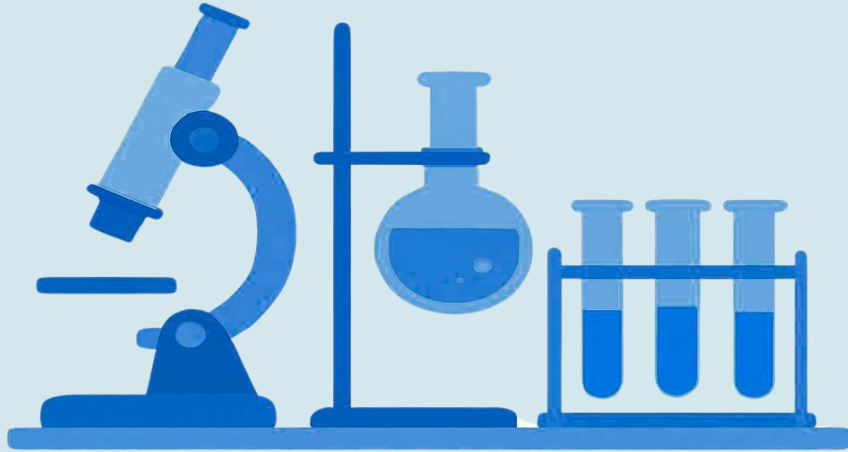


GÖSTERGE YÖNETİMİ REHBERİ

**SAS Laboratuvar Seti
(v2.1/2020)**



Ankara, 2026

SAS Laboratuvar Seti (v2.1/2020)
Gösterge Yönetimi Rehberi

ISBN: 978-625-92003-0-9

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

Abdullah ÖZTÜRK, Dr.
Bayram DEMİR, Doç. Dr.
Buket ALTUNKARA HACIOĞLU, Uzm. Dr.
Büşra BOZKURT, Uzm.
Dilek TARHAN, Uzm. Dr.
Gülcan COŞKUN AKAR, Prof. Dr.
Hasan GÜLER, Dr.
Hasip YALÇIN, Müh.
İbrahim TURAN, Prof. Dr.
Keziban AVCI, Prof. Dr.
Muammer ÖZDEMİR, 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 SAS Laboratuvar Seti (v2.1/2020) 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 Laboratuvar Seti (v2.1/2020) 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 Laboratuvar Seti (v2.1/2020)'nde yer alan gösterge isimlerinde yapılan değişiklikler Tablo 1. SAS Laboratuvar 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 Laboratuvar Seti Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu

SAS Laboratuvar Gösterge Seti Değişiklikler Tablosu		
Gösterge Kodu	Göstergenin Adı	Yapılan Değişiklik
Y.4.Z	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanımı	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanım Oranı
Ç.4.Z	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanması	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
Ç.5.Z	Riskli Kimyasallarla Temas Oranı	Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı
Ç.6.Z	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Oranı	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı
S.1.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı	Hatalı İstem Oranı
S.2.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	Reddedilen Numune Oranı
S.3.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
S.19.Z	Toplam Test Süresi (Acil ve rutin testler için) • İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre • Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre • Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre - Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı - Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı	İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre
S.20.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı	Hatalı Raporlama 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.6.Z	BYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre

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 • Karşılama Oranı • Karşılama Süresi	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) Revizyon Talepleri Karşılama Oranı
A.1.Z	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Eksiksiz Doldurulan Acil Durum Kodu Olay Formu Oranı

SAS Laboratuvar Seti (v2.1/2020) Gösterge Listesi



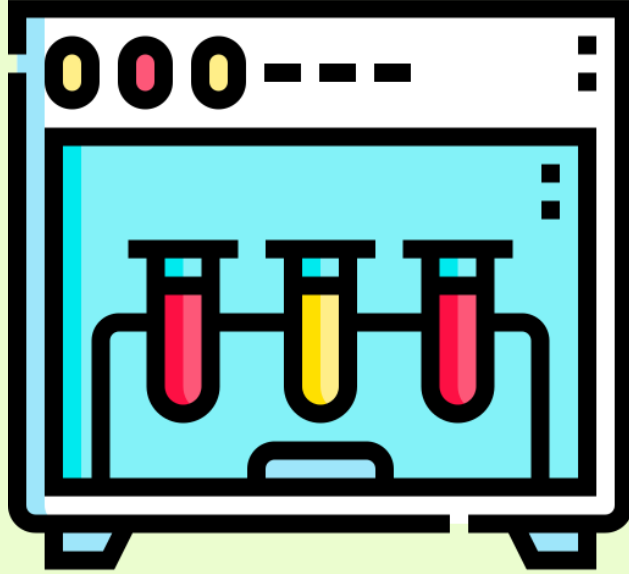
Tablo 2. SAS Laboratuvar Seti (v2.1/2020) Gösterge Listesi

