T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

Gösterge Yönetimi Rehberi

SKS

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Gösterge Yönetimi Rehberi (S. 3.0)
Mayıs 2024

Sürüm 2 Yayın Tarihi: Temmuz 2020, Ankara
ISBN: 978-975-590-770-3
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1175

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığına aittir.

İletişim
T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
E-posta: shgm.sksgosterge@saglik.gov.tr
Web adresi: www.shgmkalitedb.saglik.gov.tr

Editörler

Prof. Dr. İhsan ATEŞ

Yayına Hazırlayanlar

Av. Sevil SERİN

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Uzm. Hem. Seval ÇİFTÇİ

Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN

Çağlayan SARIOĞLAN

Çiğdem GÜNAY

Gülay DİNÇ

Sağlık Uzm. Gül YILDIRIM

Hacer ÇİL

Öznur ÖZEN

Uzm. Dr. Sabahat TAŞKIN ERDİN

Şakire ŞAHİNBAŞ

Sağlık Uzm. Şerife ENGELOĞLU

Dr. Şule ÖZTÜRK

Tayibe Sema KARADUMAN

Katkıda Bulunanlar

Abdullah Cüneyt BESLER, Dt.

Abdullah ÖZTÜRK, Dr.

Ahmet KOKURCAN, Uzm. Dr.

Akfer KARAOĞLAN KAHİLOĞULLARI, Doç. Dr.

Aliye BAŞTUĞ, Doç. Dr.

Aslı AYIK

Asude BALTACI

Aynur EREN TOPKAYA, Prof. Dr.

Ayşegül KARAKUŞ, Dt.

Can Hüseyin HEKİMOĞLU, Uzm. Dr.

Ceyda CEYLAN, Dt.

Emine EMER

Ercan KOCA

Esen BATIR

Esra ALADAĞ, Uzm. Dt.

Esra ALATAŞ, Uzm. Dr.

Esra TOKMAN ASIL, Dt.

Fatih KACIROĞLU, Dr.

Fatoş KORKMAZ, Doç. Dr.

Fisun VURAL, Prof. Dr.

Gül ATEŞ, Dt.

Gülcan COŞKUN AKAR, Prof. Dr.

Handan Çelik

Hasan GÜLER, Dr.

Hatice ESEN

Havva GÖRMEZ

Hülya ŞAHİN

İbrahim DOLUKÜP

İkbaliye Zafer

İnci KAHYAOĞLU, Doç. Dr.

İnci KARA, Doç. Dr.

Muhammed Emin BAŞER, Dt.

Murat Çağlayan, Uzm. Dr.

Mustafa DANIŞMAN, Uzm. Dr.

Mustafa DELİBAŞ

Nagihan AYAR
Nesrin DEMİR EREN
Nilüfer KURT, Dt.
Nilüfer Kutay ORDU GÖKKAYA, Prof. Dr.
Özlem ERSAN, Dt.
Pınar KOÇATAKAN, Uzm. Dr.
Pervin Özlem BALCI, Uzm. Dr.
Sema SANİSOĞLU, Op. Dr.
Serpil KAYALI
Sibel BAYRAKTAR
Songül KAYNAR
Süleyman DİLEK, Dt.
Şamil KURGUN
Şebnem AVŞAR KURNAZ
Şuule GÜNDÜZ
Tuncay KOYUNCU, Dt.
Yunus YALÇIN, Dt.
Zehra ÇOŞKUN SALİH, Dt.
Zeynep ALPTEKİN YILDIZ

Teşekkür
Değerli katkıları için Sağlık Bakanlığı Ulusal Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Danışma Kuruluna teşekkür ederiz.

Gösterge Yönetim Rehberi Sürüm 3.0'da Yapılan Değişiklikler	
Eklenen Genel Bilgilendirme ve Gösterge	
I.3.15 Verilerin Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine Girilmesi bölümüne "Veri Toplama ve Giriş Dönemleri" tablosu eklenmiştir.	
VIII. Bölüm SKS Tıp Merkezi Hizmetleri Gösterge Kartları bölümü eklenmiştir.	
HSTN.GKG123	Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Sistemine Kaydedilen Taburcu Hasta Dosyası Oranı

İptal Edilen Göstergeler	
HSTN.GKG06	Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi

Değişiklik Yapılan Göstergeler		
Gösterge Kodu	**Gösterge Adı**	**Yapılan Değişiklik**
HSTN.GKG10	Hasta Deneyim Anketleri Analizi	Alt göstergelerde düzenleme yapıldı.
HSTN.GKG11	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	Alt göstergelerde düzenleme yapıldı.
HSTN.GKG12	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi. Alt göstergeler düzenlendi.
HSTN.GKG13	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi. Alt gösterge hesaplaması eklendi.
HSTN.GKG14	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi. Alt gösterge hesaplaması eklendi.
HSTN.GKG15	Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı	Açıklama eklendi.
HSTN.GKG16	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı	Açıklama eklendi.
HSTN.GKG18	Hasta Düşme Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi.
HSTN.GKG20	İlaç Hatası Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Alt gösterge adı değiştirildi.
HSTN.GKG33	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	Alt göstergelerde düzenleme yapıldı.
HSTN.GKG36	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Açıklama düzenlendi.
HSTN.GKG42	Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı	Hesaplama yönteminde "payda" değiştirildi.
HSTN.GKG44	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı	Açıklama eklendi.

HSTN.GKG45	Primer Sezaryen Oranı	Hesaplama yönteminde "payda" değiştirildi.
HSTN.GKG50	Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Alt gösterge iptal edildi.
HSTN.GKG54	Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG55	Acil Psikiyatrik Durum Planı Oluşturulan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG56	Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG57	Remisyon Kararı Verilen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG58	Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Sayısı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG59	İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG60	İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG61	Tedavi Programında Olup İstihdam Çalışmalarına Katılan Hasta Oranı	Gösterge kartı yeniden düzenlendi.
HSTN.GKG62	Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi. Alt göstergeler iptal edildi.
HSTN.GKG63	Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi. Alt göstergeler iptal edildi.
HSTN.GKG64	Vücut Kitle İndeksi Yüksek Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG65	Tedavi Programında Olup Madde Bağımlılığı Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG67	Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı	Açıklama eklendi.
HSTN.GKG70	Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı	Alt gösterge iptal edildi. Açıklama düzenlendi.
HSTN.GKG71	Ortalama Soğuk İskemi Süresi	Tanım ve açıklama düzenlendi.
HSTN.GKG73	Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama eklendi.
HSTN.GKG81	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	Gösterge kartı (hesaplama yöntemi, açıklama vb.) yeniden düzenlendi.
HSTN.GKG87	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	Gösterge kartı (hesaplama yöntemi, açıklama vb.) yeniden düzenlendi.
HSTN.GKG91	Kan Kültüründe Pozitif Sonuç Oranı	Açıklama eklendi.
HSTN.GKG92	İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı	Açıklama düzenlendi.
HSTN.GKG93	Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı	Açıklama düzenlendi.
HSTN. GKG94	Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı	Açıklama düzenlendi.
HSTN.GKG107	Ortalama Hemodiyaliz Süresi	Açıklama düzenlendi.

ADSH.GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Gösterge kartı yeniden düzenlendi.
ADSH.GKG08	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi.
ADSH.GKG09	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi. Alt göstergeler değiştirildi ve hesaplaması eklendi.
ADSH.GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi. Alt gösterge hesaplaması eklendi.
ADSH.GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi. Alt gösterge hesaplaması eklendi.
ADSH.GKG12	Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı	Açıklama düzenlendi.
ADSH.GKG15	İlaç Hatası Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Alt gösterge adı değiştirildi.
ADSH.GKG16	El Hijyeni Uyum Oranı	Tanım düzenlendi. Hesaplama yöntemi düzenlendi.
ADSH.GKG18	Hasta Deneyimi Anketleri Analizi	Alt göstergeler düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
ADSH.GKG19	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	Alt göstergeler düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
ADSH.GKG31	Fissür Örtücü Uygulama Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
ADSH.GKG35	Tekrarlanan Sabit Protez Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi. Hesaplama yöntemi düzenlendi.
ACİL.GKG04	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi.
ACİL.GKG07	Hasta Deneyimi Anketleri Analizi	Alt göstergeler düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
ACİL.GKG08	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	Alt göstergeler düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
ACİL.GKG09	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
ACİLGKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
ACİL.GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Hesaplama yöntemi düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
DYLZ.GKG05	Hasta Deneyimi Anketleri Analizi	Alt göstergeler düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
DYLZ.GKG06	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	Alt göstergeler düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
DYLZ.GKG11	İlaç Hatası Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Alt gösterge adı değiştirildi.
DYLZ.GKG12	El Hijyeni Uyum Oranı	Tanım düzenlendi. Hesaplama yöntemi düzenlendi.
DYLZ.GKG19	Ortalama Hemodiyaliz Süresi	Açıklama düzenlendi.
EVSH.GKG01	Hasta Deneyimi Anketleri Analizi	Alt göstergeler düzenlendi. Açıklama düzenlendi.

İçindekiler

İçindekiler 8
SUNUŞ **9**
I. BÖLÜM **10**
GÖSTERGE YÖNETİMİ **10**
I.1. Sağlıkta Kalite Göstergelerinin Önemi 11
I.2. Genel Bilgiler 12
I.3. Gösterge İzlem Basamakları 13
I.4. Gösterge Kartlarının Oluşturulması 23
I.5. Sonuç 24
II. BÖLÜM **25**
SKS - KALİTE GÖSTERGELERİ **25**
III. BÖLÜM **40**
SKS HASTANE GÖSTERGE KARTLARI **40**
IV. BÖLÜM **165**
SKS ADSH/ADSM GÖSTERGE KARTLARI **165**
V. BÖLÜM **201**
SKS HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI **201**
VI. BÖLÜM **218**
SKS DİYALİZ HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI **218**
VII. BÖLÜM **242**
SKS EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI **242**
VIII. BÖLÜM **247**
SKS TIP MERKEZLERİ GÖSTERGE KARTLARI **247**
EKLER **267**
YARARLANILAN KAYNAKLAR **276**

SUNUŞ

Sağlıkta kalite sisteminin temel yapı taşlarından birisi sağlıkta kalite göstergeleridir. Göstergeler, sağlık hizmet sunum alanlarında sunulan hizmetin etkinliğinin ölçülmesi ile elde edilen ölçüm sonuçlarına göre değerlendirme ve iyileştirme yapılmasına fırsat tanıdığı için hayati önem taşımaktadır. Gösterge sonuçlarına göre sağlık kuruluşları hizmet kalitesini artırmaya yönelik yol haritalarını belirlemektedirler.

Sağlıkta kalite standartları kapsamında ilk kez 2011 yılında kalite göstergeleri hazırlanmış ve yayınlanmıştır. 2015 yılında ise Genel Müdürlüğümüzce "Gösterge Yönetimi Rehberi" yayınlanarak göstergelerin izlenmesi ve değerlendirilmesine ilişkin kurumsal bir kültür oluşturulması amaçlanmıştır. Kurumlarımızın kendi ihtiyaçları doğrultusunda oluşturdukları göstergeler ve alt göstergelerdeki artış da gösterge yönetimi kültürünün yerleşmesinin bir neticesidir.

Sağlık alanında zamanla gelişen ve değişen uygulamalara uyum sağlamak, kalite çalışmalarında önemli bir yere sahiptir. Tüm dünyada birçok hizmet sektöründe hızlı bir dijitalleşme süreci yaşanmaktadır. Değişime uyum sağlayabilmek için Genel Müdürlüğümüz sağlık hizmetlerinde dijitalleşme politikası ile sağlık kuruluşlarını bu kapsamda teşvik etmektedir. Sağlık kuruluşunda üretilen bilgi ve belge akışının bilgi yönetimi ve güvenliği ilkeleri doğrultusunda elektronik ortamda sağlanması, sağlık kuruluşlarındaki iş ve süreçlerin daha hızlı ve güvenilir şekilde yürütülmesini ve personel iş yükünün azaltılmasını sağlamaktadır. Bu hususlar dikkate alınarak, Bakanlığımızca hazırlanan bu rehberde yer alan göstergelerin kağıt ortamında takip edilmeksizin elektronik ortamda takip edilmesi önem arz etmektedir.

Rehberin, sağlık kuruluşlarında gösterge yönetiminin doğru ve etkili bir şekilde yürütülerek ölçme ve değerlendirme kültürünün daha da ileriye taşınmasına ve bu sürecin dinamik bir şekilde yürütülmesine, dolayısı ile sağlık hizmeti niteliğinin artırılmasına katkı sağlamasını diler, tüm sağlık çalışanlarına ve paydaşlarımıza faydalı olmasını temenni ederim.

Prof. Dr. İhsan ATEŞ
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

I. BÖLÜM
GÖSTERGE YÖNETİMİ

I. GÖSTERGE YÖNETİMİ

I.1. Sağlıkta Kalite Göstergelerinin Önemi

Sağlık hizmetinde kalitenin sürekli geliştirilmesi için hizmet süreçlerinin ve elde edilen sonuçların sistematik bir şekilde izlenmesi gereklidir. İzlem sırasında somut verilerle hareket edilmelidir. Somut kanıtlara ulaşmak için kalite çalışmalarının ölçülebilir bir formata dönüştürülmesi esastır. Ölçüm çalışmalarının amacı, süreçlerin yönetimini ve izlenebilirliğini sağlamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetinin tüm süreçlerini kapsayan, ölçüme dayalı hedefler tespit edilerek iyileştirmeye açık alanlar belirlenmeli ve iyileştirilen alanlarda kalitenin sürekliliği sağlanmalıdır. Bu amaçla bazı araçların kullanılması gerekmektedir.

Bu araçlardan birkaçı aşağıda sunulmuştur:

- Göstergeler
- Öz değerlendirmeler
- Görüş ve öneriler
- Geri bildirimler
- Dış değerlendirmeler

Göstergeler; bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan, performans ölçümü ve kalite iyileştirme amacı ile kullanılan en önemli araçlardır.

Göstergelerin sağlık kurumuna sağladığı yararlar şöyle sıralanabilir:

- Hizmetin kalitesinin ölçülmesi
- İyileştirme gereken süreç veya bölümün, kısa zamanda tespit edilmesi
- Konuyla ilgili yönetimsel başarının ortaya konulması
- Üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarı veya başarısızlık eğiliminin tespiti
- Bölümler arasında kıyaslama yapılabilme imkânı
- Kurumlarda ve süreçlerde iyileştirmeye ilişkin planlamaların yapılması
- İleriye dönük politikaların oluşturulması
- Hesap verilebilirlik

I.2. Genel Bilgiler

27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" doğrultusunda Bakanlıkça hazırlanan sağlıkta kalite göstergeleri Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığının resmi internet sitesinde yayınlanarak yürürlüğe girer. Elektronik ortamda yayınlanan göstergeler ve uygulama rehberi gerektiğinde Bakanlıkça güncellenir. Kurumlar, sağlık hizmet alanı kapsamında güncellenen göstergelerin takibi ve Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) sonuçların girilmesinden sorumludur.

Kalite göstergeleri, sağlıkta kalite standartları kapsamında değerlendirilir. Her bir gösterge için ölçme, analiz ve iyileştirme süreçleri ayrı ayrı ele alınarak ilgili gösterge bazında karşılanma düzeyi belirlenir. Değerlendirme kapsamında her bir göstergenin puansal değeri **"20"** olarak belirlenmiştir.

Gösterge kodlarında, ilgili bölümü belirten tanımlayıcılar (Hastane-HSTN, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri-ADSH, Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri-ACİL, Diyaliz Hizmetleri-DYLZ, Evde Sağlık Hizmetleri-EVSH ve Tıp Merkezleri-TIPM) kullanılır. Gösterge başlıklarında ilgili bölüme yönlendirici linkler yer almaktadır.

Güncelleme sonrasında kullanımdan kaldırılan göstergeler II. bölümdeki gösterge listelerinde belirtilmekte, göstergeye ait kart da "Gösterge Kartları" başlıklı bölümlerden çıkarılmaktadır. Güncelleme sonrasında yeni eklenen göstergeler ise ilgili bölümün son göstergesinden sonra kodlanarak eklenmektedir.

I.3. Gösterge İzlem Basamakları

Kalite iyileştirme faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilecek olan gösterge izlemi çalışmalarında adım adım yerine getirilmesi gereken faaliyetler aşağıda incelenmiştir:

1. Ölçülecek göstergelerin ve amacının belirlenmesi
2. Sorumluların belirlenmesi
3. Hesaplama yönteminin belirlenmesi
4. Alt göstergelerin belirlenmesi
5. Veri toplama yönteminin belirlenmesi
6. Analiz ve veri toplama periyodunun belirlenmesi
7. İlgili personelin eğitilmesi
8. Veri toplama
9. Verilerin sonuçlara dönüştürülmesi
10. Sonuçların analizi ve yorumlanması
11. Hedef değerin belirlenmesi
12. İyileştirme çalışmalarının gerekliliğinin gözden geçirilmesi
13. Gerekli ise iyileştirme çalışmalarına başlanması
14. Gösterge izlem sürecinin gözden geçirilmesi
15. Verilerin Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilmesi

I.3.1. Ölçülecek Göstergelerin ve Amacının Belirlenmesi

Kurum tarafından takip edilecek göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

Rehberde yer alan herhangi bir göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi ya da bir mevzuat gereği kurumda uygulanamaması gibi durumlarda ilgili göstergeler takip edilmez (Diyaliz hizmeti verilmeyen hastanelerde Diyaliz Göstergeleri gibi).

Kurumlar tarafından, kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, "Gösterge Yönetimi Rehberi'nde" yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.

Bakanlıkça belirlenen liste dışında takip edilecek göstergeleri belirlerken aşağıdaki hususların dikkate alınması önem arz etmektedir.

- Sağlık hizmetinde ki farklı süreçlere yönelik ayrı ayrı göstergeler belirlenmelidir. Burada göstergenin hangi süreç ya da süreçleri ölçmek için belirlendiği ve bu süreci ölçmekteki ana hedef net olarak ortaya konmalıdır.
- Belirlenen göstergenin amacı çok iyi tanımlanmalı ve veri toplama yöntemi bu amaç doğrultusunda belirlenmelidir.
- Çok sorun yaşanan ya da en problemli olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalıdır. Kolay ölçülebilen, personel uyumunun yüksek olarak sağlanabileceği göstergeler öncelikle tercih edilmelidir.
- Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmelidir.
- Göstergeler belirlenirken çalışanların görüşleri alınmalıdır.

I.3.2. Sorumluların Belirlenmesi

Gösterge sorumluları, ilgili göstergeye ait verinin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinden sorumludur. Bu kişiler, günlük pratiğinde o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personel arasından seçilebilir. Sorumluların sürece hâkim, nitelikli kişiler arasından seçilmesi uygun

olacaktır. Gösterge yönetiminde başarının sağlanabilmesi için sorumluların etkin bir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir.

Gösterge sorumlularının, göstergeyle ilgili her türlü kararda sürece dahil edilmesi, katkılarının çok daha etkili bir şekilde alınmasını sağlayacağı gibi, iş motivasyonunu da artıracaktır.

I.3.3. Hesaplama Yönteminin Belirlenmesi

Gösterge sonucu için hangi verilere ihtiyaç duyulacağı ve bu verilerden sonuca ulaşmak için hangi formül ya da formüllerin kullanılacağı bu aşamada belirlenmelidir. İlgili göstergeye yönelik, Bakanlıkça belirlenen bir hesaplama formülü bulunması halinde, bu formül esas alınmalıdır. Bu şekilde ölçümün standardizasyonu, ileriye yönelik eğilimin sağlıklı olarak ortaya konabilmesi ve gerektiğinde kurumlar arası kıyaslamalar yapılması durumunda doğru sonuçların elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Hesaplama yöntemi kısaca, verilerin sayısallaştırılması ve analizlerde kullanılabilmesi amacı ile kullanılan bir formüldür.

Hesaplama yönteminde yer alan ilgili dönem, her bir gösterge için belirlenen veri analiz periyodu ile aynı dönemi kapsamaktadır.

I.3.4. Alt Göstergelerin Belirlenmesi

Alt göstergeler; ana gösterge ile ilişkili analizlerin yorumlanmasını ve sorunların kök nedenlerine ulaşımını kolaylaştıran ek göstergelerdir.

Gösterge takibi sırasında, sonucu yorumlayabilmek ve gerektiğinde geriye dönüp kök neden analizi yapabilmek için ek bilgi ve veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle, veri toplamaya başlamadan önce, hangi ek bilgi ve verilere ihtiyaç duyulduğuna karar verilmelidir. Bu amaçla göstergenin özelliğine göre alt göstergeler oluşturulmalı ve bunlara gösterge kartında yer verilmelidir. Bakanlıkça belirlenen alt gösterge bulunması halinde, bu alt göstergeler esas alınmalıdır. Belirlenen alt göstergelere yönelik hesaplama yöntemleri ilgili gösterge kartında belirtilmiş ise bu formül kullanılmalı, belirtilmemiş ise alt gösterge hesaplama yöntemleri için kurumlar ana gösterge formüllerine uyumlu şekilde formül oluşturmalıdır. Kurumlar kendi ihtiyaçları doğrultusunda da alt gösterge oluşturarak veri toplama yöntemi ve hesaplama yöntemini belirleyebilir. Alt göstergeler

oluşturulurken, özellikle odaklanmak istenilen, ölçülebilir ve etkin müdahaleler ile iyileştirme yapılabilecek alanların ele alınmasına özen gösterilmelidir.

Örneğin; "Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı" göstergesi için hazırlanan gösterge kartında iyileştirme yapılacak alanlar göz önünde bulundurularak aşağıdaki gibi alt göstergeler belirlenmiştir:

- Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
- Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı

Bu alt göstergelerden yola çıkarak;

- Hangi meslek grubunun daha çok kesici/delici alet yaralanmasına maruz kaldığı tespit edilip iyileştirme faaliyetleri planlanabilir. Örneğin; ilgili meslek grubuna konu ile ilgili hizmet içi eğitimler tekrarlanabilir.
- Aynı çalışan birden fazla yaralanma olayı yaşamış ise, bu çalışana yönelik bire bir eğitim verilebilir.

Sonuçta, kurumlarımızda gösterge takibi ile ilgili tecrübe ve deneyim arttıkça bu tür çalışmalar çeşitlenebilir ve daha detaylı analizler yapılabilir. Hazırlanan gösterge kartlarında yer alan alt göstergelere, kurumun türü, hasta profili, öncelikleri ve ihtiyaçları doğrultusunda yeni alt göstergeler eklenebilir.

İzlenen alt göstergeler için ayrı ayrı hedef değer belirlenebilir. TÜR-GÖS'e veri girişi yapılması gereken alt göstergeler için hedef değer belirlenmesi zorunludur.

I.3.5. Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi

Bu aşamada, sonucun hesaplanması için gerekli verilerin hangi yolla elde edileceği yani **veri kaynağı** belirlenecektir.

Veri toplama yöntemi, verinin kalitesini direkt olarak etkileyen bir işlemdir. Bu yöntemin kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması için, tüm basamaklarının net olarak ortaya konmuş olması gereklidir. Personele ek iş yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntemin, uzun süreli uygulanabilirliği düşük olacaktır. Göstergenin türüne göre veri toplama yöntemi değişebilir. Örneğin; "Kesici/Delici Alet Yaralanma

Oranı" göstergesinde veriler bildirime dayalı olarak elde edilir. "Reddedilen Numune Oranı" göstergesinde ise veriler Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki kayıtlardan elde edilir.

Bildirime dayalı göstergelerde dikkat edilmesi gereken husus, çalışanlarda bildirim kültürünün geliştirilmesi ve hatalardan öğrenme sürecine ilişkin motivasyonun oluşturulmasıdır. Kayıtlara tabi göstergelerde ise, veri toplama aşamasında kayıtların sağlıklı bir şekilde tutulması önemlidir. İçeriği yeterli olmayan veya gerçeği yansıtmayan eksik kayıtlar yanıltıcı olacaktır. Bu nedenle veri toplama sistematiği sürekli gözden geçirilmelidir.

Veri toplama için kullanılacak formlar elektronik ortama entegre şekilde oluşturulmalıdır. Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmelidir. Veri toplama alt yapısının elektronik sistem, tercihen de hastanede kullanılan Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden kurgulanması performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından oldukça önemlidir. Bu şekilde personele asgari düzeyde ek iş yükü oluşturulacak, aynı zamanda da verinin analizi önemli ölçüde kolaylaşacaktır.

I.3.6. Analiz ve Veri Toplama Periyodunun Belirlenmesi

Göstergeye ait verilerin toplanması ve sonuçların analizi ile ilgili aralıkların belirlenmesi gereklidir. Bu şekilde analiz sonuçları arasında net bir karşılaştırma yapılmasına imkân tanınabilir. Her bir gösterge için veri toplama ve analiz periyotları farklılık arz edebilir. Burada üzerinde durulması gereken en önemli husus analizlerin belirlenen periyotlarda yapılmasıdır. Kurumlar, ihtiyaçları ve imkânları doğrultusunda daha sık aralıklarla veri toplama periyodu belirleyebilirler veya bilgi sistemleri vasıtası ile anlık veri takibi gerçekleştirebilirler.

I.3.7. İlgili Personelin Eğitilmesi

Bütün bu işlemler tamamlandıktan sonra, gösterge sorumluları ile veri toplamada görev alacak ilgili tüm personele eğitim verilmelidir. Bu eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Gösterge takibi ile kişilerin değil, sürecin ve sistemin değerlendirildiği mutlaka vurgulanmalıdır. Bu bilgilendirme ve

eğitimler gerekli görüldüğünde tekrarlanarak sistemin etkili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

I.3.8. Veri Toplama

Özellikle uygulamanın ilk dönemlerinde, ilgili sorumluların veri toplama aşamasını yakından izlemesi, yaşanan problemlerin zamanında tespit edilmesi ve tespit edilen problemlere yönelik düzenlemelerin zamanında yapılması önemlidir. Mesai içi ve mesai dışı zamanlarda toplanan veriler mutlaka değerlendirilmeli, aksaklık tespit edilmesi halinde ilgili çalışanlarla birlikte çözüm yolları aranmalıdır. Veri toplama aşaması, veri kalitesinin sağlanması için kritik aşamalardan biridir.

