



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

# Sağlıkta Kalite Standartları

**Gösterge Yönetimi  
Rehberi**



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



**Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3)  
Mart 2023**

Sürüm 2 Yayın Tarihi: Ankara, Temmuz 2020

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 Başkanlığı'na aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.**

**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: www.shgmkalitedb.saglik.gov.tr



## Editörler

Prof. Dr. Ahmet TEKİN  
Sevil SERİN

## Yayına Hazırlayanlar

Uzm. Dr. Dilek TARHAN  
Uzm. Hem. Seval ÇİFTÇİ  
Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN  
Çağlayan SARIOĞLAN  
Çiğdem GÜNAY  
Gülay DİNÇ  
Sağlık Uzm. Gül HAKBİLEN  
Hacer ÇİL  
Öznur ÖZEN  
Uzm. Dr. Sabahat TAŞKIN ERDİN  
Şakire ŞAHİNBAŞ  
Sağlık Uzm. Şerife ENGELÖĞLU  
Sibel BAYRAKTAR  
Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ  
Dr. Şule ÖZTÜRK  
Tayyibe 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.

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.  
Pınar KOÇATAKAN, Uzm. Dr.  
Sema SANİSOĞLU, Op. Dr.  
Serpil KAYALI  
Songül KAYNAR  
Süleyman DİLEK, Dt.  
Şamil KURGUN  
Şebnem AVŞAR KURNAZ  
Tuncay KOYUNCU, Dt.  
Zehra ÇOŞKUN SALİH, Dt.  
Zeynep ALPTEKİN YILDIZ

## Teşekkür

Değerli katkıları için Sağlık Bakanlığı Ulusal Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Danışma Kurulu'na teşekkür ederiz.

**Gösterge Yönetim Rehberi Sürüm 2.3'te Yapılan Değişiklikler****Eklenen Genel Bilgilendirmeler**

**1.2 Kapsam ve Dayanak** bölümü başlığı "**Genel Bilgiler**" olarak değiştirilmiştir.

**1.2 Genel Bilgiler** bölümüne "Güncelleme kapsamında iptal edilen göstergeler II. Bölüm'deki gösterge listelerinde belirtilmiş olup, iptal edilen göstergeye ait kart "Gösterge Kartları" başlıklı ilgili bölümlerden çıkarılmıştır." açıklaması eklenmiştir.

**1.2 Genel Bilgiler** bölümüne "Güncelleme kapsamında yeni eklenen göstergeler, ilgili bölümün son göstergesinden sonra kodlanarak eklenmiştir." açıklaması eklenmiştir.

**1.3.4. Alt Göstergelerin Belirlenmesi** bölümüne "İzlenen alt göstergeler için ayrı ayrı hedef değer belirlenebilir. TÜR-GÖS'e veri girişi yapılması gereken alt göstergeler için hedef değer belirlenmesi zorunludur" ve "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." açıklamaları eklenmiştir.

**1.3.5. Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi** bölümünde son paragrafta düzenleme yapılmıştır.

**1.3.11. Hedef Değerin Belirlenmesi** bölümüne "İzlenen alt göstergeler için ayrı ayrı hedef değer belirlenebilir. TÜR-GÖS'e veri girişi yapılması gereken alt göstergeler için hedef değer belirlenmesi zorunludur" ve "Nisan 2022 tarihi itibari ile kurumlarımız takip ettikleri göstergelerin kurum hedeflerini TÜR-GÖS'e girmektedirler. Yıl içinde takip ettikleri gösterge verilerinin analizi sonucunda değişiklik uygun görülen hedef değerler bir sonraki yılın Ocak ayında güncellenebilmektedir" açıklamaları eklenmiştir.

**1.3.15. Verilerin Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine Girilmesi** bölümüne "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" açıklaması eklenmiştir.

**1.4. Gösterge Kartlarının Oluşturulması** bölümüne "Gösterge kartları elektronik ortamda oluşturulmalı ve gösterge yönetim sürecinin tamamı dijital ortamda izlenmelidir. Ayrıca kâğıt ortamında bir kayıt oluşturulmasına gerek bulunmamaktadır" ve "bu rehberde III., IV., V., VI. ve VII. 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" açıklamaları eklenmiştir.

SKS ADSH/ADSM Kalite Göstergeleri ana listesinde "ADS Hastanesi" olarak belirtilen göstergeler sadece Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde takip edilecek olup, diğer tüm göstergeler hem Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri hem Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde takip edilecektir.

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

Kurumda birden fazla Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) varsa, TRSM'lerin her biri TÜR-GÖS'e ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Takipler bütün TRSM'ler için ayrı yapılarak analiz edilmelidir.



İptal Edilen Göstergeler	
HSTN.GKG31	Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı
ADSH.GKG04	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
ADSH.GKG17	Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı
ACİL.GKG18	Ambulansın Nakil Sonrası Hastaneden Ortalama Ayrılma Süresi
Yeni Eklenen Göstergeler	
<a href="#">ADSH.GKG12</a>	<a href="#">Kurum İçinde Bölüm Değiştiren Personel Oranı</a>
<a href="#">ADSH.GKG14</a>	<a href="#">Ayaktan Hasta Düşme Oranı</a>
<a href="#">ADSH.GKG25</a>	<a href="#">Ölçü Alımından Sabit Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre</a>
<a href="#">ADSH.GKG35</a>	<a href="#">Tekrarlanan Sabit Protez Oranı</a>
<a href="#">ADSH.GKG42</a>	<a href="#">Kurumdan Ayrılan Personel Oranı</a>
<a href="#">ADSH.GKG43</a>	<a href="#">Yatan Hasta Düşme Oranı</a>
<a href="#">ADSH.GKG44</a>	<a href="#">Ölçü Alımından Hareketli Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre</a>
<a href="#">ADSH.GKG45</a>	<a href="#">Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı</a>

Değişiklik Yapılan Göstergeler		
Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Yapılan Değişiklik
<a href="#">HSTN.GKG01</a>	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG02</a>	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG03</a>	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG04</a>	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG05</a>	Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG07</a>	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">HSTN.GKG08</a>	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.



<a href="#">HSTN.GKG09</a>	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">HSTN.GKG12</a>	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG13</a>	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Tanım güncellendi. Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi. Alt gösterge hesaplama yöntemi ve açıklaması düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG14</a>	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Tanım güncellendi. Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi. Alt gösterge hesaplama yöntemi ve açıklaması düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG15</a>	Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">HSTN.GKG16</a>	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">HSTN.GKG17</a>	Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Gösterge yeniden düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG19</a>	Basınç Yarası Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG22</a>	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı	Gösterge ve alt gösterge adı değiştirildi. Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG24</a>	Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı	Açıklama düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG29</a>	İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG32</a>	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG35</a>	Hasta Sevk Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG36</a>	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Açıklanma eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG37</a>	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG41</a>	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	Açıklama eklendi.





<a href="#">HSTN.GKG43</a>	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Doğumdan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG46</a>	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	Alt gösterge eklendi. Açıklama düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG49</a>	Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG50</a>	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG51</a>	Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çiftçi Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG52</a>	Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG53</a>	Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG54</a>	Tedavi programında olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG68</a>	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması	Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG69</a>	Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG76</a>	Hasta Düşme Oranı	Gösterge adında değişiklik yapıldı. Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG77</a>	Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Aynı Tanı İle Yeniden Yatış Oranı	Açıklama düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG78</a>	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG79</a>	Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG83</a>	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG84</a>	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG85</a>	İdrar Kültüründe Kontaminasyon Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG90</a>	Kan Kültüründe Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG92</a>	İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG94</a>	Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.



<a href="#">HSTN.GKG96</a>	Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre	Açıklama eklendi.
<a href="#">HSTN.GKG97</a>	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG98</a>	Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG99</a>	Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG100</a>	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG101</a>	Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Değeri 1,7'den Düşük Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG102</a>	Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG103</a>	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG104</a>	Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG105</a>	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG106</a>	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin Altında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG108</a>	Eritropoetin Kullanım Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG109</a>	Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG110</a>	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG111</a>	Anti HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG112</a>	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG121</a>	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">HSTN.GKG122</a>	Sağlık Kuruluna Geri Dönen Toplam Rapor Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Alt gösterge iptal edildi.
<a href="#">ADSH.GKG01</a>	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG02</a>	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG03</a>	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG05</a>	Mavi Kodda Üç Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.



<a href="#">ADSH.GKG06</a>	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ADSH.GKG07</a>	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi. Açıklama düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG08</a>	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ADSH.GKG09</a>	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG10</a>	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Tanım güncellendi. Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi. Alt gösterge hesaplama yöntemi ve açıklaması düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG11</a>	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Tanım güncellendi. Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi. Alt gösterge hesaplama yöntemi ve açıklaması düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG12</a>	Kurum İçinde Bölüm Değiştiren Personel Oranı	Yeni düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG13</a>	Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Gösterge yeniden düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG14</a>	Ayaktan Hasta Düşme Oranı	Yeni düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG19</a>	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	Veri kaynağı düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG20</a>	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ADSH.GKG21</a>	Kaybolan Ölçü Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ADSH.GKG22</a>	Kaybolan Protez Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ADSH.GKG23</a>	Kaybolan Alçı Model Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ADSH.GKG24</a>	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ADSH.GKG25</a>	Ölçü Alımından Sabit Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre	Yeni eklendi.



<a href="#">ADSH.GKG26</a>	Protezin Tesliminden Sonra Bir Ay içerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı	Açıklama düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG28</a>	Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG30</a>	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG35</a>	Tekrarlanan Sabit Protez Oranı	Yeni eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG36</a>	Protezin Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Planlanmamış Başvuru Oranı	Açıklama düzenlendi.
<a href="#">ADSH.GKG37</a>	Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	Açıklama eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG38</a>	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG39</a>	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG40</a>	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG41</a>	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Açıklama eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG42</a>	Kurumdan Ayrılan Personel Oranı	Yeni eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG43</a>	Yatan Hasta Düşme Oranı	Yeni eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG44</a>	Ölçü Alımından Hareketli Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre	Yeni eklendi.
<a href="#">ADSH.GKG45</a>	Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı	Yeni eklendi.
<a href="#">ACİL.GKG01</a>	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">ACİL.GKG02</a>	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama eklendi.
<a href="#">ACİL.GKG03</a>	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Veri kaynağı düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ACİL.GKG04</a>	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Veri kaynağı düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">ACİL.GKG05</a>	Uyum Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Veri kaynağı düzenlendi. Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi. Açıklama düzenlendi.
<a href="#">ACİL.GKG06</a>	Oksijen Sistemleri Güvenli Kullanımı Eğitimini Tamamlayan Personel Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.



<a href="#">ACİL.GKG09</a>	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi.
<a href="#">ACİL.GKG10</a>	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Alt gösterge iptal edildi. Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi.
<a href="#">ACİL.GKG11</a>	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Alt gösterge iptal edildi. Hesaplama yöntemi bölümüne 100 çarpanı eklendi.
<a href="#">ACİL.GKG12</a>	Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Gösterge yeniden düzenlendi.
<a href="#">ACİL.GKG13</a>	Hasta Düşme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">ACİL.GKG14</a>	Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi	Alt gösterge iptal edildi.
<a href="#">ACİL.GKG15</a>	Ortalama Vakanın Ekibe Verilme Süresi	Açıklama düzenlendi.
<a href="#">ACİL.GKG16</a>	Ortalama Vakaya Çıkış Süresi	Açıklama düzenlendi.
<a href="#">ACİL.GKG17</a>	Hedeflenen Sürede Kentsel Vakaya Ulaşma Oranı	Yeni eklendi.
<a href="#">ACİL.GKG20</a>	Hedeflenen Sürede Kırsal Vakaya Ulaşma Oranı	Yeni eklendi.
<a href="#">DYLZ.GKG01</a>	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Açıklama düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG02</a>	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">DYLZ.GKG03</a>	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">DYLZ.GKG04</a>	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi. Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">DYLZ.GKG09</a>	Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Gösterge adı değiştirildi. Gösterge yeniden düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG10</a>	Hasta Düşme Oranı	Veri giriş periyodu değiştirildi.
<a href="#">DYLZ.GKG13</a>	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG14</a>	Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG15</a>	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG16</a>	Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG17</a>	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 - 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.



<a href="#">DYLZ.GKG18</a>	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin Altında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG20</a>	Eritropoetin Kullanım Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG21</a>	Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG22</a>	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG23</a>	Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG24</a>	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG25</a>	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">DYLZ.GKG26</a>	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">EVSH.GKG02</a>	Başvurunun Zamanında Karşılama Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">EVSH.GKG03</a>	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">EVSH.GKG04</a>	Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.
<a href="#">EVSH.GKG05</a>	Birime Yeniden Başvuru Oranı	Hesaplama yöntemi bölümü düzenlendi.



## İçindekiler

<b>İçindekiler</b> .....	<b>14</b>
<b>SUNUŞ</b> .....	<b>15</b>
<b>I. BÖLÜM</b>	
<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ</b> .....	<b>16</b>
I.1. Sağlıkta Kalite Göstergelerinin Önemi.....	17
I.2. Genel Bilgiler.....	18
I.3. Gösterge İzlem Basamakları .....	19
I.4. Gösterge Kartlarının Oluşturulması .....	28
I.5. Sonuç.....	29
<b>II. BÖLÜM</b>	
<b>SKS - KALİTE GÖSTERGELERİ</b> .....	<b>30</b>
<b>III. BÖLÜM</b>	
<b>SKS HASTANE GÖSTERGE KARTLARI</b> .....	<b>44</b>
<b>IV. BÖLÜM</b>	
<b>SKS ADŞH/ADSM GÖSTERGE KARTLARI</b> .....	<b>163</b>
<b>V. BÖLÜM</b>	
<b>SKS HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI</b> .....	<b>199</b>
<b>VI. BÖLÜM</b>	
<b>SKS DİYALİZ HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI</b> .....	<b>217</b>
<b>VII. BÖLÜM</b>	
<b>EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ</b> .....	<b>241</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>246</b>
<b>YARARLANILAN KAYNAKLAR</b> .....	<b>255</b>



## 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 oluşturulmuş ve yayınlanmıştır. 2015 yılında ise Genel Müdürlüğümüzce “Gösterge Yönetimi Rehberi” yayınlanarak hastanelerin kullanıma sunulmuştur. Bu sayede göstergelerin izlenmesi ve değerlendirilmesine ilişkin kurumsal bir kültür oluşturulmuştur.

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. Bu değişime uyum sağlayabilmek için Genel Müdürlüğümüz sağlık hizmetlerinde dijitalleşme politikası ile sağlık kuruluşlarını bu kapsamda teşvik etmiştir. 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, personel iş yükünün azaltılmasını sağlamaktadır. Bu hususlar dikkate alınarak, Bakanlığımızca hazırlanan bu rehberde yer alan göstergelerin manuel ortamda 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 taşınması 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. Ahmet TEKİN**  
**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 sürekli ve sistematik bir şekilde izlenmesi gereklidir. İzlem sırasında somut verilerle hareket edilmelidir. Somut kanıtlara ulaşmak için kalite çalışmalarının ölçülebilir bir formata dönüştürülmesi esastır. Ölçüm, 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 araçlar kullanılması gerekmektedir.