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	Doküman Revizyon Sayısı
Y.4.Z	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanım Oranı
Y.5.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
Y.6.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
Ç.1.Z	Çalışan Memnuniyet Oranı
Ç.2.Z	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
Ç.3.Z	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
Ç.4.Z	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
Ç.5.Z	Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı
Ç.6.Z	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı
Klinik Laboratuvarlar	
S.1.Z	Hatalı İstem Oranı
S.2.Z	Reddedilen Numune Oranı
S.3.Z	Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
S.4.Z	Kaybolan Numune Oranı
S.5.Z	Tekrar Alınan Numune Oranı
S.8.Z	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
S.10.Z	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı

S.11.Z	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
S.12.Z	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
S.13.Z	Sitolojik ve Patolojik Tanılar Arasında Uyumsuzluk Sayısı
S.14.Z	Cerrahi Patoloji ile Frozen Section Sonuçları Arasındaki Uyumsuzluk Oranı
S.15.Z	Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı
S.17.Z	Panik Değer Bildirim Oranı
S.18.Z	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
S.19.Z	İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre
S.20.Z	Hatalı Raporlama Oranı
Enfeksiyon Kontrolü	
S.22.Z	El Hijyeni Uyum 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.6.Z	Bilgi Yönetim Sisteminin 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 Revizyon Talepleri Karşılama Oranı
Acil Durum Yönetimi	
A.1.Z	Eksiksiz Doldurulan Acil Durum Kodu Olay Formu Oranı

SAS Laboratuvar Seti (v2.1/2020)

GÖSTERGE KARTLARI



 TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hedeflere Ulaşma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hedeflere Ulaşma Oranı		
Gösterge Kodu	Y.1.Z		
Tanım	İlgili dönemde kurumda takip edilen göstergelerden hedefleri gerçekleşen 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	Üst yönetim kararıyla onaylanmış gösterge bazındaki hedef değerler dikkate alınır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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	Belirlenen değerlendirme döneminde sonuçlandırılan düzeltici ve önleyici faaliyetlerin, aynı dönemde sonuçlandırılması planlanan toplam DÖF sayısına oranını ifade eden performans göstergesidir. Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF): Sağlık hizmet sunum süreçlerinde veya destek süreçlerinde tespit edilen uygunsuzlukların, tekrarının önlenmesi ve potansiyel risklerin ortadan kaldırılması amacıyla planlanan önleyici faaliyetleridir.		
Amaç	Kurumda tespit edilen uygunsuzlukların zamanında kapatılma düzeyinin izlenmesi, iyileştirme faaliyetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve kurumsal DÖF kültürünün geliştirilmesine katkı sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı			
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sonuçlandırılan DÖF sayısı}}{\text{Toplam DÖF sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Önceki değerlendirme döneminde sonuçlandırılması planlandığı halde kapatılamayan ve sonraki dönemde kapatılan faaliyetler, ilgili dönemin hesaplamasına dahil edilir. - Bir sonraki değerlendirme döneminde kapatılması planlanan ancak planlanan süreden önce sonuçlandırılan faaliyetler, planlandığı dönemin hesaplamasına dahil edilir. - Toplam DÖF sayısı, ilgili dönemde kapanması planlanan toplam DÖF sayısını ifade eder.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Doküman Revizyon Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Doküman Revizyon Sayısı		
Gösterge Kodu	Y.3.Z		
Tanım	İlgili dönemde revizyon gerçekleştirilen tüm dokümanların sayısını ifade eder.		
Amaç	Kurumsal doküman yönetim sisteminin etkinliğinin izlenmesi, süreçlerde meydana gelen değişikliklerin dokümanlara zamanında yansıtılmasının değerlendirilmesi ve dokümanların güncelliğinin sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	Doküman yönetimi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Revizyon yapılan toplam doküman sayısı		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	İptal edilen doküman sayısı		
Açıklama	İlgili 6 aylık periyod içerisinde herhangi bir dokümanda yapılan birden fazla değişiklik tek revizyon olarak değerlendirilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.4.Z		
Tanım	Kurumda tespit edilen istenmeyen olayların, ilgili dönemde çalışanlar tarafından istenmeyen olay bildirim sistemine kaydedilme düzeyini ifade eder.		
Amaç	Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik bildirim kültürünü güçlendirmek ve bildirim 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	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Bildirimlerin cezalandırıcı yaklaşımdan uzak, güvenli raporlama kültürü çerçevesinde yapılması ile ilgili önlemler yönetim tarafından alınmalıdır.		