I.3.9. Verilerin Sonuçlara Dönüştürülmesi

Bazı göstergeler için veri aynı zamanda göstergenin sonucu olarak karşımıza çıkabilir. Örneğin "SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre" göstergesinde elde edilen veri aynı zamanda göstergenin sonucudur. Burada bir formüle gerek kalmadan sonuca ulaşılmaktadır. Bazı göstergelerde ise elde edilen veriler bir formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır. "Kaybolan Numune Oranı" bunun için örnek olarak verilebilir. Burada laboratuvar tarafından sonuçlanan numune sayısı ve laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı birer veri iken, formüle edilerek bu verilerden elde edilen oran gösterge sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

I.3.10. Sonuçların Analizi ve Yorumlanması

Elde edilen sonuçları analiz etmek, daha anlaşılır bir ifade ile çözümlemek ve sonrasında da yorumlamak için, sonucun dışında da bazı bilgilere ihtiyaç duyulabilir. "Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı" örneğinden yola çıkarsak, bu sayıyı analiz etmek ve yorumlamak için ek alt göstergelere ya da verilere ihtiyaç duyulabilir. Örneğin; eski dönemlere ait veriler, birim bazında şiddet olaylarının sayısı, ilgili birimlere dönem içinde başvuran hasta sayısı ya da ilgili birimlerin işleyişine ilişkin süreçlerde bir değişiklik olup olmadığına ilişkin bilgi gibi. Görüldüğü gibi belirlenen ana göstergenin sonucu yorumlanırken bazı alt göstergelere ve detaylı bilgi ya da veriye ihtiyaç duyulabilir.

Ölçme, değerlendirme ve iyileştirme sürecindeki en can alıcı noktanın veri kalitesi olduğu unutulmamalıdır. Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulmalı, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmelidir.

Örneğin, bildirim yolu ile ölçülen "Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı" gibi bir göstergede gerçekleşen olay sayısı ile bildirilen olay sayısı birbirinden farklı olabilir. Kurumda, bir yıl içinde gerçekleşen olay sayısı 25 iken, bildirilen olay sayısı 5 olabilmektedir. Bu durumda "Bildirim Düzeyi" kavramı ortaya çıkmaktadır. Bir hastanede olay bildirim kültürü ne kadar gelişmiş ise o hastanede bu tür göstergeler için gerçekçi sonuçlara ulaşmak da o kadar kolay olacaktır. Bu nedenle bildirime dayalı göstergelerde hedef değer belirlenirken ya da sonuçlar analiz edilirken o konu ile ilgili bildirim düzeyi ve bildirim kültürü de göz önünde bulundurulmalıdır.

Gösterge sonuçlarının analizinde göstergenin amacına ve belirlenen hedefe ulaşılıp ulaşılmadığı değerlendirilmelidir.

Gösterge kartında belirlenen veri giriş dönemlerinde elde edilen sonuçlar analiz edilmelidir. Ayrıca kurum, 6 aylık ve yıllık analizler ile sonuçlarını geriye dönük değerlendirmelidir. Örneğin, veri giriş periyodu 3 aylık olan bir gösterge için her 3 ayda bir TÜR-GÖS'e veri girişi yapılarak gösterge analizleri yapılmalıdır. Bununla birlikte, temmuz ayında, nisan-mayıs-haziran aylarına ait veri girişi yapılırken sonuç analizi geçmiş 6 ayı kapsayacak şekilde yapılmalıdır. Yıl sonunda da geçmiş bir yılı kapsayacak şekilde analiz yapılmalıdır.

I.3.11. Hedef Değerin Belirlenmesi

Hedef değer; kurum tarafından mevcut durum ve iyileştirme potansiyeli göz önünde bulundurularak belirlenen, ulaşılması amaçlanan tahmini gösterge sonucudur.

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarının en kritik aşamalarından biri hedeflerin belirlenmesidir. Çünkü ortaya konulan hedefler, kurumun kalite yolculuğunun rotasını belirleyecektir. Bu rotada alınacak kararlar veriye dayalı olmalıdır. Göstergenin ilk defa ölçüldüğü dönemde mevcut durum bilinmediği için hedef değer tespit etmek mümkün olmayabilir. İlk sonuçların elde edilmesi ve analizi, kurumun ya da ilgili birimin ölçülen gösterge ile ilgili mevcut durumu konusunda fikir verecektir. Mevcut durumun net olarak belirlenmesi amacı ile, veriler gözden geçirilmeli, kayıtlar incelenmeli, alt yapı (personel,

bilgi yönetim sistemi gibi) durumu değerlendirilmelidir. Elde edilen tüm veriler analiz edilerek gerçekçi bir hedef değer belirlenmelidir. Hedef değer, kurumun ya da hizmet verilen birimin özelliğine göre, kurumdan kuruma değişebilen bir parametredir. Kurum hedefleri belirlenirken, literatürde yer alan bilgiler, belirlenmiş ulusal ve uluslararası değerler de incelenebilir. Örneğin, "Kan Kültüründe Pozitif Sonuç Oranı" göstergesi için bilimsel literatüre göre hedef değer %5-15 olmalıdır. Elde edilen oranın daha düşük çıkması çok fazla kan kültürü alındığına işaret eder. Daha yüksek çıkması yetersiz oranda kan kültürü alındığını gösterir. Bu bilgiler ve tespit edilen mevcut durum verileri ışığında, kuruma özgü bir hedef değer belirlenmesi gerekmektedir. Hedef değer bazı göstergeler için "0" sıfır ya da %100 gibi tam ve nihai değerler de olabilir. Örneğin, "Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı" göstergesi için hedef değer %100 olarak belirlenebilir.

Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler veya bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değerin güncellenmesi gerekebilir. Ayrıca kurum belirlediği hedef değere ulaşmış ise bir sonraki dönem için daha üst bir hedef değer de belirleyebilir. Bu nedenle ilgili sorumluların hedef değeri revizyonlar açısından gözden geçirmesi ve değerlendirmesi gerekmektedir.

Kurumlar izledikleri alt göstergeler için ayrı ayrı hedef değer belirleyebilir. TÜR-GÖS'e veri girişi yapılması gereken alt göstergeler için hedef değer belirlenmesi zorunludur.

Nisan 2022 tarihi itibari ile göstergelerin kurum hedefleri TÜR-GÖS'de yer alan "Hedef Değer Veri Giriş" alanına girilmektedir. Kurumlar, takip ettikleri gösterge verilerinin analizi sonucunda değişiklik uygun gördükleri hedef değerlerini bir sonraki yılın şubat ayında TÜR-GÖS'te güncelleyebilmektedir. INFLINE sistemi üzerinden takip edilen göstergelerin hedef değerlerinin ayrıca TÜR-GÖS'e girilmesine gerek yoktur.

I.3.12. İyileştirme Çalışmalarının Gerekliliğinin Gözden Geçirilmesi

Elde edilen analiz sonuçları ile hedef değere ne kadar yakın olunduğu tespit edildikten sonra, bu sonucun elde edilmesine neden olan faktörler incelenir. Eğer analiz sonuçları hedef değerden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır. Olumsuz sonucun düzeltilmesi için hangi faaliyetlerin yapılabileceği konusu ele alınır.

I.3.13. Gerekli ise İyileştirme Çalışmalarına Başlanması

Analiz sonucunda gerçekleştirilmesine karar verilen iyileştirme çalışmalarının hayata geçirilmesi esastır. Ancak bu her zaman yeterli olmayabilir. Bu faaliyetlerin uygulanabilirliği ve gerçekte uygulamaya ne kadar yansıdığı izlenmeli, ek değişikliklere ya da uygulamada revizyonlara ihtiyaç duyulup duyulmadığı sürekli gözden geçirilmelidir.

I.3.14. Gösterge İzlem Sürecinin Gözden Geçirilmesi

Her analiz döneminde, buraya kadar ele alınan tüm basamaklar tekrar gözden geçirilmelidir. Gerekli ise her basamak için değişiklikler yapılabilir. Ancak bir gösterge ile ilgili etkin ve etkili bir sistem oluşturulduktan sonra, hep aynı yöntem, periyot ve formüllerin kullanılması önerilir. Çünkü sonuçların önceki dönem değerleri ile sağlıklı bir şekilde karşılaştırılabilmesi için metodolojinin de karşılaştırılabilir olması gerekmektedir.

Örneğin;

- **Veri toplama yöntemi** gözden geçirilirken; veri kalitesi değerlendirilir, verinin daha etkili, kolay ve sistematik bir şekilde toplanabilmesi için alternatif uygulamalar üzerinde düşünülebilir ya da gerekli ise veri toplayan personele yapılan eğitimler tekrarlanabilir.
- **Hedef değere** ulaşıldıktan sonra, daha üst seviyede bir hedef belirlenebilir ya da bu değer, ilgili gösterge için ulaşılabilecek en iyi sonuç ise, değiştirilmeden kullanılmaya devam edilebilir. Bu noktada önemli olan husus, art arda yapılan analizlerde hedef değer yakalanmış olsa bile ölçme ve değerlendirme çalışmalarına ara vermemektir.
- Elde edilen veriye göre **analiz periyodu** süresi uzatılabilir ya da kısaltılabilir.

I.3.15. Verilerin Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) Girilmesi

Bakanlığımızca belirlenen ve sağlık kuruluşlarında izlenmesi gereken, yapı, süreç ve sonuç odaklı ölçüm araçları olan göstergelere ilişkin veriler, sağlık kuruluşları tarafından Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi (SBKKS) bünyesinde oluşturulan Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilmektedir.

Veri girişinde göstergelere ait sonuçlar değil, hesaplamada kullanılan parametrelere ilişkin veriler kullanılmaktadır. Her dönemin veri girişi, dönem bitimini takip eden ay içinde yapılmaktadır. İlgili dönem, gösterge kartındaki veri giriş periyodunda belirlenen süreyi kapsar. Örneğin, veri giriş periyodu 3 ay olarak belirlenmiş bir gösterge için nisan ayında ocak-şubat-mart" aylarına ait verilerin girişi yapılacaktır.

Tablo 1. Veri Toplama ve Giriş Dönemleri*

Veri Girişi Yapılan Tarih Aralığı	Veri Giriş Periyodu (TÜR-GÖS Modülündeki Dönem)	Veri Toplama Dönemi
1-31 Ocak (sonraki yılın ilk ayı)	3 Aylık	Ekim-Kasım-Aralık
	6 Aylık	Temmuz-Ağustos-Eylül-Ekim-Kasım-Aralık
	Yıllık	Ocak-Şubat-Mart-Nisan-Mayıs-Haziran-Temmuz-Ağustos-Eylül-Ekim-Kasım-Aralık
	Diğer Dönem Verileri	Temmuz- Ağustos-Eylül
1-28 Şubat	Hedef Değer Veri Girişi	
1-30 Nisan	3 Aylık	Ocak-Şubat-Mart
	Diğer Dönem Verileri	Ekim-Kasım-Aralık
1-31 Temmuz	3 Aylık	Nisan-Mayıs-Haziran
	6 Aylık	Ocak-Şubat-Mart-Nisan-Mayıs-Haziran
	Diğer Dönem Verileri	Ocak-Şubat-Mart
1-31 Ekim	3 Aylık	Temmuz-Ağustos-Eylül
	Diğer Dönem Verileri	Nisan-Mayıs-Haziran

*Tabloda belirtilen dönemlerde Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığınca değişiklik yapılabilir. Veri giriş dönemlerine ait yapılan değişiklikler Daire Başkanlığının https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/ web adresinde duyurulur.

Kurum tarafından takip edilen göstergelerden Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemine veri girişi yapılan göstergeler için TÜR-GÖS'e veri girişi gerekmemekle birlikte, veri toplama, INFLINE'a veri girişi, analiz ve iyileştirme süreçleri SKS kapsamında değerlendirilecektir.

Kurumda aynı tür hizmetin verildiği birden fazla birim olması durumunda, her birim TÜR-GÖS veri giriş alanına ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Örneğin; birden fazla TRSM olması ya da birden fazla acil servis olması gibi.

I.4. Gösterge Kartlarının Oluşturulması

Gösterge kartlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Gösterge Kodu
- Tanım
- Amaç
- Hesaplama Yöntemi/Formülü
- Alt Göstergeler
- Hedef Değer
- Veri Kaynağı
- Sonuçların Kimlerle Paylaşılacağı
- Veri Giriş Periyodu
- Sorumlular (Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler)
- Açıklama (İhtiyaç duyulması durumunda doldurulmalıdır)

Gösterge kartları elektronik ortamda oluşturulmalı ve gösterge yönetim sürecinin tamamı dijital ortamda izlenmelidir. Ayrıca kâğıt ortamında bir kayıt oluşturulmasına gerek bulunmamaktadır.

Bu rehberde III., IV., V., VI., VII. ve VIII. bölümlerde yer alan gösterge kartlarındaki bilgilere ek olarak hedef değer, sonuçların kimlerle paylaşılacağı ve sorumlulara dair bilgiler kuruma özgü olarak belirlenmelidir. Kurum tarafından gerekli görülen her türlü bilgi gösterge kartına eklenebilir.

I.5. Sonuç

Özetle, gösterge takibi aracılığı ile gerçekleştirilen performans ölçümü ve kalite iyileştirme faaliyetlerine ilişkin kritik hususlar şunlardır:

- Veri kalitesi, bu sistemin en önemli parametrelerinden biridir. Elde edilen veriler güvenilir değil ise, yapılacak olan analiz ve değerlendirmeler yanlış kararların alınmasına bile yol açabilir. Veri kalitesinin sağlanmasına yönelik sistem kurulmalı, yeterli ve doğru kayıt için personelin uyumu artırılmalı, bu amaçla çalışanlara mutlaka eğitimler verilmelidir.
- Ölçme ve değerlendirme sürecinde bilgi yönetim sisteminden azami derecede faydalanılmalıdır. Elektronik bilgi sisteminin aktif olarak kullanılması veri toplamayı kolaylaştıracak ve gerçekçi bilgiler elde etmeyi sağlayacaktır.
- Sonuçların ve tüm sürecin ilgili sağlık çalışanları ile paylaşılması önem arz etmektedir. Gerektiğinde sonuçlar ilgili çalışanlarla birlikte analiz edilerek çözüm noktaları araştırılmalı ve çalışanların sürece dahil olması sağlanmalıdır. Bu tutum, hem hatalara ya da güvenliği tehdit eden olaylara ilişkin bildirim kültürünün oluşturulmasına hem de sorunlara yönelik uygulanabilir, akılcı çözümlerin ortaya konulabilmesi adına çok önemlidir.
- Gösterge sonuçları, yöneticilere ve çalışanlara bazı konularda ipucu verir, fikir verir veya kararlarını destekler. Veri kalitesi yeterli ise gerçeğe yakın bilgi verebilir. Ancak her zaman gerçek resmi göstermeyebileceği, sonucun başka bilgi ve verilerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.
- Kalite çalışmalarında gelişimin sağlanması kadar gelişimin sürdürülebilirliğinin sağlanması da önemlidir. Hedefe ulaşma noktasında yapılan çalışmalara ara vermenin o sürece yönelik çalışmaları sekteye uğratacağı unutulmamalıdır. Bu nedenle veri toplama, analiz ve iyileştirme çalışmalarının süreklilik arz etmesi gereklidir.

II. BÖLÜM
SKS - KALİTE GÖSTERGELERİ

Hastane Kalite Göstergeleri	
Gösterge Kodu	**Gösterge Adı**
Kalite Yönetimi	
HSTN.GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
Acil Durum ve Afet Yönetimi	
HSTN.GKG02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
HSTN.GKG03	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
HSTN.GKG04	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
HSTN.GKG05	Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı
HSTN.GKG06	Bu gösterge Mayıs 2024 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
Eğitim Yönetimi	
HSTN.GKG07	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
HSTN.GKG08	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
HSTN.GKG09	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
Hasta Deneyimi	
HSTN.GKG10	Hasta Deneyim Anketleri Analizi
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
HSTN.GKG11	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi
HSTN.GKG12	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı
HSTN.GKG13	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
HSTN.GKG14	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
HSTN.GKG15	Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı
HSTN.GKG16	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı
HSTN.GKG17	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı

Hasta Bakımı	
HSTN.GKG18	Hasta Düşme Oranı
HSTN.GKG19	Basınç Yarası Oranı
İlaç Yönetimi	
HSTN.GKG20	İlaç Hatası Oranı
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
HSTN.GKG21	El Hijyeni Uyum Oranı
HSTN.GKG22	El Antiseptiği Tüketim Oranı
HSTN.GKG23	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı
HSTN.GKG24	Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı
HSTN.GKG25	Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı
HSTN.GKG26	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı
HSTN.GKG27	Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı
HSTN.GKG28	Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı
Transfüzyon Hizmetleri	
HSTN.GKG29	İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı
Radyasyon Güvenliği	
HSTN.GKG30	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
HSTN.GKG31	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
Acil Servis	
HSTN.GKG32	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
HSTN.GKG33	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
HSTN.GKG34	Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi
HSTN.GKG35	Hasta Sevk Oranı

Ameliyathane Hizmetleri	
HSTN.GKG36	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
HSTN.GKG37	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı
HSTN.GKG38	Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı
Yoğun Bakım Ünitesi	
HSTN.GKG39	Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı
HSTN.GKG40	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
HSTN.GKG41	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
HSTN.GKG42	Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı
HSTN.GKG43	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İlk 6 Saat İçinde Kolostrum Verilen Bebek Oranı
HSTN.GKG44	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatırılan ve Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı
Doğum Hizmetleri	
HSTN.GKG45	Primer Sezaryen Oranı
HSTN.GKG46	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
HSTN.GKG47	Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı
HSTN.GKG48	Risk Düzeyine Göre Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı
HSTN.GKG49	Vajinal Doğumda Obstetrik Travma Oranı
HSTN.GKG50	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
HSTN.GKG51	Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı
HSTN.GKG52	Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı
HSTN.GKG53	Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı

Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	
HSTN.GKG54	Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı
HSTN.GKG55	Acil Psikiyatrik Durum Planı Oluşturulan Hasta Oranı
HSTN.GKG56	Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı
HSTN.GKG57	Remisyon Kararı Verilen Hasta Oranı
HSTN.GKG58	Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Oranı
HSTN.GKG59	İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı
HSTN.GKG60	İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı
HSTN.GKG61	Tedavi Programında Olup İstihdam Edilen Hasta Oranı
HSTN.GKG62	Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı
HSTN.GKG63	Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı
HSTN.GKG64	Vücut Kütle İndeksi Yüksek Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG65	Tedavi Programında Olup Madde Bağımlılığı Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG66	Damgalama ve Ayrımcılığı Önlemek Amacıyla Düzenlenen Eğitim Sayısı
Evde Sağlık Hizmetleri	
HSTN.GKG67	Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı
HSTN.GKG68	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması
HSTN.GKG69	Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı
HSTN.GKG70	Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı
Organ Nakli Göstergeleri	
HSTN.GKG71	Ortalama Soğuk İskemi Süresi
HSTN.GKG72	Nakil Sonrası Ortalama Yatış Süresi

Kemoterapi Hizmetleri	
HSTN.GKG73	Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı
HSTN.GKG74	Ekstravazasyon Sonucu Ülser Gelişen Hasta Oranı
HSTN.GKG75	Kemoterapi Tedavi Sürecinde Kemoterapinin Komplikasyonları Nedeniyle Ölen Hasta Oranı
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	
HSTN.GKG76	FTR Hizmetlerinde Hasta Düşme Oranı
HSTN.GKG77	Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Yeniden Yatış Oranı
Biyokimya Laboratuvarı	
HSTN.GKG78	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
HSTN.GKG79	Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı
HSTN.GKG80	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
HSTN.GKG81	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı
HSTN.GKG82	Biyokimya Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	
HSTN.GKG83	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
HSTN.GKG84	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı
HSTN.GKG85	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
HSTN.GKG86	Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
HSTN.GKG87	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı
HSTN.GKG88	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı
HSTN.GKG89	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
HSTN.GKG90	Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı

HSTN.GKG91	Kan Kültürlerinde Pozitif Sonuç Oranı
HSTN.GKG92	İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı
HSTN.GKG93	Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı
HSTN.GKG94	Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı
HSTN.GKG95	Kan Kültüründe Yalancı Pozitiflik Oranı
HSTN.GKG96	Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre
Patoloji Laboratuvarı	
HSTN.GKG97	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı
HSTN.GKG98	Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı
HSTN.GKG99	Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı
Diyaliz Hizmetleri	
HSTN.GKG100	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG101	Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Değeri 1,7'den Düşük Hasta Oranı
HSTN.GKG102	Serum Ferritin Düzeyi 200-500ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG103	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG104	Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG105	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,4-10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG106	Düzeltilmiş Ca×P Düzeyi 55'in Altında Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG107	Ortalama Hemodiyaliz Süresi
HSTN.GKG108	Eritropoetin Kullanım Oranı
HSTN.GKG109	Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG110	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
HSTN.GKG111	Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı

HSTN.GKG112	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı
HSTN.GKG113	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
HSTN.GKG114	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
HSTN.GKG115	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
HSTN.GKG116	Diyaliz Ünitesi Mortalite Oranı
HSTN.GKG117	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı
HSTN.GKG118	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı
Bilgi Yönetim Sistemi	
HSTN.GKG119	Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
HSTN.GKG120	SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
HSTN.GKG121	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı
HSTN.GKG122	Sağlık Kuruluna Dönen Toplam Rapor Oranı
HSTN.GKG123	Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Sistemine Kaydedilen Taburcu Hasta Dosyası Oranı

SKS ADSH/ADSM Kalite Göstergeleri	
ADSH.GKG01	Düzeltici/İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı
ADSH.GKG02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
ADSH.GKG03	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
ADSH.GKG04	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ADSH.GKG05	Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı
ADSH.GKG06	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
ADSH.GKG07	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
ADSH.GKG08	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
ADSH.GKG09	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı
ADSH.GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
ADSH.GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
ADSH.GKG12	Kurum İçinde Bölüm Değiştiren Personel Oranı
ADSH.GKG13	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
ADSH.GKG14	Ayaktan Hasta Düşme Oranı
ADSH.GKG15	İlaç Hatası Oranı
ADSH.GKG16	El Hijyeni Uyum Oranı
ADSH.GKG17	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ADSH.GKG18	Hasta Deneyim Anketi Analizi
ADSH.GKG19	Çalışan Geri Bildirim Anketi Analizi
ADSH.GKG20	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı
ADSH.GKG21	Kaybolan Ölçü Oranı
ADSH.GKG22	Kaybolan Protez Oranı

ADSH.GKG23	Kaybolan Alçı Model Oranı
ADSH.GKG24	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı
ADSH.GKG25	Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre
ADSH.GKG26	Protez Tesliminden Sonra 1 Ay İçerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı
ADSH.GKG27	İlk Muayene Tarihi ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre
ADSH.GKG28	Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı
ADSH.GKG29	SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
ADSH.GKG30	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı
ADSH.GKG31	Fissur Sealant Uygulama Oranı
ADSH.GKG32	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
ADSH.GKG33	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
ADSH.GKG34	Tekrar Alınan Ölçü Oranı
ADSH.GKG35	Tekrarlanan Sabit Protez Oranı
ADSH.GKG36	Protez Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Tekrar Başvuru Oranı
ADSH.GKG37	Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG38	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG39	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG40	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG41	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG42	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı
ADSH.GKG43	Yatan Hasta Düşme Oranı
ADSH.GKG44	Ölçü Alımından Hareketli Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre
ADSH.GKG45	Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı

SKS Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri	
ACİL.GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
ACİL.GKG02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
ACİL.GKG03	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
ACİL.GKG04	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
ACİL.GKG05	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
ACİL.GKG06	Oksijen Sistemleri Güvenli Kullanımı Eğitimini Tamamlayan Personel Oranı
ACİL.GKG07	Hasta Deneyim Anketleri Analizi
ACİL.GKG08	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi
ACİL.GKG09	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı
ACİL.GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
ACİL.GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
ACİL.GKG12	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
ACİL.GKG13	Hasta Düşme Oranı
ACİL.GKG14	Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi
ACİL.GKG15	Ortalama Vakanın Ekibe Verilme Süresi
ACİL.GKG16	Ortalama Vakaya Çıkış Süresi
ACİL.GKG17	Hedeflenen Sürede Kentsel Vakaya Ulaşma Oranı
ACİL.GKG18	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ACİL.GKG19	Ekip Tarafından Kapatılan Vaka Oranı
ACİL.GKG20	Hedeflenen Sürede Kırsal Vakaya Ulaşma Oranı

SKS Diyaliz Merkezleri Kalite Göstergeleri	
DYLZ.GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
DYLZ.GKG02	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
DYLZ.GKG03	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
DYLZ.GKG04	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
DYLZ.GKG05	Hasta Deneyim Anketleri Analizi
DYLZ.GKG06	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi
DYLZ.GKG07	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
DYLZ.GKG08	Kesici ve Delici Alet Yaralanma Oranı
DYLZ.GKG09	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
DYLZ.GKG10	Hasta Düşme Oranı
DYLZ.GKG11	İlaç Hatası Oranı
DYLZ.GKG12	El Hijyeni Uyum Oranı
DYLZ.GKG13	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG14	Serum Ferritin Düzeyi 200-500ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG15	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG16	Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG17	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5-10,5mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG18	Düzeltilmiş Ca×P Düzeyi 55'in Altında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG19	Ortalama Hemodiyaliz Süresi
DYLZ.GKG20	Eritropoetin Kullanım Oranı
DYLZ.GKG21	Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG22	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı

DYLZ.GKG23	Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
DYLZ.GKG24	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG25	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
DYLZ.GKG26	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
DYLZ.GKG27	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
DYLZ.GKG28	Diyaliz Merkezi Mortalite Oranı
DYLZ.GKG29	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı
DYLZ.GKG30	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı

Evde Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri (İl Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Tarafından İzlenecek Göstergeler)	
EVSH.GKG01	Hasta Deneyim Anketleri Analizi
EVSH.GKG02	Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı
EVSH.GKG03	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması
EVSH.GKG04	Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı
EVSH.GKG05	Birime Yeniden Başvuru Oranı

Tıp Merkezleri Kalite Göstergeleri	
TIPM.GKG01	Düzeltici/İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı
TIPM.GKG02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
TIPM.GKG03	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
TIPM.GKG04	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
TIPM.GKG05	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
TIPM.GKG06	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
TIPM.GKG07	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
TIPM.GKG08	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı
TIPM.GKG09	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
TIPM.GKG10	Ayaktan Hasta Düşme Oranı
TIPM.GKG11	El Hijyeni Uyum Oranı
TIPM.GKG12	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
TIPM.GKG13	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı
TIPM.GKG14	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
TIPM.GKG15	Ortalama Hasta Kalış Süresi
TIPM.GKG16	Aşılama ve IVF Uygulaması Sonrası Başarılı Gebelik Oranı
TIPM.GKG17	Dondurulmuş Hücre Çözülmesinden Sonraki Başarılı Embriyo Oluşma Oranı
TIPM.GKG18	Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
TIPM.GKG19	Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı
TIPM.GKG20	Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
TIPM.GKG21	SBYS' nin Devre Dışı Kaldığı Süre
TIPM.GKG22	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı

III. BÖLÜM
SKS HASTANE GÖSTERGE KARTLARI

Kalite Yönetimi

Gösterge Adı	**Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG01**
Tanım	İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder. **Düzeltici-Önleyici Faaliyet:** Sağlıkta kalite standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
Amaç	Kurumda DÖF'lerle tespit edilen uygunsuzlukların belirlenen zamanda kapatılarak, gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının analizinin yapılmasının ve çalışanlar arasında DÖF kültürünün geliştirilmesinin sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki DÖF'lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Önleyici faaliyet oranı • Termin süresi ikiden fazla uzatılan DÖF oranı • Birim bazında DÖF gecikme oranı
Açıklama	• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dahil edilmez. • Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplamaya dahil edilir. • **Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı:** İlgili dönemde açılan toplam DÖF sayısıdır.

