılan operasyonlarda GCKL tüm aşamalarıyla uygun şekilde kullanılan cerrahi operasyon sayısı $= \frac{\text{Randomize gözlem yapılan cerrahi operasyon sayısı}}{\text{toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> GCKL, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı		
Gösterge Kodu	S.23.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, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı}}{\text{Toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	<ul style="list-style-type: none"> Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı 		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın aynı anda yapılan farklı tanımlı ameliyatlarının hepsi toplam cerrahi operasyon sayısına dahil edilir. Hastanın postoperatif 30 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) 		


- Yarada hematom
- İnsizyonel herni
- Hemoperiton
- Revizyon ameliyatları
- Operasyonel hatalar (hastada malzeme unutulması, yanlış taraf cerrahisi)


Operasyonla ilişkili sebeplerin ICD-10 kodları:


T81	Girişimlerin komplikasyonu, başka yerde sınıflanmamış
T81.0	Bir uygulama komplikasyonu olan kanama ve hematoma başka yerde sınıflanmamış
T81.1	Bir işlem esnasında veya işleme bağlı şok, başka yerde sınıflanmamış
T81.2	Bir işlem esnasında kaza ile delme ve sıyrık, başka yerde sınıflanmamış
T81.3	Operasyon yarasında açılma, başka yerde sınıflanmamış
T81.4	Bir işlem sonrası enfeksiyon, başka yerde sınıflanmamış
T81.5	Bir işlem sonrası operasyon yarası veya vücut boşluğu istemeyerek bırakılan yabancı cisim
T81.6	Bir işlem esnasında istemeyerek bırakılan yabancı malzemeyle ilgili akut reaksiyon
T81.7	Bir işlem sonrası vasküler komplikasyonlar, başka yerde sınıflanmamış
T81.8	İşlemlerin diğer komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış
T81.9	İşlemin tanımlanmamış komplikasyonu


	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı		
Gösterge Kodu	S.25.Z		
Tanım	Acil servise başvuran hastalar arasında, psikotrop ve narkotik ilaç uygulanan hasta oranını ifade eder.		
Amaç	Psikotrop ve narkotik ilaçların acil servisteki kullanım yoğunluğunu izlemek ve kurum içi dönemsel karşılaştırma yapmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Psikotrop ve narkotik ilaç uygulanan hasta sayısı}}{\text{Acil servise başvuran toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Psikotrop ilaç kullanım oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Anestezi kapsamında uygulanan ilaçlar hariç tutulacaktır. Vaka yoğunluğu yüksek merkezlerde oran yorumlanırken başvuru profili dikkate alınmalıdır. 		


 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ		Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi		Doküman No	
				Yayın Tarihi	
				Revizyon No	00
				Revizyon Tarihi	00
				Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi				
Gösterge Kodu	S.26.Z				
Tanım	Acil serviste müşahede alanına alınan hastaların müşahede başlangıç saati ile müşahedenin sonlandığı zaman arasındaki ortalama süredir.				
Amaç	Acil servis müşahede alanlarının amacına uygun şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.				
Veri Kaynağı	HBYS				
Hedef Değer					
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Müşahede alanına alınan hastaların toplam yatış süreleri}}{\text{Müşahede alanına alınan toplam hasta sayısı}} * 100$				
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık				
Alt Gösterge	Müşahede alanında 480 dakika (8 saat) ve üzerinde kalan hasta oranı				
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> Aynı dönemde birden fazla kez müşahede alanına yatışı yapılan hastaların her bir yatışları ayrı olarak hesaplamaya dahil edilmelidir. Süreler dakika olarak hesaplanacaktır. 				


 TÜSKA <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; Temel tesis kaynaklarında yaşanan toplam arızalı saat/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. hesaplama ayrı ayrı alınmalıdır. • 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.		


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


 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 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. 		


	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi		
Gösterge Kodu	D.5.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. <p>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 <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sisteminin 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. 		


 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	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"> • Aktif Cihaz: Bakım, kalibrasyon ve güvenlik kontrolleri yapılmış; arızası bulunmayan ve klinik kullanımda olan cihazdır. • Depoda bekleyen veya klinik kullanım dışı cihazlar toplam tıbbi cihaz sayısına dahil edilmez. 				

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı		
Gösterge Kodu	A.1.Z		
Tanım	<p>İlgili dönemde gerçekleşen mavi kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan mavi kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder.</p> <p>Mavi Kod: Sağlık tesisinde karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>		
Amaç	Mavi kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Formu eksiksiz doldurulan mavi kod olay sayısı}}{\text{Toplam mavi kod olay sayısı}} * 100$		
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. • Eksik doldurulan her mavi kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. 		

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı		
Gösterge Kodu	A.2.Z		
Tanım	<p>İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder.</p> <p>Beyaz Kod: Sağlık tesisinde görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>		
Amaç	Beyaz kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Formu eksiksiz doldurulan beyaz kod olay sayısı}}{\text{Toplam beyaz kod olay sayısı}} * 100$		
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. • Eksik doldurulan her beyaz kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. 		

 <p>TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</p>	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı		
Gösterge Kodu	A.3.Z		
Tanım	<p>İlgili dönemde gerçekleşen pembe kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan pembe kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder.</p> <p>Pembe Kod: Sağlık tesisinde bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>		
Amaç	Pembe kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> $= \frac{\text{Formu eksiksiz doldurulan pembe kod olay sayısı}}{\text{Toplam pembe kod olay sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan pembe kod olay formu oranı		
Açıklama	<ul style="list-style-type: none"> • Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Eksik doldurulan her pembe kod olay formu “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır. 		

 TÜSKA <small>TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ</small>	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi		
Gösterge Kodu	A.4.Z		
Tanım	İlgili dönemde mavi kod çağrısı yapıldığı andan itibaren, mavi kod ekibinin olay yerine ortalama ulaşma oranını ifade eder.		
Amaç	Mavi kodda ilgili ekibin tüm üyelerinin olay yerine 3 dakika içerisinde ulaşması ve bu kapsamda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Mavi kod çağrılarında toplam ulaşma süresi (dakika)}}{\text{Gerçekleşen toplam mavi kod çağrı sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 ay		
Alt Gösterge	Mavi kodda olay yerine ulaşma süresi 3 dakikayı aşan olay sayısı		
Açıklama			

Kaynakça

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (2006, 11 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 24046). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

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>

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.

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 Ayaktan Sağlık Hizmetleri
(v1.0/2020) 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