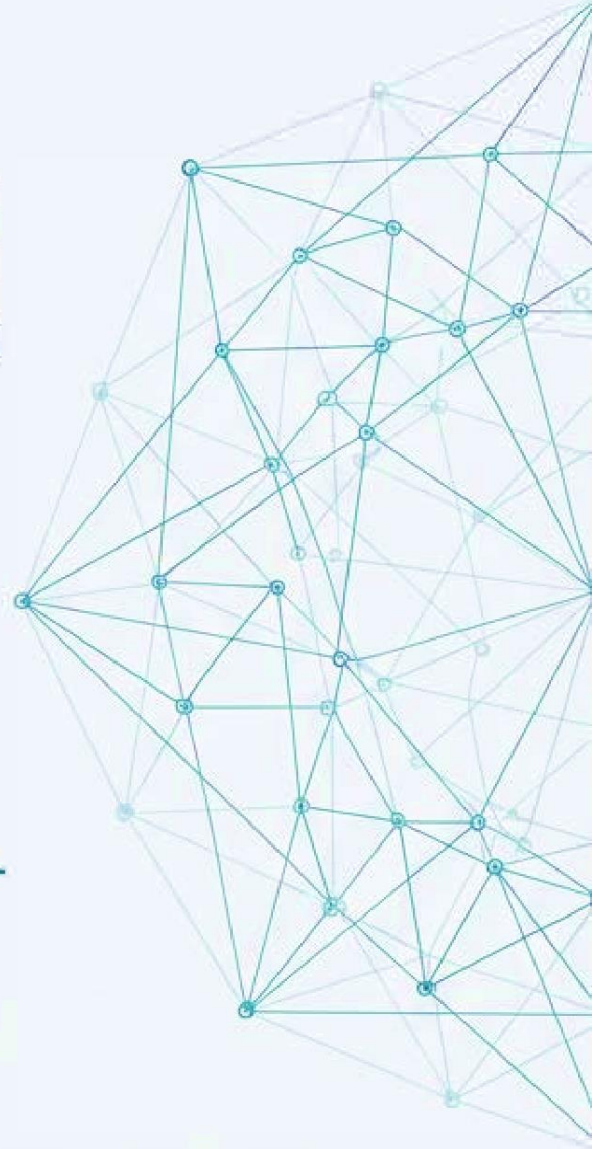


GÖSTERGE YÖNETİMİ REHBERİ

SAS HASTANE SETİ



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/>

Hazırlayanlar

Ahmet ASLANCAN, Müh.

Bayram DEMİR, Doç. Dr.

Büşra BOZKURT, Uzm.

Demet GÖKMEN KAVAK, Dr.

Dilek TARHAN, Uzm. Dr.

Gülşen KORALAY, Dr.

Hasan GÜLER, Dr.

Hasip YALÇIN, Müh.

Keziban AVCI, Prof. Dr.

Seval ÇİFTÇİ, Uzm. Hem.

Şenol DEMİRCİ, Dr.

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

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

Rehberin tüm paydaşlarımıza faydalı olmasını temenni ederiz.

Doç. Dr. Bayram DEMİR
TÜSKA Başkanı

Giriş

TÜSKA akreditasyon sistemi; hasta güvenliği, klinik etkinlik, yönetim, risk yönetimi ve kurumsal performans alanlarında ölçülebilir, izlenebilir ve karşılaştırılabilir göstergelerin kullanılmasını esas almaktadır. Bu doğrultuda, etkili bir gösterge yönetim sistemi, sağlık tesislerinin mevcut durumunu objektif verilerle ortaya koymasına imkân sağlamaktadır. Ayrıca kurumsal süreçlerin düzenli olarak izlenmesine, güçlü yönlerin belirlenmesine ve iyileştirmeye açık alanların sistematik biçimde tespit edilmesine katkı sunmaktadır. Bu bağlamda TÜSKA tarafından hastaneler 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.



SAS v3

HASTANE

GÖSTERGE LİSTESİ

SAS Hastane Seti gösterge yönetimi çalışmaları kapsamında, bu rehberde belirtilen tüm göstergeler değerlendirme ve uygulama süreçlerinde kullanılmalıdır.

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Gösterge Yönetimi Rehberi (sürüm 3.0)' nde yer alan göstergeler, bu rehberde bulunan benzer göstergeler için ikame olarak kullanılabilir.

SAS Hastane Seti v3 Gösterge Listesi	
Gösterge Kodu	Gösterge Adı
Yönetim ve Organizasyon	
Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı
Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici/İyileştirici Faaliyet (DÖF/DİF) Sonuçlandırma Oranı
Y.3.Z	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranı
Y.4.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
Y.5.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
Ç.1.Z	Çalışan Memnuniyeti 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 Memnuniyeti Oranı
Hasta Bakımı	
S.1.Z	Bası Ülseri Görülme Oranı
S.2.Z	Düşen Hasta Oranı

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
S.3.Z	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı
S.4.Z	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı
S.5.Z	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı/Ventilatör İlişkili Olay
S.6.Z	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı
S.7.Z	Cerrahi Profilakside Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
S.8.Z	El Hijyeni Uyumu Oranı
S.9.Z	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı
S.10.Z	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı
İlaç Yönetimi	
S.11.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı
S.12.Z	Advers Etki Görülme Oranı
Transfüzyon Hizmetleri	
S.13.Z	İmha Edilen Kan ve Kan Ürünü Oranı
S.14.Z	Transfüzyona Bağlı Reaksiyon Gelişen Hasta Oranı
S.15.Z	Kan ve Kan Ürünleri Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı
Mortalite	
S.16.Z	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
S.17.Z	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
S.18.Z	Hastane Mortalite Oranı

Doğum Hizmetleri	
S.19.Z	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
S.20.Z	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu Profilaksisi Uygulanma Oranı
S.21.Z	Sezaryen Oranı
S.22.Z	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
S.23.Z	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
Psikiyatri Hizmetleri	
S.24.Z	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi
S.25.Z	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Tecrit Süresi
Acil Servis Hizmetleri	
S.26.Z	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı
S.27.Z	Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi
S.28.Z	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
S.29.Z	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
Radyasyon Güvenliği	
S.30.Z	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
S.31.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı
Ameliyathane Hizmetleri	
S.32.Z	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı
S.33.Z	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı
S.34.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı

Klinik Laboratuvar Hizmetleri	
S.35.Z	Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı
S.36.Z	Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
S.37.Z	Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
S.38.Z	Kaybolan Numune Oranı
S.39.Z	Tekrar Alınan Numune Oranı
S.40.Z	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
S.41.Z	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
S.42.Z	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
S.43.Z	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
S.44.Z	Cerrahi Patoloji ile Frozen Section Sonuçları Arasındaki Uyumsuzluk Oranı
S.45.Z	Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama Ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı
S.46.Z	Panik Değer Bildirim Oranı
S.47.Z	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
S.48.Z	Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı
Destek Hizmetleri	
D.1.Z	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı
D.2.Z	Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi
D.3.Z	Atık Devir Hızı
D.4.Z	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Oranı
D.5.Z	Teknik Birimin 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 Sıklığı
Acil Durum Yönetimi	
A.1.Z	Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı
A.2.Z	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı



SAS v3

HASTANE SETİ

GÖSTERGE
KARTLARI



Yönetim ve Organizasyon



Y.1.Z

Hedeflere Ulaşma
Oranı



Y.2.Z

Düzeltilici
Önleyici/İyileştirici
Faaliyet (DÖF/DİF)
Sonuçlandırma Oranı



Y.3.Z

Belirlenen Risklerin
Gerçekleşme Oranı



Y.4.Z

Personelin Eğitime
Katılma Oranı



Y.5.Z

Planlanan Eğitimlerin
Gerçekleştirilme Oranı

 TÜSKA 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 sağlık hizmet sunumuna yönelik tanımlanmış olan 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		

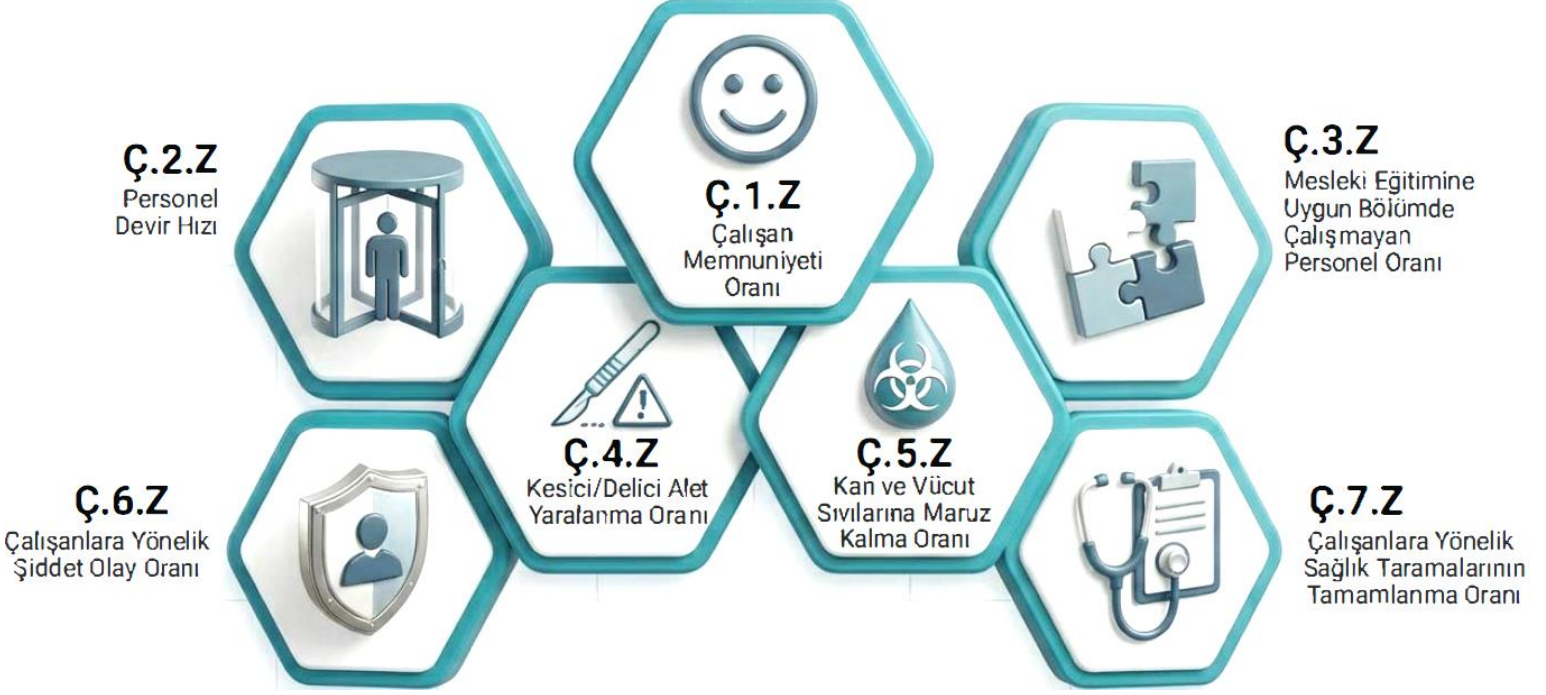
 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Düzeltilici Önleyici/İyileştirici Faaliyet (DÖF/DİF) Sonuçlandırma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Düzeltilici Önleyici/İyileştirici Faaliyet (DÖF/DİF) Sonuçlandırma Oranı		
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 iyileştirme faaliyetleridir.		
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	• Önceki değerlendirme döneminde sonuçlandırılması planlandığı halde tamamlanmayan ve sonraki dönemde kapatılan DÖF'ler, ilgili dönemin hesaplamasına dahil edilmez. • Bir sonraki değerlendirme döneminde kapatılması planlanan ancak planlanan süreden önce sonuçlandırılan DÖF'ler, planlandığı dönemin hesaplamasına dahil edilir. • Toplam DÖF sayısı, ilgili dönemde açılan ve kapanması planlanan toplam DÖF sayısını ifade eder.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranı		
Gösterge Kodu	Y.3.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde kurum tarafından tanımlanmış risklerden fiilen gerçekleşenlerin, toplam belirlenen risk sayısına oranını ifade eden risk yönetimi göstergesidir.		
Amaç	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin izlenmesi, risk yönetimi planı kapsamında alınan önlemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve kurumsal risk yönetimi yaklaşımının geliştirilmesidir.		
Veri Kaynağı	Kurumsal risk yönetimi planı, bildirimde dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Belirlenen riskler içinde gerçekleşen risk sayısı}}{\text{Belirlenen toplam risk sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir; » Tıbbi süreçler » İdari süreçler » Teknik süreçler » Hasta » Hasta yakını » Ziyaretçi » Çalışan » Tesis güvenliği » Çevre güvenliği » Finansal süreçler » Stratejik riskler » Paydaşlarla iletişim süreçleri		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı		
Gösterge Kodu	Y.4.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde gerçekleştirilen kurumsal eğitim faaliyetlerine personelin katılım oranını gösteren performans göstergesidir.		
Amaç	Kurumda planlanan eğitim faaliyetlerine personel katılım düzeyinin izlenmesi, mesleki ve kurumsal gelişimin desteklenmesi ve eğitim planlamasının etkinliğinin değerlendirilmesidir.		
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları, katılım listeleri, eğitim planları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eğitimlere katılan personel sayısı}}{\text{Katılması planlanan toplam personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	- Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı - Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılma oranı - Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı		
Açıklama	- 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.		

 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.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 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.		