Acil Durum ve Afet Yönetimi

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG02**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen mavi kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan mavi kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Mavi Kod:** Hastanede karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.
Amaç	Mavi kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan mavi kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Gerçekleşen tüm mavi kod olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG03**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Beyaz Kod:** Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Amaç	Beyaz kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki beyaz kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen beyaz kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan beyaz kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Gerçekleşen tüm beyaz kod olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG04**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen pembe kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan pembe kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Pembe Kod:** Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Amaç	Pembe kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki pembe kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam pembe kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan pembe kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Yenidoğan ve/veya çocuk hasta yatışı yapılan tüm kurumlarda değerlendirilecektir. • Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Gerçekleşen tüm pembe kod olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG05**
Tanım	İlgili dönemde mavi kod çağrısı yapıldığı andan itibaren, mavi kod ekibinin olay yerine 3 dakika içinde ulaşma oranını ifade eder.
Amaç	Mavi kodda ilgili ekibin tüm üyelerinin olay yerine 3 dakika içerisinde ulaşması ve bu kapsamda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod çağrılarından ekip tarafından 3 dakika içinde olay yerine ulaşılan çağrı sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod çağrı sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Ekip üyesi bazında 3 dakika içinde mavi kod olay yerine ulaşma oranı • Mesai dışında 3 dakika içinde mavi kod olay yerine ulaşma oranı
Açıklama	3 dakikayı aşan mavi kod ulaşma süreleri olay bazında "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Eğitim Yönetimi

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG07**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda verilen eğitimlere planlanan tüm personelin katılımının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı • İdari personelin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer personelin (teknik ve destek) planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG08**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Amaç	Kuruma yeni başlayan ve bölüm değiştiren personelin uyum eğitimini tamamlaması, uyum eğitimi almadan hiçbir personelin yeni görevine başlamaması için gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden uyum eğitimi alan personel sayısı / Uyum eğitimi alması gereken personel sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personel için gerçekleştirilen uyum eğitimi oranı
Açıklama	**Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG09**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda planlanan eğitimlerin zamanında gerçekleşmesi ve yapılan analizlerle iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki eğitimlerden gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı
Açıklama	• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır. • SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.

Hasta Deneyimi

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG10**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri" esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Amaç	Kurumun sunduğu sağlık hizmetlerinin, hasta ve gerekli durumlarda hasta yakını tarafından değerlendirilmesi ve alınan geri bildirimlerin analizi sonucunda gerekli iyileştirici faaliyetlerin başlatılarak hizmet kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Aylık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Klinik bazında hasta deneyim anketi analizi • Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyim anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Gösterge Adı	**Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG11**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi" esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Amaç	Çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyinin belirlenmesi ve alınan geri bildirimlerin analizi sonucunda belirlenecek iyileştirici faaliyetlerin başlatılarak hizmet kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Çalışan geri bildirim anketi
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı • Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirimi anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG12**
Tanım	İlgili dönemde sağlık kuruluşuna başvuran hasta veya hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet olaylarının oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda görevli personele, hasta ve hasta yakınları tarafından şiddet uygulanmasının önlenmesine yönelik olarak gerekli tedbirlerin alınması, yapılacak analizlerle çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olay sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında yaşanan şiddet olay oranı • Klinik/birim/ünite bazında yaşanan şiddet olay oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısına yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuruları (acil servise enjeksiyon ve pansuman için gelen, aynı polikliniğe on (10) gün içerisinde kontrol muayenesine gelen hastaları da kapsayacak şekilde) hesaplamaya dahil edilir. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dahil edilir. • Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personele (idari görevde çalışan personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler de dahil) yönelik şiddet olay sayısı hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; idari görevde çalışan personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler de dâhil edilir, geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.**

	• "Meslek bazında yaşanan şiddet olay oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplanmaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir. İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden şiddete maruz kalan personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100 • "Klinik/birim/ünite bazında yaşanan şiddet olay oranı" alt göstergesinin hesaplamasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. İlgili dönemde; İlgili klinikte yaşanan şiddet olay sayısı/Hasta yükü katsayısı • Hasta yükü katsayısı hesaplaması ise "İlgili dönemde kliniğe başvuran hasta sayısı / İlgili klinikte ilgili dönemde aktif çalışan personel sayısı" şeklindedir.

Gösterge Adı	**Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG13**
Tanım	İlgili dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerine yönelik yapılacak analizlerle, çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı • Klinik/birim/ünite bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısına yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuruları (acil servise enjeksiyon ve pansuman için gelen, aynı polikliniğe on (10) gün içerisinde kontrol muayenesine gelen hastaları da kapsayacak şekilde) hesaplamaya dahil edilir. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dahil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dahil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.**

	• "Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplanmaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir. İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kan ve vücut sıvısına maruz kalan personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100 • "Klinik/birim/ünite bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı" alt göstergesinin hesaplamasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. İlgili dönemde; İlgili klinikte kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Hasta yükü katsayısı Hasta yükü katsayısı hesaplaması ise "İlgili dönemde kliniğe başvuran hasta sayısı / İlgili klinikte ilgili dönemde aktif çalışan personel sayısı" şeklindedir.

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG14**
Tanım	İlgili dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptayarak, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kesici-delici alet yaralanma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı • Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı:** İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısına yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuruları (acil servise enjeksiyon ve pansuman için gelen, aynı polikliniğe on (10) gün içerisinde kontrol muayenesine gelen hastaları da kapsayacak şekilde) hesaplamaya dahil edilir. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dahil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dahil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.**

	• "Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplanmaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir. İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kesici delici aletle yaralanma gerçekleşen personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100 • "Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı" alt göstergesinin hesaplamasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. İlgili dönemde; İlgili klinikte kesici/delici aletle yaralanma sayısı/Hasta yükü katsayısı Hasta yükü katsayısı hesaplaması ise "İlgili dönemde kliniğe başvuran hasta sayısı / İlgili klinikte ilgili dönemde aktif çalışan personel sayısı" şeklindedir.

Gösterge Adı	**Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG15**
Tanım	Kurum içinde personelin bölüm değiştirme oranının değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Kurum içerisindeki yetkin personelin, verimli ve etkin bir şekilde çalışmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Bölüm değiştiren personel sayısı / Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında bölüm değiştiren personel oranı

Açıklama	• İdari görevde çalışan personel ve hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel de dahil olmak üzere tüm kurum çalışanları hesaplamaya katılır. Asistan rotasyonları ve bölüm içi rotasyonlar kapsam dışı tutulur.
	• İlgili dönem içerisinde birden fazla bölüm değiştiren personel tekil olarak hesaplamaya alınır.
	• **Payda** 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
	  ○ Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen (temizlik personeli hariç) personel
	  ○ Diğer

Gösterge Adı	**Kurumdan Ayrılan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG16**
Tanım	Kurumda çalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Yetkin personelin kurumdan ayrılma nedenleri analiz edilerek, ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kurumdan ayrılan personel sayısı / Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı • Ayrılma nedenine göre 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.
	• **Payda** 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
	  ○ Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen (temizlik personeli hariç) personel
	  ○ Diğer

Gösterge Adı	**Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG17**
Tanım	İlgili dönemde, kurumda görevli, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, tetkik vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
Amaç	Çalışan sağlığının korunması ve güvenli çalışma ortamının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinden işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan ve sağlık gözetimi programına dâhil edilen tüm çalışanları kapsar. • Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri hastane sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplamaya dâhil edilir.

Hasta Bakımı

Gösterge Adı	**Hasta Düşme Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG18**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Sağlık hizmeti sunumu sırasında düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı + Önceki dönemden devreden hasta sayısı + Ayaktan toplam başvuru sayısı) x 1000
Veri Giriş 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. • Hesaplamada düşme olay bildirimleri esas alınır. • Ayaktan hastalara düşme riski değerlendirme formu düzenlenmesine gerek yoktur. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki şekilde yapılacaktır: İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x1000

	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı/Ayaktan toplam başvuru sayısı) x1000 • 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. Örnek hesaplama yöntemi: İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam 0 – 3 yaş arası hasta düşme sayısı/Yatışı yapılan toplam 0 – 18 yaş hasta sayısı) x1000 İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam 0 – 3 yaş arasındaki hasta düşme sayısı/Ayaktan başvuran toplam 0 – 18 yaş arasındaki hasta sayısı) x1000

Gösterge Adı	**Basınç Yarası Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG19**
Tanım	İlgili dönemde kliniklerde yatan ve basınç yarası gelişen **(yeni gelişen veya evresi artan)** hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen basınç yarası nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki aydan devreden hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı • Klinik bazında basınç yarası gerçekleşme oranı • Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı • Yeni gelişen basınç yarası oranı
Açıklama	• Hastanın kliniğe ilk yatışında basınç yarası varsa hariç tutulacaktır. Ancak yattığı süre içerisinde basınç yarası evresinin artması halinde hesaplamaya dahil edilecektir. • 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. • Evre II ve üzerindeki basınç yaraları **(yeni gelişen veya evresi artan)** paya dahil edilmelidir.

İlaç Yönetimi

Gösterge Adı	İlaç Hatası Oranı
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG20**
Tanım	Belirlenen dönem içerisinde, "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının toplam yatış gün sayısına oranını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen ve bildirimi yapılan ilaç uygulama hatalarının analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması ve olası hataların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden yapılan ilaç hatası bildirim sayısı / Toplam yatış gün sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Gerçekleşme zamanına göre ilaç hatası oranı • Ramak kala ilaç hatası oranı • Gerçekleşen ilaç hatası oranı
Açıklama	• **Yatış gün 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 ramak kala ve gerçekleşmiş ilaç hataları da paya dahil edilmelidir.

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü

Gösterge Adı	**El Hijyeni Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG21**
Tanım	İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder. **Endikasyon:** El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet. **Eylem:** Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet. **Fırsat (=uygun durum):** Sağlık bakım aktiviteleri sırasında mikroorganizmaların eller yoluyla geçişini engellemek için el hijyeninin gerekli olduğu anlardır.
Amaç	Çalışanlarda, beş endikasyon kuralına uygun olarak el hijyeni kültürünün oluşturulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı / Gözlemlenen toplam fırsat sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında (hekim, hemşire ve diğer) el hijyeni uyum oranı • Klinik/birim/ünite bazında el hijyeni uyum oranı
Açıklama	• **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**El Antiseptiği Tüketim Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG22**
Tanım	İlgili dönemde el hijyeni sağlanması amacıyla tüketilen alkol bazlı el antiseptiği kullanım oranını ifade eder.
Amaç	Çalışanlarda, el hijyeni uyumunun arttırılması için sağlık hizmeti sunulan alanda el hijyeni malzemesinin eksiksiz olarak bulunmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (El hijyeni sağlanması amacıyla tüketilen litre biriminden alkol bazlı el antiseptiği miktarı / Toplam hasta yatış gün sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik veya ünite bazında alkol bazlı el antiseptiği tüketim oranı
Açıklama	• **Yatış gün 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. • "Klinik veya ünite bazında alkol bazlı el antiseptiği tüketim oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi İlgili dönemde; (El hijyeni sağlanması amacıyla ilgili klinik veya ünitede tüketilen litre biriminden alkol bazlı el antiseptiği miktarı / İlgili klinik veya ünitede toplam hasta yatış gün sayısı) x 1000

Gösterge Adı	**Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG23**
Tanım	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan kurallar doğrultusunda tanımlanan "Enfeksiyon Kontrol Demetlerine" uyum oranını ifade eder. **Enfeksiyon Kontrol Demetleri:** Yararı kanıtlanmış enfeksiyon önlemlerinin tek tek uygulanması yerine klinik duruma göre birlikte demet halinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmış kontrol listeleridir.
Amaç	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uygun şekilde gerçekleştirilen eylem sayısı / İncelenen toplam eylem sayısı) x 100
Veri Giriş 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. • Yoğun bakım ünitesi bazında TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır. • TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kontrol demetlerine göre yapılacaktır: o Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) o Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE) o Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE) Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Ulusal Önlem Paketi Uygulamaları'na göre ölçütler ve hesaplamalar değişebilir. • **"INFLINE Demet İzlem Modülü"ne girilmesi durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.**

Gösterge Adı	**Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG24**
Tanım	Santral kateter kullanım gün sayısına göre santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu gelişme hızını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen santral kateter ilişkili enfeksiyon nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı almasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu sayısı / Santral kateter kullanım gün sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. • Ulusal 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. • Veri girişleri 3'er aylık dönemler (Ocak-Mart, Nisan-Haziran, Temmuz-Eylül, Ekim-Aralık) halinde yapıldığı için ve veri girişi her dönem sonunda 1 ay daha devam ettiği için, 3'er aylık değerlendirmeler en az bir ay sonrasında yapılacaktır. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG25**
Tanım	Üriner kateter kullanım gün sayısına göre üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gelişme hızını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu nedenlerinin analiz edilerek, hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyon sayısı / Üriner kateter kullanım gün sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. • Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili sürveyans zorunluluğu yoktur. • Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır. • Veri girişleri 3'er aylık dönemler (Ocak-Mart, Nisan-Haziran, Temmuz-Eylül, Ekim-Aralık) halinde yapıldığı için ve veri girişi her dönem sonunda 1 ay daha devam ettiği için, 3'er aylık değerlendirmeler en az bir ay sonrasında yapılacaktır. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG26**
Tanım	Ventilatör kullanım gün sayısına göre, ventilatör ilişkili pnömoni ve ventilatör ilişkili gerçekleşen olay hızını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen ventilatör ilişkili pnömoni olaylarının analiz edilerek hastanın en iyi bakımı almasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Ventilatör ilişkili pnömoni sayısı / Ventilatör kullanım gün sayısı) x 1000 veya (Ventilatör ilişkili olay sayısı / Ventilatör kullanım gün sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• 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. • **Ventilatör İlişkili Olay (VİO):** Değişen CDC tanı kriterlerine geçişle ilgili olarak ulusal geçiş henüz yapılmadığı için VİO takibi kurumların kendi inisiyatifindedir. • Ayrıca 18 yaş altı hastalarda VİO tanısı konulamaz. • Veri girişleri 3'er aylık dönemler (Ocak-Mart, Nisan-Haziran, Temmuz-Eylül, Ekim-Aralık) halinde yapıldığı için ve veri girişi her dönem sonunda 1 ay daha devam ettiği için, 3'er aylık değerlendirmeler en az bir ay sonrasında yapılacaktır. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG27**
Tanım	İlgili dönemde, seçilen prosedürlerde, cerrahi işlem sonrasında cerrahi alan enfeksiyonu gelişme oranını ifade eder.
Amaç	Cerrahi işlemler sonrasında hastalarda görülen cerrahi alan enfeksiyonlarının (CAE) erken dönemde tespit edilerek, gerekli önlemlerin alınmasına yönelik kuralların oluşturulması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürle ilişkili cerrahi alan enfeksiyonu sayısı / Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Yapılan ameliyat bazında cerrahi alan enfeksiyonu oranı
Açıklama	• Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. • Takip edilecek ameliyat kategorileri kurumun Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre belirlenmelidir. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir. • Takip edilecek kategori sayısı Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Standartlarına göre aşağıdaki şekilde olmalıdır. • Yataklı tedavi kurumlarında ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı; **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, **h.** Takip edilecek ameliyatların **Ek-1**'de yer alan listeden seçilerek belirlenmesine, **i.** Ameliyat tipine özgü CAE sürveyansı kapsamında takip edilmeyen ameliyatlara bağlı gelişen enfeksiyonların veri giriş sistemine girişlerinin yapılmamasına dikkat edilmelidir. • Veri değerlendirmesi **Ek-2**'de yer alan sürveyans sürelerine göre yapılmalıdır. Sürveyans süresine veri girişi için 1 ay ek süre eklenmelidir.

Gösterge Adı	**Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG28**
Tanım	İlgili dönemde, seçilen cerrahi prosedürlerde profilaksilerin uygunluk oranını ifade eder.
Amaç	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksi uygulamalarının, kurum tarafından belirlenmiş standart kurallara uygun şekilde yapılması ve antibiyotiklerin akılcı kullanımının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürlerde, uygun şekilde gerçekleştirilen profilaksi sayısı / Seçilen cerrahi prosedürlerde uygulanan toplam cerrahi profilaksi sayısı) X 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Hekim bazında cerrahi antibiyotik profilaksisi uygunluk oranı
Açıklama	• Ulusal sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. • Seçilen cerrahi prosedürler **Ek-1**'de yer almaktadır. • Profilaksi uygunluğu; antibiyotik adı, veriliş zamanı ve kullanım süresi açısından değerlendirilerek, kurumun kendi profilaksi rehberine göre verilir. • Veri değerlendirmesi **Ek-2**'de yer alan sürveyans sürelerine göre yapılmalıdır. Sürveyans süresine veri girişi için 1 ay ek süre eklenmelidir. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Transfüzyon Hizmetleri

Gösterge Adı	**İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG29**
Tanım	İlgili dönemde imha edilen kan veya kan bileşeni sayısının, kuruluşun stoğuna giren kan veya kan bileşeni sayısına oranını ifade eder.
Amaç	Kurum stoklarında bulunan kan ve kan bileşenlerinin istemsiz imhalarının önüne geçilmesi, verimli ve etkin şekilde kullanılmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Hastane kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kan veya kan bileşenlerinden imha edilen toplam kan veya kan bileşeni sayısı / Önceki dönemden devreden ve ilgili dönemde yeni giriş yapılan kan veya kan bileşeni sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Türüne göre kan bileşeni imha oranı • Kliniğe göre kan bileşeni imha oranı
Açıklama	

Radyasyon Güvenliği

Gösterge Adı	**Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG30**
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	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı / Toplam çekilen tomografi sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Çekim bölgesi bazında kontrastlı madde ile çekilen tomografi oranı • Klinik/birim/ünite bazında kontrastlı madde ile çekilen tomografi oranı
Açıklama	

Acil Servis

Kurumda birden fazla acil servis varsa, acil servislerin her biri TÜR-GÖS'e ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Gösterge takipleri her acil servis için ayrı yapılarak analiz edilmelidir.

Gösterge Adı	**Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG32**
Tanım	Acil servise 24 saat içinde aynı şikâyetle tekrar başvuran hasta oranının izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servis hizmet kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hasta sayısı / Acil servise toplam başvuran hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Acil servise hekim bazında yeniden başvuru oranı • Acil servise yeniden başvuran hastalarda ilk başvuruda konsültasyon varlığı oranı • Acil servise tanı bazında yeniden başvuru oranı
Açıklama	Aynı hastanın takip ve tedavisinin devamı niteliğindeki başvuruları **paya dâhil edilmemelidir.**

Gösterge Adı	**Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG33**
Tanım	Acil serviste müşahede alanında yatırılan hastaların yatış sürelerinin izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servis müşahede alanlarının amacına uygun şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin arttırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Müşahede alanında yatan hastaların yatış süreleri toplamı / Müşahede alanına yatırılan toplam hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Müşahede alanında 480 dakika ve üzerinde kalan hasta oranı • Müşahede alanında yatan 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.

Gösterge Adı	**Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG34**
Tanım	Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren, acil servise ulaşma sürelerinin izlenmesi ve acil servis hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servis hizmetinin zamanında ve hasta güvenliğini riske atmayacak şekilde sunulmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Acil servise çağrılan konsültan hekimlerin ulaşma süreleri toplamı (dk)/ Acil servisten istenen toplam konsültasyon sayısı
Veri Giriş 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	• Konsültan hekimlerle telefonla yapılan görüşmeler hesaplamaya dahil edilmeyecektir. • Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.

Gösterge Adı	**Hasta Sevk Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG35**
Tanım	Acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hastaların izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servisin, seviyesine ve kapasitesine uygun şekilde hizmet sunmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı / Acil servise başvuran hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Nedene göre hasta sevk oranı • Mesai dışında hasta sevk oranı
Açıklama	Acil serviste tedavi altındayken sevk edilen hastalar hesaplamaya dahil edilecektir. Kurumun diğer kliniklerinden yapılan sevkler hesaplamaya dahil edilmeyecektir.

Ameliyathane Hizmetleri

Gösterge Adı	**Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG36**
Tanım	Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili 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	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı / Toplam cerrahi operasyon sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı • Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı
Açıklama	• Hastanın aynı anda yapılan farklı tanılı ameliyatlarının hepsi **paydaya** dahil edilir. • Hastanın postoperatif 30 gün içinde ameliyata bağlı nedenlerle geri dönüşleri tekil olarak **paya** 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 hematom, 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

- "Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı" alt göstergesine yönelik apandisit ameliyatı için örnek hesaplama yöntemi:
  İlgili dönemde;
  (Paydadaki ameliyatlardan planlanmamış geri dönüş sayısı / Toplam apandisit ameliyatı sayısı) x 100
- "Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı" alt göstergesine yönelik kanama nedeni için örnek hesaplama yöntemi:
  İlgili dönemde;
  (Paydadaki ameliyatlardan kanama nedeniyle planlanmamış geri dönüş sayısı / Toplam ameliyat sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG37**
Tanım	Gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin (GCKL) uygun şekilde kullanılma oranını ifade eder.
Amaç	Ameliyat güvenliğinin arttırılması, cerrahide tıbbi hataların engellenmesi, cerrahiye bağlı ölüm ve komplikasyonların azaltması ve bunlarla birlikte cerrahi ekipler arasında daha iyi bir iletişim ve takım çalışmasının teşvik edilmesidir.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlar içinde güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen operasyon sayısı / Randomize gözlem yapılan cerrahi operasyon sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Klinik bazında güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun kullanım oranı • Lokal anestezi ile gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda güvenli cerrahi kontrol listesi kullanım oranı
Açıklama	• Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. • **Listenin uygun şekilde kullanılma oranı:** Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Ayrıca randomize olarak, liste kullanımının uygulama anında yerinde gözlenmesi gerekmektedir. Gözlem sırasında listenin, "Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi" çerçevesinde zamanında ve doğru şekilde doldurulma durumu belirlenir. • "Lokal anestezi ile gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda güvenli cerrahi listesi kullanım oranı" alt göstergesinin hesaplanması için aşağıdaki formül kullanılacaktır: (Paydada yer alan operasyonlar içinde güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen cerrahi operasyon sayısı / Randomize gözlem yapılan lokal anestezi ile gerçekleştirilen cerrahi operasyon sayısı) x 100 • Gözlem yapılacak ameliyat sayısı, bir önceki yıla ait toplam ameliyat sayısına karşılık gelen **Ek-5**'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır.

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>HSTN.GKG38</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>Anesteziye bağlı olarak gelişen komplikasyonların izlenmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Anesteziye bağlı olarak gelişen komplikasyonların analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydadaki işlemlerde anesteziye bağlı gerçekleşen komplikasyon sayısı / Anestezi uygulanan toplam işlem sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3 aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Anestezi türüne göre cerrahi operasyonlarda görülen anestezi komplikasyon oranı
• Hasta yaşına göre gerçekleştirilen anestezi komplikasyon oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• Ek-4’de yer alan “Anestezi Komplikasyonları Listesi” dikkate alınarak veri toplanmalıdır.