Bu araçlardan birkaçı aşağıda sunulmuştur:

- Göstergeler
- Öz değerlendirme
- Görüş ve öneriler
- Geri bildirim
- 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 ya da bölümün kısa zamanda tespit edilmesi
- Konuyla ilgili yönetsel başarının ortaya konulması
- Üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarı veya başarısızlık eğiliminin tespiti
- Bölümler arasında kıyaslama yapılması 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 değerlendirmeleri kapsamında değerlendirilir. Her bir gösterge için ölçme, analiz ve iyileştirme süreçleri ayrı ayrı ele alınarak ilgili gösterge bazında karşılama düzeyi belirlenir. Değerlendirme kapsamında her bir göstergenin puansal değeri “20” olarak belirlenmiştir.

Gösterge kodlarında; ilgili bölümü belirten tanımlayıcı (Hastane-HSTN, ağız ve diş sağlığı hizmetleri-ADSH, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri-ACİL, diyaliz hizmetleri-DYLZ ve evde sağlık hizmetleri-EVSH ve gösterge başlıklarında ilgili bölüme yönlendirici link yer almaktadır.

Sürüm 2.3'deki güncelleme kapsamında iptal edilen göstergeler II. Bölüm'deki gösterge listelerinde belirtilmiş olup, iptal edilen göstergeye ait kart “Gösterge Kartları” başlıklı bölümlerden çıkarılmıştır.

Sürüm 2.3'deki güncelleme kapsamında yeni eklenen göstergeler, ilgili bölümün son göstergesinden sonra kodlanarak eklenmiştir.

### 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 Belirlenmesi
- 2 •Belirlenen Göstergenin Amacının Tanımlanması
- 3 •Sorumluların Belirlenmesi
- 4 •Hesaplama Yönteminin Belirlenmesi
- 5 •Alt Göstergelerin Belirlenmesi
- 6 •Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi
- 7 •Analiz ve Veri Toplama Periyodunun Belirlenmesi
- 8 •İlgili Personelin Eğitilmesi
- 9 •Veri Toplama
- 10 •Verilerin Sonuçlara Dönüştürülmesi
- 11 •Sonuçların Analizi ve Yorumlanması
- 12 •Hedef Değerin Belirlenmesi
- 13 •İyileştirme Çalışmalarının Gerekliğinin Gözden Geçirilmesi
- 14 •Gerekli İse İyileştirme Çalışmalarına Başlanması
- 15 •Verilerin Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) Girilmesi



### 1.3.1. Ölçülecek Göstergelerin ve Amacının Belirlenmesi

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

Rehberde yayınlanan herhangi bir göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi ya da bir mevzuat gereği kurumda uygulanamaması gibi durumlarda ilgili göstergeler izlenmemelidir (Örn: Diyaliz hizmeti verilmeyen hastanelerde Diyaliz Göstergeleri gibi).

Kurumlar tarafından, kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, “Gösterge Yönetimi Rehberinde” yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenebilecektir.

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

- Sağlık hizmetindeki 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 problemlisi olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalıdır. Öncelikle kolay ölçülebilen, yüksek olarak personel uyumunun sağlanabileceği göstergeler tercih edilmelidir.
- Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmelidir.
- Göstergeler belirlenirken çalışanların görüşleri alınmalıdır.

### 1.3.2. Sorumluların Belirlenmesi

Gösterge sorumluları, ilgili gösterge ile ilgili 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, ilgili her türlü kararda sürece dâhil 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 duyulacağını ve bu verilerden sonuca ulaşmak için hangi formül ya da formüllerin kullanılacağı bu aşamada belirlenmelidir. İlgili göstereye yönelik, Bakanlıkça belirlenen bir hesaplama formülü bulunması halinde, bu formül esas alınmalıdır. Bu şekilde ölçümün standardizasyonu, ileriye yönelik eğilimin sağlıklı ortaya konabilmesi gerektiğinde kurumlar arası kıyaslamalar yapılması durumunda doğru sonuçların elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Hesaplama yöntemi, kısaca, verilerin sayısallaştırılması ve analizlerde kullanılabilmesi amacıyla 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 ulaşımı 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 alet ile 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 birebir 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.

### **1.3.5. Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi**

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

Veri toplama yöntemi, verinin kalitesini direk olarak etkileyen bir işlemdir. Bu yöntemin kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması için, tüm basamaklarının net olarak ortaya konmuş olması gereklidir. Personele fazla 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 bildirim dayalı olarak elde edilir. “Reddedilen Numune Oranı” göstergesinde ise veriler bilgi yönetim sistemi üzerindeki kayıtlar üzerinden elde edilir.

Bildirime dayalı göstergelerde dikkat edilmesi gereken husus çalışanlarda bildirim kültürünün oluşturulması 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 sistematigi 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.

### **1.3.6. 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 eşit zaman dilimlerinde ve en uygun sürelerde yapılmasıdır. Kurumlar, ihtiyaçları ve imkânları doğrultusunda daha sık aralıklara sahip bir veri toplama periyodu belirleyebilirler veya bilgi sistemleri vasıtasıyla anlık veri takibi gerçekleştirebilirler.

### **1.3.7. 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 konusunda 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 problemleri 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 kalitesinin sağlanması için kritik aşamalardan biri veri toplama aşamasıdır.

### **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 Türkçe bir ifade ile çözümlenmek 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. O halde bu durumda “Bildirim Düzeyi” kavramı ortaya çıkmaktadır. Bir hastanede olay bildirim kültürü ne kadar gelişmiş ise o hastanede bu tür göstergeler için gerçekçi sonuçlara ulaşmakta o kadar kolay olacaktır. Bu nedenle bildirim 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 ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmelidir.

Gösterge kartında belirlenen veri giriş dönemlerinde elde edilen sonuçlar analiz edilmelidir. Ayrıca, 6 aylık ve yıllık analizler ile kurum 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. Yılsonunda da geçmiş bir yılı kapsayacak şekilde analiz yapılmalıdır.

### **1.3.11. 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 birisi 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 amacıyla, 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 ya da belirlenmiş ulusal ya da uluslararası değerler de incelenebilir. Örneğin, kan kültüründe pozitif sonuç oranı göstergesi için bilimsel literatüre göre bu hedef değer %6-12 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” için hedef %100 olarak belirlenebilir.

Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler veya bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değer revize edilmesi 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.

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

Nisan 2022 tarihi itibari ile kurumlarımız takip ettikleri göstergelerin kurum hedeflerini TÜR-GÖS’e girmektedirler. Yıl içinde takip ettikleri gösterge verilerinin analizi sonucunda değişiklik uygun görülen hedef değerler bir sonraki yılın Ocak ayında güncellenebilmektedir.

### **1.3.12. İyileştirme Çalışmalarının Gerekliliğinin Gözden Geçirilmesi**

Elde edilen analiz sonuçları ile hedef değere ne kadar yakın olduğu 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 İse 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 değer** yakalandıktan 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 Kurumsal Kalite Sistemi (KKS) 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, dönemin 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.

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. ve VII. 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 doğru 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 dâhil olması sağlanmalıdır. Bu tutum, hem hatalara ya da güvenliği tehdit eden olaylara ilişkin bildirim kültürünün oluşması 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 çalışmasında 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
<b>Kalite Yönetimi</b>	
HSTN.GKG01	<a href="#">Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</a>
<b>Acil Durum ve Afet Yönetimi</b>	
HSTN.GKG02	<a href="#">Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı</a>
HSTN.GKG03	<a href="#">Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı</a>
HSTN.GKG04	<a href="#">Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı</a>
HSTN.GKG05	<a href="#">Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı</a>
HSTN.GKG06	<a href="#">Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi</a>
<b>Eğitim Yönetimi</b>	
HSTN.GKG07	<a href="#">Personelin Eğitimlere Katılma Oranı</a>
HSTN.GKG08	<a href="#">Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı</a>
HSTN.GKG09	<a href="#">Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı</a>
<b>Hasta Deneyimi</b>	
HSTN.GKG10	<a href="#">Hasta Deneyim Anketleri Analizi</a>
<b>Sağlıklı Çalışma Yaşamı</b>	
HSTN.GKG11	<a href="#">Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi</a>
HSTN.GKG12	<a href="#">Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı</a>
HSTN.GKG13	<a href="#">Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</a>
HSTN.GKG14	<a href="#">Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı</a>
HSTN.GKG15	<a href="#">Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı</a>
HSTN.GKG16	<a href="#">Kurumdan Ayrılan Personel Oranı</a>
HSTN.GKG17	<a href="#">Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı</a>





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



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



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



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



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



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



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



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



**SKS Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri**

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

**SKS Diyaliz Merkezleri Kalite Göstergeleri**

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



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



### Evde Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri (İl Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Tarafından İzlenecek Göstergeler)

<b>EVSH.GKG01</b>	<a href="#">Hasta Deneyim Anketleri Analizi</a>
<b>EVSH.GKG02</b>	<a href="#">Başvurunun Zamanında Karşılama Oranı</a>
<b>EVSH.GKG03</b>	<a href="#">Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması</a>
<b>EVSH.GKG04</b>	<a href="#">Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı</a>
<b>EVSH.GKG05</b>	<a href="#">Birime Yeniden Başvuru Oranı</a>



---

## III. BÖLÜM

### SKS HASTANE GÖSTERGE KARTLARI

---

**Kalite Yönetimi**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG01</b>
<b>Tanım</b>	<p>İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltilici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltilici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder.</p> <p><b>Düzeltilici-Önleyici Faaliyet:</b> Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.</p>
<b>Amaç</b>	<p>Kurumda DÖF'lerle tespit edilen uygunsuzlukların belirlenen zamanda kapatılarak, gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının analizinin yapılmasının ve çalışanlar arasında DÖF kültürünün geliştirilmesinin sağlanmasıdır.</p>
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<p>İlgili dönemde;</p> $\left( \frac{\text{Paydadaki DÖF'lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı}}{\text{Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı}} \right) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önleyici faaliyet oranı</li><li>• Termin süresi ikiden fazla uzatılan DÖF oranı</li><li>• Birim bazında DÖF gecikme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez.</li><li>• Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplama dahil edilir.</li></ul>

**Acil Durum ve Afet Yönetimi**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG02</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleşen mavi kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan mavi kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. <b>Mavi Kod:</b> Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.
<b>Amaç</b>	Mavi kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Paydadaki mavi kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı} / \text{Gerçekleşen toplam mavi kod olay sayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan mavi kod olay formu oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz.</li><li>• Tatbikatta tutulan formlar hesaplama dahil edilmemelidir.</li><li>• Eksik doldurulan her mavi kod olay formu “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG03</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. <b>Beyaz Kod:</b> Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
<b>Amaç</b>	Beyaz kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulması sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki beyaz kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen beyaz kod olay sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan beyaz kod olay formu oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz.</li><li>• Tatbikatta tutulan formlar hesaplama dahil edilmemelidir.</li><li>• Eksik doldurulan her beyaz kod olay formu “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG04</b>
<b>Tanım</b>	<p>İlgili dönemde gerçekleşen pembe kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan pembe kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder.</p> <p><b>Pembe Kod:</b> Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>
<b>Amaç</b>	Pembe kod olay bildirim formlarının eksiksiz olarak doldurulmasının ve kayıtların zamanında tutulmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki pembe kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam pembe kod olay sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan pembe kod olay formu oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz.</li><li>• Yenidoğan ve/veya çocuk hasta yatışı yapılan tüm kurumlarda değerlendirilecektir.</li><li>• Tatbikatta tutulan formlar hesaplama dahil edilmemelidir.</li><li>• Gerçekleşen tüm pembe kod olayları ve eksik doldurulan her pembe kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG05</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde mavi kod çağrısı yapıldığı andan itibaren, mavi kod ekibinin olay yerine 3 dakika içinde ulaşma oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Mavi kodda ilgili ekibin tüm üyelerinin olay yerine 3 dakika içerisinde ulaşması ve bu kapsamda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod çağrılarında ekip tarafından 3 dakika içinde olay yerine ulaşılan çağrı sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod çağrı sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ekip üyesi bazında 3 dakika içinde mavi kod olay yerine ulaşma oranı</li><li>• Mesai dışında 3 dakika içinde mavi kod olay yerine ulaşma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	3 dakikayı aşan mavi kod ulaşma süreleri olay bazında "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG06</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde beyaz kod çağrısı yapıldığı andan itibaren, güvenlik görevlisinin olay yerine ulaşma sürelerini ifade eder.
<b>Amaç</b>	Beyaz kodda ilgili ekibin tüm üyelerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması ve bu kapsamda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>Olay yerine güvenlik görevlisi tarafından ulaşma sürelerinin toplamı / Çağrı yapılan beyaz kod olay sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Güvenlik görevlisi tarafından olay yerine 2 dakika içinde ulaşma oranı</li><li>• Mesai dışında güvenlik görevlisi tarafından olay yerine ortalama ulaşma süresi</li><li>• Beyaz kod yönetiminden sorumlu yöneticinin olay yerine ortalama ulaşma süresi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Gerçekleşen beyaz kodlar olay bazında "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

**Eğitim Yönetimi**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Personelin Eğitime Katılma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG07</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitime katılım oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Kurumda verilen eğitime planlanan tüm personelin katılımının sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Eğitim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitime katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitime katılması planlanan personel sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hekimlerin planlanan eğitime katılma oranı</li><li>• Hemşirelerin planlanan eğitime katılma oranı</li><li>• Diğer sağlık personelinin planlanan eğitime katılma oranı</li><li>• İdari personelin planlanan eğitime katılma oranı</li><li>• Diğer personelin (teknik ve destek) planlanan eğitime katılma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li><li>• Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır.</li><li>• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.</li></ul>



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG09</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Kurumda planlanan eğitimlerin zamanında gerçekleşmesi ve yapılan analizlerle iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Eğitim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki eğitimlerden gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>• Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>• Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.</li><li>• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li></ul>



## Hasta Deneyimi

<b>Gösterge Adı</b>	<a href="#">Hasta Deneyim Anketleri Analizi</a>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG10</b>
<b>Tanım</b>	Bakanlıkça yayımlanan “SKS Anket Uygulama Rehberi”nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri” esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
<b>Amaç</b>	Kurumun sunduğu sağlık hizmetlerinin hasta ve gerekli durumlarda hasta yakını tarafından değerlendirilmesi ve alınan geri bildirimlerin analizi sonucunda gerekli iyileştirici faaliyetlerin başlatılarak hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta deneyim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<a href="#">Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</a>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Klinik bazında yatan hasta deneyimi anketi analizi</li><li>• Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	KKS Anket Veri Giriş Alanı’na soru bazında veri girişi yapılacaktır.