Sağlıklı Çalışma Yaşamı



 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Çalışan Memnuniyeti Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Çalışan Memnuniyeti Oranı		
Gösterge Kodu	Ç.1.Z		
Tanım	“Çalışan Geri Bildirim Anket”leri esas alınarak ve/veya hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.		
Amaç	Kurumda çalışan memnuniyet düzeyinin izlenmesi, çalışma ortamı ve insan kaynakları uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi ve çalışan odaklı iyileştirme faaliyetlerinin planlanmasına katkı sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	İlgili anketler		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; “Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen çalışan sayısı $= \frac{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
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	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 gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	İnsan kaynakları kayıtları, özlük dosyaları, atama ve ayrılış belgeleri		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kurumdan ayrılan personel sayısı}}{\text{Toplam aktif çalışan personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı		
Açıklama	- 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; - Hekim - Hemşire - Diğer sağlık çalışanları - Temizlik personeli		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Mesleki Eğitime Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Mesleki Eğitime Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı		
Gösterge Kodu	Ç.3.Z		
Tanım	Personelin mesleki eğitime (diploma) uygun bölüm/birimde çalıştırılma durumunu belirten orandır.		
Amaç	Kurumda çalışanların mesleki eğitime (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; $\text{Mesleki eğitime uygun olmayan birimde çalışan personel sayısı} = \frac{\text{Mesleki eğitime uygun olmayan birimde çalışan personel sayısı}}{\text{Kurumdaki toplam personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Mevzuat, kurum içi yetkilendirme ve kişinin talebi ile görevlendirilmiş personel, mesleki eğitime uygun kabul edilir. - Geçici görevlendirmeler, izin, rapor, acil hizmet ihtiyacı vb. gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 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.4.Z		
Tanım	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. 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	- Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı - Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı		
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.5.Z		
Tanım	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. 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.		
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 Şiddet Olay Oranı	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 hastane ve hastanede 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; $= \frac{\text{Hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Bu çerçevede SKS kapsamında takip edilen göstergeler de takip edilir. 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.7.Z		
Tanım	İlgili değerlendirme döneminde, çalışanlara yönelik planlanan periyodik sağlık taramalarını eksiksiz olarak tamamlayan personel oranını ifade eder.		
Amaç	Kurumda çalışan sağlığının korunması ve geliştirilmesi, mesleki risklerin erken dönemde tespit edilmesi ve mevzuat kapsamında öngörülen sağlık taramalarının uygulanma düzeyinin izlenmesidir.		
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar, işyeri hekimi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sağlık taramalarını tamamlayan çalışan sayısı}}{\text{Sağlık taraması kapsamındaki toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan tüm çalışanları kapsar. - Göstergeye ilişkin değerlendirme yapılan yıl içinde, kuruluştaki en az altı (6) ay süreyle görev yapmış olan personel hesaplama kapsamına dahil edilir. - Kuruma ilk defa görevlendirilen personel, altı (6) aylık süre şartı aranmaksızın sağlık gözetimi programı kapsamına alınır ve gösterge hesaplamasında dikkate alınır.		

Hasta Deneyimi ve Hasta Bakımı



H.1.Z

Hasta Memnuniyeti
Oranı



S.1.Z

Bası Ülseri
Görölme Oranı



S.2.Z

Düşen Hasta Oranı

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hasta Memnuniyeti Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hasta Memnuniyeti 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	Hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin hasta ya da gerekli durumlarda hasta yakınının memnuniyet düzeyinin analiz edilmesi ve geribildirim sonucu sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik iyileştirme alanlarının belirlenmesidir.		
Veri Kaynağı	Hasta memnuniyet/deneyim anketleri		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; “Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen çalışan sayısı $= \frac{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen anketler (Bakanlık tarafından yayınlanan anketler vb.) ikame olarak kullanılabilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Bası Ülseri Görülme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bası Ülseri Görülme Oranı		
Gösterge Kodu	S.1.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde, hastane kliniğinde yataarken basınç yarası gelişen veya evresi artan hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Hastane kaynaklı basınç yaralarının sıklığını izlemek, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğini artırılmasını sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta dosyaları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı}}{\text{Yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki aydan devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Klinik/birim bazında basınç yarası oranı - Klinik bazında basınç yarası gerçekleşme oranı - Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı - Yeni gelişen basınç yarası oranı		
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında, yatış sırasında mevcut olduğu tespit edilen basınç yaraları değerlendirme dışı bırakılır. Ancak yattığı süre içerisinde basınç yarası evresinin artması halinde hesaplama dahil edilir. - Hastalar kliniğe yatışından itibaren (48 saatten önce taburculuğu planlanan mobil hastalar hariç) ilk 8 saat içerisinde basınç yarası açısından değerlendirilmeli ve risk ölçüm aracı puanına göre önlem alınmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Düşen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Düşen Hasta Oranı		
Gösterge Kodu	S.2.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde sunulan sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen hasta düşmelerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçüm aracıdır.		
Amaç	Yatan ve ayaktan hastalar dâhil olmak üzere tüm hasta gruplarında düşme olaylarının izlenmesi, riski yüksek olan hasta gruplarının belirlenmesi hasta güvenliğine yönelik uygulamalarının etkinliğinin artırılması ile hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesini amaçlamaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam hasta düşme sayısı}}{\text{Yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki aydan devreden hasta sayısı} + \text{ayaktan toplam başvuru sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	• Ayaktan hasta düşme oranı • Yatan hasta düşme oranı • Düşme risk puanına göre hasta düşme oranı • Düşme zamanına göre hasta düşme oranı • Yaş gruplarına göre çocuklarda düşme oranı		
Açıklama	• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil servis, diyaliz, günübirlik vb.) dâhil edilir. • Hesaplama düşme olay bildirimleri esas alınır. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • TÜSKAnet'e veri girişi aşağıdaki şekilde yapılacaktır: • Çocuklarda yaş grupları aşağıdaki şekilde hesaplanacaktır; 0 – 3 yaş, 4 – 7 yaş, 8 – 11 yaş, 12 – 18 yaş • Alt gösterge hesaplaması yatan ve ayaktan hastalar ile her bir yaş grubu için ayrı olarak yapılacaktır.		

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü



S.3.Z Santral Venöz Kateter İlişkili
Dolaşım Enfeksiyon Hızı



S.4.Z Üriner Kateter İlişkili Üriner
Sistem Enfeksiyonu Hızı



S.5.Z Ventilatör İlişkili Pnömoni
Hızı/Ventilatör İlişkili Olay



S.6.Z Prosedür Bazında Cerrahi
Alan Enfeksiyonu Oranı



S.7.Z Cerrahi Profilakside Uygun
Antibiyotik Kullanım Oranı



S.8.Z El Hijyeni Uyumu Oranı



S.9.Z El Hijyeni Malzemesi
Tüketim Oranı



S.10.Z Enfeksiyon Kontrol
Demetlerine Uyum Oranı

	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı		
Gösterge Kodu	S.3.Z		
Tanım	Hastanede sunulan sağlık hizmetleri sırasında santral venöz kateter kullanımı ile ilişkili olarak gelişen kan dolaşımı enfeksiyonlarının sıklığını izlemeye yönelik hasta güvenliği ve enfeksiyon kontrol göstergesidir.		
Amaç	Santral venöz kateter uygulamalarına bağlı gelişebilecek enfeksiyon risklerini izlemek, hasta bakım kalitesini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu} = \frac{\text{gelişen hasta sayısı}}{\text{Santral kateter kullanım gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. - Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur. - Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır. - Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı		
Gösterge Kodu	S.4.Z		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında üriner kateter kullanımı ile ilişkili olarak gelişen üriner sistem enfeksiyonlarının sıklığını izlemek amacıyla kullanılan enfeksiyon kontrol ve hasta güvenliği göstergesidir.		
Amaç	Üriner kateter uygulamalarına bağlı gelişen enfeksiyon risklerini izlemek, hasta bakım kalitesini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu hızı}}{\text{Üriner kateter kullanım gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. - Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur. - Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır. - Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı		
Gösterge Kodu	S.5.Z		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında ventilatör kullanımı ile ilişkili olarak gelişen pnömoni sıklığını izlemek amacıyla kullanılan enfeksiyon kontrol ve hasta güvenliği göstergesidir.		
Amaç	Ventilatör kullanımına bağlı gelişen pnömoni olaylarını analiz ederek hasta bakım kalitesini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik uygulamaların etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Ventilatör İlişkili Pnömoni Sayısı}}{\text{Ventilatör kullanım gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi - Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur. Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı		
Gösterge Kodu	S.6.Z		
Tanım	İlgili dönemde, belirli prosedürlerde gerçekleşen cerrahi işlemler sonrasında gerçekleşen cerrahi alan enfeksiyonunu ifade eder.		
Amaç	Cerrahi alan enfeksiyonlarının ortaya çıkma sıklığını izlemek, cerrahi bakım süreçlerinin hasta güvenliği ve enfeksiyon kontrolü açısından etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Seçilen prosedüre ilişkin Cerrahi alan enfeksiyonu sayısı}}{\text{Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Prosedür bazında cerrahi alan enfeksiyonu oranı		
Açıklama	- Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi ve Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sürveyansı - Yataklı tedavi kurumlarında hasta yatağı sayısı dikkate alınarak ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı aşağıda sunulmuştur; a. 0 - 50 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 1, b. 51 - 100 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 2, c. 101 - 500 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 5, d. 501 ve üzeri kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 6, e. Özel dal hastanelerinde kendi branşı ile ilgili en az 1 ameliyat tipinde yapılmalıdır. f. Ameliyat tipine özgü CAE sürveyasında takip edilecek ameliyatlar belirlenirken kurum bünyesinde koroner arter by-pass, diz ve kalça protezi ameliyatlarında yıllık 50 ve üzeri ameliyat yapılıyorsa bu ameliyatların takibe dahil edilmesine,		