Anestezi Komplikasyonu ICD-10 kodları;
<table>
<tr><td>T88</td><td>Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış</td></tr>
<tr><td>T88.2</td><td>Anesteziden dolayı şok</td></tr>
<tr><td>T88.3</td><td>Anesteziden dolayı malign hipertermi</td></tr>
<tr><td>T88.4</td><td>Başarısız veya güç entübasyon</td></tr>
<tr><td>T88.5</td><td>Anestezinin diğer komplikasyonları</td></tr>
<tr><td>T88.6</td><td>Doğru ilaç veya tabletin uygun şekilde verilmesinden sonra gelişen anaflaktik şok</td></tr>
<tr><td>T88.7</td><td>Uyuşturucu veya ilacın tanımlanmamış ters etkisi</td></tr>
<tr><td>T88.8</td><td>Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer tanımlanmış komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış</td></tr>
<tr><td>T88.9</td><td>Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonu, tanımlanmamış</td></tr>
</table>
• Anestezi Türleri:
○ Genel anestezi
○ Lokal anestezi
○ Sedasyon
○ Bölgesel anestezi (spinal anestezi, epidural anestezi, sinir blokları)</td></tr>
</table>

Yoğun Bakım Ünitesi

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>HSTN.GKG39</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>Yoğun bakım ünitesinde yatan ve basınç yarası gelişen (yeni gelişen veya evresi artan) hastaların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Gerçekleşen basınç yarası nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Hasta kayıtları</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalardan evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı / Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki dönemden devreden hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3 aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı
• Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı
• Yoğun bakımda evre I basınç yarası gelişen hasta oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• Yoğun bakım ünitesine yatış sırasında basınç yarası var olan hastalar hariç tutulacaktır
• Hastalar yoğun bakım ünitesine yatışından itibaren ilk 8 saat içerisinde değerlendirilmeli ve ölçüm aracı puanına göre önlem alınmalıdır.
• Kurumda birden fazla yoğun bakım ünitesi varsa her bir ünitede ayrı ayrı takip yapılmalıdır.
• Evre II ve üzerindeki basınç yaraları (yeni gelişen veya evresi artan) paya dahil edilmelidir.
• TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:
<table>
<tr><td>Erişkin birinci basamak YB</td><td>Çocuk ikinci basamak YB</td><td>Yenidoğan birinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin ikinci basamak YB</td><td>Çocuk üçüncü basamak YB</td><td>Yenidoğan ikinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin üçüncü basamak YB</td><td></td><td>Yenidoğan üçüncü basamak YB</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Yenidoğan dördüncü basamak YB</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>HSTN.GKG40</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>İlgili dönemde yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan aynı dönem içinde ölenlerin oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın oluşturulması, bakım kalitesinin arttırılması, mortalite ve morbiditenin azaltılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalardan ölen hasta sayısı / Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki dönemden devreden hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3 aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>

İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde hastalık şiddeti skorlama sistemleri kullanılarak, beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.
Yetişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakım bazında ayrı ayrı hesaplanmalıdır.
TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:
<table>
<tr><td>Erişkin birinci basamak YB</td><td>Çocuk ikinci basamak YB</td><td>Yenidoğan birinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin ikinci basamak YB</td><td>Çocuk üçüncü basamak YB</td><td>Yenidoğan ikinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin üçüncü basamak YB</td><td></td><td>Yenidoğan üçüncü basamak YB</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Yenidoğan dördüncü basamak YB</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>HSTN.GKG41</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>İlgili dönemde, yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen hastalarda, aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle 48 saat içinde aynı seviye veya daha üst seviyedeki yoğun bakımlara yeniden yatışı yapılan hastaların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Hasta bakım kalitesi ve tedavi etkinliğinin arttırılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalarda 48 saat içinde aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle yeniden yatışı yapılan hasta sayısı / Yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3 aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Yoğun bakım bazında yeniden yatış oranı
• Hekim bazında yoğun bakım ünitesine yeniden yatış oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• Pay, aynı seviye veya daha üst seviyedeki yoğun bakımlara yeniden yatışları kapsamalıdır.
• Payda, söz konusu yoğun bakımdan daha alt seviyede bir yoğun bakıma veya servise sevk edilen ya da taburcu edilen hastaları kapsamalıdır.
• Yoğun bakımdan taburcu edildikten sonra 48 saat içinde aynı kurumdaki aynı veya daha üst seviyede bir yoğun bakıma aynı tanı ile yatışı yapılan hasta, ilk taburcu edildiği yoğun bakımın pay ve paydasına dâhil edilmelidir.
• Kurumda aynı seviyede birden fazla yoğun bakım bulunması durumunda, her bir yoğun bakım kendi seviyesindeki yoğun bakımlarla birlikte değerlendirilir.
• Her yoğun bakım için ayrı hedef değer belirlenerek takip edilebilir.
• TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:
<table>
<tr><td>Erişkin birinci basamak YB</td><td>Çocuk ikinci basamak YB</td><td>Yenidoğan birinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin ikinci basamak YB</td><td>Çocuk üçüncü basamak YB</td><td>Yenidoğan ikinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin üçüncü basamak YB</td><td></td><td>Yenidoğan üçüncü basamak YB</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Yenidoğan dördüncü basamak YB</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Gösterge Adı	**Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG42**
Tanım	Yoğun bakım ünitesinde yatan ve beyin ölümü açısından değerlendirilen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların beyin ölümü açısından değerlendirilerek olası organ bağışlarının tespit edilmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan beyin ölümü tanısı gereken klinik ön koşullar açısından değerlendirilen hasta sayısı / Glasgow koma skalası 6 ve 6'nın altında olan toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Beyin Ölümü Tanısı:** Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve tüm beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşümü olmayan kaybıdır. Beyin ölümü tanısında gereken klinik ön koşullar aşağıda belirtilmiştir. ○ Komanın nedeninin belirlenmiş olması, ○ Beyin hasarının yaygın ve geri dönüşümsüz olduğunun belirlenmiş olması, ○ Santral vücut ısısı ≥32˚C olması, ○ Hipotansif şok tablosu olmaması, ○ Komadan geriye dönüşüm sağlanabilecek ilaç etkileri ve intoksikasyonların dışlanmış olması, ○ Beyin hasarından bağımsız şekilde klinik tabloyu açıklayabilecek metabolik, elektrolit ve asit-baz bozukluklarının olmaması. **Bkz. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği** *Bu gösterge 3. basamak yoğun bakım ünitelerinde takip edilmelidir.

Gösterge Adı	**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Doğumdan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG43**
Tanım	İlgili dönemde doğumdan itibaren yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan bebeklerden ilk 6 saat içinde kolostrum verilen bebek oranını ifade eder.
Amaç	Yenidoğan bebeklerde ilk saatlerden itibaren kolostrum almasını sağlayacak şekilde sağılarak bebeğin ağzına verilen birkaç damla kolostrum bile yaşamsal önem taşıyabilir. Kolostrumla ağız bakımı ve/veya minimal enteral beslenme desteği, en küçük ve hasta bebekler için bile çok önemlidir. Kolostrum, bebekler için gerekli olan vitamin, mineral ve antikor bakımından çok zengin bir içeriğe sahiptir. Bu göstergenin amacı, yenidoğan yoğun bakımda doğumdan sonraki ilk 6 saatte kolostrum verilen bebeklerin oranının artırılarak bebeklerin sağlığının ve olası enfeksiyonlardan korunmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları/veri toplama formu
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan bebeklerden ilk 6 saatte kolostrum verilen bebek sayısı / Doğumdan sonraki ilk 6 saatte yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan bebek sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Veri toplanırken, minimal enteral beslenme ve/veya kolostrumla yapılan birkaç damlalık ağız bakımı da hesaplamaya dâhil edilecektir. • Başka bir kurumdan sevkle gelen bebekler hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan, ancak doğum hizmeti verilmeyen kurumlar, ilgili göstergenin takibinden muaftır.

Gösterge Adı	**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG44**
Tanım	İlgili dönemde yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bebeklerden sadece anne sütü alarak taburcu olan bebek oranını ifade eder.
Amaç	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin tedavileri süresince anne sütü almasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan bebeklerden sadece anne sütü alarak taburcu edilen bebek sayısı / Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bebek sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Kurumda doğan ve doğum sonrası anne yanında kalan bebekler hesaplamaya dahil edilmelidir.

Doğum Hizmetleri

Gösterge Adı	**Primer Sezaryen Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG45**
Tanım	İlgili dönemde primer sezaryen operasyonu ile yapılan doğumların tüm doğumlara oranını ifade eder.
Amaç	İlk defa doğum yapacak kadınların normal doğuma yönlendirilmesi ve primer sezaryenlerin azaltılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki doğumlar içinde toplam primer sezaryen sayısı / Toplam canlı doğum sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Nedenine göre primer sezaryen oranı* • Hekim bazında primer sezaryen oranı • Sezaryen operasyonları içinde primer sezaryen oranı • Tüm sezaryen operasyonlarının toplam doğuma oranı • Dış merkez takipli hasta primer sezaryen oranı
Açıklama	• Primer sezaryen, annenin ilk sezaryen doğumunu ifade eder. • *Nedenine göre primer sezaryen oranı, **Ek-3**'de yer alan "Sezaryen Endikasyon Listesi"ne göre hesaplanmalıdır. **SUT Kodları:** 619930 Sezaryen 619929 Sezaryen (çoğul gebelik)

Gösterge Adı	**Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG46**
Tanım	İlgili dönemde ilk defa doğum yapan ve sezaryen açısından düşük riske sahip olan 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	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kadınlar içinde sezaryen yapılan kadın sayısı / Sezaryen açısından düşük riske sahip ilk kez doğum yapan toplam kadın sayısı) x 100
Veri Giriş 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 On'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 kadınlarda sezaryen oranı" alt göstergesi hesaplama yöntemi: İlgili dönemde; (Paydada yer alan kadınlar içinde nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve travayı spontan başlayan kadın sayısı / İlk doğumu sezaryen olan kadın sayısı) x 100

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>HSTN.GKG47</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>İlgili dönemde, sezaryen ile doğum yapan ve VTE yönünden riskli olan kadınlarda, doğum sonrası VTE profilaksisi uygulananların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Ama</td><td>Sezaryen ile doğum yapan kadınların VTE yönünden değerlendirilmesi ve olası en erken dönemde gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Hasta kayıtları</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalar içinde sezaryen sonrası VTE profilaksisi uygulanan hasta sayısı / VTE yönünden riskli olan ve sezaryen yapılan toplam hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3 aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>Hekim bazında sezaryen sonrası VTE profilaksisi uygulanma oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>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:
<table>
<tr><td>Maternal obezite (> 30kg/m^2)</td><td>Preterm doğum</td></tr>
<tr><td>Çoğul gebelik</td><td>Akrabada VTE öyküsü</td></tr>
<tr><td>IVF gebeliği</td><td>Maternal düşük riskli VTE</td></tr>
<tr><td>Preeklamsi</td><td>Anne yaşının > 35 olması</td></tr>
<tr><td>Ölü fetus</td><td>Sistemik enfeksiyon</td></tr>
<tr><td>Postpartum kanama</td><td>İmmobilizasyon</td></tr>
<tr><td>Variköz venler</td><td>Yüksek trombofili riski</td></tr>
<tr><td>Parite > 3</td><td>Ailede geçirilmiş VTE</td></tr>
<tr><td>Sigara içilmesi</td><td>Geçirilmiş VTE</td></tr>
<tr><td colspan="2">Medikal hastalık (kanser, kalp yetmezliği, aktif SLE, aktif inflamatuar barsak hastalığı ve aktif inflamatuar poliartropati gibi inflamatuar hastalıklar, nefrotik sendrom, nefropatili Tip 1 DM, orak hücre hastalığı, mevcut intravenöz ilaç bağımlılığı)</td></tr>
</table>
Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi</td></tr>
</table>

Gösterge Adı	**Risk Düzeyine Göre Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG48**
Tanım	İlgili dönemde, vajinal doğum yapan ve VTE yönünden riskli olan kadınlarda, doğum sonrası VTE profilaksisi uygulananların oranını ifade eder.
Amaç	Vajinal doğum yapan kadınların VTE yönünden değerlendirilerek, olası en erken dönemde gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde vajinal doğum sonrası VTE profilaksisi uygulanan hasta sayısı / VTE yönünden riskli olan ve vajinal doğum yapan toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Hekim bazında vajinal doğum sonrası VTE profilaksisi uygulanma oranı
Açıklama	**Venöz Tromboemboli (VTE) İçin Risk Faktörleri:** ○ Antenatal dönemde toplam puan ≥4 ise 1.trimesterden itibaren tromboprofilaksi önerilir. ○ Antenatal dönemde toplam puan ≥3 ise 28. gebelik haftasından itibaren tromboproflaksi önerilir. ○ Postnatal dönemde toplam puan ≥2 en az 10 gün süreyle tromboproflaksi önerilir. ○ Antenatal dönemde hastaneye yatış durumunda tromboproflaksi önerilir. ○ Puerperium dönemde hastanede uzun yatış (≥3 gün) veya tekrar hastaneye yatış durumunda tromboproflaksi önerilir. **Venöz Tromboemboli (VTE) için Risk Faktörleri Puanlaması için Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi**

Gösterge Adı	**Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG49**
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 alınmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı / Toplam vajinal doğum sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı • Enstrümansız vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı • Doğum zamanına (mesai içi ve dışı) göre vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı
Açıklama	**Obstetrik Travma ICD 10 kodları: O70 ve O71**

O70	Perineal yırtılma, doğum esnasında
O70.2	Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında
O70.3	Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında
O70.9	Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış
O71	Obstetrik travma, diğer
O71.0	Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce
O71.1	Uterus rüptürü, doğum esnasında
O71.2	Uterusun postpartum inversiyonu
O71.3	Serviksin obstetrik laserasyonu
O71.4	Obstetrik yüksek vajinal laserasyon
O71.5	Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer
O71.6	Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi
O71.7	Pelvis obstetrik hematomu
O71.8	Obstetrik travma, diğer tanımlanmış
O71.9	Obstetrik travma, tanımlanmamış

Enstrümanlı Doğum ICD-10 kodları ve SUT işlem kodları;

O81	Tek doğum forseps ve vakum ekstraktör ile
O81.0	Aşağı forseps doğum
O81.1	Orta kavite forseps doğum
O81.2	Orta kavite forseps, rotasyon ile
O81.3	Forseps doğum, diğer ve tanımlanmamış
O81.4	Vakum ekstraktör doğum
O81.5	Forseps ve vakum ekstraktör kombinasyonu ile doğum
O84.1	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)

TÜR-GÖS'e veri girişi enstrümanlı ve enstrümansız vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı olarak ayrı ayrı yapılacaktır.

- "Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi:
  İlgili dönemde;
  (Paydada yer alan doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı / Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı) x 100
- "Enstrümansız vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi:
  İlgili dönemde;
  (Paydada yer alan doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı / Toplam enstrümansız vajinal doğum sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG50**
Tanım	İlgili dönemde doğum yapan hastalarda, güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Annenin kuruma girişinden, anne ve bebeğin kurumu terk edişine kadar olan tüm süreçte en iyi ve en güvenli bakımı almalarının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan güvenli doğum süreci kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hasta sayısı / Toplam doğum yapan hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Hasta sirkülasyonunun yoğun olduğu kurumlarda randomize dosya incelemesi ile birlikte randomize olarak uygulama anında listenin kullanımının yerinde izlenmesi önerilmektedir. Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Randomize yapılan incelemelerde formül aşağıdaki şekilde kullanılmalıdır: İlgili dönemde; (Güvenli doğum süreci kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı doğum sayısı / Randomize olarak incelenen doğum dosyası sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG51**
Tanım	İlgili dönemde doğum sonrası ilk bir saat içinde ten tene temas uygulanan anne-bebek çifti oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda doğumdan sonra olası en erken dönemde ten tene temas yapılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki bebeklerden doğum sonrası ilk bir saat içinde ten tene temas uygulanan anne-bebek çifti sayısı / Hastanede canlı doğan bebek sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Doğum sonrası ten tene temas uygulanamayan anne-bebek çifti oranı • Doğum sonrası 1. saat ile 2. saat arasında ten tene temas uygulanan anne-bebek çifti oranı
Açıklama	• **Ten tene temas**: Ebeveyn ile bebek arasında etkileşimi sağlayan ve yalnız bezi bulunan bebeğin ebeveynin çıplak göğsü üzerine yüzüstü, dik pozisyonda yerleştirilmesi ile temasın sağlanmasıdır. "Kanguru bakımı" da denir. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde uygulandığında anne bebek bağlanmasını güçlendirmekte, hipoterminin önlenmesini sağlamakta ve anne sütünün salınımında artışa sebep olmaktadır. Ayrıca prematüre ve term bebeklere uygulandığında, bebek için daha iyi fiziksel ve gelişimsel sonuçlara ulaşılması sağlanır. • Yoğun bakıma alınan ve kurum dışına sevk edilen bebekler hesaplamaya dahil edilmeyecektir.

Gösterge Adı	**Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG52**
Tanım	İlgili dönemde hastaneden taburcu olan bebeklerden, yatışı süresince sadece anne sütü alan ve anne sütü alarak taburcu edilen bebek oranını ifade eder.
Amaç	Anne sütü ve emzirme eğitimlerinin etkinlik ve kazanımlarının değerlendirilmesi, sonucunda insan hayatının başlangıcı için önemli olan anne sütü alımının artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan bebeklerden yatışı süresince sadece anne sütü alan bebek sayısı / Taburcu edilen bebek sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	En fazla üç kez formül mama verilen bebek oranı
Açıklama	• Tıbbi gereklilikler nedeniyle anne yanında olmayan ve anne sütü alamayan bebekler paya ve paydaya dahil edilmeyecektir. • Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan bebekler kapsam dışı tutulacaktır. • Hastane dışında doğan ve başka hastaneden sevkle gelen bebekler pay ve paydaya dahil edilmeyecektir. • Kurumda doğan ve anne yanında olan bebekler hesaplamaya dahil edilecektir.

Gösterge Adı	**Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG53**
Tanım	Doğum sonrası dönemde (postpartum) ilk 7-42 gün içinde, annelerin depresyon riskinin değerlendirilme durumunu ölçmek ve izlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Doğum sonrası dönemde depresyon riski yüksek olan annelerin erken dönemde tespit edilerek gerekli tıbbi desteği alması için yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan annelerden depresyon riski yönünden değerlendirilenlerin sayısı / Doğum sonrası 7-42 gün içinde hastaneye başvuran postpartum anne sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Postpartum risk düzeyi 12 ve üzeri olan anneler içinde psikiyatri muayenesi yapılan annelerin oranı
Açıklama	• Annelerin doğum sonrası depresyon riskinin değerlendirilmesi amacıyla "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği" kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda Türkiye için ölçeğin sınır değeri 12 olarak hesaplanmıştır. 12 ve üzerinde değer alan annelere psikiyatri muayenesi yapılmalıdır. **Bkz.** Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi • **Toplam doğum sayısı:** Canlı ve ölü doğumların toplamını ifade eder. • İlgili dönemde doğum yapan anneler için, doğum tarihinden itibaren 7-42 gün içinde gerçekleştirilen depresyon riski değerlendirme işlemi aranır. Örneğin, ocak-şubat-mart dönemine ait hesaplamada, 20 Mart tarihinde doğum yapmış bir anne için risk değerlendirme işlemi 30 Nisan tarihine kadar aranır. • Dolayısı ile ilgili döneme ait veri analizi, dönemin tamamlanmasından itibaren 42 gün sonra yapılacaktır. • Yeni doğum yapan annelerin "Kadın Doğum Polikliniği" dışındaki birimlere başvuruları hesaplamaya dahil edilmeyecektir.

	• **TÜR-GÖS veri girişi aşağıdaki gibi yapılacaktır;** Ocak-Şubat-Mart dönemi veri girişi **Temmuz** Nisan-Mayıs-Haziran dönemi veri girişi **Ekim** Temmuz-Ağustos-Eylül dönemi veri girişi **Ocak** Ekim-Kasım-Aralık dönemi veri girişi **Nisan** • "Postpartum risk düzeyi 12 ve üzeri olan anneler içinde psikiyatri muayenesi yapılan annelerin oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (12 üzerinde puan alıp psikiyatri muayenesi yapılan anneler/12 üzerinde puan alan anneler) x100

Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Kurumda birden fazla Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) varsa, her TRSM TÜR-GÖS'e ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Gösterge takipleri her TRSM için ayrı yapılarak analiz edilmelidir.

Gösterge Adı	**Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG54**
Tanım	TRSM tarafından tedavi programına alındığı halde programa devam etmeyen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tarafından tedavi programına alındığı halde programa devam etmeyen hastaların devam etmeme nedenlerinin analiz edilerek gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan takibe gelmeyen hasta sayısı / Tedavi programına alınan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Tedavi programına düzenli olarak gelmeyen hasta oranı (3 ve üzeri randevusuna gelmeyen hasta)
Açıklama	• **Takibe devam etmeyen hasta:** Tedavi programına alındığı halde tedaviye hiç gelmeyen hastadır. • **Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Tedavi programında olup tedavisine düzenli olarak gelmeyen hastalar göstergenin paydasına dahil edilecek olup payına dahil edilmeyecektir.

Gösterge Adı	**Acil Psikiyatrik Durum Planı Oluşturulan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG55**
Tanım	TRSM tarafından tedavi programına alınan hastalardan acil psikiyatrik durum planı oluşturulan hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	Acil psikiyatrik durum riski bulunan hastaların tespit edilerek gerekli tedbirlerin alınması ile toplum ve kurum adına oluşabilecek tehditlerin önüne geçilmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan acil psikiyatrik durum planı oluşturulan hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Acil psikiyatrik durum planı**, bu durumlarda uygulanacak tedavi ve işlem basamakları, ulaşılacak hasta yakını, başvurulacak hastane, çalışanların güvenliğini sağlamaya yönelik alınması gereken tedbirler gibi hususları içermelidir.

Gösterge Adı	**Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG56**
Tanım	TRSM'de tedavi programında olan hastalardan acil psikiyatrik durum gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların etkin bir takip ve tedavi hizmeti almasının sağlanması, sonucunda acil psikiyatrik durum gelişme oranlarının azaltılması, toplum ve kurum adına oluşabilecek tehditlerin önüne geçilmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan acil psikiyatrik durum gelişen tekil hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Acil psikiyatrik durum gelişen hastalardan, psikiyatri kliniğine yatırılan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Acil psikiyatrik durum;** duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtilerin, hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektiren durumları ifade eder. • Örnek acil psikiyatrik durumlar: ✓ Saldırgan hasta ve şiddet ✓ Psikoaktif madde kullanımı ile ilgili aciller ✓ Deliryum ✓ Anksiyete ve panik ✓ Bayılma ✓ Psikotroplara bağlı yan etkiler ile ilgili aciller

Gösterge Adı	**Remisyon Kararı Verilen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG57**
Tanım	TRSM tarafından tedavi programına alınan hastalardan remisyon kararı verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde remisyon kararı verilen hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Remisyon kararı, Bakanlıkça yayınlanan rehberlerde belirtilen ölçekler kullanılarak tespit edilen iyileşme oranlarına göre verilir. • **Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Sayısı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG58**
Tanım	TRSM'de çalışan sağlık personelinin takip ettiği hastaların sayısını ifade eder.
Amaç	TRSM'de çalışan sağlık personelinin takip ettiği hasta sayısının değerlendirilerek personelin etkin ve verimli çalışmasının sağlanması ile hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Tedavi programında olan tekil hasta sayısı / Vaka yöneticisi olarak görev yapan personel sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Vaka yönetici olarak görev yapan personellerin günlük ortalama randevu sayısı
Açıklama	• **Vaka yöneticisi;** sorumluluğu dahilindeki hastaların bakım sürecinin koordinasyonu ve takibini yürüten kişiyi ifade eder. • Etkin ve verimli çalışmanın sağlanabilmesi için vaka yöneticisi başına düşen hasta sayısı asgari düzeyde olmalıdır. • **Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG59**
Tanım	TRSM'de tedavi programında takip edilen hastalar içinde intihar girişiminde bulunan hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tarafından takip edilen hastalar arasında intihar girişiminde bulunan hasta sayısı değerlendirilerek olası intihar teşebbüslerinin önüne geçilebilmesi ve TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intihar girişiminde bulunan tekil hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Psikiyatrik tedavi amacıyla kullandığı ilaçlarla intihar girişiminde bulunan hasta oranı • İntihar girişimi sonucunda psikiyatri kliniğine yatırılan hasta oranı
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG60**
Tanım	TRSM'de tedavi programında takip edilen hastalar içinde intihar girişimi sonucunda ölen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tarafından takip edilmekte iken intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik alınan tedbirlerin ve hasta sosyal sorunlarının gözden geçirilmesi ile olası intihar sonrası can kayıplarının önüne geçilebilmesi ve TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intihar girişimi sonucu ölen hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Psikiyatrik tedavi amacıyla kullandığı ilaçlarla intihar girişiminde bulunarak ölen hasta oranı
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Tedavi Programında olup İstihdam Çalışmalarına Katılan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG61**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan istihdam çalışmalarına yönlendirilerek katılım sağlayan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tedavi programında olan hastaların mevcut durumlarına uygun işlerde istihdam edilmesine yönelik çalışmaların ve toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan istihdam çalışmalarına katılan hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **İstihdam çalışmaları:** Hastanın sosyal rehabilitasyonuna yönelik yapılan çalışmaları (lise ve üniversite giriş sınavlarına hazırlık, e-kpss'ye hazırlık, mesleki eğitim, özel sektör ve kamu kurumlarıyla iş birliği vb.) ifade eder.

Gösterge Adı	**Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG62**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin TRSM'de aldığı hizmet kalitesinin artırılarak hastaneye yönlendirilme gereksinimlerinin azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan, psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen tekil hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG63**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin TRSM'de aldığı hizmet kalitesinin artırılarak hastaneye yatma gereksinimlerinin azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan, psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan tekil hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Vücut Kütle İndeksi Yüksek Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG64**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan Vücut Kütle İndeksi (VKİ) 30'un üstünde olan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların biyolojik ve psikososyal gereksinimlerine yönelik bütüncül ve kaliteli bakım hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan VKİ 30 ve üzeri olan hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• VKİ 25-30 arası olan hasta oranı • VKİ 25 ve üzeri olan hastalardan diyetisyen takibine alınan hasta oranı
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Tedavi Programında Olup Madde Bağımlılığı Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG65**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan madde bağımlılığı olan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların biyolojik ve psikososyal gereksinimlerine yönelik bütüncül ve kaliteli bakım hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan madde bağımlılığı olan hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde tedavi programında yer alan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. Madde bağımlılığına ilişkin ICD10 tanı kodları (F10-F19 arası kodlar ve alt kırılımları) girilmiş hastalar paya dahil edilir.

Gösterge Adı	**Damgalama ve Ayrımcılığı Önlemek Amacıyla Düzenlenen Eğitim Sayısı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG66**
Tanım	TRSM tarafından sosyal sorumluluk kapsamında ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik olarak yapılan damgalama ve menfi ayrımcılığı önlemek amacıyla topluma yönelik yapılan bilinçlendirme eğitimlerini ifade eder.
Amaç	Toplumun ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik bilinçlendirilmesi ve bu hastaların sosyal işlevlerinin istikrarlı hale getirilmesidir.
Veri Kaynağı	Eğitim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Topluma yönelik yapılan bilinçlendirme eğitimlerinin sayısı
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Eğitim yerine (okul, halk eğitim merkezi vb.) göre düzenlenen eğitim sayısı
Açıklama	

Evde Sağlık Hizmetleri

Gösterge Adı	**Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG67**
Tanım	Hastaların, evde sağlık koordinasyon merkezi tarafından birime yönlendirildikten sonra iki iş günü içinde ilgili ekip tarafından ziyaret edilme oranını ifade eder.
Amaç	Evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların başvurularının ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen zamanda karşılanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan birime yönlendirildikten sonra iki iş günü içinde ziyaret edilen hasta sayısı / Evde sağlık koordinasyon merkezi tarafından birime yönlendirilen hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Birime yönlendirilen hastanın iki iş günü içinde vefat etmesi ya da hastaneye yatırılması durumunda bu hasta hesaplamaya dahil edilmez.

Gösterge Adı	**Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG68**
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalarda bir yıl içinde hasta başına düşen ortalama ziyaret sayısını ifade eder.
Amaç	Yapılacak iyileştirmeler sonrasında, evde sağlık hizmeti alan hastalara bir yıl içinde yapılan ziyaretlerin planlanan sayıda yapılarak, sunulan hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Yıl içerisinde yapılan toplam ziyaret sayısı / Evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen toplam tekil hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Evde sağlık hizmetleri kapsamında sürekli ziyaret programına alınan hastalar hesaplamaya dahil edilir. • **Tekil hasta:** İlgili dönemde bir hasta birden fazla kez ziyaret edilmişse o hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilir. • Birden fazla kez ziyaret edilen hastaya ait tüm ziyaretler paya eklenir. Pay kısmı tekilleştirilmez.