 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.5.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			
Açıklama	- Gösterge kapsamında, kurumun kalite ve hizmet süreçleriyle ilişkili planlı eğitim faaliyetleri esas alınır. - Uyum ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı		
Gösterge Kodu	Y.6.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme düzeyini belirten orandır.		
Amaç	Kurumun eğitim planının etkinliğinin izlenmesi, eğitim faaliyetlerinin sürekliliğinin takip edilmesini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları, yıllık eğitim planı, eğitim gerçekleştirme tutanakları/raporları/imza listesi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Gerçekleştirilen eğitim sayısı}}{\text{Planlanan eğitim sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- SAS'ta yer alan eğitimler esas alınmalıdır. - Uyum ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Çalışan Memnuniyet Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Çalışan Memnuniyet Oranı		
Gösterge Kodu	Ç.1.Z		
Tanım	“Çalışan Geri Bildirim Anket”leri esas alınarak ve/veya sağlık tesisi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.		
Amaç	Kurumda çalışan memnuniyet düzeyinin izlenmesi, çalışan memnuniyetini etkileyen faktörlerin tespiti ve değerlendirilmesi ile çalışan odaklı iyileştirme faaliyetlerinin planlanmasına katkı sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	İlgili anketler		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; “Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak $= \frac{\text{değerlendirilen çalışan sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	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	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.2.Z		
Tanım	Belirlenen dönemde personelin kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır. 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.		
Amaç	Kurumda kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığını, şeklini ve nedenini izleyerek, çalışan güvenliğini artırmaya yönelik iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kesici/delici alet yaralanma sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	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.3.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde personelin kan ve/veya vücut sıvılarına maruz kalma olaylarının sıklığını, şeklini ve nedenini izlemeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet: Hizmetleri sunumu sırasında kan, serum, plazma, idrar, tükürük ve benzeri vücut sıvılarının çalışanla temas etmesi sonucu oluşan riskli durumlardır.		
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	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.4.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	- 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.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı		
Gösterge Kodu	Ç.5.Z		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvar ortamında riskli kimyasallara maruz kalma olaylarının (deri, göz inhalasyon, veya yutma yoluyla) toplam sayısını gösteren ölçüm aracıdır.		
Amaç	Çalışan güvenliğini sağlamak, meslek hastalıklarını önlemek ve güvenli laboratuvar ortamı oluşturmaktır.		
Veri Kaynağı	İş kazası raporları, iş yeri hekimliği hasta kayıtları, istenmeyen olay bildirim sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Riskli kimyasallarla temas sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Kimyasal türüne göre temas sayısı		
Açıklama	- Kurum tarafından tanımlanan riskli kimyasallarla (toksik, korozyif, yanıcı ve reaktif maddeler) gerçekleşen temaslar hesaplama dahil edilir; rutin temizlik maddeleri vb. temaslar kapsam dışıdır. - Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) kullanılmış olsa dahi temas gerçekleşmişse hesaplama alınır. - Aynı olay birden fazla personeli etkilemişse ayrı ayrı kayıt oluşturulur. - Temas sonrası semptom/hastalık gelişmemiş olsa da hesaplama dahil edilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı		
Gösterge Kodu	Ç.6.Z		
Tanım	İlgili dönemde personelin BGD-3 kategorisindeki patojenik mikroorganizmalarla temas sayısını gösteren ölçüm aracıdır.		
Amaç	Biyolojik tehlikeli madde ile temas risklerini izlemek, değerlendirmek, gerekli tedbirleri almak, çalışan ve çevre güvenliğini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	İstenmeyen olay bildirim sistemi kayıtları, enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; BGD-3 mikroorganizma toplam temas sayısı		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	Mikroorganizma türüne göre temas sayısı		
Açıklama	- Biyogüvenlik bildirimine konu edilmiş vakalar hesaplama dahil edilir, şüpheli veya henüz doğrulanmamış vakalar ayrı statüde izlenmeli ve kesinleştğinde ilgili döneme eklemelidir. - Aynı temas olayında birden fazla personel etkilenmişse ayrı ayrı kayıt oluşturulur.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hatalı İstem Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hatalı İstem Oranı		
Gösterge Kodu	S.1.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	6 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Hatalı İstem: Klinik ön tanı ile uyuşmayan, kurumun tanımlı test prosedürlerine veya hasta bilgilerine uygun olmayan laboratuvar test istemidir. • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. ○ Biyokimya ○ Mikrobiyoloji ○ Patoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Reddedilen Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Reddedilen Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.2.Z		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvar test süreçlerinde, numune ret nedenlerinin tespiti ve önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması ve tekrar numune alımının azaltılmasıdır.		
Veri Kaynağı	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: - 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	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. - Biyokimya - Mikrobiyoloji - Patoloji - Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.3.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	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	- Numune Çalışılmadan Önce Fark Edilmiş Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı - Numune Çalışıldıktan Sonra Fark Edilmiş Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı		