- g. Solid organ nakli yapılan merkezlerde ameliyat sayısına bakılmaksızın tüm organ nakli ameliyatlarının takip edilmesine,
- Takip edilecek ameliyatların Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi'nde yer alan tablodan seçilerek belirlenmesi gerekmektedir.

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Cerrahi Profilaksidede Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Cerrahi Profilaksidede Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı		
Gösterge Kodu	S.7.Z		
Tanım	Seçili cerrahi işlemlerde uygulanan antibiyotik profilaksisinin kriterlere uygunluk oranını ifade eder		
Amaç	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksilerin standartlara uygun şekilde yapılması ve akılcı ilaç uygulamalarının yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Uygun şekilde gerçekleştirilen cerrahi profilaksi sayısı}}{\text{Seçilen cerrahi prosedürlerde uygulanması gereken toplam cerrahi profilaksi sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi - Bkz. Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sürveyansı - Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. - Profilaksi uygunluk değerlendirmesi; antibiyotik adı, uygulama zamanlaması ve kullanım süresi yönlerinden, kurumun cerrahi profilaksi rehberi esas alınarak yapılır.		

 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.8.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 artırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Beş endikasyon kuralına uygun olarak gerçekleştirilen el hijyeni uygulama sayısı}}{\text{Gözlemlenen toplam el hijyeni fırsat sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Meslek grubu bazında el hijyeni uyum oranı - Klinik / birim / servis bazında el hijyeni uyum oranı		
Açıklama	- Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan “Beş Endikasyon” kuralı çerçevesinde; 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	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı		
Gösterge Kodu	S.9.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; $= \frac{\text{El hijyeni amacıyla tüketilen alkol bazlı el antiseptiği miktarı (litre)}}{\text{Toplam hasta yatış gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Klinik veya ünite bazında alkol bazlı el antiseptiği tüketim oranı		
Açıklama	Yatış günü sayısı: Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hasta yatış gün sayısı hesaplamada hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. - Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı "1" olarak kabul edilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı		
Gösterge Kodu	S.10.Z		
Tanım	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Enfeksiyon Önlem Paketlerine” uygun şekilde sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştirilme oranını ifade eden süreç göstergesidir. Enfeksiyon Kontrol Demetleri: Faydası kanıtlanmış enfeksiyon önlemlerinin tek tek uygulanması yerine klinik duruma göre birlikte demet halinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmış kontrol listeleridir.		
Amaç	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların standardize edilmesi, bakım süreçlerinde sürekliliğin sağlanması ve hasta güvenliğinin artırılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Uygun şekilde gerçekleştirilen eylem sayısı}}{\text{İncelenen toplam eylem sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Kontrol demeti bazında önlem paketinin 2 ve üzeri sürecine uyum oranı		
Açıklama	Eylem sayısı: Hasta bazında incelenen kontrol demetindeki her bir uygulama parametresidir. - Örneklem seçimi 24 saatlik çalışmayı kapsayacak şekilde yapılmalıdır. - Kurum tarafından kullanılan enfeksiyon kontrol demetlerine uyum oranı her bir demet için ayrı hesaplanacaktır. - Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Ulusal Önlem Paketi Uygulamaları’na göre ölçütler ve hesaplamalar değişebilir.		

İlaç ve Transfüzyon Güvenliği

İlaç Yönetimi



S.11.Z İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı

S.12.Z Advers Etki Görülme Oranı

Transfüzyon Hizmetleri



S.13.Z İmha Edilen Kan ve Kan Ürünü Oranı

S.14.Z Transfüzyona Bağlı Reaksiyon
Gelişen Hasta Oranı

S.15.Z Kan ve Kan Ürünleri Takip Formunun
Uygun Doldurulma Oranı

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı		
Gösterge Kodu	S.11.Z		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında ilacın isteme, hazırlama, dağıtım veya uygulama aşamalarında meydana gelen ve istenmeyen olay bildirimi yapılan ilaç hatalarının oranını ifade eden hasta güvenliği göstergesidir.		
Amaç	İlaç uygulama sürecinde hasta güvenliğini tehdit eden hataların analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması ve güvenli ilaç yönetimi uygulamalarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirimi yapılan toplam ilaç hatası sayısı}}{\text{Toplam yatış günü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Yatış günü sayısı: Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı “1” olarak kabul edilir. - Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır. - Ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinde oluşan gerçekleşmiş ilaç hataları da dahil edilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Advers Etki Görülme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Advers Etki Görülme Oranı		
Gösterge Kodu	S.12.Z		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen advers etkilerin, çalışanlar tarafından kurumun bildirim sistemi üzerinden raporlanma oranını ifade eder. 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.		
Amaç	İlaç ve tedavinin istenmeyen etkilerini izlemek ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirilen advers etki sayısı}}{\text{Toplam yatış günü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Yatış günü sayısı: Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı "1" olarak kabul edilir. - Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır. - Ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinde görülen advers etkiler ana gösterge hesaplamasına dahil edilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İmha Edilen Kan ve Kan Ürünü Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İmha Edilen Kan ve Kan Ürünü Oranı		
Gösterge Kodu	S.13.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde imha edilen kan veya kan ürünü sayısının oranını ifade eder.		
Amaç	Kan ve kan ürünlerinin güvenli ve verimli kullanımını sağlamak; gereksiz kayıpları önlemek, stok ve süreç yönetimini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hastane stok kayıt sistemleri		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İmha edilen toplam kan ve kan ürünü sayısı}}{\text{İlgili dönemde kuruma giren + bir önceki dönemden devreden toplam kan ve kan ürünü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Transfüzyona Bağlı Reaksiyon Gelişen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Transfüzyona Bağlı Reaksiyon Gelişen Hasta Oranı		
Gösterge Kodu	S.14.Z		
Tanım	Kan ve kan bileşeni transfüzyonu uygulanan hastalardan, transfüzyona bağlı reaksiyon gelişen hasta oranını ifade eder.		
Amaç	Kan ve kan ürünü transfüzyonu sırasında gelişen istenmeyen reaksiyonların izlenmesi, erken fark edilmesi ve önleyici iyileştirme çalışmalarının planlanması ile hasta güvenliği risklerinin azaltılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hemovijilans kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Transfüzyona bağlı reaksiyon sayısı}}{\text{Transfüze edilen kan ve kan bileşeni sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Hastaya birden fazla kan ve kan ürününün arka arkaya (aynı gün) transfüzyonu yapıldığında hasta tekil olarak toplam hasta sayısına eklenir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kan ve Kan Ürünleri Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kan ve Kan Ürünleri Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı		
Gösterge Kodu	S.15.Z		
Tanım	Kan ve kan bileşeni transfüzyonu yapılan hastalara ait takip formlarının, eksiksiz ve hatasız doldurulmuş olma oranını ifade eder.		
Amaç	Kan ve kan ürünleri transfüzyon süreçlerinde kullanılan takip formlarının eksiksiz ve doğru doldurulma oranını izlemek, hasta güvenliği risklerinin azaltılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hemovijilans kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Uygun doldurulan kan ve kan ürünü transfüzyonu takip formu sayısı}}{\text{Toplam kan ve kan ürünü transfüzyonu takip formu sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Hastaya birden fazla kan ve kan ürününün arka arkaya (aynı gün) transfüzyonu yapıldığında hasta tekil olarak toplam takip formu sayısına eklenir.		