## Sağlıklı Çalışma Yaşamı

<b>Gösterge Adı</b>	<a href="#">Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi</a>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG11</b>
<b>Tanım</b>	Bakanlıkça yayımlanan “SKS Anket Uygulama Rehberi’nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi” esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
<b>Amaç</b>	Çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyinin belirlenmesi ve alınan geri bildirimlerin analizi sonucunda belirlenecek iyileştirici faaliyetlerin başlatılarak hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Çalışan geri bildirim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<a href="#">Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</a>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Seçenek bazında verilen cevap oranı</li><li>Soru bazında karşılanma oranı</li><li>Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirim anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	KKS Anket Veri Giriş Alanı’na soru bazında veri girişi yapılacaktır.





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG12</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde sağlık kuruluşuna başvuran hasta veya hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet olaylarının oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı / Hasta yükü katsayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiziksel olarak gerçekleşen şiddet oranı</li><li>• Sözel olarak gerçekleşen şiddet oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı</li><li>• Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG13</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Amaç</b>	Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerine yönelik yapılacak analizlerle, çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı} / \text{Hasta yükü katsayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı</li><li>Klinik/birim/ünite bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı</li><li>Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir.</li><li>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.</li><li>Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li><li>“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; <math>(\text{Paydadaki personellerden kan ve vücut sıvısına maruz kalan personel sayısı} / \text{İlgili meslek grubundaki personel sayısı}) \times 100</math></li><li>“Klinik/birim/ünite bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı” alt göstergesinin hesaplanmasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. Hasta yükü katsayısı hesaplamasına idari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel hariç tüm personel dahil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG14</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Amaç</b>	Çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptayarak, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Kesici-delici alet yaralanma sayısı / Hasta yükü katsayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı</li><li>• Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı / İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı</li><li>• Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir.</li><li>• 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.</li><li>• Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li><li>• “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</li><li>• “Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı” alt göstergesinin hesaplamasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. Hasta yükü katsayısı hesaplamasına idari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel hariç tüm personel dahil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG15</b>
<b>Tanım</b>	Kurum içinde personelin bölüm değiştirme oranının değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Kurum içerisindeki yetkin personelin, verimli ve etkin bir şekilde çalışmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Kalite yönetim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Bölüm değiştiren personel sayısı / Toplam personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meslek bazında bölüm değiştiren personel oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İdari görevde çalışan personel ve hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel de dâhil olmak üzere tüm kurum çalışanları hesaplamaya katılır. Asistan rotasyonları ve bölüm içi rotasyonlar kapsam dışı tutulur.</li><li>• Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler;<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hekim</li><li>○ Hemşire</li><li>○ Diğer sağlık çalışanları</li><li>○ Temizlik personeli</li><li>○ Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen (temizlik personeli hariç) personel</li><li>○ Diğer</li></ul></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kurumdan Ayrılan Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG16</b>
<b>Tanım</b>	Kurumda çalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Yetkin personelin kurumdan ayrılma nedenleri analiz edilerek, ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Kalite yönetim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Kurumdan ayrılan personel sayısı} / \text{Toplam personel sayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı</li><li>• Ayrılma nedenine göre kurumdan ayrılan personel oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İstifa, terk, işten çıkarılma, başka kuruluşa tayinler dâhil edilir. Emeklilik, sağlık raporu, eş durumu tayinleri ve ölüm nedeniyle ayrılma kapsam dışı tutulur.</li><li>• Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler;<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hekim</li><li>○ Hemşire</li><li>○ Diğer sağlık çalışanları</li><li>○ Temizlik personeli</li><li>○ Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen (temizlik personeli hariç) personel</li><li>○ Diğer</li></ul></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG17</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, kurumda görevli, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, tetkik vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Çalışan sağlığının korunması ve güvenli çalışma ortamının sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinde işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan ve sağlık gözetimi programına dâhil edilen tüm çalışanları kapsar.</li><li>• Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri hastane sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir.</li><li>• Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluştaki altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplama dâhil edilir.</li><li>• Göreve ilk kez atanan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplama dâhil edilir.</li></ul>

**Hasta Bakımı**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hasta Düşme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG18</b>
<b>Tanım</b>	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Sağlık hizmeti sunumu sırasında; düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı+ Ayaktan toplam başvuru sayısı) x 1000
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayaktan hasta düşme oranı</li><li>• Yatan hasta düşme oranı</li><li>• Düşme risk puanına göre hasta düşme oranı</li><li>• Düşme zamanına göre hasta düşme oranı</li><li>• Yaş gruplarına göre çocuklarda düşme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil servis, diyaliz, günübirlik vb.) dâhil edilir.</li><li>• Hesaplama düşme olay bildirimleri esas alınır.</li><li>• Ayaktan hastalara düşme riski değerlendirme formu düzenlenmesine gerek yoktur.</li><li>• Gerçekleşen tüm düşme olayları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li><li>• 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</li></ul>



- 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 arası hasta düşme sayısı/Ayaktan başvuran toplam 0 – 18 yaş hasta sayısı) x1000





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Basınç Yarası Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG19</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde <u>kloniklerde yatan</u> ve basınç yarası gelişen ( <b>yeni gelişen veya evresi artan</b> ) hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Gerçekleşen basınç yarası nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı</li><li>• Klinik bazında basınç yarası gerçekleşme oranı</li><li>• Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı</li><li>• Yeni gelişen basınç yarası oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın kliniğe ilk yatışında basınç yarası varsa hariç tutulacaktır. Ancak yattığı süre içerisinde basınç yarası evresinin artması halinde hesaplama dahil edilecektir.</li><li>• 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.</li><li>• Evre II ve üzerindeki basınç yaraları (<b>yeni gelişen veya evresi artan</b>) paya dahil edilmelidir.</li></ul>



## İlaç Yönetimi

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>İlaç Hatası Bildirim Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG20</b>
<b>Tanım</b>	Belirlenen dönem içerisinde, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının toplam yatış gün sayısına oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Gerçekleşen ve bildirim yapılan ilaç uygulama hatalarının analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması ve olası hataların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde, (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden yapılan ilaç hatası bildirim sayısı / Toplam yatış gün sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gerçekleşme zamanına göre ilaç hatası bildirim oranı</li><li>Ramak kala ilaç hatası bildirim oranı</li><li>Gerçekleşen ilaç hatası bildirim oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Yatış gün sayısı:</b> 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.</li><li>Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır.</li><li>Ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinde oluşan ramak kala ve gerçekleşmiş ilaç hataları da paya dâhil edilmelidir.</li></ul>

**Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>El Hijyeni Uyum Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG21</b>
<b>Tanım</b>	<p>İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder.</p> <p><b>Endikasyon:</b> El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet.</p> <p><b>Eylem:</b> Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet.</p> <p><b>Fırsat (=uygun durum):</b> Sağlık bakım aktiviteleri sırasında mikroorganizmaların eller yoluyla geçişini engellemek için el hijyeninin gerekli olduğu anlardır.</p>
<b>Amaç</b>	Çalışanlarda, beş endikasyon kuralına uygun olarak el hijyeni kültürünün oluşturulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı / Gözlemlenen toplam fırsat sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meslek bazında (hekim, hemşire ve diğer) el hijyeni uyum oranı</li><li>• Klinik/birim/ünite bazında el hijyeni uyum oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</b></li><li>• İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>El Antiseptiği Tüketim Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG22</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde el hijyeni sağlanması amacıyla tüketilen alkol bazlı el antiseptiği kullanım oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Çalışanlarda el hijyeni uyumunun artırılması için sağlık hizmeti sunulan alanda el hijyeni malzemesinin eksiksiz olarak bulunmasının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (El hijyeni sağlanması amacıyla tüketilen litre biriminden alkol bazlı el antiseptiği miktarı / Toplam hasta yatış gün sayısı) x 1000
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Klinik veya ünite bazında alkol bazlı el antiseptiği tüketim oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Yatış gün sayısı:</b> 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.</li><li>• Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır.</li><li>• "Klinik veya ünite bazında alkol bazlı el antiseptiği tüketim oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi İlgili dönemde; (El hijyeni sağlanması amacıyla ilgili klinik veya ünite tüketilen litre biriminden alkol bazlı el antiseptiği miktarı / İlgili klinik veya ünite toplam hasta yatış gün sayısı) x 1000</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG23</b>
<b>Tanım</b>	<p>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.</p> <p><b>Enfeksiyon Kontrol Demetleri:</b> Yararı kanıtlanmış enfeksiyon önlemlerinin tek tek uygulanması yerine klinik duruma göre birlikte demet halinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmış kontrol listeleridir.</p>
<b>Amaç</b>	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Uygun şekilde gerçekleştirilen eylem sayısı / İncelenen toplam eylem sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontrol demeti bazında önlem paketinin 2 ve üzeri sürecine uyum oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Eylem sayısı:</b> Hasta bazında incelenen kontrol demetindeki her bir uygulama parametresidir.</li><li>• Örneklem seçimi 24 saatlik çalışmayı kapsayacak şekilde yapılmalıdır.</li><li>• Kurum tarafından kullanılan enfeksiyon kontrol demetlerine uyum oranı her bir demet için ayrı hesaplanacaktır.</li><li>• Yoğun bakım ünitesi bazında TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kontrol demetlerine göre yapılacaktır:<ul style="list-style-type: none"><li>o Ventilatör ilişkili pnömoni (VIP)</li><li>o Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE)</li><li>o Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)</li></ul></li></ul> <p>Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Ulusal Önlem Paketi Uygulamaları'na göre ölçütler ve hesaplamalar değişebilir.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "INFLINE Demet İzlem Modülü"ne girilmesi durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG24</b>
<b>Tanım</b>	Santral kateter kullanım gün sayısına göre santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu gelişme hızını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Gerçekleşen santral kateter ilişkili enfeksiyon nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı almasının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu sayısı / Santral kateter kullanım gün sayısı) x 1000
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir.</li><li>• Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar surveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon surveyansı zorunluluğu yoktur.</li><li>• Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. Basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon surveyansı yapılır.</li><li>• 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.</li><li>• <b>INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</b></li><li>• İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG25</b>
<b>Tanım</b>	Üriner kateter kullanım gün sayısına göre üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gelişme hızını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Gerçekleşen üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyon nedenlerinin analiz edilerek, hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; ( <u>Üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyon sayısı / Üriner kateter kullanım gün sayısı</u> ) x 1000
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir.</li><li>• Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili sürveyans zorunluluğu yoktur.</li><li>• Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. Basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır.</li><li>• 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.</li><li>• <b>INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</b></li><li>• İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG26</b>
<b>Tanım</b>	Ventilatör kullanım gün sayısına göre, ventilatör ilişkili pnömoni ve ventilatör ilişkili gerçekleşen olay hızını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Gerçekleşen ventilatör ilişkili pnömoni olaylarının analiz edilerek hastanın en iyi bakımı almasının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Ventilatör ilişkili pnömoni sayısı} / \text{Ventilatör kullanım gün sayısı}) \times 1000$ veya $(\text{Ventilatör ilişkili olay sayısı} / \text{Ventilatör kullanım gün sayısı}) \times 1000$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir.</li><li>• Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur.</li><li>• Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. Basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır.</li><li>• <b>Ventilatör İlişkili Olay (VİO):</b> Değişen CDC tanı kriterlerine geçişle ilgili olarak ulusal geçiş henüz yapılmadığı için VİO takibi kurumların kendi inisiyatifindedir.</li><li>• Ayrıca 18 yaş altı hastalarda VİO tanısı konulamaz.</li><li>• 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.</li><li>• <b>INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</b></li><li>• İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG27</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, seçilen prosedürlerde, cerrahi işlem sonrasında cerrahi alan enfeksiyonu gelişme oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Cerrahi işlemler sonrasında hastalarda görülen cerrahi alan enfeksiyonlarının (CAE) erken dönemde tespit edilerek, gerekli önlemlerin alınmasına yönelik kuralların oluşturulması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürle ilişkili cerrahi alan enfeksiyonu sayısı / Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Yapılan ameliyat bazında cerrahi alan enfeksiyonu oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir.</li><li>• Takip edilecek ameliyat kategorileri kurumun Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre belirlenmelidir.</li><li>• <b>INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</b></li><li>• İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.</li><li>• Takip edilecek kategori sayısı Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Standartları'na göre aşağıdaki şekilde olmalıdır.</li><li>• Yataklı tedavi kurumlarında ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı;<ol style="list-style-type: none"><li>a. 0 - 50 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 1,</li><li>b. 51 - 100 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 2,</li><li>c. 101 - 500 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 5,</li><li>d. 501 ve üzeri kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 6,</li><li>e. Özel dal hastanelerinde kendi branşı ile ilgili en az 1 ameliyat tipinde yapılmalıdır.</li></ol></li></ul>



- 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.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG28</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, seçilen cerrahi prosedürlerde profilaksilerin uygunluk oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksi uygulamalarının, kurum tarafından belirlenmiş standart kurallara uygun şekilde yapılması ve antibiyotiklerin akılcı kullanımının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürlerde, uygun şekilde gerçekleştirilen profilaksi sayısı / Seçilen cerrahi prosedürlerde uygulanan toplam cerrahi profilaksi sayısı) X 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Hekim bazında cerrahi antibiyotik profilaksisi uygunluk oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ulusal sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir.</li><li>• Seçilen cerrahi prosedürleri <b>Ek-1</b>'de yer almaktadır.</li><li>• Profilaksi uygunluğu; antibiyotik adı, veriliş zamanı ve kullanım süresi açısından değerlendirilerek, kurumun kendi profilaksi rehberine göre verilir.</li><li>• Veri değerlendirmesi <b>Ek-2</b>'de yer alan sürveyans sürelerine göre yapılmalıdır. Sürveyans süresine veri girişi için 1 ay ek süre eklenmelidir.</li><li>• <b>INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</b></li><li>• İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.</li></ul>



## Transfüzyon Hizmetleri

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG29</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde imha edilen kan veya kan bileşeni sayısının, kuruluşun stoğuna giren kan veya kan bileşeni sayısına oranını ifade eder
<b>Amaç</b>	Kurum stoklarında bulunan kan ve kan bileşenlerinin istemsiz imhalarının önüne geçilmesi, verimli ve etkin şekilde kullanılmasının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hastane kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Türüne göre kan bileşeni imha oranı</li><li>Kliniğe göre kan bileşeni imha oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	