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. - Biyokimya - Mikrobiyoloji - Patoloji - 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.4.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	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	- Toplam numune sayısı, hastadan alınıp sisteme kaydı yapılarak laboratuvara gönderilen tüm numuneleri kapsar. - Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. - Biyokimya - Mikrobiyoloji - Patoloji - Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.5.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	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. - Biyokimya - Mikrobiyoloji - Patoloji - Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı		
Gösterge Kodu	S.8.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde laboratuvardaki kan kültürlerinden kontamine olanların oranını ifade eder.		
Amaç	Preanalitik süreçlerinde kan kültürü kontaminasyonuna yol açan faktörlerin tespit edilerek gerekli iyileştirmelerin yapılmasıdır.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kontamine olan kan kültürü şişe sayısı}}{\text{Laboratuvara kabul edilen toplam kan kültürü şişe sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Kan kültürü şişesi: Kan kültürü setindeki aerobik ve anaerobik şişelerden her birini ifade eder.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı		
Gösterge Kodu	S.10.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde mikrobiyoloji laboratuvarındaki idrar kültürlerinden kontamine olanların oranını ifade eder.		
Amaç	İdrar kültürünün toplanması, taşınması, korunması ve saklanması gibi preanalitik süreçlerinde gerekli tedbirlerin alınarak kontaminasyonun önlenmesidir.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kontamine olan idrar kültürü numune sayısı}}{\text{Laboratuvara kabul edilen toplam idrar kültürü numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunluk Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunluk Sayısı		
Gösterge Kodu	S.11.Z		
Tanım	Laboratuvarlarda gerçekleştirilen dış kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunlukların sayısını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvarlarda gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunlukların 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 uygunluk çıkan testlerin sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunluk Sayısı - Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunluk Sayısı		
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.12.Z		
Tanım	Laboratuvarıda gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.		
Amaç	Uygunsuz çıkan testler için cihazlarda gerekli bakımlar yapılarak test güvenliğini ve 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	- Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı - Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı		
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Sitolojik ve Patolojik Tanılar Arasında Uyumsuzluk Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Sitolojik ve Patolojik Tanılar Arasında Uyumsuzluk Sayısı		
Gösterge Kodu	S.13.Z		
Tanım	Sitolojik inceleme sonucu ile histopatolojik inceleme sonucu arasında tanısal uyumsuzluk bulunan olguların sayısını ifade eder.		
Amaç	Tanısal uyumsuzlukları analiz ederek patoloji hizmet kalitesinin geliştirilmesine ve test güvenliğine katkı sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Sitolojik tanısı ile histopatolojik tanısı arasında uyumsuzluk saptanan olgu sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Cerrahi Patoloji ile Frozen Section Sonuçları Arasındaki Uyumsuzluk Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Cerrahi Patoloji ile Frozen Section Sonuçları Arasındaki Uyumsuzluk Oranı		
Gösterge Kodu	S.14.Z		
Tanım	Patoloji laboratuvarına gönderilen frozen numunelerinden, cerrahi patoloji ile frozen section sonuçları arasındaki uyumsuzluğun oranını ifade eder.		
Amaç	İntraoperatif tanı doğruluğunu, hasta güvenliğini ve patoloji hizmet kalitesini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Frozen section sonucu ile nihai cerrahi patoloji sonucu arasında uyumsuzluk tespit edilen olgu sayısı}}{\text{Frozen section incelemesi yapılan toplam olgu sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı		
Gösterge Kodu	S.15.Z		
Tanım	Kan kültürlerinde, direkt gram boyama sonucu ile son identifikasyon sonucu arasındaki uyumluluğun oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta güvenliğinin sağlanması ve analitik süreçlerle ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasıdır.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Direkt gram boyama ile son identifikasyon sonuçları $= \frac{\text{uyumlu olan kan kültürü sayısı}}{\text{Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.17.Z		
Tanım	Hastanın hayatını tehdit edebilecek derecede anormal sonuçlanan (kritik değerlerin) laboratuvar testlerinden, 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; $\text{Bildirilen toplam panik değer laboratuvar sonuç sayısı} = \frac{\text{Toplam laboratuvar sonuç sayısı}}{\text{Toplam laboratuvar sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. - Biyokimya - Mikrobiyoloji - Patoloji - Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.18.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	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. - Biyokimya - Mikrobiyoloji - Patoloji - Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre		
Gösterge Kodu	S.19.Z		
Tanım	Kurumdaki acil ve rutin testler için istemden raporlamaya kadar sürelerin izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.		
Amaç	Laboratuvar hizmet süreçlerinin etkinliğini değerlendirmek, istemden sonuç raporlamasına kadar geçen toplam süreyi izlemek ve süreç iyileştirme alanlarını belirlemektir.		
Veri Kaynağı	LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde;		
	Acil testler için $= \frac{\text{istemden raporlamaya kadar geçen toplam süre}}{\text{Sonuçlanan acil test sayısı}} * 100$		
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde;		
	Rutin testler için $= \frac{\text{istemden raporlamaya kadar geçen toplam süre}}{\text{Sonuçlanan rutin test sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	• Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre • Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre		
Açıklama	• Süre; test istem zamanı ile sonucun onaylanarak raporlandığı zaman arasındaki süreyi ifade eder. Dakika olarak hesaplanmalıdır. • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. ○ Biyokimya ○ Mikrobiyoloji ○ Diğer klinik laboratuvarlar		