Mortalite



S.16.Z

Yenidoğan Yoğun
Bakım Ünitesinde
Mortalite Oranı



S.17.Z

Yoğun Bakım
Ünitesinde
Mortalite Oranı



S.18.Z

Hastane
Mortalite Oranı

	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı		
Gösterge Kodu	S.16.Z		
Tanım	İlgili dönemde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan aynı dönem içinde ölenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın oluşturulması, bakım kalitesinin artırılması ve mortalitenin nedenlerinin analiz edilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Ölen yenidoğan sayısı}}{\text{Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki dönemden devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Birinci seviye yoğun bakımlarda sadece gerçekleşen mortalite oranı takip edilmelidir. - İkinci, üçüncü ve dördüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde hastalık şiddeti skorum sistemi kullanılarak, beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı		
Gösterge Kodu	S.17.Z		
Tanım	İlgili dönemde yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan aynı dönem içinde ölenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın oluşturulması, bakım kalitesinin artırılması ve mortalitenin nedenlerinin analiz edilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Ölen hasta sayısı}}{\text{Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki dönemden devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)		
Açıklama	- Birinci seviye yoğun bakımlarda sadece gerçekleşen mortalite oranı takip edilmelidir. - İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde hastalık şiddeti skora sistemleri kullanılarak, beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hastane Mortalite Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hastane Mortalite Oranı		
Gösterge Kodu	S.18.Z		
Tanım	İlgili dönemde hastanede yatarak tedavi gören hastalar arasında, aynı dönemde gerçekleşen tüm hastane içi ölümlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hastane genelinde sunulan tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlar.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Ölen hasta sayısı}}{\text{Yatarak tedavi gören toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Klinik bazlı mortalite oranı		
Açıklama	Ölü doğumlar, acil servise geliste ex olanlar ve yoğun bakım hastaları hesaplama dahil edilmez.		

Doğum Hizmetleri

Sezaryen ve Profilaksi



S.19.Z Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı

S.20.Z Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu Profilaksisi Uygulanma Oranı

S.21.Z Sezaryen Oranı

Obstetrik Travma



S.22.Z Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı

S.23.Z Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı		
Gösterge Kodu	S.19.Z		
Tanım	İlgili dönemde ilk defa doğum yapan ve sezaryen açısından düşük riske sahip olan Robson 1 ve 2 grubundaki kadınlardan sezaryen doğum yapanların oranını ifade eder.		
Amaç	Sezaryen açısından düşük riske sahip ve ilk defa doğum yapacak kadınların normal doğuma yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sezaryen sayısı}}{\text{Sezaryen açısından düşük riske sahip ilk kez doğum yapan toplam kadın sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Hekim bazında düşük riske sahip ilk doğum yapan kadınlarda sezaryen oranı - Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve travayı spontan başlamış kadınlarda sezaryen oranı - Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve indüklenmiş kadınlarda sezaryen oranı		
Açıklama	“Robson 10’lu Sistem”e göre sezaryen açısından düşük riske sahip gebelere ait bilgiler için Bakanlıkça yayınlanan güncel Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (2018) ve Sezaryen Klinik Protokolü’nü (2022) inceleyiniz. “Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta travayı spontan başlamış veya indüklenmiş kadınlarda sezaryen oranı” alt göstergesi hesaplama yöntemi: - İlgili dönemde; (Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve travayı spontan başlayan kadın sayısı + nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta travayı indüklenmiş kadın sayısı / İlk doğumu sezaryen olan kadın sayısı) x 100		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu Profilaksisi Uygulanma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu Profilaksisi Uygulanma Oranı		
Gösterge Kodu	S.20.Z		
Tanım	İlgili dönemde, sezaryen ile doğum yapan ve venöz tromboemboli (VTE) açısından risk değerlendirmesi yapılmış kadınlarda, belirlenen risk düzeyine uygun profilaksinin uygulanma oranını ifade eder.		
Amaç	Sezaryen ile doğum yapan kadınların VTE yönünden değerlendirilmesi ve en erken dönemde gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	$\text{İlgili dönemde;} \\ = \frac{\text{VTE profilaksisi uygulanan hasta sayısı}}{\text{VTE yönünden riskli olan ve sezaryen yapılan toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Sezaryen operasyonu sonrası DMAH (Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin) başlama kriterleri (postpartum 10 gün DMAH başlanır):		
	Acil sezaryen yapılanlar ve morbid obez hastalar (> 40 kg/m ²)		
	Elektif sezaryen yapılan hastalarda ise aşağıdaki parametrelerden birinin varlığı:		
	Maternal obezite (> 30kg/m ²)	Preterm doğum	
	Çoğul gebelik	Akrabada VTE öyküsü	
	IVF gebeliği	Maternal düşük riskli VTE	
	Preeklamsi	Anne yaşının > 35 olması	
	Ölü fetus	Sistemik enfeksiyon	
	Postpartum kanama	İmmobilizasyon	
	Variköz venler	Yüksek trombofili riski	
	Parite > 3	Ailede geçirilmiş VTE	
Sigara içilmesi	Geçirilmiş VTE		
Medikal hastalık (kanser, kalp yetmezliği, aktif SLE, aktif			

inflamatuvar barsak hastalığı ve aktif inflamatuvar poliartropati gibi inflamatuvar hastalıklar, nefrotik sendrom, nefropatili Tip 1 DM, orak hücre hastalığı, mevcut intravenöz ilaç bağımlılığı)

Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi

 TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Sezaryen Oranı	Doküman No																									
		Yayın Tarihi																									
		Revizyon No	00																								
		Revizyon Tarihi	00																								
		Sayfa No	1/1																								
Gösterge Adı	Sezaryen Oranı																										
Gösterge Kodu	S.21.Z																										
Tanım	İlgili dönemde toplam doğumlar içinde sezaryen ile gerçekleşen doğumların oranını ifade eder.																										
Amaç	Doğum hizmetlerinde sezaryen uygulama sıklığını izlemek, tıbbi endikasyonlara uygunluğu değerlendirmek, sezaryenlerin azaltılması ve kadınların normal doğuma yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.																										
Veri Kaynağı	HBYS																										
Hedef Değer																											
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sezaryen sayısı}}{\text{Toplam canlı doğum sayısı}} * 100$																										
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık																										
Alt Gösterge	- Primer sezaryen oranı - Tüm gebelerin Robson 10 sınıflamasına göre gruplandırılması ve her grup için sezaryen oranları ayrı hesaplanmalıdır.																										
Açıklama	<table><tr><th colspan="2">ROBSON ON GRUPLU SINIFLAMA SİSTEMİ ROBSON SEZARYEN GRUPLAMASI</th></tr><tr><th>Robson Grup</th><th>GRUPLAR</th></tr><tr><td>1</td><td>Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış</td></tr><tr><td>2</td><td>Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travay başlamadan önce sezaryen yapılmış</td></tr><tr><td>3</td><td>Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış</td></tr><tr><td>4</td><td>Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış</td></tr><tr><td>5</td><td>Eski sezaryenli, tekil, baş geliş, ≥37 hafta</td></tr><tr><td>6</td><td>Tüm nullipar makatlar</td></tr><tr><td>7</td><td>Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)</td></tr><tr><td>8</td><td>Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)</td></tr><tr><td>9</td><td>Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)</td></tr><tr><td>10</td><td>Tüm tekil baş pr. ≤36 hafta (eski sezaryenliler dahil)</td></tr></table> Sezaryen SUT kodları; 619930 Sezaryen 619929 Sezaryen (çoğul gebelik)			ROBSON ON GRUPLU SINIFLAMA SİSTEMİ ROBSON SEZARYEN GRUPLAMASI		Robson Grup	GRUPLAR	1	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış	2	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travay başlamadan önce sezaryen yapılmış	3	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış	4	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış	5	Eski sezaryenli, tekil, baş geliş, ≥37 hafta	6	Tüm nullipar makatlar	7	Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)	8	Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)	9	Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)	10	Tüm tekil baş pr. ≤36 hafta (eski sezaryenliler dahil)
ROBSON ON GRUPLU SINIFLAMA SİSTEMİ ROBSON SEZARYEN GRUPLAMASI																											
Robson Grup	GRUPLAR																										
1	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış																										
2	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travay başlamadan önce sezaryen yapılmış																										
3	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış																										
4	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış																										
5	Eski sezaryenli, tekil, baş geliş, ≥37 hafta																										
6	Tüm nullipar makatlar																										
7	Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)																										
8	Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)																										
9	Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)																										
10	Tüm tekil baş pr. ≤36 hafta (eski sezaryenliler dahil)																										

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı		
Gösterge Kodu	S.22.Z		
Tanım	İlgili dönemde vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Vajinal doğumlarda gelişen travma nedenlerinin analiz edilmesi ve obstetrik travmaların önlenmesi amacıyla gerekli tedbirlerin alınması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı}}{\text{Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Obstetrik Travma ICD 10 kodları: 070 ve 071		
	070	Perineal yırtılma, doğum esnasında	
	070.2	Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.3	Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.9	Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış	
	071	Obstetrik travma, diğer	
	071.0	Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce	
	071.1	Uterus rüptürü, doğum esnasında	
	071.2	Uterusun postpartum inversiyonu	
	071.3	Serviksin obstetrik laserasyonu	
	071.4	Obstetrik yüksek vajinal laserasyon	
	071.5	Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer	
	071.6	Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi	
	071.7	Pelvis obstetrik hematomu	
	071.8	Obstetrik travma, diğer tanımlanmış	

071.9	Obstetrik travma, tanımlanmamış
Enstrümanlı Doğum ICD-10 kodları ve SUT işlem kodları;	
081	Tek doğum forseps ve vakum ekstraktör ile
081.0	Aşağı forseps doğum
081.1	Orta kavite forseps doğum
081.2	Orta kavite forseps, rotasyon ile
081.3	Forseps doğum, diğer ve tanımlanmamış
081.4	Vakum ekstraktör doğum
081.5	Forseps ve vakum ekstraktör kombinasyonu ile doğum
084.1	Çoğul doğum, hepsi forseps ve vakum ekstraktör ile
619910	Müdahaleli vajinal doğum
619911	Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum)
619912	Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik)
619913	Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)

	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı		
Gösterge Kodu	S.23.Z		
Tanım	İlgili dönemde vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Vajinal doğumlarda gelişen travma nedenlerinin analiz edilmesi ve obstetrik travmaların önlenmesi amacıyla gerekli tedbirlerin alınması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı}}{\text{Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Obstetrik Travma ICD 10 kodları: 070 ve 071		
	070	Perineal yırtılma, doğum esnasında	
	070.2	Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.3	Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.9	Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış	
	071	Obstetrik travma, diğer	
	071.0	Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce	
	071.1	Uterus rüptürü, doğum esnasında	
	071.2	Uterusun postpartum inversiyonu	
	071.3	Serviksin obstetrik laserasyonu	
	071.4	Obstetrik yüksek vajinal laserasyon	
	071.5	Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer	
	071.6	Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi	
	071.7	Pelvis obstetrik hematoma	
	071.8	Obstetrik travma, diğer tanımlanmış	
	Q71.9	Obstetrik travma, tanımlanmamış	