**Radyasyon Güvenliği**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG30</b>
<b>Tanım</b>	Kontrast madde kullanımının takibi ve kontrastlı tomografi oranlarının izlenmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Kurumdaki kontrast madde ile çekilen tomografi oranları analiz edilerek gereksiz kontrast madde kullanımının en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı / Toplam çekilen tomografi sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Çekim bölgesi bazında kontrastlı madde ile çekilen tomografi oranı</li><li>Klinik/birim/ünite bazında kontrastlı madde ile çekilen tomografi oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	



## 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.

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG32</b>
<b>Tanım</b>	Acil servise 24 saat içinde aynı şikâyetle tekrar başvuran hasta oranının izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Acil servis hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hasta sayısı / Acil servise toplam başvuran hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acil servise hekim bazında yeniden başvuru oranı</li><li>• Acil servise yeniden başvuran hastalarda ilk başvuruda konsültasyon varlığı oranı</li><li>• Acil servise tanı bazında yeniden başvuru oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Aynı hastanın takip ve tedavisinin devamı niteliğindeki başvuruları <b>paya dâhil edilmemelidir.</b>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG33</b>
<b>Tanım</b>	Acil serviste müşahede alanında yatırılan hastaların yatış sürelerinin izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Acil servis müşahede alanlarının amacına uygun şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>Müşahede alanında yatan hastaların yatış süreleri toplamı / Müşahede alanına yatırılan toplam hasta sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Müşahede alanında 720 dakika ve üzerinde kalan hasta oranı</li><li>• Müşahede alanında yatan hastalardan branş uzmanı konsültasyonu istenen hasta oranı</li><li>• Müşahede alanında takip edilen hastalardan hastaneye yatışı yapılan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aynı dönemde birden fazla kez müşahede alanına yatışı yapılan hastaların her bir yatışları ayrı olarak hesaplamaya dahil edilmelidir.</li><li>• Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG34</b>
<b>Tanım</b>	Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren, acil servise ulaşma sürelerinin izlenmesi ve acil servis hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Acil servis hizmetinin zamanında ve hasta güvenliğini riske atmayacak şekilde sunulmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>Acil servise çağrılan konsültan hekimlerin ulaşma süreleri toplamı (dk)/ Acil servisten istenen toplam konsültasyon sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hekim bazında acil servise ortalama ulaşma süresi</li><li>• Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi</li><li>• Mesai dışında acil servise ortalama ulaşma süresi</li><li>• Mesai içinde acil servise ortalama ulaşma süresi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Konsültan hekimlerle telefonla yapılan görüşmeler hesaplamaya dahil edilmeyecektir.</li><li>• Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hasta Sevk Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG35</b>
<b>Tanım</b>	Acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hastaların izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Acil servisin seviyesine ve kapasitesine uygun şekilde hizmet sunmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı / Acil servise başvuran hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nedene göre hasta sevk oranı</li><li>• Mesai dışında hasta sevk oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Acil serviste tedavi altındayken sevk edilen hastalar hesaplama dahil edilecektir. Kurumun diğer kliniklerinden yapılan sevkler hesaplama dahil edilmeyecektir.

**Ameliyathane Hizmetleri**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG36</b>
<b>Tanım</b>	Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Ameliyathaneye cerrahi operasyon ile ilişkili geri dönüş sebeplerinin analiz edilerek, sürecin iyileştirilmesine yönelik gerekli önlemlerin alınmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı / Toplam cerrahi operasyon sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı</li><li>• Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ameliyata bağlı nedenlerle postoperatif 30 gün içinde geri dönüşler hesaplamaya dahil edilir.</li><li>• Hastaya protez takılan ameliyatların proteze bağlı dönüşleri değerlendirmeye alınmaz.</li><li>• Operasyon sonrası, operasyonla ilişkili aşağıda belirlenmiş olan sebepler dikkate alınacaktır;<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Kanama</li><li>✓ Yara açılması (ayrışması)</li><li>✓ Yarada hematoma</li><li>✓ İnsizyonel herni</li><li>✓ Hemoperiton</li><li>✓ Revizyon ameliyatları</li><li>✓ Operasyonel hatalar (Hastada malzeme unutulması, yanlış taraf cerrahisi)</li></ul></li></ul>

**Operasyonla ilişkili sebeplerin ICD-10 kodları:**

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

- “Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı” alt göstergesine yönelik apandisit ameliyatı için örnek hesaplama yöntemi:  
İlgili dönemde;  
$$\left( \frac{\text{Paydadaki ameliyatlardan planlanmamış geri dönüş sayısı}}{\text{Toplam apandisit ameliyatı sayısı}} \right) \times 100$$
- “Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı” alt göstergesine yönelik kanama nedeni için örnek hesaplama yöntemi:  
İlgili dönemde;  
$$\left( \frac{\text{Paydadaki ameliyatlardan kanama nedeniyle planlanmamış geri dönüş sayısı}}{\text{Toplam ameliyat sayısı}} \right) \times 100$$



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG37</b>
<b>Tanım</b>	Gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanılma oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Ameliyat güvenliğinin artırılması, cerrahide tıbbi hataların engellenmesi, cerrahiye bağlı ölüm ve komplikasyonların azaltılması ve bunlarla birlikte cerrahi ekipler arasında daha iyi bir iletişim ve takım çalışmasının teşvik edilmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Kalite yönetim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Klinik bazında güvenli cerrahi uygun kullanım oranı</li><li>• Lokal anestezi ile gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda güvenli cerrahi listesi kullanım oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Liste ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır.</li><li>• <b>Listenin uygun şekilde kullanılma oranı:</b> Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Ayrıca randomize olarak, liste kullanımının uygulama anında yerinde gözlenmesi gerekmektedir. Gözlem sırasında listenin, “GCKL uygulama rehberi” çerçevesinde zamanında ve doğru şekilde doldurulma durumu belirlenir.</li><li>• “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</li><li>• Gözlem yapılacak ameliyat sayısı, bir önceki yıla ait toplam ameliyat sayısına karşılık gelen <b>Ek-5</b>'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı</u></b>																		
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG38</b>																		
<b>Tanım</b>	Anesteziye bağlı olarak gelişen komplikasyonların izlenmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.																		
<b>Amaç</b>	Anesteziye bağlı olarak gelişen komplikasyonların analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.																		
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar																		
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki işlemlerde anesteziye bağlı gerçekleşen komplikasyon sayısı / Anestezi uygulanan toplam işlem sayısı) x 100																		
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık																		
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Anestezi türüne göre cerrahi operasyonlarda görülen anestezi komplikasyon oranı</li><li>Hasta yaşına göre gerçekleştirilen anestezi komplikasyon oranı</li></ul>																		
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Ek-4</b>'de yer alan "<b>Anestezi Komplikasyonları Listesi</b>" dikkate alınarak veri toplanmalıdır.</li></ul> <p><b>Anestezi Komplikasyonu ICD-10 kodları;</b></p> <table border="1"><tr><td><b>T88</b></td><td>Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış</td></tr><tr><td><b>T88.2</b></td><td>Anesteziden dolayı şok</td></tr><tr><td><b>T88.3</b></td><td>Anesteziden dolayı malign hipertermi</td></tr><tr><td><b>T88.4</b></td><td>Başarısız veya güç entübasyon</td></tr><tr><td><b>T88.5</b></td><td>Anestezinin diğer komplikasyonları</td></tr><tr><td><b>T88.6</b></td><td>Doğru ilaç veya tabletin uygun şekilde verilmesinden sonra gelişen anafilaktik şok</td></tr><tr><td><b>T88.7</b></td><td>Uyuşturucu veya ilacın tanımlanmamış ters etkisi</td></tr><tr><td><b>T88.8</b></td><td>Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer tanımlanmış komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış</td></tr><tr><td><b>T88.9</b></td><td>Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonu, tanımlanmamış</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Anestezi Türleri:</b><ul style="list-style-type: none"><li>Genel anestezi</li><li>Lokal anestezi</li><li>Sedasyon</li><li>Bölgesel anestezi (spinal anestezi, epidural anestezi, sinir blokları)</li></ul></li></ul>	<b>T88</b>	Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış	<b>T88.2</b>	Anesteziden dolayı şok	<b>T88.3</b>	Anesteziden dolayı malign hipertermi	<b>T88.4</b>	Başarısız veya güç entübasyon	<b>T88.5</b>	Anestezinin diğer komplikasyonları	<b>T88.6</b>	Doğru ilaç veya tabletin uygun şekilde verilmesinden sonra gelişen anafilaktik şok	<b>T88.7</b>	Uyuşturucu veya ilacın tanımlanmamış ters etkisi	<b>T88.8</b>	Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer tanımlanmış komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış	<b>T88.9</b>	Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonu, tanımlanmamış
<b>T88</b>	Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış																		
<b>T88.2</b>	Anesteziden dolayı şok																		
<b>T88.3</b>	Anesteziden dolayı malign hipertermi																		
<b>T88.4</b>	Başarısız veya güç entübasyon																		
<b>T88.5</b>	Anestezinin diğer komplikasyonları																		
<b>T88.6</b>	Doğru ilaç veya tabletin uygun şekilde verilmesinden sonra gelişen anafilaktik şok																		
<b>T88.7</b>	Uyuşturucu veya ilacın tanımlanmamış ters etkisi																		
<b>T88.8</b>	Cerrahi ve tıbbi bakımın diğer tanımlanmış komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış																		
<b>T88.9</b>	Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonu, tanımlanmamış																		

**Yoğun Bakım Ünitesi**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı</u></b>												
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG39</b>												
<b>Tanım</b>	Yoğun bakım ünitesinde yatan ve basınç yarası gelişen <b>(yeni gelişen veya evresi artan)</b> hastaların oranını ifade eder.												
<b>Amaç</b>	Gerçekleşen basınç yarası nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.												
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları												
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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												
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık												
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı</li><li>Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı</li><li>Yoğun bakımda Evre I basınç yarası gelişen hasta oranı</li></ul>												
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Yoğun bakım ünitesine yatış sırasında basınç yarası var olan hastalar hariç tutulacaktır</li><li>Hastalar yoğun bakım ünitesine yatışından itibaren ilk 8 saat içerisinde değerlendirilmeli ve ölçüm aracı puanına göre önlem alınmalıdır.</li><li>Kurumda birden fazla yoğun bakım ünitesi varsa her bir üniteye ayrı ayrı takip yapılmalıdır.</li><li>Evre II ve üzerindeki basınç yaraları (yeni gelişen veya evresi artan) paya dahil edilmelidir.</li><li>TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:</li></ul> <table border="1"><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>	Erişkin birinci basamak YB	Çocuk ikinci basamak YB	Yenidoğan birinci basamak YB	Erişkin ikinci basamak YB	Çocuk üçüncü basamak YB	Yenidoğan ikinci basamak YB	Erişkin üçüncü basamak YB		Yenidoğan üçüncü basamak YB			Yenidoğan dördüncü basamak YB
Erişkin birinci basamak YB	Çocuk ikinci basamak YB	Yenidoğan birinci basamak YB											
Erişkin ikinci basamak YB	Çocuk üçüncü basamak YB	Yenidoğan ikinci basamak YB											
Erişkin üçüncü basamak YB		Yenidoğan üçüncü basamak YB											
		Yenidoğan dördüncü basamak YB											



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı</u></b>												
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG40</b>												
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan aynı dönem içinde ölenlerin oranını ifade eder.												
<b>Amaç</b>	Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın oluşturulması, bakım kalitesinin artırılması, mortalite ve morbiditenin azaltılması amaçlanmaktadır.												
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar												
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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												
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık												
<b>Alt Gösterge</b>	Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)												
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde hastalık şiddeti skora sistemleri kullanılarak, beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.</li><li>Yetişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakım bazında ayrı ayrı hesaplanmalıdır.</li><li>TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:</li></ul> <table border="1"><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>	Erişkin birinci basamak YB	Çocuk ikinci basamak YB	Yenidoğan birinci basamak YB	Erişkin ikinci basamak YB	Çocuk üçüncü basamak YB	Yenidoğan ikinci basamak YB	Erişkin üçüncü basamak YB		Yenidoğan üçüncü basamak YB			Yenidoğan dördüncü basamak YB
Erişkin birinci basamak YB	Çocuk ikinci basamak YB	Yenidoğan birinci basamak YB											
Erişkin ikinci basamak YB	Çocuk üçüncü basamak YB	Yenidoğan ikinci basamak YB											
Erişkin üçüncü basamak YB		Yenidoğan üçüncü basamak YB											
		Yenidoğan dördüncü basamak YB											



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı</u></b>												
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG41</b>												
<b>Tanım</b>	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.												
<b>Amaç</b>	Hasta bakım kalitesi ve tedavi etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.												
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar												
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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												
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık												
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Yoğun bakım bazında yeniden yatış oranı</li><li>Hekim bazında yoğun bakım ünitesine yeniden yatış oranı</li></ul>												
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Pay, aynı seviye veya daha üst seviyedeki yoğun bakımlara yeniden yatışları kapsamalıdır.</li><li>Payda, söz konusu yoğun bakımdan daha alt seviyede bir yoğun bakıma veya servise sevk edilen ya da taburcu edilen hastaları kapsamalıdır.</li><li>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.</li><li>Kurumda aynı seviyede birden fazla yoğun bakım bulunması durumunda, her bir yoğun bakım kendi seviyesindeki yoğun bakımlarla birlikte değerlendirilir.</li><li>Her yoğun bakım için ayrı hedef değer belirlenerek takip edilebilir.</li><li>TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:</li></ul> <table border="1"><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>	Erişkin birinci basamak YB	Çocuk ikinci basamak YB	Yenidoğan birinci basamak YB	Erişkin ikinci basamak YB	Çocuk üçüncü basamak YB	Yenidoğan ikinci basamak YB	Erişkin üçüncü basamak YB		Yenidoğan üçüncü basamak YB			Yenidoğan dördüncü basamak YB
Erişkin birinci basamak YB	Çocuk ikinci basamak YB	Yenidoğan birinci basamak YB											
Erişkin ikinci basamak YB	Çocuk üçüncü basamak YB	Yenidoğan ikinci basamak YB											
Erişkin üçüncü basamak YB		Yenidoğan üçüncü basamak YB											
		Yenidoğan dördüncü basamak YB											