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• “Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre” alt göstergesinin takibinde gecikme nedenleri :<ul style="list-style-type: none">○ Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı○ Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı olarak gruplandırılmalıdır. |
|--|--|

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hatalı Raporlama Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hatalı Raporlama Oranı		
Gösterge Kodu	S.20.Z		
Tanım	Laboratuvarda çalışılan test sonuçlarının; hasta bilgisi, test sonucu, referans aralığı, yorum veya rapor formatı vb. açısından hatalı olarak raporlanma sıklığını gösteren orandır.		
Amaç	Laboratuvar sonuçlarının doğruluğunu ve güvenilirliğini artırmak, hasta güvenliğini tehdit edebilecek raporlama hatalarını erken saptamak raporlama süreçlerine yönelik riskleri iyileştirmektir.		
Veri Kaynağı	LBYS kayıtları, istenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler, fiziki başvurular		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hatalı raporlandığı tespit edilen test sonucu sayısı}}{\text{Raporlanan toplam laboratuvar testi sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. - Biyokimya - Mikrobiyoloji - Patoloji - Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	El Hijyeni Uyum Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	El Hijyeni Uyum Oranı		
Gösterge Kodu	S.22.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde endikasyonlara uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni uygulamalarının oranını ifade eder.		
Amaç	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların azaltılması, hasta ve çalışan güvenliğinin artırılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Gerçekleştirilen el hijyeni uygulama sayısı}}{\text{Gözlemlenen toplam el hijyeni fırsat sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Meslek grubu bazında el hijyeni uyum oranı		
Açıklama	- Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan “Beş Endikasyon” kuralı çerçevesinde el hijyeni uygulanması gerekli durumlar; - 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	Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı		
Gösterge Kodu	D.1.Z		
Tanım	Temel tesis kaynaklarında meydana gelen arızalar nedeniyle kaynağın tam kapasite veya güvenli kullanım dışında kaldığı günlerin toplam sayısını ifade eder.		
Amaç	Kurumda hizmetin kesintisiz sunulması için temel tesis kaynaklarında (elektrik, su, doğalgaz, medikal gaz sistemleri vb.) yaşanan arızaların etkisini izlemek ve azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	HBYS, bakım-onarım kayıtları, teknik hizmetler arıza kayıtları vb.		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Temel tesis kaynaklarında yaşanan toplam arızalı gün sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Tesis kaynaklı sorun kapsamında; elektrik (jeneratör, UPS), su sistemi, doğalgaz, ısıtma – soğutma – havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yürüyen merdiven, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb. hesaplamaya ayrı ayrı alınır. - Arızalı gün; geçici çözüm üretilmiş olsa bile, kaynağın normal çalışma koşullarında hizmet veremediği günü kapsar. - Aynı arıza birden fazla günü etkiliyorsa, her gün ayrı ayrı sayılır. - Planlı bakım kesintileri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. - Aynı gün içinde (süreden bağımsız) sorun çözülse 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			
Açıklama	- Bildirilen her bir tesis kaynaklı sorun için; (İlk teknik müdahale başlama zamanı – sorun bildirim zamanı (saat) toplamı) esas alınmalıdır. - Müdahale süresi, onarımın yapıldığı süreyi değil, ilk teknik müdahalenin başladığı anı kapsar. - Tesis kaynaklı sorun kapsamında; elektrik (jeneratör, UPS), su sistemi, doğalgaz, ısıtma – soğutma – havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yürüyen merdiven, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb.hesaplamaya alınmalıdır. - Planlı bakımlar gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 TÜSKA 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			