Psikiyatri ve Acil Servis Hizmetleri



S.24.Z Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi

S.25.Z Psikiyatri Hastalarında Ortalama Tecrit Süresi



S.26.Z Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı

S.27.Z Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi

S.28.Z Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi

S.29.Z Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı

	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi		
Gösterge Kodu	S.24.Z		
Tanım	Psikiyatri kliniklerinde fiziksel kısıtlama uygulanmış hastaların toplam kısıtlama süresinin (dakika), kısıtlama uygulanan hasta sayısına oranını ifade eder.		
Amaç	Psikiyatri kliniklerinde uygulanan fiziksel kısıtlama süresini izleyerek, kısıtlama kullanımının azaltılması ve güvenli alternatif yaklaşımların geliştirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Uygulanan kısıtlamaların toplam süresi}}{\text{Psikiyatri kliniğinde kısıtlama uygulanan toplam hasta sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Fiziksel Kısıtlama: Hasta tarafından kontrol edilemeyecek veya kolaylıkla çıkartılamayacak herhangi bir cihaz, materyal veya araç-gereçle hastanın vücudun sabitlenmesi/bağlanması veya normal aktivitelerini yerine getirmesini ve/veya özgürce hareket etmesini bilinçli olarak önleme girişimidir. • İlgili dönemde aynı hastaya birden fazla kısıtlama uygulanmışsa süreler toplanarak toplam süreye dahil edilirken, hasta 1 kez toplam hasta sayısına dahil edilecektir. • Hesaplamaya 18 yaş üstü hastalar dahil edilecektir. • Kısıtlamada kalma süresi dakika cinsinden hesaplanacaktır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Tecrit Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Tecrit Süresi		
Gösterge Kodu	S.25.Z		
Tanım	Psikiyatri kliniklerinde tecrit uygulanmış hastaların toplam tecrit süresinin (dakika), tecrit uygulanan hasta sayısına oranını ifade eder.		
Amaç	Psikiyatri kliniklerinde uygulanan tecrit sürelerinin azaltılması ve güvenli alternatif yaklaşımların geliştirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Psikiyatri kliniğinde hastalara uygulanan toplam tecrit süresi}}{\text{Psikiyatri kliniğinde tecrit uygulanan toplam hasta sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Tecrit, hastanın fiziksel olarak dışarı çıkmasının engellendiği bir oda veya alanda istemsizce tek başına tutulmasıdır. - İlgili dönemde aynı hastaya birden fazla tecrit uygulanmışsa süreler toplanarak toplam süreye dahil edilirken, hasta 1 kez toplam hasta sayısına dahil edilecektir. - Hesaplamaya 18 yaş üstü hastalar dahil edilecektir. - Tecrit süresi dakika cinsinden hesaplanacaktır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.26.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 amaçlanmaktadır.		
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 ve narkotik ilaçlar ayrı oranlar halinde izlenmelidir.		
Açıklama	- 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.27.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 artırılması amaçlanmaktadır.		
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 - Müşahede alanına alınan hastalardan branş uzmanı konsültasyonu istenen hasta oranı - Müşahede alanında takip edilen hastalardan hastaneye yatışı yapılan hasta oranı		
Açıklama	- Aynı dönemde birden fazla kez müşahede alanına yatışı yapılan hastaların her bir yatışları ayrı olarak hesaplamaya dahil edilmelidir. - Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi		
Gösterge Kodu	S.28.Z		
Tanım	Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren, acil servise ulaşma anı arasındaki ortalama süredir.		
Amaç	Acil serviste tanı ve tedavi süreçlerini hızlandırmak, hasta güvenliği risklerini azaltmak ve acil servis hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Acil servise çağrılan konsültan hekimlerin toplam ulaşma süreleri (dk)}}{\text{Acil servisten istenen toplam konsültasyon sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Hekim bazında acil servise ortalama ulaşma süresi - Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi - Mesai dışında acil servise ortalama ulaşma süresi - Mesai içinde acil servise ortalama ulaşma süresi		
Açıklama	- Sadece fiilen acil servise gelen konsültasyonlar hesaplamaa alınacaktır. - Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı		
Gösterge Kodu	S.29.Z		
Tanım	Acil servisten taburcu edildikten sonra 24 saat içinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta oranıdır.		
Amaç	Acil serviste tanı, tedavi ve taburculuk süreçlerinin etkinliğini değerlendirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{24 \text{ saat içerisinde aynı şikayet ile tekrar başvuran hasta sayısı}}{\text{Acil servise başvuran toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Aynı hastanın takip ve tedavisinin devamı niteliğindeki başvuruları paya dahil edilmemelidir.		

Radyasyon Güvenliği ve Ameliyathane Hizmetleri



S.30.Z: Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı

S.31.Z: Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı



S.32.Z: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı

S.33.Z: Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı

S.34.Z: Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.30.Z		
Tanım	Kontrast madde kullanımının takibi ve kontrastlı tomografi oranlarının izlenmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.		
Amaç	Kurumdaki kontrast madde ile çekilen tomografi oranları analiz edilerek gereksiz kontrast madde kullanımının en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.		
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	Klinik/birim/ünite bazında kontrast madde ile çekilen tomografi oranı		
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı		
Gösterge Kodu	S.31.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 artırmak amaçlanmaktadır.		
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	Klinik gereklilik nedeniyle istenen kontrol çekimleri kapsam dışıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı		
Gösterge Kodu	S.32.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; $= \frac{\text{Randomize gözlem yapılan operasyonlarda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi tüm aşamalarıyla uygun şekilde kullanılan cerrahi operasyon sayısı}}{\text{Randomize gözlem yapılan toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. - Değerlendirilmeye alınacak ameliyat sayısı, Ek-1'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı		
Gösterge Kodu	S.33.Z		
Tanım	Genel anestezi altında operasyonu gerçekleştiren hastalarda postoperatif dönemde solunum yetmezliği yaşayanların oranını ifade eder.		
Amaç	Postoperatif dönemde solunum yetmezliği gerçekleşme sebeplerinin analiz edilerek gerekli önlemlerin alınmasıdır.		
Veri Kaynağı	HBYS, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Postoperatif dönemde solunum yetmezliği yaşayan hasta sayısı}}{\text{Genel anestezi altında gerçekleştirilen operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	18 yaş üstü hastalar hesaplama dahil edilir. - İkincil tanı olarak solunum yetmezliği konulan hastalar hesaplama dahil edilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	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.34.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; Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı $= \frac{\text{ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı}}{\text{Toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı - Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı		
Açıklama	- Hastanın aynı anda yapılan farklı tanıli 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. - Hastaya protez takılan ameliyatların proteze bağlı dönüşleri değerlendirmeye alınmaz. - Operasyon sonrası, operasyonla ilişkili aşağıda belirlenmiş olan sebepler dikkate alınacaktır; 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 boşluğunda istemeyerek bırakılan yabancı cisim
T81.6	Bir işlem esnasında istemeyerek bırakılan yabancı maddeye bağlı 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

Laboratuvar Hizmetleri



S.35.Z: Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı

S.36.Z: Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı

S.37.Z: Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı

S.38.Z: Kaybolan Numune Oranı

S.39.Z: Tekrar Alınan Numune Oranı

S.40.Z: Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı

S.41.Z: İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı



S.45.Z: Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama Ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı

S.47.Z: Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı

S.48.Z: Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı



S.42.Z: Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uyumsuzluk Sayısı

S.43.Z: Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama Ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı

S.46.Z: Panik Değer Bildirim Oranı

S.47.Z: Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı

S.48.Z: Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı		
Gösterge Kodu	S.35.Z		
Tanım	Klinik laboratuvarlara teslim edilen numunelerden test istemi hatalı yapılan numunelerin oranını ifade eder.		
Amaç	Klinik 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	HBYS, 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	3 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 Hematoloji Mikrobiyoloji Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.36.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 alımını azaltılması amaçlanmaktadır.		
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	- Klinik bazında reddedilen numune oranı - Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı - Ret nedenine göre reddedilen numune oranı		
Açıklama	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. Biyokimya Hematoloji Mikrobiyoloji Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı		
Gösterge Kodu	S.37.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 sağlamak amaçlanmaktadır.		
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			
Açıklama	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. 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.38.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 planlamak amaçlanmaktadır.		
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	- Toplam numune sayısı, hastadan alınıp sisteme kaydı yapılarak laboratuvara gönderilen tüm numuneleri kapsar. - Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. Biyokimya Hematoloji Mikrobiyoloji 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.39.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 azaltmak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS, LBYS, Bildirime dayalı kayıtlar		
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 Hematoloji Mikrobiyoloji 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.40.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 yapılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS, 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	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. Mikrobiyoloji		

 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.41.Z		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde 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	HBYS, 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	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. Mikrobiyoloji		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı		
Gösterge Kodu	S.42.Z		
Tanım	Biyokimya laboratuvarında 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 sağlanması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Dijital ve manuel kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı}}{\text{Toplam dış kalite çalışılan testlerinin sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı		
Gösterge Kodu	S.43.Z		
Tanım	Biyokimya laboratuvarında 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	HBYS, LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı}}{\text{Toplam iç kalite çalışılan biyokimya testlerinin sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Bu gösterge laboratuvar tarafından, test sürecinde kullanılan cihaz, kit, solüsyon gibi ekipman ve malzemenin performansını izlemek amacı ile kullanılacaktır.		