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG42</b>
<b>Tanım</b>	Yoğun bakım ünitesinde yatan ve beyin ölümü açısından değerlendirilen hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların beyin ölümü açısından değerlendirilerek olası organ bağışlarının tespit edilmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan klinik ön koşullar açısından değerlendirilen hasta sayısı / Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki dönemden devreden hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<p><b>Beyin Ölümü Tanısı:</b> Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve tüm beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşümü olmayan kaybıdır. Beyin ölümü tanısında gereken klinik ön koşullar aşağıda belirtilmiştir.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Komanın nedeninin belirlenmiş olması,</li><li>○ Beyin hasarının yaygın ve geri dönüşümsüz olduğunun belirlenmiş olması,</li><li>○ Santral vücut ısısı <math>\geq 32</math> C olması,</li><li>○ Hipotansif şok tablosu olmaması,</li><li>○ Komadan geriye dönüşüm sağlanabilecek ilaç etkileri ve intoksikasyonların dışlanmış olması,</li><li>○ Beyin hasarından bağımsız şekilde klinik tabloyu açıklayabilecek metabolik, elektrolit ve asit-baz bozukluklarının olmaması.</li></ul> <p><b><u>Bkz. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği</u></b></p> <p>*Bu gösterge 3. Basamak yoğun bakım ünitelerinde takip edilmelidir.</p>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Doğumdan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG43</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde doğumdan itibaren yeni doğan yoğun bakım ünitesine yatırılan bebeklerden ilk 6 saat içinde kolostrum verilen bebek oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Yenidoğan bebeklerde ilk saatlerden itibaren kolostrum almasını sağlayacak şekilde sağılarak bebeğin ağızına verilen birkaç damla kolostrum bile yaşamsal önem taşıyabilir. Kolostrumla ağız bakımı ve/veya minimal enteral beslenme desteği en küçük ve en hasta bebekler için bile çok önemlidir. Kolostrum bebekler için gerekli olan vitamin, mineral ve antikor bakımından çok zengin bir içeriğe sahiptir. Bu göstergenin amacı, yeni doğan yoğun bakımda doğumdan sonraki ilk 6 saatte kolostrum verilen bebeklerin oranının artırılarak bebeklerin sağlığının ve olası enfeksiyonlardan korunmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları/veri toplama formu
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri toplanırken minimal enteral beslenme ve/veya kolostrumla yapılan birkaç damlalık kolostrumla verilen ağız bakımı da hesaplama dâhil edilecektir.</li><li>• Başka bir kurumdan sevkle gelen bebekler hesaplama dâhil edilmemelidir.</li><li>• Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi olan, ancak doğum hizmeti verilmeyen kurumlar ilgili göstergenin takibinden muaftır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG44</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde yeni doğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bebeklerden sadece anne sütü olarak taburcu olan bebek oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin tedavileri süresince anne sütü almasının sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan bebeklerden sadece anne sütü olarak taburcu edilen bebek sayısı / Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bebek sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	

**Doğum Hizmetleri**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Primer Sezaryen Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG45</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde primer sezaryen operasyonu ile yapılan doğumların tüm doğumlara oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	İlk defa doğum yapacak kadınların normal doğuma yönlendirilmesi ve primer sezaryenlerin azaltılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki doğumlar içinde toplam primer sezaryen sayısı / Toplam doğum sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nedenine göre primer sezaryen oranı*</li><li>• Hekim bazında primer sezaryen oranı</li><li>• Sezaryen operasyonları içinde primer sezaryen oranı</li><li>• Tüm sezaryen operasyonlarının toplam doğuma oranı</li><li>• Dış merkez takipli hasta primer sezaryen oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primer sezaryen, annenin ilk sezaryen doğumunu ifade eder.</li><li>• *Nedenine Göre Primer Sezaryen Oranı, <a href="#">Ek-3</a>'de yer alan "Sezaryen Endikasyon Listesi"ne göre hesaplanmalıdır.</li></ul> <b>SUT Kodları:</b> 619930 Sezaryen 619929 Sezaryen (çoğul gebelik)



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG46</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde ilk defa doğum yapan ve sezaryen açısından düşük riske sahip olan kadınlardan sezaryen doğum yapılanların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Sezaryen açısından düşük riske sahip ve ilk defa doğum yapacak kadınların normal doğuma yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hekim bazında düşük riske sahip ilk doğum yapan kadınlarda sezaryen oranı</li><li>• Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve travayı spontan başlamış kadınlarda sezaryen oranı</li><li>• Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve indüklenmiş kadınlarda sezaryen oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Robson On'lu Sistem'e göre sezaryen açısından düşük riske sahip gebelere ait bilgiler için Bakanlıkça yayınlanan güncel <b><u>Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi</u></b> (2018) ve <b><u>Sezaryen Klinik Protokolü</u></b> '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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı</u></b>																		
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG47</b>																		
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, sezaryen ile doğum yapan ve VTE yönünden riskli olan kadınlarda, doğum sonrası VTE profilaksisi uygulananların oranını ifade eder.																		
<b>Ama</b>	Sezaryen ile doğum yapan kadınların VTE yönünden değerlendirilmesi ve olası en erken dönemde gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır.																		
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları																		
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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																		
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık																		
<b>Alt Gösterge</b>	Hekim bazında sezaryen sonrası VTE profilaksisi uygulanma oranı																		
<b>Açıklama</b>	<p>Sezaryen operasyonu sonrası DMAH (Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin) başlama kriterleri (postpartum 10 gün DMAH başlanır):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acil sezaryen yapılanlar ve morbid obez hastalar (&gt; 40 kg/m<sup>2</sup>)</li><li>• Elektif sezaryen yapılan hastalarda ise aşağıdaki parametrelerden birinin varlığı:</li></ul> <table border="1"><tr><td>Maternal obezite (&gt; 30kg/m<sup>2</sup>)</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 &gt; 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 riskli trombofili riski</td></tr><tr><td>Parite &gt; 3</td><td>Ailede geçirilmiş VTE</td></tr><tr><td>Sigara içilmesi</td><td>Geçirilmiş VTE</td></tr></table> <p>Medikal hastalık (kanser, kalp yetmezliği, aktif SLE, aktif inflamatuvar barsak hast ve aktif inflamatuvar poliartropati gibi inflamatuvar hastalıklar, nefrotik sendrom, nefropatili Tip 1 DM, orak hücre hastalığı, mevcut intravenöz ilaç bağımlılığı)</p>	Maternal obezite (> 30kg/m <sup>2</sup> )	Preterm doğum	Çoğul gebelik	Akrabada VTE öyküsü	IVF gebeliği	Maternal düşük riskli VTE	Preeklamsi	Anne yaşının > 35 olması	Ölü fetus	Sistemik enfeksiyon	Postpartum kanama	İmmobilizasyon	Variköz venler,	Yüksek riskli trombofili riski	Parite > 3	Ailede geçirilmiş VTE	Sigara içilmesi	Geçirilmiş VTE
Maternal obezite (> 30kg/m <sup>2</sup> )	Preterm doğum																		
Çoğul gebelik	Akrabada VTE öyküsü																		
IVF gebeliği	Maternal düşük riskli VTE																		
Preeklamsi	Anne yaşının > 35 olması																		
Ölü fetus	Sistemik enfeksiyon																		
Postpartum kanama	İmmobilizasyon																		
Variköz venler,	Yüksek riskli trombofili riski																		
Parite > 3	Ailede geçirilmiş VTE																		
Sigara içilmesi	Geçirilmiş VTE																		
	<b><u>Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi</u></b>																		



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Risk Düzeyine Göre Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG48</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, vajinal doğum yapan ve VTE yönünden riskli olan kadınlarda, doğum sonrası VTE profilaksisi uygulananların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Vajinal doğum yapan kadınların VTE yönünden değerlendirilerek, olası en erken dönemde gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Hekim bazında vajinal doğum sonrası VTE profilaksisi uygulanma oranı
<b>Açıklama</b>	<b>VENÖZ TROMBOEMBOLİ (VTE) İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Antenatal dönemde toplam puan <math>\geq 4</math> ise 1.trimesterden itibaren tromboprofilaksi önerilir.</li><li>○ Antenatal dönemde toplam puan 3 ise 28. gebelik haftasından itibaren tromboprofilaksi önerilir.</li><li>○ Postnatal dönemde toplam puan <math>\geq 2</math> en az 10 gün süreyle tromboprofilaksi önerilir.</li><li>○ Antenatal dönemde hastaneye yatış durumunda tromboprofilaksi önerilir.</li><li>○ Puerperium döneminde hastanede uzun yatış (<math>\geq 3</math> gün) veya tekrar hastaneye yatış durumunda tromboprofilaksi önerilir.</li></ul> <b>Venöz Tromboemboli (VTE) için Risk Faktörleri Puanlaması için</b> <b><u>Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi</u></b>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı</u></b>																														
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG49</b>																														
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hastaların oranını ifade eder.																														
<b>Amaç</b>	Vajinal doğumlarda gelişen travma nedenlerinin analiz edilmesi ve obstetrik travmaların önlenmesi amacıyla gerekli tedbirlerin alınmasıdır.																														
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları																														
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı / Toplam vajinal doğum sayısı) x 100																														
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık																														
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı</li><li>• Enstrümansız vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı</li><li>• Doğum zamanına (mesai içi ve dışı) göre vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı</li></ul>																														
<b>Açıklama</b>	<p><b>Obstetrik travma ICD 10 kodları: 0 70 ve 071</b></p> <table border="1"><tr><td>070</td><td>Perineal yırtılma, doğum esnasında</td></tr><tr><td>070.2</td><td>Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında</td></tr><tr><td>070.3</td><td>Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında</td></tr><tr><td>070.9</td><td>Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış</td></tr><tr><td>071</td><td>Obstetrik travma, diğer</td></tr><tr><td>071.0</td><td>Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce</td></tr><tr><td>071.1</td><td>Uterus rüptürü, doğum esnasında</td></tr><tr><td>071.2</td><td>Uterusun postpartum inversiyonu</td></tr><tr><td>071.3</td><td>Serviksin obstetrik laserasyonu</td></tr><tr><td>071.4</td><td>Obstetrik yüksek vajinal laserasyon</td></tr><tr><td>071.5</td><td>Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer</td></tr><tr><td>071.6</td><td>Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi</td></tr><tr><td>071.7</td><td>Pelvis obstetrik hematomu</td></tr><tr><td>071.8</td><td>Obstetrik travma, diğer tanımlanmış</td></tr><tr><td>071.9</td><td>Obstetrik travma, tanımlanmamış</td></tr></table>	070	Perineal yırtılma, doğum esnasında	070.2	Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	070.3	Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	070.9	Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış	071	Obstetrik travma, diğer	071.0	Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce	071.1	Uterus rüptürü, doğum esnasında	071.2	Uterusun postpartum inversiyonu	071.3	Serviksin obstetrik laserasyonu	071.4	Obstetrik yüksek vajinal laserasyon	071.5	Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer	071.6	Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi	071.7	Pelvis obstetrik hematomu	071.8	Obstetrik travma, diğer tanımlanmış	071.9	Obstetrik travma, tanımlanmamış
070	Perineal yırtılma, doğum esnasında																														
070.2	Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında																														
070.3	Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında																														
070.9	Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış																														
071	Obstetrik travma, diğer																														
071.0	Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce																														
071.1	Uterus rüptürü, doğum esnasında																														
071.2	Uterusun postpartum inversiyonu																														
071.3	Serviksin obstetrik laserasyonu																														
071.4	Obstetrik yüksek vajinal laserasyon																														
071.5	Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer																														
071.6	Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi																														
071.7	Pelvis obstetrik hematomu																														
071.8	Obstetrik travma, diğer tanımlanmış																														
071.9	Obstetrik travma, tanımlanmamış																														



**Enstrümanlı Doğum ICD-10 kodları ve SUT işlem kodları;**

081	Tek doğum forseps ve vakum ekstraktör ile
081.0	Aşağı forseps doğum
081.1	Orta kavite forseps doğum
081.2	Orta kavite forseps, rotasyon ile
081.3	Forseps doğum, diğer ve tanımlanmamış
081.4	Vakum ekstraktör doğum
081.5	Forseps ve vakum ekstraktör kombinasyonu ile doğum
084.1	Çoğul doğum, hepsi forseps ve vakum ekstraktör ile
619910	Müdahaleli vajinal doğum
619911	Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum)
619912	Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik)
619913	Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)

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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG50</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde doğum yapan hastalarda, güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Annenin kuruma girişinden, anne ve bebeğin kurumu terk edişine kadar olan tüm süreçte en iyi ve en güvenli bakımı almalarının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hasta sayısı / Toplam doğum yapan hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Güvenli doğum kontrol listesi uygun doldurulmayan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	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 kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı doğum sayısı / Randomize olarak incelenen doğum dosyası sayısı) x 100



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG51</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde doğum sonrası ilk bir saat içinde ten tene temas uygulanan anne-bebek çifti oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Kurumda doğumdan sonra olası en erken dönemde ten tene temas yapılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doğum sonrası ten tene temas uygulanamayan anne-bebek çifti oranı</li><li>• Doğum sonrası 1. saat ile 2. saat arasında ten tene temas uygulanan anne-bebek çifti oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ten tene temas:</b> 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, hipotermi önlenmesini sağlamakta ve anne sütünün salınımında artışa sebep olmaktadır. Ayrıca prematüre ve term bebeklere uygulandığında, bebek için daha iyi fiziksel ve gelişimsel sonuçlara yol açar.</li><li>• Yoğun bakıma alınan ve kurum dışına sevk edilen bebekler hesaplama dahil edilmeyecektir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG52</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hastaneden taburcu olan bebeklerden, yatışı süresince sadece anne sütü alan ve anne sütü alarak taburcu edilen bebek oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Anne sütü ve emzirme eğitimlerinin etkinlik ve kazanımlarının değerlendirilmesi, sonucunda insan hayatının başlangıcı için önemli olan anne sütü alımının artırılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Paydada yer alan bebeklerden yatışı süresince sadece anne sütü alan bebek sayısı} / \text{Taburcu edilen bebek sayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	En fazla üç kez formül mama verilen bebek oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tıbbi gereklilikler nedeniyle anne yanında olmayan ve anne sütü alamayan bebekler paya ve paydaya dahil edilmeyecektir.</li><li>• Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan bebekler kapsam dışı tutulacaktır.</li><li>• Hastane dışında doğan ve başka hastaneden sevkle gelen bebekler pay ve paydaya dahil edilmeyecektir.</li><li>• Kurumda doğan ve anne yanında olan bebekler hesaplama dahil edilecektir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG53</b>
<b>Tanım</b>	Doğum sonrası dönemde (postpartum) ilk 7-42 gün içinde, annelerin depresyon riskinin değerlendirilme durumunu ölçmek ve izlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Doğum sonrası dönemde depresyon riski yüksek olan annelerin erken dönemde tespit edilerek gerekli tıbbi desteği alması için yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan annelerden depresyon riski yönünden değerlendirilenlerin sayısı / Doğum sonrası 7-42 gün içinde hastaneye başvuran postpartum anne sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Postpartum risk düzeyi 12 ve üzeri olan anneler içinde psikiyatri muayenesi yapılan annelerin oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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. <b>Bkz. <u>Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi</u></b></li><li>• <b>Toplam doğum sayısı:</b> Canlı ve ölü doğumların toplamını ifade eder.</li><li>• İlgili dönemde doğum yapan anneler için, doğum tarihinden itibaren 7-42 gün içinde gerçekleştirilen depresyon riski değerlendirme işlemi aranır. Örneğin, Ocak-Mart-Mart dönemine ait hesaplamada, 20 Mart tarihinde doğum yapmış bir anne için risk değerlendirme işlemi 30 Nisan tarihine kadar aranır.</li><li>• Dolayısı ile ilgili döneme ait veri analizi, dönemin tamamlanmasından itibaren 42 gün sonra yapılacaktır.</li><li>• Yeni doğum yapan annelerin Kadın Doğum Polikliniği dışındaki birimlere başvuruları hesaplamaya dahil edilmeyecektir.</li></ul>