Gösterge Adı	**Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG69**
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalara verilen randevuların planlanan zamanda gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Amaç	Ziyaretlerin planlanan zamanda yapılması ve hizmetin aksamaması için önlem alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki randevulardan planlanan zamanda gerçekleştirilen randevu sayısı / Planlanan randevu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG70**
Tanım	Evde sağlık hizmeti ziyaretlerinde malnütrisyon açısından risk değerlendirmesi yapılma oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve beslenme sorunlarına yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının planlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Beslenme risk değerlendirmesi yapılan ziyaret sayısı / Toplam ziyaret sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Pay** hesaplamasında, aynı ay içinde gerçekleştirilen ziyaretlerde risk değerlendirmesi tekrarlansa dahi yapılan ziyaretler tekilleştirilerek dahil edilir. • **Payda** hesaplamasında, aynı ay içerisinde gerçekleştirilen ziyaretler tekilleştirilerek dahil edilir.

Organ Nakil Hizmetleri

Gösterge Adı	**Ortalama Soğuk İskemi Süresi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG71**
Tanım	Kadavradan nakledilen organların soğuk iskemide ortalama kalış sürelerini ifade eder.
Amaç	Soğuk iskemi süresinin en aza indirilmesi için gerekli önlenmelerin alınmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Alınan organların soğuk iskemi süreleri toplamı / Alınan organ sayısı
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Nakil yapılan organ bazında ortalama soğuk iskemi süresi
Açıklama	• **Soğuk iskemi süresi:** Organın koruyucu sıvıya alındıktan sonra hastaya nakline kadar geçen süredir. Sürenin hesaplamasında organı kabul eden nakil merkezinin kayıtları esas alınmalıdır. • Süre dakika olarak hesaplanacaktır.

Gösterge Adı	**Nakil Sonrası Ortalama Yatış Süresi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG72**
Tanım	Organ nakli yapılan hastaların nakil sonrası ortalama yatış sürelerini ifade eder.
Amaç	Hasta güvenliği açısından nakil sonrası hastanede kalış süresinin azaltılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Organ nakli yapılan hastaların yatış süreleri toplamı / Organ nakli yapılan hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Nakil yapılan organ bazında ortalama yatış süresi
Açıklama	

Kemoterapi Hizmetleri

Gösterge Adı	**Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG73**
Tanım	Kemoterapi tedavisi sırasında hastalarda ekstravazasyon gelişme oranını ifade eder. **Ekstravazasyon:** Subkütan dokuya vezikan ya da irritan ilaçların sızması sonucunda ağrı, nekroz olması veya doku bütünlüğünün bozulmasıdır.
Amaç	Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonların azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gelişen toplam ekstravazasyon sayısı / Uygulanan toplam kemoterapi işlem sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Nedene göre (hasta kliniğine bağlı, ilaca bağlı vb.) ekstravazasyon gelişme oranı
Açıklama	Bir hastada birden fazla ekstravazasyon gelişmesi durumunda gelişen her bir durum paya dahil edilir.

Gösterge Adı	**Ekstravazasyon Sonucu Ülser Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG74**
Tanım	Kemoterapi tedavisi sırasında ekstravazasyon gelişen hastalardan ülser oluşan hasta oranını ifade eder.
Amaç	Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonların azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan ülser gelişen hasta sayısı / Kemoterapi tedavisi alan hastalardan ekstravazasyon gelişen hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Kemoterapi Tedavi Sürecinde Kemoterapinin Komplikasyonları Nedeniyle Ölen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG75**
Tanım	Kemoterapi tedavi sürecinde, kemoterapiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölen hasta oranını ifade eder.
Amaç	Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kemoterapiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölen hasta sayısı / Kemoterapi tedavisi alan tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) Hizmetleri

Gösterge Adı	**FTR Hizmetlerinde Hasta Düşme Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG76**
Tanım	**Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti** sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde önceki dönemden devreden hasta sayısı ve yeni yatışı yapılan toplam hasta sayısı + Ayaktan fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan hasta sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Ayaktan hasta düşme oranı • Yatan hasta düşme oranı
Açıklama	• Hesaplamada düşme olay bildirimleri esas alınır. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki şekilde yapılacaktır: İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde önceki dönemden devreden hasta sayısı ve yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 1000 İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Ayaktan fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan hasta sayısı) x 1000

Gösterge Adı	**Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Aynı Tanı ile Yeniden Yatış Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG77**
Tanım	Yatarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalardan, taburculuğundan sonraki 30 gün içerisinde aynı tanı ile yeniden yatışı yapılan hasta oranını ifade eder.
Amaç	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan, taburculuğundan sonraki 30 gün içinde aynı tanı ile yatışı yapılan toplam hasta sayısı / Yatarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Hastalık tanısı bazında yeniden başvuru oranı
Açıklama	• Aynı hastanın aynı dönem içindeki **farklı tanılarla** yapılan yatışlarının hepsi **paydaya** dahil edilir. • Aynı hastanın taburculuğundan sonraki 30 gün içinde **aynı tanı ile** yapılan yatışları tekil olarak **paydaya** dahil edilir. 30 günden sonraki **aynı tanı ile** yatışları yeni hasta gibi **paydaya** eklenir. • Paya dahil edilecek veriler, ilgili dönemde yatışı yapılan hastalarda, taburculuk tarihinden itibaren 30 gün içinde aynı tanı ile gerçekleştirilen yatışlarda aranır. Örneğin, Ocak-Şubat-Mart dönemine ait hesaplamada, 20 Mart tarihinde taburcu olan bir hasta için aynı tanı ile tekrar yatış 19 Nisan tarihine kadar aranır. • Dolayısı ile ilgili döneme ait veri analizi, dönemin tamamlanmasından itibaren 30 gün sonra yapılabilecektir. • **TÜR-GÖS veri girişi aşağıdaki gibi yapılacaktır;** Ocak-Şubat-Mart dönemi veri girişi **Temmuz** Nisan-Mayıs-Haziran dönemi veri girişi **Ekim** Temmuz-Ağustos-Eylül dönemi veri girişi **Ocak** Ekim-Kasım-Aralık dönemi veri girişi **Nisan**

Biyokimya Laboratuvarı

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG78**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarına gönderilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Numune ret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması ve reddedilen numune oranlarının azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden reddedilen numune sayısı / Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Klinik bazında reddedilen numune oranı • Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı • Ret nedenine göre reddedilen numune oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG79**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvar hizmet sürecinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar ve bildirimler
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Numune türüne göre kaybolan numune oranı • Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı
Açıklama	• Biyokimya laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir. • Kaybolan her bir numune "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" kapsamında incelenmelidir.

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG80**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.
Amaç	Biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların analizinin yapılarak çalışma sürecinin etkinliği ve verimliliğini artırmaktır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, biyokimya laboratuvarında iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzluk sayısı
Veri Giriş Periyodu	Bu gösterge için TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk sayısı
Açıklama	Bu gösterge laboratuvar tarafından, test sürecinde kullanılan cihaz, kit, solüsyon gibi ekipman ve malzemenin performansını izlemek amacı ile kullanılacaktır.

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvarında Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG81**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların oranını ifade eder.
Amaç	Biyokimya laboratuvarında 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
Hesaplama Yöntemi	(Paydada belirtilen dış kalite değerlendirmelerinde raporlanan uygunsuzluk sayısı / Biyokimya laboratuvarında ilgili dönemde gerçekleştirilen toplam dış kalite değerlendirme sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk oranı
Açıklama	Örnek: 20 test için gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmasında: Dış kalite değerlendirme yapılan test sayısı=20 Dış kalite değerlendirme periyodu=4 Gerçekleştirilen toplam dış kalite değerlendirme sayısı=20 x 4=80 Dış kalite değerlendirmelerinde 4 periyottaki toplam raporlanan uygunsuzluk sayısı= 5 **Gösterge sonucu= (5 / 80) x 100= 6,25**

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG82**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranını tespit etmeyi amaçlayan ölçüm aracıdır.
Amaç	Laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyum sağlanan akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı / Toplam akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamakları: ✓ Akılcı test istem prosedürü ✓ Konsültasyon istem prosedürü ✓ Onay destek sistemi kullanım prosedürü ✓ Refleks ve reflektif test uygulamaları ✓ Karar sınırı, kritik değer ve ölçüm birimlerinin harmonizasyonu ✓ Tıbbi laboratuvar tetkik sonuç raporu standardizasyonu ✓ Bu test nerede yapılıyor sistemi

Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG83**
Tanım	İlgili dönemde mikrobiyoloji laboratuvarına teslim edilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Numune ret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması ve reddedilen numune oranlarının azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden reddedilen numune sayısı / Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Klinik bazında reddedilen numune oranı • Numune türüne göre reddedilen numune oranı • Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı • Ret nedenine göre reddedilen numune oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG84**
Tanım	İlgili dönemde mikrobiyoloji laboratuvar hizmet sürecinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan numunelerden kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Numune türüne göre kaybolan numune oranı • Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı
Açıklama	• Mikrobiyoloji laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir. • Kaybolan her bir numune "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" kapsamında incelenmelidir.

Gösterge Adı	**İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG85**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen idrar kültürlerinden kontamine olan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	İdrar kültüründe preanalitik süreçte numunenin uygun şekilde alınmasına yönelik tedbirlerin alınmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden kontamine olan idrar kültürü numune sayısı / Toplam idrar kültürü numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Kliniğe göre idrar kültürlerinde kontaminasyon oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG86**
Tanım	Mikrobiyoloji laboratuvarı iç kalite kontrol çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Amaç	Mikrobiyoloji laboratuvarında gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların analizinin yapılarak çalışma sürecinin etkinliği ve verimliliğini artırmaktır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Mikrobiyoloji laboratuvarı iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında uygunsuzluk sayısı
Veri Giriş Periyodu	Bu gösterge için TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk sayısı
Açıklama	Bu gösterge laboratuvar tarafından, test sürecinde kullanılan cihaz, kit, solüsyon, besi yeri gibi ekipman ve malzemenin performansını izlemek amacı ile kullanılacaktır.

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG87**
Tanım	Mikrobiyoloji laboratuvarı dış kalite değerlendirme çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Amaç	Mikrobiyoloji laboratuvarında gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların düzenli takibi ile laboratuvar performansının objektif olarak kontrol edilmesi ve güvenli bir laboratuvar hizmeti sağlamak amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital ve manuel kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada belirtilen dış kalite değerlendirmelerinde raporlanan uygunsuzluk sayısı / Mikrobiyoloji laboratuvarında ilgili dönemde gerçekleştirilen toplam dış kalite değerlendirme sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk oranı
Açıklama	Örnek: 20 test için gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmasında: Dış kalite değerlendirme yapılan test sayısı=20 Dış kalite değerlendirme periyodu=2 Gerçekleştirilen toplam dış kalite değerlendirme sayısı=20 x 2=40 Dış kalite değerlendirmelerinde 2 periyottaki toplam raporlanan uygunsuzluk sayısı= 3 **Gösterge sonucu= (3 / 40) x 100= 7,5**

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG88**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranını tespit etmeyi amaçlayan ölçüm aracıdır.
Amaç	Laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyum sağlanan akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı / Toplam akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Akılcı laboratuvar kullanım çalışma basamakları: ✓ Akılcı test istem prosedürü ✓ Konsültasyon istem prosedürü ✓ Onay destek sistemi kullanım prosedürü ✓ Refleks ve reflektif test uygulamaları ✓ Karar sınırı, kritik değer ve ölçüm birimlerinin harmonizasyonu ✓ Tıbbi laboratuvar tetkik sonuç raporu standardizasyonu ✓ Bu test nerede yapılıyor sistemi

Gösterge Adı	**Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG89**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürü şişelerinden kontaminasyon tespit edilen kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvara kabul edilen kan kültürlerinde kontaminasyon oranının tespiti, izlenmesi ve numune alımı ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki kan kültürü şişelerinden kontaminasyon tespit edilen kan kültürü şişe sayısı / Toplam kan kültürü şişe sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında kan kültürü kontaminasyon oranı
Açıklama	**Kan kültürü şişesi:** Kan kültürü setindeki aerobik ve anaerobik şişelerden her birini ifade eder.

Gösterge Adı	**Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG90**
Tanım	İlgili dönemde kan kültürlerinde, direkt gram boyama sonucu ile son identifikasyon sonucu arasındaki uyumluluğun izlenmesini ve konu ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasını amaçlayan ölçüm aracıdır.
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	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kan kültürleri içerisinde, direkt gram boyama ile son identifikasyon sonuçları uyumlu olan kan kültürü sayısı / Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Kan Kültüründe Pozitif Sonuç Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG91**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürlerinden pozitif sonuç tespit edilen kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültürü alım endikasyonu olan hastalardan zamanında ve uygun şekilde kan kültürü alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki kan kültürü şişelerinden pozitif kan kültürü şişesi sayısı / Toplam kan kültürü şişesi sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında kan kültüründe pozitif sonuç oranı
Açıklama	**Kan kültürü şişesi:** Kan kültürü setindeki aerobik ve anaerobik şişelerden her birini ifade eder.

Gösterge Adı	**İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG92**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürlerinden iki ve üzeri set alınan kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültürlerinin ulusal ve uluslararası rehberler ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda alınmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kan kültürleri içinde iki ve üzeri set alınan kültür sayısı / Toplam kan kültürü seti sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında iki ve üzeri set alınan kan kültürü oranı
Açıklama	• **Kan kültürü seti**: Tek bir damar girişimiyle alınan kanın dağıtıldığı kültür şişelerinin (aerobik/anaerobik) tümünü ifade eder. • Bilimsel literatüre göre önerilen en az iki set alınmasıdır. Her sette 2 şişe vardır. 1. şişe; Aaerob bakteriler ve mantarlar 2. şişe; Anaeroblar (Clostridium, Bacteroides vb.) (Çocuk hastalar hariç) . • Çocuklarda; anaerobik bakteriyemi sıklığı, yetişkinlere kıyasla daha düşüktür, bu nedenle daha önceden sağlıklı olan çocuk hastalarda rutinde anaerobik şişe kullanılmasına gerek yoktur. Çocuklarda 1 veya 2 set alınmalıdır. Düşük mikroorganizma yükünün saptanabilmesi için en az 2 ml kan alınmalıdır. Anaerobik şişeler yüksek risk gruplarında düşünülebilir. • Tek damar girişimiyle alınan tek şişe numune set olarak sayılmaz. • Sadece aerob/aerob ya da anaerop/anaerop gibi eşleşmeler set sayılmaz.

Gösterge Adı	**Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG93**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürü setlerinden tek şişe alınan kan kültürü seti oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültürlerinin ulusal ve uluslararası rehberler ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda alınmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tek şişe alınan toplam kan kültürü seti sayısı / Toplam kan kültürü seti sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında tek şişe alınan kan kültürü seti oranı
Açıklama	• **Kan kültürü seti**: Tek bir damar girişimiyle alınan kanın dağıtıldığı kültür şişelerinin (aerobik/anaerobik) tümünü ifade eder. • Bilimsel literatüre göre önerilen en az iki set alınmasıdır. Her sette 2 şişe vardır. 1. şişe; Aaerob bakteriler ve mantarlar 2. şişe; Anaeroblar (Clostridium, Bacteroides vb.) (Çocuk hastalar hariç) • Çocuklarda; anaerobik bakteriyemi sıklığı, yetişkinlere kıyasla daha düşüktür, bu nedenle daha önceden sağlıklı olan çocuk hastalarda rutinde anaerobik şişe kullanılmasına gerek yoktur. Çocuklarda 1 veya 2 set alınmalıdır. Düşük mikroorganizma yükünün saptanabilmesi için en az 2 mL kan alınmalıdır. Anaerobik şişeler yüksek risk gruplarında düşünülebilir. • Tek damar girişimiyle alınan tek şişe numune set olarak sayılmaz. • Sadece aerob/aerob ya da anaerop/anaerop gibi eşleşmeler set olarak sayılmaz.

Gösterge Adı	**Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG94**
Tanım	İlgili dönemde alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti oranını ifade eder.
Amaç	Test güvenliğinin sağlanabilmesi için alınan kan kültürlerinin en kısa zamanda laboratuvara ulaştırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki kan kültürü setlerinden alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti sayısı / Toplam kan kültürü seti sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti oranı
Açıklama	• **Kan kültürü seti**: Tek bir damar girişimiyle alınan kanın dağıtıldığı kültür şişelerinin (aerobik/anaerobik) tümünü ifade eder. • Bilimsel literatüre göre önerilen en az iki set alınmasıdır. Her sette 2 şişe vardır. 1. şişe; Aaerob bakteriler ve mantarlar 2. şişe; Anaeroblar (Clostridium, Bacteroides vb.) (Çocuk hastalar hariç). • Çocuklarda; anaerobik bakteriyemi sıklığı, yetişkinlere kıyasla daha düşüktür, bu nedenle daha önceden sağlıklı olan çocuk hastalarda rutinde anaerobik şişe kullanılmasına gerek yoktur. Çocuklarda 1 veya 2 set alınmalıdır. Düşük mikroorganizma yükünün saptanabilmesi için en az 2 ml kan alınmalıdır. Anaerobik şişeler yüksek risk gruplarında düşünülebilir. • Tek damar girişimiyle alınan tek şişe numune set olarak sayılmaz. • Sadece aerob/aerob ya da anaerop/anaerop gibi eşleşmeler set olarak sayılmaz.

Gösterge Adı	**Kan Kültüründe Yalancı Pozitiflik Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG95**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürü şişelerinden yalancı pozitif sonuç tespit edilen kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültüründe yalancı pozitifliğe yönelik preanalitik ve analitik süreçlerle ilgili nedenlerin analiz edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Toplam yalancı pozitif kan kültürü şişe sayısı / Toplam kan kültürü şişe sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Kan kültürü şişesi:** Kan kültürü setindeki aerobik ve anaerobik şişelerden her birini ifade eder.

Gösterge Adı	**Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG96**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvarda kan kültürünün pozitif olduğunun tespit edilme anı ile ilgili kişiye bildirim anı arasında geçen sürelerin ortalamasını ifade eder.
Amaç	Pozitif sonuç alınan kan kültürü sonucunun en kısa zamanda ilgili çalışana ulaştırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kan kültürünün pozitif sinyal anı ile ilgili kişiye bildirim yapılması arasındaki süre farklarının toplamı / Bildirilen pozitif kan kültürü sonuç sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Pozitif sinyalden sonraki ilk bir saat içinde yapılan bildirim oranı
Açıklama	TÜR-GÖS veri girişi dakika olarak yapılacaktır.

Patoloji Laboratuvarı

Gösterge Adı	**Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG97**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen toplam patolojik materyal içerisinden uygun bulunmayanların oranını ifade eder.
Amaç	Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerden uygun olmayanların analiz edilerek preanalitik sürece yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Laboratuvar kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki patolojik materyallerden uygun olmayan patolojik materyal sayısı / Toplam alınan patolojik materyal sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Materyal türüne göre uygun olmayan patolojik materyal oranı
Açıklama	Uygun olmayan materyal tanımı ve kabul kriterleri laboratuvar tarafından belirlenmeli, ilgili klinik ve birimler konu hakkında bilgilendirilmelidir.

Gösterge Adı	**Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG98**
Tanım	İlgili dönemde patoloji laboratuvar hizmet süreçlerinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Laboratuvar kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Numune türüne göre kaybolan numune oranı • Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı
Açıklama	• Patoloji laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir. • Kaybolan her bir numune İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında incelenmelidir.

Gösterge Adı	**Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG99**
Tanım	İlgili dönemde değerlendirmek üzere alınan sitolojik materyal örnekleri içinde yeterli hücre içermeyenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvara gönderilen sitolojik materyal örnekleri içinde yeterli hücre içermeyenlerin takip edilerek preanalitik sürece yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Laboratuvar kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki sitolojik materyallerden yetersiz sitolojik materyal sayısı / Toplam sitolojik materyal sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında yetersiz sitolojik materyal oranı
Açıklama	

Diyaliz Hizmetleri

Gösterge Adı	**Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG100**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan Kt/V değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten düşük olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre Kt/V değeri 1,2'den düşük hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Pay hesaplamasında; altı (6) aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Değeri 1,7'den Düşük Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG101**
Tanım	İlgili dönemde periton diyalizi yapılan hastalar içinde total Kt/V değeri 1,7'den düşük olan periton diyalizi hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan total Kt/V değeri 1,7'den düşük olan hasta sayısı / Toplam periton diyalizi yapılan hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre Kt/V değeri 1,7'den düşük hasta oranı
Açıklama	• Pay hesaplamasında; altı (6) aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG102**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum ferritin düzeyi 200 – 500 ng/ml arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum ferritin düzeyi 200-500 ng/ml arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Serum ferritin düzeyi 200 ng/ml altında olan hasta oranı • Serum ferritin düzeyi 500 ng/ml üzerinde olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG103**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG104**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum albümin düzeyleri 3,5 g/dl'nin altında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Serum albümin düzeyleri 4 g/dl'nin üstünde olan hasta oranı • Yaş kategorilerine göre serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG105**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl üzerinde olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Düzeltilmiş Ca x P Düzeyi 55 mg^2/dl^2'nin Altında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG106**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde düzeltilmiş kalsiyum fosfor çarpım (Ca x P) düzeyi 55 mg^2/dl^2'nin altında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55mg^2/dl^2'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 75mg^2/dl^2'ninüstünde olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Ortalama Hemodiyaliz Süresi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG107**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Hastalara uygulanan hemodiyaliz seanslarının toplam süresi (dakika)/ Toplam hemodiyaliz seans sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Ortalama hemodiyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta oranı
Açıklama	• TÜR-GÖS'e veri girişi dakika olarak yapılacaktır. • "Ortalama hemodiyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ortalama hemodiyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Eritropoetin Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG108**
Tanım	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı • Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC ilaç kodları:** B03XA01 - Eritropoetin B03XA02 - Darbepoetin Alfa

Gösterge Adı	**Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG109**
Tanım	İlgili dönemde, hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Ortalama hemoglobin düzeyi 10 g/dl'nin altında olan hasta sayısı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG110**
Tanım	İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Toplam hasta sayısı**: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.

Gösterge Adı	**Anti HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG111**
Tanım	İlgili dönemde, Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Toplam hasta sayısı**: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.

Gösterge Adı	**Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG112**
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan kalıcı kateteri olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	İlgili dönemde ilk kez kalıcı kateter takılan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • "İlgili dönemde kalıcı kateter takılan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı/Kalıcı kateteri bulunmayan hemodiyaliz hasta sayısı + İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG113**
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde hemodiyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı / Kalıcı kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG114**
Tanım	İlgili dönemde, geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde hemodiyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı / Geçici kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG115**
Tanım	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında santral venöz kateter nedeniyle kan dolaşımı enfeksiyonu gelişen hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde hemodiyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon gelişen hemodiyaliz hasta sayısı / Santral venöz kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Diyaliz Ünitesi Mortalite Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG116**
Tanım	İlgili dönemde, sağlık kuruluşunda diyaliz hizmeti sunulan hastalarda mortalite oranını ifade eder.
Amaç	Diyaliz ünitesinde bakım hizmet kalitesi artırılarak, mortalite ve morbiditenin azaltılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde ölen hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Toplam hasta sayısı**: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar. • Travma vb. nedenler dışında kalan tüm ölüm nedenleri hesaplamaya dahil edilmelidir. • Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz uygulamaları gösterge hesaplamasına dahil edilmemelidir.

Gösterge Adı	**Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG117**
Tanım	İlgili dönemde, diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapıldığı hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmetinin ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testleri eksiksiz olarak yapılan hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• 3 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı • 6 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Toplam hasta sayısı**: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar. • İlgili mevzuatta tanımlanan testlerden bir veya birden fazlası yapılmayan hasta ilgili dönemde paya dahil edilmez.

Gösterge Adı	**Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerinin Zamanında Yapılma Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG118**
Tanım	Hemodiyaliz uygulamaları için elde edilen saf suyun kontrolünün sağlanması amacıyla su arıtma sisteminin mikrobiyolojik analizlerinin zamanında yapılmasının takibini ifade eder.
Amaç	Diyaliz uygulamaları için kullanılan su arıtma sisteminin mikrobiyolojik analizlerinin zamanında yapılması ve elde edilen saf suyun kontrolünün sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	İlgili birim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Planlanan zamanda yapılan mikrobiyolojik analiz sayısı / Yapılması planlanan mikrobiyolojik analiz sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Nedene göre zamanında yapılmayan mikrobiyolojik analiz sayısı
Açıklama	**Mikrobiyolojik analiz sayısı:** İlgili mevzuat kapsamında belirlenen periyotlarda uygulanması gereken bakteriyolojik analizleri ifade eder.

Bilgi Yönetim Sistemi

Gösterge Adı	**Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG119**
Tanım	İlgili dönemde SBYS ile ilgili teknik sorunlara ortalama müdahale süresini ifade eder.
Amaç	SBYS'de oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamaması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS yazılım ve donanım arızalarına müdahale süreleri toplamı / SBYS yazılım ve donanım arıza sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• SBYS yazılım arızalarına ortalama müdahale süresi • SBYS 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).

Gösterge Adı	**SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG120**
Tanım	İlgili dönemde SBYS'nin hizmet dışı kaldığı süreleri ifade eder.
Amaç	SBYS'nin devre dışı kalma durumunun takip edilmesi, gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS'nin devre dışı kaldığı toplam süre
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	SBYS'nin lokal olarak devre dışı kaldığı toplam süre
Açıklama	• Süre dakika olarak hesaplanacaktır. • SBYS'nin lokal olarak devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplamaya dahil edilmelidir.

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

Gösterge Adı	**Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG121**
Tanım	İlgili dönemde taburcu olan hastalara ait dosyalardan eksiksiz olanların oranını ifade eder.
Amaç	Hasta dosya ve kayıtlarının zamanında, eksiksiz ve tam olarak doldurulmasıdır.
Veri Kaynağı	İlgili birim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki dosyalardan eksiksiz olarak teslim edilen dosya sayısı / Arşive teslim edilen toplam hasta dosyası sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Klinik/ünite bazında eksiksiz teslim edilen dosya oranı
Açıklama	Gösterge payının hesaplanmasında taburculuk sonrası arşive teslim sırasında ilk kontrolde eksiksiz olduğu tespit edilen hasta dosyaları esas alınır. Geri gönderildikten sonra düzeltilerek kabul edilen dosyalar paya dâhil edilmez.