 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.44.Z		
Tanım	Patoloji laboratuvarına gönderilen frozen numunelerinden, cerrahi patoloji ile frozen section sonuçları arasındaki uyumsuzluğun oranını ifade eder.		
Amaç	Frozen section incelemesi ile nihai cerrahi patoloji raporu arasındaki tanı uyumsuzluklarını izleyerek; intraoperatif tanı doğruluğunu, hasta güvenliğini ve patoloji hizmet kalitesini değerlendirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS, LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Frozen section sonucu ile nihai cerrahi patoloji sonucu arasında uyumsuzluk tespit edilen vaka sayısı}}{\text{Frozen section incelemesi yapılan toplam vaka sayısı}} * 100$		
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.45.Z		
Tanım	Kan kültürlerinde, direkt gram boyama sonucu ile son identifikasyon sonucu arasındaki uyumluluğun oranını ifade eder.		
Amaç	Kan kültürlerinde, direkt gram boyama sonucu ile son identifikasyon arasında uyumsuzluk tespit edilen durumların izlenmesi ve analitik süreç ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS, LBYS		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Direkt gram boyama ile son identifikasyon sonuçları uyumlu olan kan kültürü sayısı}}{\text{Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı}} * 100$		
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.46.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 artırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Panik değer bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Tespit edilen toplam panik değer laboratuvar sonuç sayısı}}{\text{Bildirimi yapılan sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Laboratuvar bazında panik değer bildirim oranı		
Açıklama	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki laboratuvar sonuçları kullanılır. Biyokimya Hematoloji Mikrobiyoloji 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.47.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 artırmak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS-LBYS kayıtları		
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 laboratuvar sonuçları kullanılır. Biyokimya Hematoloji Mikrobiyoloji Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı		
Gösterge Kodu	S.48.Z		
Tanım	Klinik laboratuvarlarda 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 iyileştirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS 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 laboratuvar sonuçları kullanılır. Biyokimya Hematoloji Mikrobiyoloji Diğer klinik laboratuvarlar		

Destek Hizmetleri



D.1.Z: Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı



D.2.Z: Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi



D.3.Z: Atık Devir Hızı



D.4.Z: Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Oranı



D.5.Z: Teknik Birimin 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 Sıklığı

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tesis Kaynaklarında Yaşanan 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 azaltmak amaçlanmaktadır.		
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	- Tesis kaynaklı sorun kapsamında; elektrik (şebeke, jeneratör, UPS), su sistemi, doğalgaz, ısıtma – soğutma – havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb.hesaplamaya 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. - Planlı bakım kesintileri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. Aynı gün içinde sorun çözülsün bile gün bazında tek gün olarak yazılır.		

	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 sağlamak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS kayıtları, arıza talep formları vb.		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sorunlara toplam müdahale süresi}}{\text{Tesis kaynaklı toplam sorun sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Mesai dışı tesis kaynaklı sorunlara ortalama müdahale süresi		
Açıklama	- 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 (şebeke, jeneratör, UPS), su sistemi, doğalgaz, ısıtma – soğutma – havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb.hesaplamaya alınmalıdır. Planlı bakımlar gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Atık Devir Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Atık Devir Hızı		
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 azaltmak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Ulusal atık taşıma formları, Atık takip formları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Atıkların toplam bekleme süresi}}{\text{Bertaraf edilen atık miktarı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Atık türüne göre devir hızı (tıbbi, tehlikeli vb)		
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 Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Oranı		
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 faaliyetler planlamayı amaçlar.		
Veri Kaynağı	Olay bildirim formları, İş sağlığı ve güvenliği kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Atık kaynaklı tehlikeli kaza sayısı}}{\text{Atık yönetiminde görevli personel sayısı}} * 100$		
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	Teknik Birimin Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Teknik Birimin 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 aksamaması amaçlanmaktadır.		
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	- Yazılım arızalarına ortalama müdahale süresi - Donanım arızalarına ortalama müdahale süresi		
Açıklama	- Süre dakika olarak hesaplanacaktır. - Arızanın başlangıcı; kullanıcı tarafından arızanın ilgili birime iletildiği tarih ve saattir. - Arızanın sonlandırılması; arızanın ilgili birim tarafından giderilerek arıza bildiriminin kapatıldığı tarih ve saattir. (Örneğin; Arızanın yazılım firmasına iletildiği tarih ve saat; 10.08.2021 ve 11:00. Arızanın yazılım firması tarafından giderildiği tarih ve saat: 15.08.2021 ve 16:00 ise müdahale süresi 5 gün 5 saat; (5x24= 120+5= 125 saat= 7500 dakikadır).		

 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 almak amaçlanmaktadır.		
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	- 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 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 indirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	HBYS, Arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Cihaz arızalarına toplam müdahale süresi}}{\text{Arızalanan toplam cihaz sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Mesai dışı saatlerde cihaz arızalarına müdahale süresi		
Açıklama	- 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 Sıklığı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Cihaz Arızalanma Sıklığı		
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 sağlamayı amaçlar.		
Veri Kaynağı	HBYS, Arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Aktif ve çalışır durumda olan cihaz sayısı}}{\text{Toplam tıbbi cihaz sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	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.		

Acil Durum Yönetimi



A.1.Z

Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında
Eksiksiz Doldurulan Form Oranı



A.2.Z

Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen
Müdahale Süresine Uyum Oranı

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı		
Gösterge Kodu	A.1.Z		
Tanım	Acil kod uyarı sistemi kapsamında gerçekleştirilen çağrılara ait formların, belirlenmiş tüm zorunlu alanlarının eksiksiz doldurulma oranını ifade eder.		
Amaç	Acil kod uygulamalarının doğru ve eksiksiz kayıt altına alınmasını ve acil durum yönetiminde standartlaşmayı sağlamak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Acil kod uyarı sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eksiksiz doldurulan form sayısı}}{\text{Toplam acil kod çağrı sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Kurumdaki tüm acil kod uyarı sistemi çağrıları ayrı analiz edilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı		
Gösterge Kodu	A.2.Z		
Tanım	Acil kod uyarı sistemi kapsamında verilen çağrılara, kurum tarafından belirlenmiş müdahale süresi içinde ulaşılan vaka oranını ifade eder.		
Amaç	Acil kod uyarı sisteminde verilen çağrılara zamanında müdahale edilmesi ve gecikmelere neden olan süreçleri tespit etmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Acil kod uyarı sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hedeflenen sürede müdahale edilen çağrı sayısı}}{\text{Toplam acil kod çağrı sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Hedeflenen süre, kurum tarafından belirlenen acil kod uyarı sistemine yapılan çağrı zamanı ile müdahale ekibinin olay yerine varış zamanı arasındaki süredir. - Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. - Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. - Kurumdaki tüm acil kod uyarı sistemi çağrıları ayrı analiz edilmelidir.		

EKLER

Ek-1 Örneklem Belirleme Tablosu

Gözlem Yapılacak Ameliyat Sayısı Belirleme Tablosu	
Evren Sayısı (N)	Gerekli Örneklem Büyüklüğü (n)
50	44
100	79
250	151
350	183
500	217
750	254
1000	278
1500	306
2000	322
3000	341
5000	357
6000	361
8000	367
10 000	370
15 000	375
20 000	377
30 000	379
40 000	381
50 000	381
75 000	382
100 000	383
250 000	384
500 000	384
1 000 000	384
10 000 000	384
100 000 000	384

Kaynakça

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

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

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

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.

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; 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.

Shahangian, S., Snyder, S. (2009). Laboratory medicine quality indicators, a review of the

literature. Am J Clin Pathol, 131,418-431.

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, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Acil obstetrik bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum sonu bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

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.

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

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)