- **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;  
 $(12 \text{ üzerinde puan alıp psikiyatri muayenesi yapılan anneler} / 12 \text{ üzerinde puan alan anneler}) \times 100$



## 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.

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG54</b>
<b>Tanım</b>	TRSM tarafından tedavi programına alındığı halde programa devam etmeyen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	TRSM tarafından tedavi programına alındığı halde programa devam etmeyen hastaların devam etmeme nedenlerinin analiz edilerek gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan takibe gelmeyen hasta sayısı / Tedavi programına alınan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Tedavi programına düzenli olarak gelmeyen hasta oranı (3 ve üzeri randevusuna gelmeyen hasta)
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Takibe devam etmeyen hasta:</b> Tedavi programına alındığı halde tedaviye hiç gelmeyen hastadır.</li><li>• Tedavi programında olup tedavisine düzenli olarak gelmeyen hastalar göstergenin paydasına dahil edilecek olup payına dahil edilmeyecektir.</li></ul>



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





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG56</b>
<b>Tanım</b>	TRSM'de tedavi programında olan hastalardan acil psikiyatrik durum gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların etkin bir takip ve tedavi hizmeti almasının sağlanması, sonucunda acil psikiyatrik durum gelişme oranlarının azaltılması, toplum ve kurum adına oluşabilecek tehditlerin önüne geçilmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan acil psikiyatrik durum gelişen hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Acil psikiyatrik durum gelişen hastalardan, psikiyatri kliniğine yatırılan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Acil psikiyatrik durum;</b> 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.</li><li>• Örnek acil psikiyatrik durumlar:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Saldırgan hasta ve şiddet</li><li>✓ Psikoaktif madde kullanımı ile ilgili aciller</li><li>✓ Deliryum</li><li>✓ Anksiyete ve panik</li><li>✓ Bayılma</li><li>✓ Psikotropilara bağlı yan etkiler ile ilgili aciller</li></ul></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Remisyon Kararı Verilen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG57</b>
<b>Tanım</b>	TRSM tarafından tedavi programına alınan hastalardan remisyon kararı verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalar içinde remisyon kararı verilen hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	Tedavi programında olan hastaların belirli ölçekler kullanılarak tespit edilen iyileşme oranları üzerinden remisyon kararı verilir.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Sayısı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG58</b>
<b>Tanım</b>	TRSM'de çalışan sağlık personelinin takip ettiği hastaların sayısını ifade eder.
<b>Amaç</b>	TRSM'de çalışan sağlık personelinin takip ettiği hasta sayısının değerlendirilerek personelin etkin ve verimli çalışmasının sağlanması ile hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>Tedavi programında olan hasta sayısı / Vaka yöneticisi olarak görev yapan personel sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Vaka yöneticisi olarak görev yapan personellerin günlük ortalama randevu sayısı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Vaka yöneticisi</b>; sorumluluğu dahilindeki hastaların bakım sürecinin koordinasyonu ve takibini yürüten kişiyi ifade eder.</li><li>• Etkin ve verimli çalışmanın sağlanabilmesi için vaka yöneticisi başına düşen hasta sayısı asgari düzeyde olmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG59</b>
<b>Tanım</b>	TRSM'de tedavi programında takip edilen hastalar içinde intihar girişiminde bulunan hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	TRSM tarafından takip edilen hastalar arasında intihar girişiminde bulunan hasta sayısı değerlendirilerek olası intihar teşebbüslerinin önüne geçilebilmesi ve TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intihar girişiminde bulunan hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psikiyatrik tedavi amacıyla kullandığı ilaçlarla intihar girişiminde bulunan hasta oranı</li><li>• İntihar girişimi sonucunda psikiyatri kliniğine yatırılan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG60</b>
<b>Tanım</b>	TRSM'de tedavi programında takip edilen hastalar içinde intihar girişimi sonucunda ölen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intihar girişimi sonucu ölen hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Psikiyatrik tedavi amacıyla kullandığı ilaçlarla intihar girişiminde bulunarak ölen hasta oranı
<b>Açıklama</b>	



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Tedavi Programında Olup İstihdam Edilen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG61</b>
<b>Tanım</b>	TRSM tarafından takip edilen hastalardan korumalı iş yerlerinde istihdam edilen hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	TRSM tedavi programında olan hastaların mevcut durumlarına uygun işlerde istihdam edilmesi ve toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin artırılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan korumalı iş yerlerinde istihdam edilen hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	Korumalı iş yerleri dışında istihdam edilen hasta oranı
<b>Açıklama</b>	Göstergenin analizinde hastaların istihdam edilmesi kadar kurumun istihdama yönelik çalışmaları da değerlendirilmelidir.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG62</b>
<b>Tanım</b>	TRSM tarafından takip edilen hastalardan psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin TRSM’de aldığı hizmet kalitesinin artırılarak hastaneye yönlendirilme gereksinimlerinin azaltılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan, psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hasta oranı</li><li>• 3. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG63</b>
<b>Tanım</b>	TRSM tarafından takip edilen hastalardan psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin TRSM’de aldığı hizmet kalitesinin artırılarak hastaneye yatma gereksinimlerinin azaltılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan, psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hasta oranı</li><li>• 3. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Vücut Kitle İndeksi Yüksek Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG64</b>
<b>Tanım</b>	TRSM tarafından takip edilen hastalardan Vücut Kütle İndeksi (VKİ) 30'un üstünde olan hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların biyolojik ve psikososyal gereksinimlerine yönelik bütüncül ve kaliteli bakım hizmeti almasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan VKİ 30 ve üzeri olan hasta sayısı / Tedavi programında olan toplam hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• VKİ 25-30 arası olan hasta oranı</li><li>• VKİ 25 ve üzeri olan hastalardan diyetisyen takibine alınan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	



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



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

**Evde Sağlık Hizmetleri**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Başvurunun Zamanında Karşılama Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG67</b>
<b>Tanım</b>	Hastaların, evde sağlık koordinasyon merkezi tarafından birime yönlendirildikten sonra iki iş günü içinde ilgili ekip tarafından ziyaret edilme oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların başvurularının ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen zamanda karşılanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG68</b>
<b>Tanım</b>	Evde sağlık hizmeti alan hastalarda bir yıl içinde hasta başına düşen ortalama ziyaret sayısını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Yapılacak iyileştirmeler sonrasında, evde sağlık hizmeti alan hastalara bir yıl içinde yapılan ziyaretlerin planlanan sayıda yapılarak, sunulan hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $\text{Yıl içerisinde yapılan toplam ziyaret sayısı} / \text{Evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen toplam tekil hasta sayısı}$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evde sağlık hizmetleri kapsamında sürekli ziyaret programına alınan hastalar hesaplama dahil edilir.</li><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde bir hasta birden fazla kez ziyaret edilmişse o hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilir.</li><li>• Birden fazla kez ziyaret edilen hastaya ait tüm ziyaretler paya eklenir. Pay kısmı tekilleştirilmez.</li></ul>



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

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG70</b>
<b>Tanım</b>	Evde sağlık hizmeti ziyaretlerinde malnütrisyon açısından risk değerlendirme yapılma oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve beslenme sorunlarına yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının planlanması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Beslenme risk değerlendirme yapılan ziyaret sayısı / Toplam ziyaret sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	İlk ziyarette NRS-2002 değerlendirme formu düzenlenen hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<b>NRS-2002 Değerlendirme Formu:</b> Hastaların beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan tarama formudur.

**Organ Nakil Hizmetleri**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Soğuk İskemi Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG71</b>
<b>Tanım</b>	Nakledilen organların soğuk iskemide ortalama kalış sürelerini ifade eder.
<b>Amaç</b>	Soğuk iskemide süresinin en aza indirilmesi için gerekli önlemlerin alınmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>Alınan organların soğuk iskemide süreleri toplamı / Alınan organ sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Nakil yapılan organ bazında ortalama soğuk iskemide süreleri
<b>Açıklama</b>	<b>Soğuk iskemide süresi:</b> Organın koruyucu sıvıya alındıktan sonra hastaya nakline kadar geçen süredir.

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



## Kemoterapi Hizmetleri

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG73</b>
<b>Tanım</b>	Kemoterapi tedavisi sırasında hastalarda ekstravazasyon gelişme oranını ifade eder. <b>Ekstravazasyon:</b> Subkütan dokuya vezikan ya da irritan ilaçların sızması sonucunda ağrı, nekroz olması veya doku bütünlüğünün bozulmasıdır.
<b>Amaç</b>	Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonların azaltılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Gelişen toplam ekstravazasyon sayısı / Kemoterapi alan tekil hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Nedene göre (hasta kliniğine bağlı, ilaca bağlı vb.) ekstravazasyon gelişme oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bir hastada birden fazla ekstravazasyon gelişmesi durumunda gelişen her bir durum paya dahil edilir.</li><li><b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde bir hasta birden fazla kez kemoterapi almışsa o hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilir.</li></ul>





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

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

**Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) Hizmetleri**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>FTR Hizmetlerinde Hasta Düşme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG76</b>
<b>Tanım</b>	<b>Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.</b>
<b>Amaç</b>	Düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayaktan hasta düşme oranı</li><li>• Yatan hasta düşme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hesaplama düşme olay bildirimleri esas alınır.</li><li>• Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.</li><li>• 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</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Aynı Tanı ile Yeniden Yatış Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG77</b>
<b>Tanım</b>	Yatarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalardan, taburculuğundan sonraki 30 gün içerisinde aynı tanı ile yeniden yatışı yapılan hasta oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Hastalık tanısı bazında yeniden başvuru oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aynı hastanın aynı dönem içindeki <b>farklı tanılarla</b> yapılan yatışlarının hepsi <b>paydaya</b> dahil edilir.</li><li>• Aynı hastanın taburculuğundan sonraki 30 gün içinde <b>aynı tanı ile</b> yapılan yatışları tekil olarak <b>paydaya</b> dahil edilir. 30 günden sonraki <b>aynı tanı ile</b> yatışları yeni hasta gibi <b>paydaya</b> eklenir.</li><li>• Paya dahil edilecek veriler, ilgili dönemde yatışı yapılan hastalarda, taburculuk tarihinden itibaren 30 gün içinde aynı tanı ile gerçekleştirilen yatışlarda aranır. Örneğin, Ocak-Mart-Mart dönemine ait hesaplamada, 20 Mart tarihinde taburcu olan bir hasta için aynı tanı ile tekrar yatış 19 Nisan tarihine kadar aranır.</li><li>• Dolayısı ile ilgili döneme ait veri analizi, dönemin tamamlanmasından itibaren 30 gün sonra yapılabilecektir.</li><li>• <b>TÜR-GÖS veri girişi aşağıdaki gibi yapılacaktır;</b> Ocak-Şubat-Mart dönemi veri girişi <b>Temmuz</b> Nisan-Mayıs-Haziran dönemi veri girişi <b>Ekim</b> Temmuz-Ağustos-Eylül dönemi veri girişi <b>Ocak</b> Ekim-Kasım-Aralık dönemi veri girişi <b>Nisan</b></li></ul>

**Biyokimya Laboratuvarı**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG78</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarına gönderilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Numune ret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması ve reddedilen numune oranlarının azaltılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden reddedilen numune sayısı / Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Klinik bazında reddedilen numune oranı</li><li>• Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı</li><li>• Ret nedenine göre reddedilen numune oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG79</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde biyokimya laboratuvar hizmet sürecinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar ve bildirimler
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numune türüne göre kaybolan numune oranı</li><li>• Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Biyokimya laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir.</li><li>• Kaybolan her bir numune İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında incelenmelidir.</li></ul>



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Biyokimya Laboratuvarında Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG81</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların düzenli takibi ile laboratuvar performansının objektif olarak kontrol edilmesi ve güvenli bir laboratuvar hizmeti sağlamak amaçlamaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital ve manuel kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<u>İlgili dönemde, biyokimya laboratuvarında dış kalite değerlendirme çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı</u>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Test bazında uygunsuzluk sayısı
<b>Açıklama</b>	İlgili döneme ait veriler dönem içinde yapılan dış kalite değerlendirme çalışmalarının sonuçları alındıktan sonra analiz edilecektir. TÜR-GÖS'e veri girişleri ise sonuçların elde edilmesinden sonraki veri giriş döneminde yapılacaktır. Örneğin, dış kalite değerlendirme çalışmaları aylık olarak gerçekleştirilen testler için Ocak-Şubat-Mart dönemine ait verilerin TÜR-GÖS girişi Temmuz ayında yapılacaktır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Biyokimya Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG82</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde laboratuvarında “Akılcı Laboratuvar Kullanımı” çalışma basamaklarına uyum oranını tespit etmeyi amaçlayan ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Laboratuvarında “Akılcı Laboratuvar Kullanımı” çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Uyum sağlanan akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı / Toplam akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	Akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamakları: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Akılcı test istem prosedürü</li><li>✓ Konsültasyon istem prosedürü</li><li>✓ Onay destek sistemi kullanım prosedürü</li><li>✓ Refleks ve reflektif test uygulamaları</li><li>✓ Karar sınırı, kritik değer ve ölçüm birimlerinin harmonizasyonu</li><li>✓ Tıbbi laboratuvar tetkik sonuç raporu standardizasyonu</li><li>✓ Bu test nerede yapılıyor sistemi</li></ul>



**Mikrobiyoloji Laboratuvarı**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG83</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde mikrobiyoloji laboratuvarına teslim edilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Numune ret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması ve reddedilen numune oranlarının azaltılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden reddedilen numune sayısı / Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Klinik bazında reddedilen numune oranı</li><li>• Numune türüne göre reddedilen numune oranı</li><li>• Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı</li><li>• Ret nedenine göre reddedilen numune oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG84</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde mikrobiyoloji laboratuvar hizmet sürecinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan numunelerden kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numune türüne göre kaybolan numune oranı</li><li>• Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mikrobiyoloji laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir.</li><li>• Kaybolan her bir numune İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında incelenmelidir.</li></ul>