Gösterge Adı	**Sağlık Kuruluna Geri Dönen Toplam Rapor Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG122**
Tanım	İlgili dönemde sağlık kurulu tarafından verilen raporlardan uygunsuzluk nedeniyle geri dönenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Sağlık kurulu tarafından verilen raporlardan uygunsuzluk nedeniyle geri dönenlerin sayısını en aza indirerek hasta güvenliğinin sağlanması ve kurumun hizmet kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki sağlık raporlarından geri dönen rapor sayısı / Kurum bünyesindeki sağlık kurulunun verdiği sağlık raporu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Rapor türüne göre geri dönen rapor oranı
Açıklama	• Ana gösterge hesaplamasında, dönüş sayısına bakılmaksızın uygunsuzluk nedeniyle geri dönen her bir rapor tekil olarak paya dahil edilmelidir. • "Rapor türüne göre geri dönen rapor oranı" alt göstergesi için askerlik muafiyet raporu, engellilik, vb. alt kategoriler esas alınır.

Gösterge Adı	**Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Sistemine Kaydedilen Taburcu Hasta Dosyası Oranı**
Gösterge Kodu	**HSTN.GKG123**
Tanım	İlgili dönemde hastanelerdeki klinik kodlama varlığını ve durumunu ortaya koyan ve klinik kodlama ilgili çalışmaların niceliksel olarak sağlıklı bir şekilde sürdürülmesine yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Hasta dosyalarının TİG Sistemine kaydının zamanında, eksiksiz ve tam olarak yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Sağlık İstatistikleri Nedensel Analizler (SİNA) Teşhis İlişkili Gruplar Vitrini, SBYS kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki dosyalardan TİG sistemine kaydedilen dosya sayısı / Taburculuğu gerçekleştirilmiş toplam hasta dosyası sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Taburcu Hasta Dosyası:** Medula'dan yatan hasta provizyonu alınmış hastaların hastanedeki yataklı tedavi hizmeti bitimi sonrasında hastanın ilgili yatış prognozuna ait fiziki evraklar ile sağlık bilgi yönetim sistemindeki ilgili bilgi ve belgeler. Taburcu hastalar içerisine günübirlik ve ayaktan hastalar dahil edilmez. • **Günübirlik Hasta:** TSİM gibi bilgi sistemlerinde yatan, taburcu, ölen alanlarına girilmeyen tedavi türü "Günübirlik" (G) olarak seçilen hastaları (diyaliz hastaları dahil) ifade etmektedir. • **Klinik Kodlama:** Teşhis ilişkili gruplar temel eğitimi almış personel tarafından Bakanlığımız TİG veri giriş ekranına (https://tigsb.saglik.gov.tr/TIGAPP) istenen taburcu hasta dosyalarındaki klinik verilerin girilmesi. • Hastanede klinik kodlama eğitimi almış personel bulunmaması nedeniyle TİG sistemine kaydedilen taburcu hasta dosyası olmaması halinde "Pay" kısmına "**0**" değeri yazılır.

IV. BÖLÜM
SKS ADSH/ADSM GÖSTERGE KARTLARI

SKS ADSH/ADSM Kalite Göstergeleri	
ADSH.GKG01	Düzeltici/İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı
ADSH.GKG02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
ADSH.GKG03	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
ADSH.GKG04	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ADSH.GKG05	Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı
ADSH.GKG06	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
ADSH.GKG07	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
ADSH.GKG08	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
ADSH.GKG09	Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı
ADSH.GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
ADSH.GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
ADSH.GKG12	Personel Devir Oranı
ADSH.GKG13	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
ADSH.GKG14	Ayaktan Hasta Düşme Oranı
ADSH.GKG15	İlaç Hatası Oranı
ADSH.GKG16	El Hijyeni Uyum Oranı
ADSH.GKG17	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ADSH.GKG18	Hasta Deneyimi Anketi Analizi
ADSH.GKG19	Çalışan Geri Bildirim Anketi Analizi
ADSH.GKG20	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı
ADSH.GKG21	Kaybolan Ölçü Oranı
ADSH.GKG22	Kaybolan Protez Oranı

ADSH.GKG23	Kaybolan Alçı Model Oranı
ADSH.GKG24	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı
ADSH.GKG25	Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre
ADSH.GKG26	Protez Tesliminden Sonra 1 Ay İçerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı
ADSH.GKG27	İlk Muayene Tarihi ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre
ADSH.GKG28	Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı
ADSH.GKG29	SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
ADSH.GKG30	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı
ADSH.GKG31	Fissur Sealant Uygulama Oranı
ADSH.GKG32	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
ADSH.GKG33	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
ADSH.GKG34	Tekrar Alınan Ölçü Oranı
ADSH.GKG35	Tekrarlanan Protez Oranı
ADSH.GKG36	Protez Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Tekrar Başvuru Oranı
ADSH.GKG37	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG38	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG39	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG40	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG41	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı (ADS Hastanesi)
ADSH.GKG42	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı
ADSH.GKG43	Yatan Hasta Düşme Oranı
ADSH.GKG44	Ölçü Alımından Hareketli Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre
ADSH.GKG45	Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı

Gösterge Adı	**Düzeltici/İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG01**
Tanım	İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltici-iyileştirici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltici-iyileştirici faaliyetlere oranını ifade eder. **Düzeltici-İyileştirici Faaliyet:** Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki DİF'lerden sonuçlandırılan DİF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DİF sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	İyileştirici faaliyet oranı
Açıklama	• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DİF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez. • Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DİF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplamaya dahil edilir. • Sonuçlandırılması planlanan DİF sayısı: İlgili dönemde açılan toplam DİF sayıdır.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG02**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen mavi kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan mavi kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Mavi Kod:** Kurumda karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan mavi kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar TÜR-GÖS'e girilmemelidir. • Gerçekleşen tüm mavi kod olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG03**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Beyaz Kod:** Kurumda görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki beyaz kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam beyaz kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan beyaz kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar TÜR-GÖS'e girilmemelidir. • Gerçekleşen tüm beyaz kod olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG05**
Tanım	İlgili dönemde mavi kod çağrısı yapıldığı andan itibaren, mavi kod ekibinin olay yerine 3 dakika içinde ulaşma oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod çağrılarından ekip tarafından 3 dakika içinde olay yerine ulaşılan çağrı sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod çağrı sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Nedene göre olay yerine 3 dakika içinde ulaşmama oranı • Ekip üyesi bazında 3 dakikayı aşan mavi kod olayı ulaşma oranı
Açıklama	3 dakikayı aşan mavi kod ulaşma süreleri olay bazında "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG06**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı • İdari personelin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer personelin (teknik ve destek) planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG07**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden uyum eğitimi alan personel sayısı / Uyum eğitimi alması gereken personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personelin uyum eğitimlerinin gerçekleştirilme oranı
Açıklama	**Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG08**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki eğitimlerden gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Plan dışı gerçekleşen eğitim oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG09**
Tanım	İlgili dönemde sağlık kuruluşuna başvuran hasta ve hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet olaylarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında yaşanan şiddet olay oranı • Klinik/birim/ünite bazında yaşanan şiddet olay oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personele (idari görevde çalışan personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler de dâhil) yönelik şiddet olay sayısı hesaplamaya dâhil edilir. • Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; idari görevde çalışan personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler de dâhil edilir, geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.** • "Meslek bazında yaşanan şiddet olay oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplanmaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir. İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden şiddete maruz kalan personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100

	• "Klinik/birim/ünite bazında yaşanan şiddet olay oranı" alt göstergesinin hesaplamasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. İlgili dönemde; İlgili klinikte yaşanan şiddet olay sayısı/Hasta yükü katsayısı • Hasta yükü katsayısı hesaplaması ise "İlgili dönemde kliniğe başvuran hasta sayısı / İlgili klinikte ilgili dönemde aktif çalışan personel sayısı" şeklindedir.

Gösterge Adı	**Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG10**
Tanım	İlgili dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı • Klinik bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan sağlık personeli sayısı • Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personelin (hizmet alımı dâhil) kan ve vücut sıvıları ile maruz kalma durumları hesaplamaya dâhil edilir. • Hasta başvuru sayısı içinde yatan(varsa) hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.** • "Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplanmaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir.

	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kan ve vücut sıvısına maruz kalan personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100 • "Klinik/birim/ünite bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı" alt göstergesinin hesaplamasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. İlgili dönemde; İlgili klinikte kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Hasta yükü katsayısı Hasta yükü katsayısı hesaplaması ise "İlgili dönemde kliniğe başvuran hasta sayısı / İlgili klinikte ilgili dönemde aktif çalışan personel sayısı" şeklindedir.

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG11**
Tanım	İlgili dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kesici-delici aletle yaralanma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı • Klinik bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan sağlık personeli sayısı • Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personelin (hizmet alımı dâhil) kesici-delici alet yaralanmaları hesaplamaya dâhil edilir. • Hasta başvuru sayısı içinde yatan(varsa) hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.** • "Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplamaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir. İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kesici-delici aletle yaralanma gerçekleşen personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100

	• "Klinik bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı" alt göstergesinin hesaplamasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. İlgili dönemde; İlgili klinikte kesici/delici aletle yaralanma sayısı/Hasta yükü katsayısı Hasta yükü katsayısı hesaplaması ise "İlgili dönemde kliniğe başvuran hasta sayısı / İlgili klinikte ilgili dönemde aktif çalışan personel sayısı" şeklindedir.

Gösterge Adı	**Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG12**
Tanım	İlgili dönemde kurum içinde bölüm değiştirme oranının değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Kurum tarafından belirlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Bölüm değiştiren personel sayısı / Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında personel devir oranı
Açıklama	• İdari görevde çalışan personel ve hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel de dâhil olmak üzere tüm kurum çalışanları hesaplamaya dahil edilir. Asistan rotasyonları ve bölüm içi rotasyonlar kapsam dışı tutulur. • İlgili dönem içerisinde birden fazla bölüm değiştiren personel tekil olarak hesaplamaya alınır. • **Payda** 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; o Hekim o Hemşire o Diğer sağlık çalışanları o Temizlik personeli o Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel (temizlik personeli hariç)

Gösterge Adı	**Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG13**
Tanım	İlgili dönemde, kuruluşta görevli personele, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, test vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinden işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan ve sağlık gözetimi programına dahil edilen tüm çalışanları kapsar. • Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri hastane sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplamaya dâhil edilir.

Gösterge Adı	**Ayaktan Hasta Düşme Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG14**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Ayaktan başvuran toplam hasta sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil) dahil edilmelidir. • Ayaktan hastaların düşme oranı hesaplamasında sadece düşme olay bildirimleri esas alınır. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**İlaç Hatası Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG15**
Tanım	Belirlenen dönem içerisinde, "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının ilgili dönemde kuruma başvuran toplam hasta sayısına oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden yapılan ilaç hatası bildirim sayısı / Kuruma başvuran toplam hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Gerçekleşme zamanına göre ilaç hatası oranı
Açıklama	• **Kuruma Başvuran Toplam Hasta Sayısı**: Yatan (varsa) ve ayaktan hasta başvurularının toplamıdır. • Bir hastanın birden fazla başvurusu varsa her bir başvuru paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**El Hijyeni Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG16**
Tanım	İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder. **Endikasyon:** El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet. **Eylem:** Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet. **Fırsat (=uygun durum):** Sağlık bakım aktiviteleri sırasında mikroorganizmaların eller yoluyla geçişini engellemek için el hijyeninin gerekli olduğu anlardır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı / Gözlemlenen toplam fırsat sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında el hijyeni uyum oranı • Klinik/birim/ünite bazında el hijyeni uyum oranı
Açıklama	• **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG18**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri ADSH" esas alınarak gerçekleştirilen anket uygulamalarında yer alan soruların analizini ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Aylık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG19**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi" esas alınarak gerçekleştirilen anket uygulamalarında yer alan soruların analizini ifade eder.
Veri Kaynağı	Çalışan geri bildirim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirimi anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG20**
Tanım	Alınan ölçülerden hatalı kimliklendirilmiş ölçülerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki ölçülerden hatalı kimliklendirilen ölçü sayısı / Toplam alınan ölçü sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Hatalı kimliklendirilen ölçülerin istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Hatalı kimliklendirmede DİF başlatma oranı
Açıklama	Tüm hatalı kimliklendirilen ölçülerin "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine" bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Kaybolan Ölçü Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG21**
Tanım	Alınan ölçülerden, ölçü alındıktan sonra ünitede, transfer sırasında veya laboratuvarda kaybolanların yüzde olarak oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki ölçülerden kaybolan ölçü sayısı / Toplam alınan ölçü sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Laboratuvarda kaybolan ölçü oranı • Transfer sürecinde kaybolan ölçü oranı • Ölçü kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Ölçü kaybolma olaylarına yönelik DİF başlatma oranı
Açıklama	Tüm ölçü kaybolma olaylarının "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine" bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Kaybolan Protez Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG22**
Tanım	Hazırlanan protezlerden kaybolan protezlerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki protezlerden kaybolan protez sayısı / Hazırlanan toplam protez sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Laboratuvarda kaybolan protez oranı • Transfer sürecinde kaybolan protez oranı • Protez kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Protez kaybolma olaylarına yönelik DİF başlatma oranı
Açıklama	• **Hazırlanan protez sayısı:** Protez laboratuvarından çıkışı yapılan protez sayısını ifade eder. • Tüm protez kaybolma olaylarının "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine" bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Kaybolan Alçı Model Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG23**
Tanım	Hazırlanan alçı modeller arasından kaybolan alçı model oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki alçı modellerden kaybolan model sayısı / Toplam alçı model sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Laboratuvarda kaybolan alçı model oranı • Transfer sürecinde kaybolan alçı model oranı • Alçı model kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Alçı model kaybolma olaylarına yönelik DİF başlatma oranı
Açıklama	Tüm alçı model kaybolma olaylarının "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG24**
Tanım	Kurum tarafından belirlenen protez teslim süreleri içinde teslim edilmeyen protez oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki protezlerden zamanında teslim edilmeyen protez sayısı / Teslim edilmesi gereken protez sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Protez türü bazında zamanında teslim edilmeyen protez oranı • Laboratuvar kaynaklı gecikme oranı
Açıklama	• Kurumda yapılan tüm protez türleri için (sabit, hareketli, metalli, metalsiz vb.) ayrı hedef belirlenerek takibi buna göre yapılmalıdır. • Tüm gecikmeler SBYS'ye kayıt edilmelidir. • Protez teslim süreleri belirlenirken, ölçü alımından protezin teslimine kadar geçen süre esas alınmalıdır.

Gösterge Adı	**Ölçü Alımından Sabit Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG25**
Tanım	Kurumda, ölçü alındığı andan itibaren sabit protezin teslimine kadar geçen sürenin izlenmesi amacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydadaki sabit protezlerin ölçü alımından hastaya teslimine kadar geçen sürelerin toplamı / Teslim edilen toplam sabit protez sayısı
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Protezin Tesliminden Sonra Bir Ay İçerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>ADSH.GKG26</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>Hastaya ait protezin ilk tesliminden sonra protetik nedenle bir ay içerisinde tekrar başvuran hasta oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydadaki hastalardan protezin ilk tesliminden sonraki bir ay içinde protetik nedenli tekrar başvuru sayısı / Protezi ilk teslim edilen toplam hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3 aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Başvuru nedenine göre yeniden başvuru oranı
• Tekrar başvuran hastalardan protezi yenilenen hasta oranı
• Hareketli protez sonrası 3’den fazla kontrole gelen hasta oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• İlgili döneme ait veriler, dönem bittikten sonraki 30 günün sonunda alınmalıdır. TÜR-GÖS’e veri girişleri de ilgili dönemin bitiminden itibaren 30 gün dolduktan sonraki 15 gün içinde yapılacaktır.
• Teslim sonrası 30 gün içinde protetik nedenle yapılan her tekrar başvuru paya dahil edilecektir.
• Örnek Hesaplama;
Payda: 1 Ocak – 31 Mart tarih aralığına ait tüm protez teslim edilen hastalar
Pay: Paydada yer alan hastalardan protez tesliminden sonra 1 Ocak – 30 Nisan tarih aralığında protetik nedenle tekrar başvuran hastalar
• TÜR-GÖS veri girişi aşağıdaki gibi yapılacaktır;
Ocak-Şubat-Mart dönemi veri girişi Temmuz
Nisan-Mayıs-Haziran dönemi veri girişi Ekim
Temmuz-Ağustos-Eylül dönemi veri girişi Ocak
Ekim-Kasım-Aralık dönemi veri girişi Nisan
• Başvuru nedenleri; vuruk, yükseklik alımı, 1. kontrol dışındaki kontrol muayenesi, tamir, kırılma vb.
<table>
<tr><td>404.050</td><td>Akrilik immediat protez, tek çene</td></tr>
<tr><td>404.060</td><td>Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene</td></tr>
<tr><td>404.070</td><td>Proteze yumuşak akrilik uygulaması</td></tr>
<tr><td>404.080</td><td>Besleme, tek çene</td></tr>
<tr><td>404.090</td><td>Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri</td></tr>
<tr><td>404.100</td><td>Kroşe ilavesi</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

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

Gösterge Adı	**İlk Muayene Tarihi ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG27**
Tanım	Hastanın ilk muayene olduğu tarih ile ağzı hazır hale getirilerek ilk ölçü alındığı tarih arasında geçen sürenin izlenmesi ve hizmetin zamanında verilmesi amacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; İlk muayene tarihi ile ilk ölçü alınma tarihi arasında geçen sürelerin toplamı / İlk ölçü alınan toplam hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	İlk muayene tarihi ile ilk ölçü alınma tarihi arasındaki süre 20 iş gününden fazla olan hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG28**
Tanım	İlgili dönemde kurumdan başka bir kuruma sevk edilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı / Kuruma başvuran hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Sevk nedenine göre sevk edilen hasta oranı • Hekim bazlı sevk edilen hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG29**
Tanım	İlgili dönemde SBYS'nin hizmet dışı kaldığı süreleri ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS'nin devre dışı kaldığı süre
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Nedene göre SBYS'nin devre dışı kalma oranı
Açıklama	• Süre dakika olarak hesaplanacaktır. • SBYS'nin lokal olarak devre dışı kalma süreleri de takip edilmelidir.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG30**
Tanım	İlgili dönemde taburcu olan hastalara ait dosyalardan eksiksiz olanların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan dosyası eksiksiz doldurulan hasta sayısı / Taburcu olan toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Arşive hasta dosyası teslim oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Fissür Örtücü Uygulama Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG31**
Tanım	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde, 5-14 yaş arasındaki çocuklarda koruyucu amaçlı olarak yapılan fissür örtücü uygulamalarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki çocuklardan başvuru tarihi itibari ile son 6 ay içinde fissür örtücü uygulaması yapılan çocuk sayısı / Başvuru yapan 5-14 yaş arası çocuk sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Yılda iki kez fissür örtücü uygulaması yapılan çocuk oranı
Açıklama	**Örnek Hesaplama:** **Payda:**1 Ocak – 31 Mayıs tarihleri arasında polikliniğe başvuran 5-14 yaş arası tekil çocuk sayısı **Pay:** Paydada yer alan çocuklardan başvuru tarihi itibari ile son 6 ay içinde fissür örtücü uygulaması yapılanlar Paydanın hesaplanmasında, ilgili dönemde birden fazla başvurusu olan çocuklarda son başvuru tarihi esas alınır. **SUT İşlem Kodu:** 403.010: Fissür örtülmesi (Sealant)

Gösterge Adı	**Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG32**
Tanım	Kurumda diş dolgusu yapılan hastaların aynı dişleriyle ilgili 6 ay içinde tekrar başvuru oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki olgularda dolgu yapıldıktan sonra 6 ay içinde aynı diş için yapılan müdahale sayısı / Yapılan toplam dolgu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Dolgu yapılmış diş için 6 ay içinde çekim yapılma oranı • Dolgu yapılmış diş için 6 ay içinde kanal tedavisi yapılma oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG33**
Tanım	Kurumda kanal tedavisi yapılan hastaların aynı dişleriyle ilgili bir yıl içinde tekrar başvuru oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki olgularda kanal tedavisi yapıldıktan sonra bir yıl içinde aynı diş için yapılan müdahale sayısı / Yapılan toplam kanal tedavisi sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Kanal tedavisi yapılmış diş için bir yıl içinde çekim yapılma oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Tekrar Alınan Ölçü Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG34**
Tanım	Ölçü alınan hastalar içinde, tekrarlanan ölçülerin oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tekrarlanan ölçü sayısı / Ölçü alınan toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Pay hesaplamasında, hasta için gerçekleştirilen her ölçü tekrarı paya dâhil edilir.

Gösterge Adı	**Tekrarlanan Sabit Protez Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG35**
Tanım	Laboratuvardan teslim alındıktan sonra herhangi bir nedenle tekrar yapılan sabit protez oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tekrarlanan sabit protez üye sayısı / Yapılan toplam sabit protez üye sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Protez Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Planlanmamış Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG36**
Tanım	Protezin hastaya teslimi sonrasında 90 gün içerisinde protez kaynaklı planlanmamış tekrar başvuru oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan protez teslimini takip eden 90 gün içinde protez kaynaklı planlanmamış tekrar başvuru sayısı / Protez teslim edilen hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Kontrol amaçlı randevulu başvurular paya dâhil edilmez. • **TÜR-GÖS veri girişi aşağıdaki gibi yapılacaktır;** Ocak-Şubat-Mart dönemi veri girişi **Temmuz** Nisan-Mayıs-Haziran dönemi veri girişi **Ekim** Temmuz-Ağustos-Eylül dönemi veri girişi **Ocak** Ekim-Kasım-Aralık dönemi veri girişi **Nisan**

Gösterge Adı	**Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG37**
Tanım	Seçilen prosedürlerde, cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) gelişme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürle ilişkili CAE sayısı / Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Takip edilecek ameliyat kategorileri kurumun Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir. • **Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.**

Gösterge Adı	**Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG38**
Tanım	Seçilen cerrahi prosedürlerde profilaksilerin uygunluk oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlar içinde profilaktik amaçlı uygun antibiyotik kullanım sayısı / Seçilen cerrahi prosedürde uygulanan toplam cerrahi profilaksi sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Kurum tarafından belirlenen prosedürler için profilaksi uygunluğu, kurumun kendi profilaksi rehberine göre değerlendirilir. • **Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.**

Gösterge Adı	**Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG39**
Tanım	Yapılan cerrahi operasyonlarda anestezi komplikasyonu gelişen hastaların oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Cerrahi operasyonlarda anesteziye bağlı komplikasyon gelişen hasta sayısı / Toplam cerrahi operasyon sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Cerrahi operasyonlarda lokal anesteziye bağlı komplikasyon gelişme oranı • Cerrahi operasyonlarda genel anesteziye bağlı komplikasyon gelişme oranı
Açıklama	• **Ek-4**'de yer alan "Anestezi Komplikasyonları Listesi" dikkate alınmalıdır. • **Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.**

Gösterge Adı	**Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG40**
Tanım	Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hastaların oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan operasyon ile ilişkili sebeplerle 72 saat içinde ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş sayısı / Cerrahi operasyon gerçekleştirilen tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı • Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı
Açıklama	• Operasyon sonrası, operasyonla ilişkili aşağıda belirlenmiş olan sebepler dikkate alınacaktır: ○ Kanama ○ Yara açılması (ayrışması) ○ Yarada hematom ○ Revizyon ameliyatları ○ Operasyonel hatalar • **Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.**

Gösterge Adı	**ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG41**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanılma oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gözlem yapılan cerrahi operasyonlar içinde güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen operasyon sayısı / Randomize gözlem yapılan cerrahi operasyon sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. • **Listenin uygun şekilde kullanılma oranı:** Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Ayrıca randomize olarak, liste kullanımının uygulama anında yerinde gözlenmesi gerekmektedir. Gözlem sırasında listenin, "Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi" çerçevesinde zamanında ve doğru şekilde doldurulma durumu belirlenir. Gözlem yapılacak ameliyat sayısı, bir önceki yıla ait toplam ameliyat sayısına karşılık gelen **Ek-3**'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır. • **Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.**

Gösterge Adı	**Kurumdan Ayrılan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG42**
Tanım	İlgili dönemde kurumda çalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Kurum tarafından belirlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kurumdan ayrılan personel sayısı / Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı
Açıklama	• İstifa, terk, işten çıkarılma, başka kuruma tayinler dâhil edilir. Emeklilik, sağlık raporu, eş durumu tayinleri ve ölüm nedeniyle ayrılma kapsam dışı tutulur. • Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler; o Hekim o Hemşire o Diğer sağlık çalışanları o Temizlik personeli o Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel (temizlik personeli hariç)

Gösterge Adı	**Yatan Hasta Düşme Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG43**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Düşme risk puanına göre hasta düşme oranı • Düşme zamanına göre hasta düşme oranı
Açıklama	• Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Ölçü Alımından Hareketli Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG44**
Tanım	Kurumda, ölçü alındığı andan itibaren hareketli protezin teslimine kadar geçen sürenin izlenmesi amacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydadaki hareketli protezlerin ölçü alımından hastaya teslimine kadar geçen sürelerin toplamı / Teslim edilen toplam hareketli protez sayısı
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı**
Gösterge Kodu	**ADSH.GKG45**
Tanım	Laboratuvardan teslim alındıktan sonra herhangi bir nedenle tekrar yapılan hareketli protez oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tekrarlanan hareketli protez sayısı / Hareketli protez yapılan toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Pay hesaplamasında, hasta için gerçekleştirilen her protez tekrarı paya dâhil edilir.

V. BÖLÜM
SKS HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI

Gösterge Kodu	SKS Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri
ACİL.GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
ACİL.GKG02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
ACİL.GKG03	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
ACİL.GKG04	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
ACİL.GKG05	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
ACİL.GKG06	Oksijen Sistemleri Güvenli Kullanımı Eğitimini Tamamlayan Personel Oranı
ACİL.GKG07	Hasta Deneyimi Anketleri Analizi
ACİL.GKG08	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi
ACİL.GKG09	Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı
ACİL.GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
ACİL.GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
ACİL.GKG12	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
ACİL.GKG13	Hasta Düşme Oranı
ACİL.GKG14	Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi
ACİL.GKG15	Ortalama Vakanın Ekibe Verilme Süresi
ACİL.GKG16	Ortalama Vakaya Çıkış Süresi
ACİL.GKG17	Hedeflenen Sürede Kentsel Vakaya Ulaşma Oranı
ACİL.GKG18	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ACİL.GKG19	Ekip Tarafından Kapatılan Vaka Oranı
ACİL.GKG20	Hedeflenen Sürede Kırsal Vakaya Ulaşma Oranı

Gösterge Adı	**Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG01**
Tanım	İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder. **Düzeltici-Önleyici Faaliyet:** Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki DÖF'lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Önleyici faaliyet oranı • Termin süresi ikiden fazla uzatılan DÖF oranı
Açıklama	• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez. • Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplamaya dahil edilir. • Termin: Belirlenmiş zaman, yapılacak iyileştirme çalışması için belirlenen son gün (TDK) • Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı: İlgili dönemde açılan toplam DÖF sayısıdır.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG02**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Beyaz Kod:** Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki beyaz kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen beyaz kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan beyaz kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar TÜR-GÖS'e girilmemelidir. • Gerçekleşen tüm beyaz kod olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG03**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Kurum tarafından belirlenir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer personelin planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG04**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Kurum tarafından belirlenir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki eğitimlerden gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG05**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Kurum tarafından belirlenir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden uyum eğitimi alan personel sayısı / Uyum eğitimi alması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personel için gerçekleştirilen uyum eğitimi oranı
Açıklama	**Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.