Açıklama	- 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 TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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 faaliyetleri planlanmaktadır.		
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	- Tehlikeli kaza kapsamına; - Tıbbi atık kaynaklı kesici-delici yaralanmalar, - Atık dökülmesi/sızıntısı, - Tıbbi/kimyasal atık maruziyeti, - Uygunsuz taşıma veya depolama kaynaklı olaylar girer.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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 (dk)		
Açıklama	- Süre dakika olarak hesaplanacaktır. - Bilgi yönetim sistemlerinin kısmen devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplamaya dahil edilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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 bildirimi 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	- 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 TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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 arızalı/kullanım dışında kalan 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	Depoda bekleyen veya klinik kullanım dışı cihazlar toplam tıbbi cihaz sayısına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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 kullanılamadığı 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	- 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.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Taleplerinin Karşılama Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Taleplerinin Karşılama Oranı		
Gösterge Kodu	D.10.Z		
Tanım	Kurum içerisinde kullanıcılar tarafından iletilen bilgi yönetim sistemi (HBYS vb.) revizyon taleplerinin ortalama karşılama 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; $= \frac{\text{Karşılanan revizyon talebi sayısı}}{\text{Toplam revizyon talebi sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Karşılanan revizyon talebi: Kullanıcılar tarafından yapılan revizyon taleplerinden kurum tarafından belirlenen süre içinde karşılanan taleplerdir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Eksiksiz Doldurulan Acil Durum Kodu Olay Formu Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Eksiksiz Doldurulan Acil Durum Kodu Olay Formu Oranı		
Gösterge Kodu	A.1.Z		
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen acil durum kodu olaylarında, formu tam olarak doldurulan acil kod olay sayılarının oranını ifade eder. Acil Durum Olay Kodu: Laboratuvarda hasta, çalışan ve kurum güvenliğini tehdit eden acil durumların hızlı ve etkin şekilde bildirilmesini ve gerekli müdahalenin başlatılmasını sağlayan uyarı kodlarıdır.		
Amaç	Acil durum kodu olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Acil durum kodu olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı}}{\text{Gerçekleşen toplam acil durum kodu olay sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Beyaz kod olay sayısı - Kırmızı kod olay sayısı		
Açıklama	- Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. - Tatbikatta tutulan formlar hesaplama dahil edilmemelidir. - Eksik doldurulan her acil durum kodu olay formu “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.		

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>

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).

Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Kan dolaşımı örnekleri (Kan kültürü) rehberi (2022).

Noble, M. A. (2010). Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality; aproved 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.

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği. (2024, 04 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 32566).

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 yayım 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 Laboratuvar Seti (v2.1/2020)



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