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



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG87</b>
<b>Tanım</b>	Mikrobiyoloji Laboratuvarı dış kalite değerlendirme çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital ve manuel kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b><u>Mikrobiyoloji laboratuvarı dış kalite değerlendirme çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı</u></b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Test bazında uygunsuzluk sayısı
<b>Açıklama</b>	İlgili döneme ait veriler dönem içinde yapılan dış kalite değerlendirme çalışmalarının sonuçları alındıktan sonra analiz edilecektir. TÜR-GÖS'e veri girişleri de sonuçların elde edilmesinden sonraki veri giriş döneminde yapılacaktır. Örneğin, dış kalite değerlendirme çalışmaları 6 ayda bir gerçekleştirilen testler için Ocak-Haziran dönemine ait verilerin veri giriş dönemi Temmuz ayı içindedir. Dış kalite değerlendirme sonuçlarının daha ileri bir tarihte elde edilmesi söz konusu ise ilgili döneme ait TÜR-GÖS girişi bir sonraki veri giriş periyodunda yapılacaktır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG88</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde laboratuvarında “Akılcı Laboratuvar Kullanımı” çalışma basamaklarına uyum oranını tespit etmeyi amaçlayan ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Laboratuvarında “Akılcı Laboratuvar Kullanımı” çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Uyum sağlanan akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı / Toplam akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	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



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG90</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde kan kültürlerinde, direk gram boyama sonucu ile son identifikasyon sonucu arasındaki uyumluluğun izlenmesi ve konu ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasını amaçlayan ölçüm aracıdır.
<b>Amaç</b>	Kan kültürlerinde, direk gram boyama sonucu ile son identifikasyon arasında uyumsuzluk tespit edilen durumların izlenmesi ve analitik süreç ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasını amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kan kültürleri içerisinde, direk gram boyama ile son identifikasyon sonuçları uyumlu olan kan kültürü sayısı / Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	





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

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG92</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürlerinden iki ve üzeri set alınan kan kültürü oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Kan kültürlerinin ulusal ve uluslararası rehberler ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda alınmasının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kan kültürleri içinde iki ve üzeri set alınan kültür sayısı / Toplam kan kültürü seti sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Klinik/birim/ünite bazında iki ve üzeri set alınan kan kültürü oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yenidoğan ve çocuk hastalar hariç tutulacaktır.</li><li>• <b>Kan kültürü seti:</b> Tek bir damar girişimiyle alınan kanın dağıtıldığı kültür şişelerinin (aerobik/anaerobik) tümünü ifade eder.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG93</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürü setlerinden tek şişe alınan kan kültürü seti oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Kan kültürlerinin ulusal ve uluslararası rehberler ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda alınmasının sağlanmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Tek şişe alınan toplam kan kültürü seti sayısı / Toplam kan kültürü seti sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Klinik/birim/ünite bazında tek şişe alınan kan kültürü seti oranı
<b>Açıklama</b>	<b>Kan kültürü seti:</b> Tek bir damar girişimiyle alınan kanın dağıtıldığı kültür şişelerinin (aerobik/anaerobik) tümünü ifade eder.

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG94</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Test güvenliğinin sağlanabilmesi için alınan kan kültürlerinin en kısa zamanda laboratuvara ulaştırılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Klinik/birim/ünite bazında alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti oranı
<b>Açıklama</b>	<b>Kan kültürü seti:</b> Tek bir damar girişimiyle alınan kanın dağıtıldığı kültür şişelerinin (aerobik/anaerobik) tümünü ifade eder.



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

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

**Patoloji Laboratuvarı**

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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG98</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde patoloji laboratuvar hizmet süreçlerinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Laboratuvar kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki numunelerden kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numune türüne göre kaybolan numune oranı</li><li>• Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patoloji laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir.</li><li>• Kaybolan her bir numune İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında incelenmelidir.</li></ul>



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

**Diyaliz Hizmetleri**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG100</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Yaş kategorilerine göre Kt/V Değeri 1,2'den düşük hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• Pay hesaplamasında; 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li><li>• Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Değeri 1,7'den Düşük Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG101</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde periton diyalizi yapılan hastalar içinde total Kt/V değeri 1,7'den düşük olan periton diyalizi hastalarının oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan total Kt/V değeri 1,7'den düşük olan hasta sayısı / Toplam periton diyalizi hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Yaş kategorilerine göre Kt/V Değeri 1,7'den düşük hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pay hesaplamasında; 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li><li>• Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG102</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum ferritin düzeyi 200 – 500 ng/ml arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum ferritin düzeyi 200-500 ng/ml arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serum ferritin düzeyi 200 ng/ml altında olan hasta oranı</li><li>• Serum ferritin düzeyi 500 ng/ml üzerinde olan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG103</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Yaş kategorilerine göre serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li><li>• Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG104</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum albümin düzeyleri 3,5 g/dl'nin altında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serum albümin düzeyleri 4 g/dl'nin üstünde olan hasta oranı</li><li>• Yaş kategorilerine göre serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li><li>• Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 - 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG105</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 - 10,5 mg/dl arasında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl üzerinde olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg<sup>2</sup>/dL<sup>2</sup>'nin Altında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG106</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde düzeltilmiş kalsiyum fosfor çarpım (Ca x P) düzeyi 55 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin altında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 75mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin üstünde olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Hemodiyaliz Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG107</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; Hastalara uygulanan hemodiyaliz seanslarının toplam süresi / Toplam hemodiyaliz seans sayısı
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Ortalama hemodiyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	“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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eritropoetin Kullanım Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG108</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı</li><li>Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li><b>Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC grup kodları:</b> B03XA01 - Eritropoetin B03XA02 - Darbepoetin Alfa</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG109</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ortalama hemoglobin düzeyi 10 g/dl altında olan hasta sayısı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG110</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li><b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Anti HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG111</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• <b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG112</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hasta oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan kalıcı kateteri olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	İlgili dönemde ilk kez kalıcı kateter takılan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• “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</li></ul>



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

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



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Diyaliz Ünitesi Mortalite Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG116</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, sağlık kuruluşunda diyaliz hizmeti sunulan hastalarda mortalite oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Diyaliz ünitesinde bakım hizmet kalitesi artırılarak, mortalite ve morbiditenin azaltılması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde ölen hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li><li>• Travma vb. nedenler dışında kalan tüm ölüm nedenleri hesaplama dahil edilmelidir.</li><li>• Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz uygulamaları gösterge hesaplamasına dahil edilmemelidir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG117</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapıldığı hasta oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testleri eksiksiz olarak yapılan hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı</li><li>• 6 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• <b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li><li>• İlgili mevzuatta tanımlanan testlerden bir veya birden fazlası yapılmayan hasta ilgili dönemde paya dahil edilmez.</li></ul>



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

**Bilgi Yönetim Sistemi**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG119</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde SBYS ile ilgili teknik sorunlara ortalama müdahale süresini ifade eder.
<b>Amaç</b>	SBYS'de oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamaması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>SBYS yazılım ve donanım arızalarına müdahale süreleri toplamı / SBYS yazılım ve donanım arıza sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SBYS yazılım arızalarına ortalama müdahale süresi</li><li>• SBYS donanım arızalarına ortalama müdahale süresi</li><li>• Süre dakika olarak hesaplanacaktır.</li><li>• Arızanın başlangıcı; kullanıcı tarafından arızanın ilgili birime ileildiği tarih ve saattir.</li><li>• Arızanın sonlandırılması; arızanın ilgili birim tarafından giderilerek arıza bildiriminin kapatıldığı tarih ve saattir.</li></ul>
<b>Açıklama</b>	(Örneğin; Arızanın yazılım firmasına ileildiği 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).





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG120</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde SBYS'nin hizmet dışı kaldığı süreleri ifade eder.
<b>Amaç</b>	SBYS'nin devre dışı kalma durumunun takip edilmesi, gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>SBYS'nin devre dışı kaldığı toplam süre</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	SBYS'nin lokal olarak devre dışı kaldığı toplam süre
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Süre dakika olarak hesaplanacaktır.</li><li>• SBYS'nin lokal olarak devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplama dahil edilmelidir.</li></ul>

**Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri**

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG121</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde taburcu olan hastalara ait dosyalardan eksiksiz olanların oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Hasta dosya ve kayıtlarının zamanında, eksiksiz ve tam olarak doldurulmasıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	İlgili birim kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki dosyalardan eksiksiz olarak teslim edilen dosyası sayısı / Arşive teslim edilen toplam hasta dosyası sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Klinik/ünite bazında eksiksiz teslim edilen dosya oranı
<b>Açıklama</b>	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.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sağlık Kuruluna Geri Dönen Toplam Rapor Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>HSTN.GKG122</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde sağlık kurulu tarafından verilen raporlardan uygunsuzluk nedeniyle geri dönenlerin oranını ifade eder.
<b>Amaç</b>	Sağlık kurulu tarafından verilen raporlardan uygunsuzluk nedeniyle geri dönenlerin sayısını en aza indirerek hasta güvenliğinin sağlanması ve kurumun hizmet kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki sağlık raporlarından geri dönen rapor sayısı / Kurum bünyesindeki sağlık kurulunun verdiği sağlık raporu sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Rapor türüne göre geri dönen rapor oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ana gösterge hesaplamasında, dönüş sayısına bakılmaksızın uygunsuzluk nedeniyle geri dönen her bir rapor tekil olarak paya dahil edilmelidir.</li><li>“Rapor türüne göre geri dönen rapor oranı” alt göstergesi için askerlik muafiyet raporu, engellilik, vb. alt kategoriler esas alınır.</li></ul>



---

## IV. BÖLÜM

### SKS ADŞH/ADSM GÖSTERGE KARTLARI

---



SKS ADŞH/ADSM Kalite Göstergeleri	
ADSH.GKG01	<a href="#">Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</a>
ADSH.GKG02	<a href="#">Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı</a>
ADSH.GKG03	<a href="#">Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı</a>
ADSH.GKG04	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ADSH.GKG05	<a href="#">Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı</a>
ADSH.GKG06	<a href="#">Personelin Eğitimlere Katılma Oranı</a>
ADSH.GKG07	<a href="#">Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı</a>
ADSH.GKG08	<a href="#">Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı</a>
ADSH.GKG09	<a href="#">Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı</a>
ADSH.GKG10	<a href="#">Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</a>
ADSH.GKG11	<a href="#">Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı</a>
ADSH.GKG12	<a href="#">Personel Devir Oranı</a>
ADSH.GKG13	<a href="#">Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı</a>
ADSH.GKG14	<a href="#">Ayaktan Hasta Düşme Oranı</a>
ADSH.GKG15	<a href="#">İlaç Hatası Bildirim Oranı</a>
ADSH.GKG16	<a href="#">El Hijyeni Uyum Oranı</a>
ADSH.GKG17	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ADSH.GKG18	<a href="#">Hasta Deneyimi Anketi Analizi</a>
ADSH.GKG19	<a href="#">Çalışan Geri Bildirim Anketi Analizi</a>
ADSH.GKG20	<a href="#">Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı</a>
ADSH.GKG21	<a href="#">Kaybolan Ölçü Oranı</a>
ADSH.GKG22	<a href="#">Kaybolan Protez Oranı</a>
ADSH.GKG23	<a href="#">Kaybolan Alçı Model Oranı</a>



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG01</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltilici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltilici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder. <b>Düzeltilici-Önleyici Faaliyet:</b> Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki DÖF'lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önleyici faaliyet oranı</li><li>• Termin süresi ikiden fazla kez uzatılan DÖF oranı</li><li>• Birim bazında DÖF gecikme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez.</li><li>• Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplamaya dahil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG02</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleşen mavi kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan mavi kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. <b>Mavi Kod:</b> Kurumda karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod olay sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan mavi kod olay formu oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz.</li><li>• Tatbikatta tutulan formlar TÜR-GÖS'e girilmemelidir.</li><li>• Eksik doldurulan her mavi kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG03</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. <b>Beyaz Kod:</b> Kurumda görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki beyaz kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen toplam beyaz kod olay sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan beyaz kod olay formu oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz.</li><li>• Tatbikatta tutulan formlar TÜR-GÖS'e girilmemelidir.</li><li>• Eksik doldurulan her beyaz kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG05</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde mavi kod çağrısı yapıldığı andan itibaren, mavi kod ekibinin olay yerine 3 dakika içinde ulaşma oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki mavi kod çağrılarında ekip tarafından 3 dakika içinde olay yerine ulaşılan çağrı sayısı / Gerçekleşen toplam mavi kod çağrı sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nedene göre olay yerine 3 dakika içinde ulaşmama oranı</li><li>• Ekip üyesi bazında 3 dakikayı aşan mavi kod olayı ulaşma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	3 dakikayı aşan mavi kod ulaşma süreleri olay bazında "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Personelin Eğitimlere Katılma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG06</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Eğitim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı</li><li>• Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılma oranı</li><li>• Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı</li><li>• İdari personelin planlanan eğitimlere katılma oranı</li><li>• Diğer personelin (teknik ve destek) planlanan eğitimlere katılma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li><li>• Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır.</li><li>• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.</li></ul>