Gösterge Adı	**Oksijen Sistemleri Güvenli Kullanımı Eğitimini Tamamlayan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG06**
Tanım	İlgili dönemde personelin oksijen sistemleri güvenli kullanımı eğitimine katılım oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar (ASOS ve Ekip portal)
Hesaplama Yöntemi	İlgili Dönemde; (Paydadaki personellerden ilgili eğitimi alan personel sayısı / Oksijen sistemleri güvenli kullanımı eğitimi alması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Yüz yüze eğitim alarak uygulama eğitimini tamamlayan personel oranı • Online eğitim alarak uygulama eğitimini tamamlayan personel oranı
Açıklama	• **Oksijen sistemleri güvenli kullanımı eğitimi alması gereken personel:** İlgili dönemde kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder. • 3 yıllık periyotlarla personelin eğitimi güncellenmelidir. • Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG07**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri" esas alınarak gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Aylık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyim anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG08**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi" esas alınarak İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri kaynağı	Çalışan geri bildirim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirimi anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG09**
Tanım	İlgili dönemde hastane öncesi acil sağlık hizmeti alan hasta veya hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Fiziksel olarak gerçekleşen şiddet oranı • Sözel olarak gerçekleşen şiddet oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • **İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı;** Asılsız ihbar, olay yerinde yaralı olmaması, hastanın başka araçla nakil ve görev iptali gibi durumlar hesaplamaya dahil edilmeyecek olup, sadece hizmet verilen hastalar hesaplamaya dahil edilecektir. • **Aktif çalışan personel sayısı** hesaplanırken ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan personel (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dâhil) esas alınır. İlgili dönemde idari görevde çalışan personel ile geçici görevle başka kuruma giden ya da ücretsiz izinde olan personel hesaplamaya dâhil edilmez. • Ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personele (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dâhil) yönelik şiddet olay sayısı hesaplamaya dâhil edilir. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.**

Gösterge Adı	**Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG10**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • **İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı;** Asılsız ihbar, olay yerinde yaralı olmaması, hastanın başka araçla nakil ve görev iptali gibi durumlar hesaplamaya dahil edilmeyecek olup, sadece hizmet verilen hastalar hesaplamaya dahil edilecektir. • **Aktif çalışan personel sayısı** hesaplanırken ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan personel (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dâhil) esas alınır. İlgili dönemde idari görevde çalışan personel ile geçici görevle başka kuruma giden ya da ücretsiz izinde olan personel hesaplamaya dâhil edilmez. • Ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personelin (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dahil) kan ve vücut sıvılarına maruz kalma durumu hesaplamaya dahil edilir. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.**

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG11**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığını, şeklini ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kesici-delici alet yaralanma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • **İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı;** asılsız ihbar, olay yerinde yaralı olmaması, hastanın başka araçla nakil ve görev iptali gibi durumlar hesaplamaya dahil edilmeyecek olup, sadece hizmet verilen hastalar hesaplamaya dahil edilecektir. • **Aktif çalışan personel sayısı** hesaplanırken ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan personel (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dâhil) esas alınır. İlgili dönemde idari görevde çalışan personel ile geçici görevle başka kuruma giden ya da ücretsiz izinde olan personel hesaplamaya dâhil edilmez. • Ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personelin (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dahil) kesici-delici alet yaralanmaları hesaplamaya dahil edilir. • Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.**

Gösterge Adı	**Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG12**
Tanım	İlgili dönemde, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görevli personele, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, test vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinden işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Gösterge, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri bünyesinde fiilen görev yapan ve sağlık gözetimi programına dâhil edilen tüm çalışanları kapsar. • Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri acil sağlık hizmetleri sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplamaya dâhil edilir.

Gösterge Adı	**Hasta Düşme Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG13**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Toplam hizmet verilen hasta sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Ekip bazında düşen hasta oranı
Açıklama	• Düşme oranı hesaplamasında düşme olay bildirimleri esas alınır. Düşme riski değerlendirme formu düzenlenmez. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG14**
Tanım	İlgili dönemde KKM'ye gelen (Sağlık Masası'na aktarılan) çağrıların ortalama cevaplanma süresini ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar (Acil Çağrı Merkezi Yazılımı)
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydada yer alan çağrıların cevaplanma süreleri toplamı/ KKM'ye (Sağlık Masası'na) gelen toplam çağrı sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Toplam Çağrı:** Cevaplanan Çağrı + Cevaplanmayan Çağrı + Kuyrukta Kapanan Çağrı • TÜR-GÖS'e veri girişi yapılırken ölçü birimi olarak saniye girilecektir.

Gösterge Adı	**Ortalama Vakanın Ekibe Verilme Süresi**
Gösterge Kodu	**ACİL. GKG15**
Tanım	İlgili dönemde, KKM (Sağlık Masası) tarafından değerlendirilip vakanın ekibe verilmesi arasında geçen ortalama süreyi ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar/ASOS
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Çağrının KKM (Sağlık Masası)'na geldiği an ile vakanın ekibe verildiği an arasında geçen sürelerin toplamı / Ekibe verilen toplam vaka sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Vakanın ekibe verilme süresinin 120 saniye üzerinde gerçekleşme oranı
Açıklama	• **Ekibe verilen toplam vaka sayısı hesaplanırken**; "çağrı nedenine göre, protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.), vaka sonucuna göre; nakil-eve, nakil-hastaneler arası, nakil-tıbbi tetkik için, nakil-diğer, olay yerinde bekleme ve diğer" hariç tutulacaktır. • TÜR-GÖS'e veri girişi saniye olarak yapılacaktır. • Alt gösterge hesaplama yöntemi: İlgili dönemde; (Paydada yer alan vakalar içinde 120 saniye üzerinde ekibe verilen vaka sayısı / Ekibe verilen toplam vaka sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Ortalama Vakaya Çıkış Süresi**
Gösterge Kodu	**ACİL. GKG.16**
Tanım	İlgili dönemde KKM (Sağlık Masası) tarafından yönlendirilen vakalara ortalama çıkış süresini ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar /ASOS
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; KKM (Sağlık Masası) tarafından verilen vakalara ekiplerin çıkış süreleri toplamı / Ekiplere verilen toplam vaka sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Vaka çıkış süresinin 90 saniye üzerinde gerçekleşme oranı • Ekip bazında vakaya ortalama çıkış süresi
Açıklama	• **Ekibe verilen toplam vaka sayısı hesaplanırken**; "çağrı nedenine göre, protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.), vaka sonucuna göre; nakil-eve, nakil-hastaneler arası, nakil-tıbbi tetkik için, nakil-diğer, olay yerinde bekleme ve diğer" hariç tutulacaktır. • **Çıkış Süresi:** KKM (Sağlık Masası) tarafından ekibe verilen vakaya ekibin 90 sn içinde reaksiyon gösterip çıkış yapması gerekmektedir. • TÜR-GÖS'e veri girişi saniye olarak yapılacaktır. • "Vaka çıkış süresinin 90 saniye üzerinde gerçekleşme oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi: İlgili dönemde; (Paydada yer alan vakalardan 90 saniye üzerinde çıkış yapılan vaka sayısı / Ekiplere verilen toplam vaka sayısı) x100

Gösterge Adı	**Hedeflenen Sürede Kentsel Vakaya Ulaşma Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG17**
Tanım	İlgili dönemde KKM (Sağlık Masası) tarafından vakanın ekibe verildiği andan itibaren, ekibin hedeflenen süre içinde olay yerine ulaşma oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar (ASOS)
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki vakalardan hedeflenen süre içinde ulaşılan kentsel vaka sayısı / Ekiplere verilen toplam kentsel vaka sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Ekibe verilen toplam vaka sayısı hesaplanırken**; "çağrı nedenine göre, protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.), vaka sonucuna göre; nakil-eve, nakil-hastaneler arası, nakil-tıbbi tetkik için, nakil-diğer, olay yerinde bekleme, diğer ve görev iptali" hariç tutulacaktır. • Kentsel vakaya ulaşma hedeflenen süresi; 10 dakika (600 saniye) ve altı

Gösterge Adı	**Ekip Tarafından Kapatılan Vaka Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG19**
Tanım	İlgili dönemde verilen vakalarda, ekip tarafından formu doldurularak kapatılan ve KKM'ye gönderilen vakaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar (ASOS)
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan vakalardan ekip tarafından formu kapatılan vaka sayısı / Ekibe verilen ve form açılan vaka sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• 24 saat içinde kapatılan vaka oranı • 25-72 saat içinde kapatılan vaka oranı • Ekip bazında kapatılan vaka oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Hedeflenen Sürede Kırsal Vakaya Ulaşma Oranı**
Gösterge Kodu	**ACİL.GKG20**
Tanım	İlgili dönemde KKM (Sağlık Masası) tarafından vakanın ekibe verildiği andan itibaren, ekibin hedeflenen süre içinde olay yerine ulaşma oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar (ASOS)
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki vakalardan hedeflenen süre içinde ulaşılan kırsal vaka sayısı / Ekiplere verilen toplam kırsal vaka sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Ekibe verilen toplam vaka sayısı hesaplanırken**; "çağrı nedenine göre, protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.), vaka sonucuna göre; nakil-eve, nakil-hastaneler arası, nakil-tıbbi tetkik için, nakil-diğer, olay yerinde bekleme, diğer ve görev iptali" hariç tutulacaktır. • Kırsal vakaya ulaşma hedeflenen süresi; 30 dakika (1800 saniye) ve altı

VI. BÖLÜM
SKS DİYALİZ HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI

Gösterge Kodu	SKS Diyaliz Hizmetleri Kalite Göstergeleri
DYLZ.GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
DYLZ.GKG02	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
DYLZ.GKG03	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
DYLZ.GKG04	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
DYLZ.GKG05	Hasta Deneyim Anketleri Analizi
DYLZ.GKG06	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi
DYLZ.GKG07	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
DYLZ.GKG08	Kesici ve Delici Alet Yaralanma Oranı
DYLZ.GKG09	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
DYLZ.GKG10	Hasta Düşme Oranı
DYLZ.GKG11	İlaç Hatası Oranı
DYLZ.GKG12	El Hijyeni Uyum Oranı
DYLZ.GKG13	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG14	Serum Ferritin Düzeyi 200-500ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG15	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG16	Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG17	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5-10,5mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG18	Düzeltilmiş Ca×P düzeyi 55'in Altında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG19	Ortalama Hemodiyaliz Süresi
DYLZ.GKG20	Eritropoetin Kullanım Oranı
DYLZ.GKG21	Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG22	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı

DYLZ.GKG23	Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
DYLZ.GKG24	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı
DYLZ.GKG25	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
DYLZ.GKG26	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
DYLZ.GKG27	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
DYLZ.GKG28	Mortalite Oranı
DYLZ.GKG29	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı
DYLZ.GKG30	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı

Gösterge Adı	**Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG01**
Tanım	İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder. **Düzeltici-Önleyici Faaliyet:** Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki DÖF'lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Önleyici faaliyet oranı • Termin süresi ikiden fazla uzatılan DÖF oranı
Açıklama	• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez. • Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplamaya dahil edilir. • Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı: İlgili dönemde açılan toplam DÖF sayıdır.

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG02**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG03**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden uyum eğitimi alan personel sayısı / Uyum eğitimi alması gereken personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personel için gerçekleştirilen uyum eğitimi oranı
Açıklama	**Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG04**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki eğitimlerden gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı
Açıklama	• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır. • SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG05**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi"nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri" esas alınarak diyaliz merkezi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı • Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyim anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG06**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi"nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi" esas alınarak diyaliz merkezi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri Kaynağı	Çalışan geri bildirim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Soru bazında karşılanma oranı
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanına soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG07**
Tanım	İlgili dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz tedavisi sırasında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Toplam seans sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	• Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz seansları da hesaplamaya dahil edilmelidir. • Örneğin: Planlı hemodiyaliz seans sayısı=150 Akut gerçekleştirilen seans sayısı=5 Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı= 5 Hesaplama= (5/150+5)x100 =(5/155)x100 =3,22 % • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Aletle Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG08**
Tanım	İlgili dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığını, şeklini ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz tedavisi sırasında kesici-delici aletle yaralanma sayısı / Toplam seans sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
Açıklama	• Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz seansları da hesaplamaya dahil edilmelidir. • Örneğin: Planlı hemodiyaliz seans sayısı=150 Akut gerçekleştirilen seans sayısı=5 Kesici-delici aletle yaralanma sayısı= 10 Hesaplama= (5/150+5)x100 =(5/155)x100 =6,45 % • Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG09**
Tanım	İlgili dönemde, kurumda görevli personele, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, test vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinde işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Gösterge, diyaliz merkezi bünyesinde hazırlanan sağlık gözetimi programına dahil edilen tüm çalışanları kapsar. • Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri hastane sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dahil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel, altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplamaya dahil edilir.

Gösterge Adı	Hasta Düşme Oranı
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG10**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Toplam hasta düşme sayısı / Toplam diyaliz seans sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Diyaliz öncesi hasta düşme oranı • Diyaliz sırası hasta düşme oranı • Diyaliz sonrası hasta düşme oranı
Açıklama	• **Toplam diyaliz seans sayısı:** Planlı olarak yapılan ve (varsa) akut olarak gerçekleştirilen hemodiyaliz seansları ile (varsa) periton diyaliz seanslarının toplamıdır. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	İlaç Hatası Oranı
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG11**
Tanım	Belirlenen dönem içerisinde, "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının toplam diyaliz seans sayısına oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (İstenmeyen olay bildirim sistemi üzerinden yapılan ilaç hatası bildirim sayısı / Toplam diyaliz seans sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Ramak kala ilaç hatası bildirim oranı • Gerçekleşen ilaç hatası bildirim oranı
Açıklama	**Toplam diyaliz seans sayısı**: Planlı olarak yapılan ve (varsa) akut olarak gerçekleştirilen hemodiyaliz seansları ile (varsa) periton diyaliz seanslarının toplamıdır.

Gösterge Adı	**El Hijyeni Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG12**
Tanım	İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder. **Endikasyon:** El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet. **Eylem:** Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet. **Fırsat (=uygun durum):** Sağlık bakım aktiviteleri sırasında mikroorganizmaların eller yoluyla geçişini engellemek için el hijyeninin gerekli olduğu anlardır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı / Gözlemlenen toplam fırsat sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında el hijyeni uyum oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG13**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre Kt/V değeri 1,2'den düşük hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Pay hesaplamasında; altı (6) aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arasında ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG14**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum ferritin düzeyi 200 – 500 ng/ml arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum ferritin düzeyi 200-500 ng/ml arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Serum ferritin düzeyi 200 ng/ml altında olan hasta oranı • Serum ferritin düzeyi 500 ng/ml üzerinde olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG15**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili Dönemde; (Paydadaki hastalardan serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arasında ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG16**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum albümin düzeyleri 3,5 g/dl'nin altında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Serum albümin düzeyleri 4 g/dl'nin üstünde olan hasta oranı • Yaş kategorilerine göre serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arasında ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG17**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl üzerinde olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Düzeltilmiş Ca x P Düzeyi 55 mg^2/dl^2'nin Altında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG18**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde düzeltilmiş kalsiyum fosfor çarpım (Ca x P) düzeyi 55'mg^2/dl^2'nin altında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg^2/dl^2'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 75 mg^2/dl^2'nin üstünde olan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Ortalama Hemodiyaliz Süresi**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG19**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Hastalara uygulanan hemodiyaliz seanslarının toplam süresi (dakika) / Toplam hemodiyaliz seans sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Ortalama hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saat altında olan hasta oranı
Açıklama	• TÜR-GÖS'e veri girişi dakika olarak yapılacaktır. • "Ortalama hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saat altında olan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ortalama hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saat altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Eritropoetin Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG20**
Tanım	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı • Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC ilaç kodları:** B03XA01 - Eritropoietin B03XA02 - Darbepoetin Alfa

Gösterge Adı	**Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG21**
Tanım	İlgili dönemde, hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Ortalama hemoglobin düzeyi 10 g/dl altında olan hasta sayısı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG22**
Tanım	İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Toplam hasta sayısı:** Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.

Gösterge Adı	**Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG23**
Tanım	İlgili dönemde, Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Toplam hasta sayısı:** Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.

Gösterge Adı	**Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG24**
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan kalıcı kateteri olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	İlgili dönemde ilk kez kalıcı kateter takılan hasta oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • "İlgili dönemde ilk kez kalıcı kateter takılan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı / Kalıcı kateteri bulunmayan hemodiyaliz hasta sayısı + İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG25**
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı / Kalıcı kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG26**
Tanım	İlgili dönemde, geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı / Geçici kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
Gösterge Kodu	DYLZ.GKG27
Tanım	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında santral venöz kateter nedeniyle kan dolaşımı enfeksiyonu gelişen hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon gelişen hasta sayısı / Santral venöz kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	Mortalite Oranı
Gösterge Kodu	DYLZ.GKG28
Tanım	İlgili dönemde, sağlık kuruluşunda diyaliz hizmeti sunulan hastalarda mortalite oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde ölen hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Diyaliz hizmeti alma yılına göre mortalite oranı
Açıklama	• **Toplam hasta sayısı:** Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar. • Travma vb. nedenler dışında kalan tüm ölüm nedenleri hesaplamaya dahil edilmelidir. • Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz uygulamaları gösterge hesaplamasına dahil edilmemelidir.

Gösterge Adı	**Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG29**
Tanım	İlgili dönemde, diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapıldığı hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılan hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• 3 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı • 6 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı
Açıklama	• **Tekil hasta:** İlgili dönemde birden fazla diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • **Toplam hasta sayısı:** Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar. • İlgili mevzuatta tanımlanan testlerden bir veya birden fazlası yapılmayan hasta ilgili dönemde paya dahil edilmez.

Gösterge Adı	**Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerinin Zamanında Yapılma Oranı**
Gösterge Kodu	**DYLZ.GKG30**
Tanım	Hemodiyaliz uygulamaları için elde edilen saf suyun kontrolünün sağlanması amacıyla su arıtma sisteminin mikrobiyolojik analizlerinin zamanında yapılmasının takibini ifade eder.
Veri Kaynağı	İlgili birim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Planlanan zamanda yapılan mikrobiyolojik analiz sayısı / Yapılması planlanan mikrobiyolojik analiz sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Nedene göre zamanında yapılmayan mikrobiyolojik analiz sayısı
Açıklama	**Mikrobiyolojik analiz sayısı:** İlgili mevzuat kapsamında belirlenen periyotlarda uygulanması gereken bakteriyolojik analizleri ifade eder.

VII. BÖLÜM
SKS EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI

Gösterge Kodu	Evde Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri (İl Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Tarafından İzlenecek Göstergeler)
EVSH.GKG01	Hasta Deneyim Anketleri Analizi
EVSH.GKG02	Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı
EVSH.GKG03	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması
EVSH.GKG04	Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı
EVSH.GKG05	Birime Yeniden Başvuru Oranı

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**EVSH.GKG01**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi"nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri" esas alınarak evde sağlık koordinasyon merkezi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Soru bazında karşılanma oranı • Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyim anketi analizi
Açıklama	SBKKS Anket Veri Giriş Alanı'na soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı**
Gösterge Kodu	**EVSH.GKG02**
Tanım	Hastaların Evde Sağlık Koordinasyon merkezine başvurduktan sonra iki iş günü içinde ilgili ekip tarafından ziyaret edilme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan koordinasyon merkezine başvurduktan sonra iki iş günü içinde ziyaret edilen hasta sayısı / Evde sağlık koordinasyon merkezine başvuran hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Ziyaret ihtiyacı olmadığı tespit edilen hasta başvuruları hesaplamaya dahil edilmez.

Gösterge Adı	**Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması**
Gösterge Kodu	**EVSH.GKG03**
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalarda bir yıl içinde hasta başına düşen ortalama ziyaret sayısını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Paydadaki hastalara yıl içerisinde yapılan toplam ziyaret sayısı / Evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen toplam tekil hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Tekil Hasta:** İlgili dönemde birden fazla kez ziyaret edilen hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**EVSH.GKG04**
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalara verilen randevuların planlanan zamanda gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Birim/hastane kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki randevulardan planlanan zamanda gerçekleştirilen randevu sayısı / Planlanan randevu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Birime Yeniden Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**EVSH.GKG05**
Tanım	Evde sağlık koordinasyon merkezine evde sağlık ekibinin ziyareti sonrası 7 gün içerisinde aynı şikâyetle yeniden başvuru oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Birim/hastane kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan 7 gün içerisinde aynı şikâyetle yeniden başvuran hasta sayısı / Toplam başvuran hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	İlgili sağlık ekibi bazında yeniden başvuru oranı
Açıklama	

VIII. BÖLÜM
SKS TIP MERKEZLERİ GÖSTERGE KARTLARI

Gösterge Kodu	Tıp Merkezleri Kalite Göstergeleri
TIPM.GKG01	Düzeltici/İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı
TIPM.GKG02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
TIPM.GKG03	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
TIPM.GKG04	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
TIPM.GKG05	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
TIPM.GKG06	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
TIPM.GKG07	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
TIPM.GKG08	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı
TIPM.GKG09	Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı
TIPM.GKG10	Ayaktan Hasta Düşme Oranı
TIPM.GKG11	El Hijyeni Uyum Oranı
TIPM.GKG12	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
TIPM.GKG13	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı
TIPM.GKG14	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
TIPM.GKG15	Ortalama Hasta Kalış Süresi
TIPM.GKG16	Aşılama ve IVF Uygulaması Sonrası Başarılı Gebelik Oranı
TIPM.GKG17	Dondurulmuş Hücre Çözülmesinden Sonraki Başarılı Embriyo Oluşma Oranı
TIPM.GKG18	Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
TIPM.GKG19	Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı
TIPM.GKG20	Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
TIPM.GKG21	SBYS' nin Devre Dışı Kaldığı Süre
TIPM.GKG22	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı

Gösterge Adı	**Düzeltici/İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG01**
Tanım	İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltici-iyileştirici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltici-iyileştirici faaliyetlere oranını ifade eder. **Düzeltici-İyileştirici Faaliyet:** Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
Amaç	Kurumda DİF'lerle tespit edilen uygunsuzlukların belirlenen zamanda kapatılarak, gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının analizinin yapılmasının ve çalışanlar arasında DİF kültürünün geliştirilmesinin sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki DİF'lerden sonuçlandırılan DİF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DİF sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	İyileştirici faaliyet oranı
Açıklama	• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DİF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez. • Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DİF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplamaya dahil edilir.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG02**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen mavi kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan mavi kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Mavi Kod:** Karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.
Amaç	Mavi kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan mavi kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. • Gerçekleşen tüm mavi kod olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG03**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda verilen eğitimlere planlanan tüm personelin katılımının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG04**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Amaç	Kuruma yeni başlayan ve bölüm değiştiren personelin uyum eğitimini tamamlaması, uygum eğitimi almadan hiçbir personelin yeni görevine başlamaması için gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden uyum eğitimi alan personel sayısı / Uyum eğitimi alması gereken personel sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personel için gerçekleştirilen uyum eğitimi oranı
Açıklama	**Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG05**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda planlanan eğitimlerin zamanında gerçekleşmesi ve yapılan analizlerle iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki eğitimlerden gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı
Açıklama	• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır. • SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.

Gösterge Adı	**Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG06**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığını, şeklini ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerine yönelik yapılacak analizlerle, çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde tıp merkezine giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.** • "Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplanmaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir. İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kan ve vücut sıvısına maruz kalan personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG07**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptayarak, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kesici-delici alet yaralanma sayısı / Hasta yükü katsayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde tıp merkezine giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • **Gerçekleşen olay sayısı (pay) düşük olduğunda ana göstergenin sonucu küçük bir değer olarak çıkabilmektedir. Bu durumda hedef değerle karşılaştırmaktan ziyade kurumların dönemler arasındaki farklılıkları alt gösterge sonuçları ile birlikte değerlendirmeleri daha fazla önem arz etmektedir.** • "Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı" alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplanmaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir. İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kesici delici aletle yaralanma gerçekleşen personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Kurumdan Ayrılan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG08**
Tanım	Kurumda çalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Yetkin personelin kurumdan ayrılma nedenleri analiz edilerek, ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kurumdan ayrılan personel sayısı / Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı • Ayrılma nedenine göre 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.
	• **Payda** 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 kategoriler;
	  ○ Hekim
	  ○ Hemşire
	  ○ Diğer sağlık çalışanları
	  ○ Temizlik personeli
	  ○ Diğer

Gösterge Adı	**Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG09**
Tanım	İlgili dönemde, kurumda görevli, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, tetkik vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
Amaç	Çalışan sağlığının korunması ve güvenli çalışma ortamının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinden işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Gösterge, tıp merkezi bünyesinde fiilen görev yapan ve sağlık gözetimi programına dâhil edilen tüm çalışanları kapsar. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Göreve ilk kez başlayan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplamaya dâhil edilir.

Gösterge Adı	**El Hijyeni Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG10**
Tanım	İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder. **Endikasyon:** El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet. **Eylem:** Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet. **Fırsat (=uygun durum):** Sağlık bakım aktiviteleri sırasında mikroorganizmaların eller yoluyla geçişini engellemek için el hijyeninin gerekli olduğu anlardır.
Amaç	Çalışanlarda, beş endikasyon kuralına uygun olarak el hijyeni kültürünün oluşturulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı / Gözlemlenen toplam fırsat sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında (hekim, hemşire ve diğer) el hijyeni uyum oranı • Klinik/birim/ünite bazında el hijyeni uyum oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Ayaktan Hasta Düşme Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG11**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Sağlık hizmeti sunumu sırasında; düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Ayaktan toplam başvuru sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil servis, günübirlik vb.) dâhil edilir. • Hesaplamada düşme olay bildirimleri esas alınır. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG12**
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	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı / Toplam çekilen tomografi sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Çekim bölgesi bazında kontrastlı madde ile çekilen tomografi oranı
Açıklama	Kurumda tomografi çekimi yapılmaması durumunda kurum dışına gönderilen çekimler hesaplamaya dahil edilir.

Gösterge Adı	**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG13**
Tanım	Gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin (GCKL) uygun şekilde kullanılma oranını ifade eder.
Amaç	Ameliyat güvenliğinin arttırılması, cerrahide tıbbi hataların engellenmesi, cerrahiye bağlı ölüm ve komplikasyonların azaltması ve bunlarla birlikte cerrahi ekipler arasında daha iyi bir iletişim ve takım çalışmasının teşvik edilmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlar içinde güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen operasyon sayısı / Cerrahi operasyon sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. • **Listenin uygun şekilde kullanılma oranı:** Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Liste kullanımının uygulama anında yerinde gözlenmesi gerekmektedir. Gözlem sırasında listenin, "Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi" çerçevesinde zamanında ve doğru şekilde doldurulma durumu belirlenir.

Gösterge Adı	**Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG14**
Tanım	İlgili dönemde doğum yapan hastalarda, güvenli doğum süreci kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Annenin kuruma girişinden, anne ve bebeğin kurumu terk edişine kadar olan tüm süreçte en iyi ve en güvenli bakımı almalarının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan güvenli doğum süreci kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hasta sayısı / Toplam doğum yapan hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Ortalama Hasta Kalış Süresi**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG15**
Tanım	Cerrahi müdahale sonrası hastaya yapılacak gerekli tıbbi bakım süresinin izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Cerrahi müdahale yapılacak vakanın ve bu vakaya uygulanacak yöntemin, uygulanan cerrahi müdahale sonrasında çıkması muhtemel sağlık sorunlarının herhangi bir yataklı tedavi kuruluşunda aynı sorunun çözümü için gereken ve cerrahi müdahalenin devamı niteliğinde olan ikinci bir müdahaleyi gerektirmeyecek tür ve nitelikte olmasının takibi ve tıp merkezinin hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	Paydada yer alan hastaların kalış süreleri toplamı / Tıbbi bakıma alınan toplam hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Tıbbi bakımda kalış süresi 24-30 saat arasında olan hasta oranı • Tıbbi bakımda kalış süresi 30 saati aşarak taburcu edilen hasta oranı • Tıbbi bakımda kalış süresi 30 saati aşarak transfer edilen hasta oranı
Açıklama	• Tıp merkezinde cerrahi müdahale uygulanan hastaların gözlem altında bulundurulma süresi yirmi dört saattir. Hastanın sağlık durumuna göre bu süre gözlem maksadıyla en fazla altı saat daha uzatılabilir. • Tıp merkezinde müdahale yapılan hastalarda müdahaleye bağlı olarak gelişen komplikasyonlar ve/veya yoğun bakım hizmetine ihtiyaç olan durumlarda tıp merkezi tarafından, önceden belirlenmiş, koordineli olarak çalışılan ve bu hizmetlerin alındığı özel veya kamu hastaneleriyle gereken koordinasyon sağlanarak hasta transfer edilir.

Gösterge Adı	**Aşılama ve IVF Uygulaması Sonrası Başarılı Gebelik Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG16**
Tanım	İlgili dönemde kurumda yapılan aşılama ve İVF işlemleri sonrası fetal kalp atımı alınan gebe oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda yapılan aşılama ve İVF işlemlerindeki başarı oranının artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan anne adayları içinden fetal kalp atımı alınan gebe sayısı / Toplam aşılama ve İVF yapılan anne adayı sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Dondurulmuş Hücre Çözülmesinden Sonraki Başarılı Embriyo Oluşma Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG17**
Tanım	İlgili dönemde dondurulmuş hücre ve gonad dokuların çözünmesi sonrası oluşturulan embriyolarda başarı oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda dondurulmuş hücre ve gonad dokuların çözünmesi sonrası oluşturulan embriyo sayısında başarı oranının artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hücre ve gonad dokulardan başarılı olarak oluşturulan embriyo sayısı / Toplam çözülen hücre ve gonad doku sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG18**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Numune ret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması ve reddedilen numune oranlarının azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden reddedilen numune sayısı / Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Klinik bazında reddedilen numune oranı • Ret nedenine göre reddedilen numune oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG19**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvar hizmet sürecinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvar hizmet sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar ve bildirimler
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• Numune türüne göre kaybolan numune oranı • Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı
Açıklama	• Laboratuvara ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir. • Kaybolan her bir numune “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi” kapsamında incelenmelidir.

Gösterge Adı	**Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG20**
Tanım	İlgili dönemde SBYS ile ilgili teknik sorunlara ortalama müdahale süresini ifade eder.
Amaç	SBYS'de oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamaması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS yazılım ve donanım arızalarına müdahale süreleri toplamı / SBYS yazılım ve donanım arıza sayısı
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	• SBYS yazılım arızalarına ortalama müdahale süresi • SBYS 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).

Gösterge Adı	**SBYS' nin Devre Dışı Kaldığı Süre**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG21**
Tanım	İlgili dönemde SBYS'nin hizmet dışı kaldığı süreleri ifade eder.
Amaç	SBYS'nin devre dışı kalma durumunun takip edilmesi, gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS'nin devre dışı kaldığı toplam süre
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	SBYS'nin lokal olarak devre dışı kaldığı toplam süre
Açıklama	• Süre dakika olarak hesaplanacaktır. • SBYS'nin lokal olarak devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplamaya dahil edilmelidir.

Gösterge Adı	**Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı**
Gösterge Kodu	**TIPM.GKG22**
Tanım	İlgili dönemde taburcu olan hastalara ait dosyalardan eksiksiz olanların oranını ifade eder.
Amaç	Hasta dosya ve kayıtlarının zamanında, eksiksiz ve tam olarak doldurulmasıdır.
Veri Kaynağı	İlgili birim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki dosyalardan eksiksiz olarak teslim edilen dosyası sayısı / Arşive teslim edilen toplam hasta dosyası sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Gösterge payının hesaplanmasında taburculuk sonrası arşive teslim sırasında ilk kontrolde eksiksiz olduğu tespit edilen hasta dosyaları esas alınır. Geri gönderildikten sonra düzeltilerek kabul edilen dosyalar paya dâhil edilmez.

EKLER

Ek1. Cerrahi Prosedür Listesi

KOD	PROSEDÜR	PROSEDÜR TANIMI
AAA	Abdominal Aort Anevrizması Onarımı	Abdominal aortun anastomoz veya replasman ile rezeksiyonu
AMPU	Ekstremite Amputasyonu	Parmaklar dahil üst veya alt ekstremitelerin toplam veya parsiyel amputasyonu veya disartikülasyonu
APPEN	Appendektomi	Appendiks ameliyatı (başka bir cerrahi girişim sırasında insidental olarak çıkarılması hariç)
AVF	Diyaliz için Arteriyovenöz Fistül Açılması	Renal diyaliz için arteriyovenostomi
BİLİ	Safra Yolları, Karaciğer veya Pankreas Cerrahisi	Safra kanallarının eksizyonu ya da safra yolu, karaciğer ya da pankreas üzerindeki ameliyat prosedürleri (sadece safra kesesi ile ilgili işlemleri içermez).
MEME	Meme Cerrahisi	Radikal, modifiye veya kuadranöz rezeksiyon, lumpektomi, insizyonel biyopsi veya mamoplasti dahil meme dokusunun veya lezyonunun rezeksiyonu
KARD	Kardiyak Cerrahi	Kapakçıklar ve septum dahil kalp üzerindeki operasyonları içerir. Koroner arter bypass grefti, damar cerrahisi, kalp transplantasyonu ve kalp pili implantasyonunu içermez.
KBGGB	Koroner Arter Bypass Cerrahisi (göğüs ve bacak insizyonu ile yapılan)	Kalbin doğrudan revaskülarizasyonunu sağlamak için göğüs prosedürü; greftleme için donör alandan uygun damar elde edilmesini içerir.
KBGGB	Koroner Arter Bypass Cerrahisi (sadece göğüs insizyonu ile yapılan)	İnternal mammarian (torasik) arterin direkt vaskülarizasyonunu sağlamak için göğüs prosedürleri
KEND	Karotid Endarterektomi	Baş ve boyun damarlarında endarterektomi (karotis arter ve juguler ven dahil)
KOLE	Safra Kesesi Cerrahisi	Kolesistektomi ve kolesistotomi
KOLO	Kolon Cerrahisi	Kalın bağırsağın insizyonu, rezeksiyonu veya anastomozu; ince barsak- kalın barsak ve kalın barsak- ince barsak anastomozunu içerir; rektal operasyonlar için REK'e bakınız.
KRAN	Kraniyotomi	Beynin veya meninklerin eksizyonu, onarımı veya eksplorasyonudur, sıvı boşaltma ve ponksiyonları içermez.
CSEC	Sezaryen Seksiyonu	Sezaryen ile doğum

FÜZN	Spinal Füzyon	Spinal füzyon ve refüzyon
FİKS	Kırığın Açık Fiksasyonu	İnternal veya eksternal fiksasyon olsun veya olmasın uzun kemiklerin dislokasyonu veya fraktürünün açık redüksiyonu, eklem protezi yerleştirilmesini içermez.
GAST	Gastrik Cerrahi	Subtotal veya total gastrektomi dahil midenin insizyonu veya eksizyonudur, vagotomi ve fundoplikasyonu içermez.
HER	Herni Onarımı	İnguinal, femoral, umbilikal veya anterior abdominal duvar hernilerinin onarımını içerir. Diyafragmatik herni, hiatal herni veya vücudun diğer bölgelerindeki hernilerin onarımını içermez.
KPRO	Kalça Protezi	Kalça artroplastisi
HTP	Kalp Transplantasyonu	Kalp transplantasyonu
HİST	Abdominal Histerektomi	Abdominal histerektomi, laparoskopik olanlar dahil.
DPRO	Diz Protezi	Diz artroplastisi
BT	Böbrek Transplantasyonu	Böbrek transplantasyonu
LAMİ	Laminektomi	Vertebral yapıların insizyonu veya eksizyonu yoluyla omuriliğin eksplorasyonu veya dekompresyonu
KT	Karaciğer Transplantasyonu	Karaciğer transplantasyonu
BOYUN	Boyun Cerrahisi	Larinksin majör insizyon veya eksiyonu, radikal boyun disseksiyonu. Tiroid ve paratiroid operasyonlarını içermez.
NEFR	Böbrek Cerrahisi	Böbreklerin manipülasyonu veya rezeksiyonu; ilgili yapılar çıkarılarak ya da çıkarılmaksızın
OVER	Over Cerrahisi	Over ve ilgili yapıların operasyonları
PİL	Pil Cerrahisi	Pil yerleştirilmesi, manüplasyonu ya da replasmanı
PROS	Prostatektomi	Prostatın suprapubik, retropubik, radikal veya perineal eksizyonu. Prostatın transüretral rezeksiyonunu içermez.
PVBC	Periferik Vasküler Bypass Cerrahisi	Periferik arter ve venlerin bypass operasyonları
REK	Rektal Cerrahi	Rektum operasyonları
İB	İnce Barsak Cerrahisi	İnce bağırsak insizyon ya da rezeksiyonu; ince bağırsaktan kalın bağırsağa anastomozu içermez.

SPLE	Splenektomi	Dalak rezeksiyonu ya da manipülasyonu
TORA	Toraks Cerrahisi	Kardiyak ve vasküler olmayan torasik cerrahi; pnömonektomi ve hiyatal herni onarımını içerir; diyafragmatik herni onarımını içerir (abdominal yolla yapılan herni onarımını içermez).
TİRO	Tiroid ve/veya Paratiroid Cerrahisi	Tiroid ve/veya paratiroidin rezeksiyon veya manipülasyonu
VHİS	Vajinal Histerektomi	Vajinal histerektomi; laparoskop ile yapılanları da içerir.
VSHN	Ventriküler Şant	Ventriküler şant operasyonları; şantın revizyonu veya çıkarılmasını da içerir.
XLAP	Laparotomi	Gastrointestinal sistemi ya da safra sistemini içermeyen karın operasyonları; abdominal yolla diyafragmatik herni onarımını içerir.

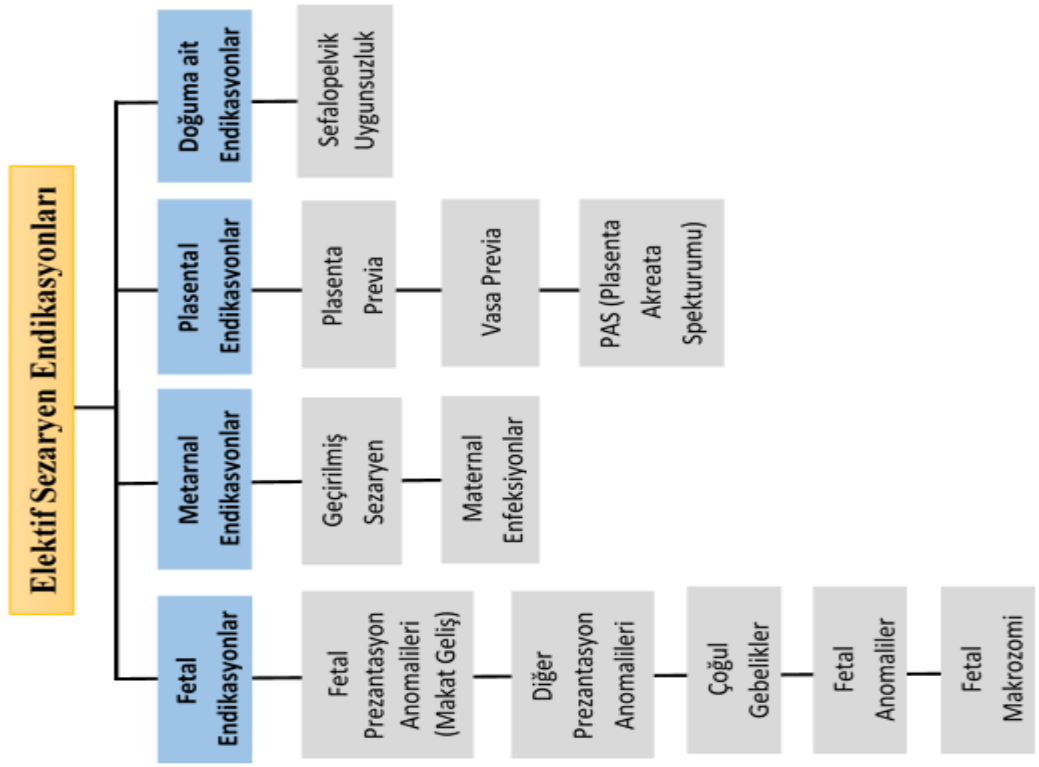
Ek 2. Sürveyans Süreleri

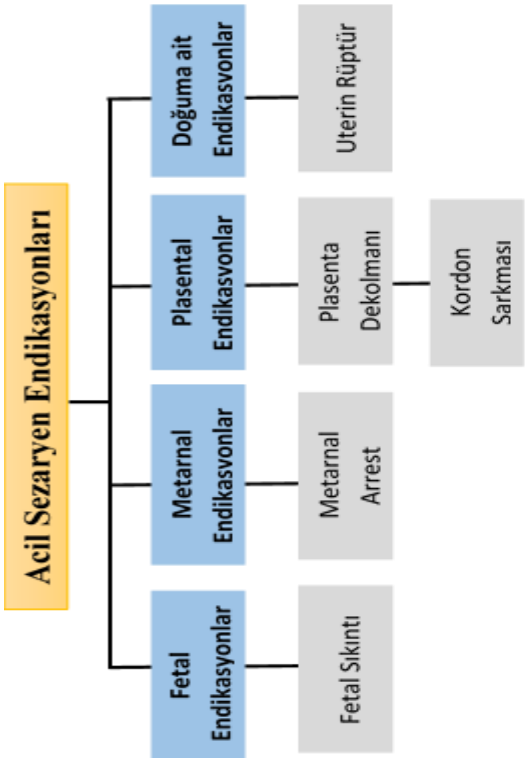
- Tüm prosedürlerde işlemin yapıldığı gün 1. gündür.
- Yüzeyel insizyonel CAE için sürveyans süresi prosedürün yapıldığı gün 1. gün olmak üzere 30 gündür.
- Sekonder insizyonel CAE için sürveyans süresi prosedürün yapıldığı gün 1. gün olmak üzere 30 gündür.

30 GÜNLÜK SÜRVEYANS			
AAA	Abdominal Aort Anevrizması Onarımı	**KOLE**	Safra Kesesi Cerrahisi
AMPU	Ekstremite Amputasyonu	**KOLO**	Kolon Cerrahisi
APPEN	Appendektomi	**KT**	Karaciğer Transplantasyonu
AVF	Diyaliz için Arteriyovenöz Fistül Açılması	**LAMİ**	Laminektomi
BİLİ	Safra Yolları, Karaciğer veya Pankreas Cerrahisi	**NEFR**	Böbrek Cerrahisi
BOYUN	Boyun Cerrahisi	**OVER**	Over Cerrahisi
BT	Böbrek Transplantasyonu	**PROS**	Prostatektomi
CSEC	Sezaryen Seksiyonu	**REK**	Rektal Cerrahi
GAST	Gastrik Cerrahi	**SPLE**	Splenektomi
HİST	Abdominal Histerektomi	**TİRO**	Tiroid ve/veya Paratiroid Cerrahisi
HTP	Kalp Transplantasyonu	**TORA**	Toraks Cerrahisi
İB	İnce Barsak Cerrahisi	**VHİS**	Vajinal Histerektomi
KEND	Karotid Endarterektomi	**XLAP**	Laparotomi
90 GÜNLÜK SÜRVEYANS			
DPRO	Diz Protezi	**FİKS**	Kırığın Açık Fiksasyonu
FÜZN	Spinal Füzyon	**HER**	Herni Onarımı
KARD	Kardiyak Cerrahi	**KPRO**	Kalça Protezi
KRAN	Kraniyotomi	**MEME**	Meme Cerrahisi
PİL	Pil Cerrahisi	**VSHN**	Ventriküler Şant
KBGGB	Koroner Arter Bypass Cerrahisi (göğüs ve bacak insizyonu ile yapılan)		
KBGGB	Koroner Arter Bypass Cerrahisi (sadece göğüs insizyonu ile yapılan)		
PVBC	Periferik Vasküler Bypass Cerrahisi		

Ek 3: Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen ile doğum, genel olarak aşağıda belirtilen durumlarda tercih edilmekle birlikte, bu endikasyonlar kesin olmayıp, olgunun özelliklerine göre doğum şeklinin bireyselleştirileceği, bulunulan koşullara göre karar verilmesi gereken durumlardır.





Ek-4 Anestezi Komplikasyonları Listesi

ANESTEZİ KOMPLİKASYONLARI		
AMELİYATHANE	**AYILMA ODASI**	**POSTOPERATİF DÖNEM**
Zor Hava yolu	EKG' de Disritmi	Yumuşak Doku Yaralanması
EKG' de Disritmi	EKG' de İskemi	Ses Kısıklığı
EKG' de İskemi	Miyokard İnfarktüsü	Boğaz Ağrısı
Miyokard İnfarktüsü	Hipertansiyon	Diş Zedelenmesi
Hipertansiyon	Hipotansiyon	Yeni Kardiyak Bulgular
Hipotansiyon	Kardiyak Arrest	Yeni Solunumsal Bulgular
Kardiyak Arrest	Hava yolu Zedelenmesi	Pulmoner Ödem
Hava yolu Zedelenmesi	Diş Zedelenmesi	Yeni Renal Bulgular
Diş Zedelenmesi	Reentübasyon	Flebit
Reentübasyon	Laringospazm	Nörolojik Defisit
Laringospazm	Bronkospazm	Baş Ağrısı
Bronkospazm	Hipoksi	Mental Sorunlar
Hipoksi	Aspirasyon	Bulantı-Kusma
Siyanoz	Solunum Sıkıntısı	Üşüme-Titreme
Aspirasyon	Solunum Durması	Göz Zedelenmesi
Solunum Sıkıntısı	Pulmoner Ödem	Kardiyak Arrest
Solunum Durması	Pnömotoraks	Ameliyatta Farkında Olma
Pulmoner Ödem	Oligüri	Disritmi
Pnömotoraks	Bulantı- Kusma	Tromboemboli
Oligüri	Vücut Sıcaklığı Artışı	Vücut Sıcaklığı Artışı
Bulantı- Kusma	Vücut Sıcaklığı Azalması	Vücut Sıcaklığı Azalması
Vücut Sıcaklığı Artışı	Ağrı	Ağrı
Vücut Sıcaklığı Azalması	Üşüme- Titreme	Reentübasyon
Allerjik Reaksiyon	Göz Zedelenmesi	Sinir Hasarı

Nörolojik Defisit	24 Saatten Uzun Kalış Süresi	Yanık
Vasküler Komplikasyon	Günübirlikten Yatışa Dönüş	Ölüm
Göz Zedelenmesi	Planlanmamış Yoğun Bakım	
Yanlış İlaç Uygulaması	Sinir Hasarı	
Transfüzyon Reaksiyonu	Yanık	
Cihaz Sorunları	Ölüm	
Ameliyat İptali		
Başarısız Rejyonal Anestezi		
Dura Ponksiyonu		
Venöz Hava Embolisi		
Sinir Hasarı		
Yanık		
Ölüm		

Ek-5 Örneklem Sayısı

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

YARARLANILAN KAYNAKLAR

112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. (2014, 16 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29002). Erişim adresi: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140516-5.htm

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

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

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

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. (2006, 07 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26369). Erişim adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10834&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Ambulanslar%20ve%20Acil%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Ara%C3%A7lar%C4%B1

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/migrated/Guidelines-HOSP1.pdf

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

Başustaoğlu, A. (2013). Kan kültürü uygulama kılavuzu. Erişim adresi: https://www.tmc-online.org/pdf/bd/kan_kulturu_uygulama_klavuzu.pdf

Baumann, B. M., Chansky, M. E., Boudreaux, E. D. (2004). Holding admitted patients in the emergency department is most highly correlated with longer patient throughput times. *Acad Emerg Med*, 11, 453

Cander, B. ve ark. (2008). Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması. *JAEM,* 7(2), 16

Dekker Rebecca R. N. (2017).Evidence on: Skin-to-skin after cesarean. Erişim adresi: http://evidencebasedbirth.com/the-evidence-for-skin-to-skin-care-after-a-cesarean/

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

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

Erdem Ö., Bucaktepe P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Diyarbakır Dicle Tıp Dergisi*, 39(3),458-461

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

European Society of Human Reproduction and Embryology. (2015). IVF laboratuvarlarına yönelik, gözden geçirilmiş iyi uygulama kılavuzları (Çev. Klinik Embriyoloji Derneği). İstanbul

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28339). (Kanun No:6331). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm

Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Kan kültürü uygulama kılavuzu. (2013). Erişim adresi: https://www.klimud.org/public/uploads/files/KAN%20K%c3%9cLT%c3%9cR%c3%9c%20UYGULAMA%20KLAVUZU.pdf

Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Kan dolaşımı örnekleri (Kan kültürü) rehberi (2017). Erişim adresi: https://www.klimud.org/public/uploads/content/files/Kan%20Dola%C5%9F%C4%B1m%C4%B1%20%C3%B6rnekleri.pdf

Kondrup, J., Allıson, S. P., Elıa, M., Vellas, B., Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4),415–421. Erişim adresi: https://espen.info/documents/Screening.pf

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., Dowswell, T. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn ınfants. Cochrane Database Syst Review, 5: CD003519. Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22592691/

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

North West Ambulance Service NHS. (2014). Paramedic pathfinder and community care pathways V3. Erişim adresi: https://www.nwas.nhs.uk/DownloadFile.ashx?id=286&page=16586

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

Onkoloji Hemşireler Derneği. (2014). Antineoplastik ilaçların güvenli kullanım standartları rehberi, Ankara

Onkoloji Hemşireliği Derneği. (2009). Kemoterapi ünitesi standartları. Erişim adresi: http://www.onkohem.org.tr/sites/default/files/dosya/standart-yonetmelik/kemoterapi-unitesi-standartlari.pdf

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun. (1979, 3 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:16655). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf

Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. (2012, 1 Mart). Resmî Gazete (Sayı: 28191). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39872&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Organ Nakli Merkezleri Yönergesi. (2012, 13 Mart). T.C Sağlık Bakanlığı (Sayı: 6157). Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR,11284/organ-nakli-merkezleri-yonergesi.html

Pre-Hospital Emergency Care Council. (2014). Clinical practice guidelines paramedic. (2014). Erişim adresi: https://www.phecit.ie/Images/PHECC/Clinical%20Practice%20Guidelines/2014%20CPG/20141031%20Paramedic%20CPGs.pdf

Sciacovelli, L., et al. (2011). Quality indicators in laboratory medicine: From theory to practice, preliminary data from the ıfcc working group project laboratory errors and patient safety'. *Clin Chem Lab Med*, 49(5), 835–844

Shahangian, S., Snyder, S. (2009). Laboratory medicine quality ındicators, 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. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Acil obstetrik bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://erzurumism.saglik.gov.tr/Eklenti/58240/0/aobyonetimrehberi08-11-20191pdf.pdf

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri. Ankara, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagl%C4%B1g%C4%B1n-gelisitirlmesi/bebek-%C3%A7ocuk-ergen-izlemleri.html

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum sonu bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yayinlarimiz/rehberler/566.html

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yayinlarimiz/rehberler/566.html

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. (2017). Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/SHIE/Klavuzlar/Ulusal_Saglik_Hizmeti_Iliskili_Enfeksiyonlar_Surveyans_Rehberi_Versiyon_1.pdf

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. (2017). Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartları. (2017). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/SHIE/Klavuzlar/Ulusal_Saglik_Hizmeti_Iliskili_Enfeksiyonlar_Surveyans_Standartlari_2017.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2017). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sürüm 6. Ankara, Pozitif Matbaa. Erişim adresi: https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf

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. Erişim adresi: https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/Eklenti/43415/0/sezaryenkppdf.pdf

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2020). SUT rehberi. Ankara. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/25082022-SUT-Degisiklik-Tebligi-Islenmis-Guncel-2013-SUT-2022-09-01-04-52-29

The Baby Friendly Initiative. Erişim adresi: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği. (2013, 09 Ekim). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28790). Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=977:tibb-laboratuvarlar-yoenetmel-2013&catid=2:ymelik&Itemid=33

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, 18 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30629). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181218-1.htm

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yönergesi. (2011, 16 Mart). T.C Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7364). Erişim adresi:https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik. (2014, 30 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29135). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=20085&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2009, 16 Ekim). T.C. Resmi Gazete(Sayı: 27378). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm

Quality Home Care UK Limited, Care Quality Comission. Erişim adresi: http//www.cqc.org.uk/location/1-116936875

Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) Erişim adresi: https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/quality-resources/tools/index.html