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

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG08</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Eğitim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>• Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>• Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>• Plan dışı gerçekleşen eğitim oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li><li>• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG09</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde sağlık kuruluşuna başvuran hasta ve hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet olaylarının oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı / Hasta yükü katsayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fiziksel olarak gerçekleşen şiddet oranı</li><li>Sözel olarak gerçekleşen şiddet oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı</li><li>Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personele (idari görevde çalışan personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler de dâhil) yönelik şiddet olay sayısı hesaplama dâhil edilir.</li><li>Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplama dâhil edilir.</li><li>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.</li><li>Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG10</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı} / \text{Hasta yükü katsayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı</li><li>Klinik bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan sağlık personeli sayısı</li><li>Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personelin (hizmet alımı dâhil) kan ve vücut sıvıları ile maruz kalma durumları hesaplamaya dâhil edilir.</li><li>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.</li><li>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.</li><li>Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li><li>“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.</li></ul> İlgili dönemde; $(\text{Paydadaki personellerden kan ve vücut sıvısına maruz kalan personel sayısı} / \text{İlgili meslek grubundaki personel sayısı}) \times 100$ <ul style="list-style-type: none"><li>“Klinik/birim/ünite bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı” alt göstergesinin hesaplanmasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. Hasta yükü katsayısı hesaplamasına idari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel hariç tüm personel dahil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG11</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Kesici-delici aletle yaralanma sayısı / Hasta yükü katsayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı</li><li>• Klinik bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan sağlık personeli sayısı</li><li>• Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personelin (hizmet alımı dâhil) kesici-delici alet yaralanmaları hesaplamaya dâhil edilir.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li><li>• “Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı” alt göstergesinin hesaplanmasında hasta yükü katsayısı hesaplamaz, ilgili meslek grubuna ait personel sayısı hesaplamaya dahil edilir.</li></ul> İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kesici-delici aletle yaralanma gerçekleşen personel sayısı / İlgili meslek grubundaki personel sayısı) x 100 <ul style="list-style-type: none"><li>• “Klinik bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı” alt göstergesinin hesaplanmasında ilgili birimin hasta yükü katsayısı hesaplanmalıdır. Hasta yükü katsayısı hesaplamasına idari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel hariç tüm personel dahil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG12</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde kurum içinde bölüm değiştirme oranının değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Kurum tarafından belirlenmelidir.
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Bölüm değiştiren personel sayısı} / \text{Toplam personel sayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Meslek bazında personel devir oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler;<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hekim</li><li>○ Hemşire</li><li>○ Diğer sağlık çalışanları</li><li>○ Temizlik personeli</li><li>○ Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel (temizlik personeli hariç)</li></ul></li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG13</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, kuruluştaki görevli personele, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, test vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinde işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan ve sağlık gözetimi programına dahil edilen tüm çalışanları kapsar.</li><li>• Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri hastane sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir.</li><li>• Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluştaki altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplama dâhil edilir.</li><li>• Göreve ilk kez atanan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplama dâhil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ayaktan Hasta Düşme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG14</b>
<b>Tanım</b>	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Ayaktan başvuran toplam hasta sayısı) x 1000
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil) dahil edilmelidir.</li><li>• Ayaktan hastaların düşme oranı hesaplamasında sadece düşme olay bildirimleri esas alınır.</li><li>• Gerçekleşen tüm düşme olayları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine”ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>İlaç Hatası Bildirim Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG15</b>
<b>Tanım</b>	Belirlenen dönem içerisinde İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden yapılan ilaç hata bildirim sayısının ilgili dönemde yatılan gün sayısına oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde, (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden yapılan ilaç hatası bildirim sayısı / Kuruma başvuran toplam hasta sayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Gerçekleşme zamanına göre ilaç hatası gerçekleşme oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Kuruma Başvuran Toplam Hasta Sayısı:</b> Yatan (varsa) ve ayaktan hasta başvurularının toplamıdır.</li><li>• Bir hastanın birden fazla başvurusu varsa her bir başvuru paydaya dahil edilmelidir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>El Hijyeni Uyum Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG16</b>
<b>Tanım</b>	<p>İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder.</p> <p><b>Endikasyon:</b> El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet.</p> <p><b>Eylem:</b> Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet.</p>
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<p>İlgili dönemde;</p> <p>(Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı / Gözlemlenen toplam el hijyeni endikasyonu sayısı ) x 100</p>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meslek bazında el hijyeni uyum oranı</li><li>• Klinik/birim/ünite bazında el hijyeni uyum oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.</b></li><li>• İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><a href="#">Hasta Deneyim Anketleri Analizi</a></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG18</b>
<b>Tanım</b>	Bakanlıkça yayımlanan “SKS Anket Uygulama Rehberi’nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri ADSH ” esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anket uygulamalarında yer alan soruların analizini ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta deneyim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<a href="#">Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</a>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Soru bazında karşılama oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Anketler soru bazında değerlendirilerek analizler yapılmalıdır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG19</b>
<b>Tanım</b>	Bakanlıkça yayımlanan “SKS Anket Uygulama Rehberi’nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi” esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anket uygulamalarında yer alan soruların analizini ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Çalışan geri bildirim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<u>Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</u>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirim anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Anketler soru bazında değerlendirilerek analizler yapılmalıdır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG20</b>
<b>Tanım</b>	Alınan ölçülerden hatalı kimliklendirilmiş ölçülerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
<b>Veri Kaynağı</b>	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki ölçülerden hatalı kimliklendirilen ölçü sayısı / Toplam alınan ölçü sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hatalı kimliklendirilen ölçülerin istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı</li><li>Hatalı kimliklendirmede DÖF başlatma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Tüm hatalı kimliklendirilen ölçülerin “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine” bildirim yapılmalıdır.

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kaybolan Ölçü Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG21</b>
<b>Tanım</b>	Alınan ölçülerden, ölçü alındıktan sonra ünite, transfer sırasında veya laboratuvarda kaybolanların yüzde olarak oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki ölçülerden kaybolan ölçü sayısı / Toplam alınan ölçü sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Laboratuvarda kaybolan ölçü oranı</li><li>Transfer sürecinde kaybolan ölçü oranı</li><li>Ölçü kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı</li><li>Ölçü kaybolma olaylarına yönelik DÖF başlatma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Tüm ölçü kaybolma olaylarının “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine” bildirim yapılmalıdır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kaybolan Protez Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG22</b>
<b>Tanım</b>	Hazırlanan protezlerden kaybolan protezlerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
<b>Veri Kaynağı</b>	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki protezlerden kaybolan protez sayısı / Hazırlanan toplam protez sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laboratuvarında kaybolan protez oranı</li><li>• Transfer sürecinde kaybolan protez oranı</li><li>• Protez kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı</li><li>• Protez kaybolma olaylarına yönelik DÖF başlatma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hazırlanan protez sayısı:</b> Protez laboratuvarından çıkışı yapılan protez sayısını ifade eder.</li><li>• Tüm protez kaybolma olaylarının “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine” bildirim yapılmalıdır.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kaybolan Alçı Model Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG23</b>
<b>Tanım</b>	Hazırlanan alçı modeller arasından kaybolan alçı model oranını ifade etmektedir.
<b>Veri Kaynağı</b>	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki alçı modellerden kaybolan model sayısı / Toplam alçı model sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laboratuvarında kaybolan alçı model oranı</li><li>• Transfer sürecinde kaybolan alçı model oranı</li><li>• Alçı model kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı</li><li>• Alçı model kaybolma olaylarına yönelik DÖF başlatma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	Tüm alçı model kaybolma olaylarının “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine” bildirimi yapılmalıdır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG24</b>
<b>Tanım</b>	Kurum tarafından belirlenen protez teslim süreleri içinde teslim edilmeyen protez oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki protezlerden zamanında teslim edilmeyen protez sayısı / Teslim edilmesi gereken protez sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protez türü bazında zamanında teslim edilmeyen protez oranı</li><li>• Laboratuvar kaynaklı gecikme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurumda yapılan tüm protez türleri için (sabit, hareketli, metalli, metallsiz vb) ayrı hedef belirlenerek takibi buna göre yapılmalıdır.</li><li>• Tüm gecikmeler SBYS'ye kayıt edilmelidir.</li><li>• Protez teslim süreleri belirlenirken, ölçü alınmadan protezin teslimine kadar geçen süre esas alınmalıdır.</li></ul>

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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Protezin Tesliminden Sonra Bir Ay İçerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı</u></b>										
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG26</b>										
<b>Tanım</b>	Hastaya ait protezin ilk tesliminden sonra protetik nedenle bir ay içerisinde tekrar başvuran hasta oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.										
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar										
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan protezin ilk tesliminden sonraki bir ay içinde protetik nedenle tekrar başvuru sayısı / Protezi ilk teslim edilen toplam hasta sayısı) x 100										
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık										
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Başvuru nedenine göre yeniden başvuru oranı</li><li>Tekrar başvuran hastalardan protezi yenilenen hasta oranı</li><li>Hareketli protez sonrası 3'den fazla kontrole gelen hasta oranı</li></ul>										
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>Teslim sonrası 30 gün içinde protetik nedenle yapılan her tekrar başvuru paya dahil edilecektir.</li><li>Örnek Hesaplama; <b>Payda:</b> 1 Ocak – 31 Mart tarih aralığına ait tüm protez teslim edilen hastalar <b>Pay:</b> Paydada yer alan hastalardan protez tesliminden sonra 1 Ocak – 30 Nisan tarih aralığında protetik nedenle tekrar başvuran hastalar</li><li><b>TÜR-GÖS veri girişi aşağıdaki gibi yapılacaktır;</b> Ocak-Şubat-Mart dönemi veri girişi <b>Temmuz</b> Nisan-Mayıs-Haziran dönemi veri girişi <b>Ekim</b> Temmuz-Ağustos-Eylül dönemi veri girişi <b>Ocak</b> Ekim-Kasım-Aralık dönemi veri girişi <b>Nisan</b></li><li>Başvuru nedenleri; vuruş, yükseklik alımı, 1. Kontrol dışındaki kontrol muayenesi, tamir, kırılma vb.</li></ul> <table border="1"><tr><td>404.050</td><td>Akrilik immedat 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></table>	404.050	Akrilik immedat protez, tek çene	404.060	Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene	404.070	Proteze yumuşak akrilik uygulaması	404.080	Besleme, tek çene	404.090	Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri
404.050	Akrilik immedat protez, tek çene										
404.060	Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene										
404.070	Proteze yumuşak akrilik uygulaması										
404.080	Besleme, tek çene										
404.090	Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri										



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

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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG28</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde kurumdan başka bir kuruma sevk edilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı / Kuruma başvuran hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sevk nedenine göre sevk edilen hasta oranı</li><li>• Hekim bazlı sevk edilen hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG29</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde SBYS'nin hizmet dışı kaldığı süreleri ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; SBYS'nin devre dışı kaldığı süre
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Nedene göre SBYS'nin devre dışı kalma oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Süre dakika olarak hesaplanacaktır.</li><li>• SBYS'nin lokal olarak devre dışı kalma süreleri de takip edilmelidir.</li></ul>



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

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Fissür Örtücü Uygulama Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG31</b>
<b>Tanım</b>	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde, 5-14 yaş çocuklarda koruyucu amaçlı olarak yapılan fissür örtücü uygulamalarının oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki çocuklardan başvuru tarihi itibari ile son 6 ay içinde fissür örtücü uygulaması yapılan çocuk sayısı / Başvuru yapan 5-14 yaş çocuk sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Yılda iki kez fissür örtücü uygulaması yapılan çocuk oranı
<b>Açıklama</b>	<b>Örnek Hesaplama:</b> <b>Payda:</b> 1 Ocak – 31 Mart tarihleri arasında polikliniğe başvuran 5-14 yaş arası tekil çocuk sayısı <b>Pay:</b> 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. <b>(ICD 10 Kodu: 403.010: Fissür örtülmesi (Sealant))</b>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG32</b>
<b>Tanım</b>	Kurumda diş dolgusu yapılan hastaların aynı dişleriyle ilgili 6 ay içinde tekrar başvuru oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki olgularda dolgu yapıldıktan sonra 6 ay içinde aynı diş için yapılan müdahale sayısı / Yapılan toplam dolgu sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolgu yapılmış diş için 6 ay içinde çekim yapılma oranı</li><li>• Dolgu yapılmış diş için 6 ay içinde kanal tedavisi yapılma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	

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



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

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Tekrarlanan Sabit Protez Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG35</b>
<b>Tanım</b>	Laboratuvardan teslim alındıktan sonra herhangi bir nedenle tekrar yapılan sabit protez oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Tekrarlanan sabit protez sayısı / Sabit protez yapılan toplam tekil hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	Pay hesaplamasında, hasta için gerçekleştirilen her protez tekrarı paya dâhil edilir.





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Protez Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Planlanmamış Başvuru Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG36</b>
<b>Tanım</b>	Protezin hastaya teslimi sonrasında 90 gün içerisinde protez kaynaklı planlanmamış tekrar başvuru oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan protez teslimini takip eden 90 gün içinde protez kaynaklı planlanmamış tekrar başvuru sayısı / Protez teslim edilen hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontrol amaçlı randevulu başvurular paya dâhil edilmez.</li><li>• <b>TÜR-GÖS veri girişi aşağıdaki gibi yapılacaktır;</b> Ocak-Şubat-Mart dönemi veri girişi <b>Temmuz</b> Nisan-Mayıs-Haziran dönemi veri girişi <b>Ekim</b> Temmuz-Ağustos-Eylül dönemi veri girişi <b>Ocak</b> Ekim-Kasım-Aralık dönemi veri girişi <b>Nisan</b></li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG37</b>
<b>Tanım</b>	Seçilen prosedürlerde, cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) gelişme oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürle ilişkili CAE sayısı / Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Takip edilecek ameliyat kategorileri kurumun Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.</li><li>• <b>Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.</b></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG38</b>
<b>Tanım</b>	Seçilen cerrahi prosedürlerde profilaksilerin uygunluk oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan operasyonlar içinde profilaktik amaçlı uygun antibiyotik kullanım sayısı / Seçilen cerrahi prosedürde uygulanan toplam cerrahi profilaksi sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurum tarafından belirlenen prosedürler için profilaksi uygunluğu, kurumun kendi profilaksi rehberine göre değerlendirilir.</li><li>• <b>Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.</b></li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG39</b>
<b>Tanım</b>	Yapılan cerrahi operasyonlarda anestezi komplikasyonu gelişen hastaların oranını ifade etmektedir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Cerrahi operasyonlarda anesteziye bağlı komplikasyon gelişen hasta sayısı / Toplam cerrahi operasyon sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cerrahi operasyonlarda lokal anesteziye bağlı komplikasyon gelişme oranı</li><li>• Cerrahi operasyonlarda genel anesteziye bağlı komplikasyon gelişme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ek-4</b>'de yer alan "Anestezi Komplikasyonları Listesi" dikkate alınmalıdır.</li><li>• <b>Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.</b></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG40</b>
<b>Tanım</b>	Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hastaların oranını ifade etmektedir.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı</li><li>• Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Operasyon sonrası, operasyonla ilişkili aşağıda belirlenmiş olan sebepler dikkate alınacaktır:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Kanama</li><li>✓ Yara açılması (ayrışması)</li><li>✓ Yarada hematoma</li><li>✓ Revizyon ameliyatları</li><li>✓ Operasyonel hatalar</li></ul></li><li>• <b>Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.</b></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG41</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanılma oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Kalite yönetim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır.</li><li>• <b>Listenin uygun şekilde kullanılma oranı:</b> Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Ayrıca randomize olarak, liste kullanımının uygulama anında yerinde gözlenmesi gerekmektedir. Gözlem sırasında listenin, “GCKL uygulama rehberi” çerçevesinde zamanında ve doğru şekilde doldurulma durumu belirlenir. Gözlem yapılacak ameliyat sayısı, bir önceki yıla ait toplam ameliyat sayısına karşılık gelen <b>Ek-3</b>'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır.</li><li>• <b>Bu gösterge ağız ve diş sağlığı hastanelerinde takip edilecektir.</b></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kurumdan Ayrılan Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG42</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde kurumda çalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Kurum tarafından belirlenmelidir.
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki personellerden kurumdan ayrılan personel sayısı / Toplam personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İstifa, terk, işten çıkarılma, başka kuruma tayinler dâhil edilir. Emeklilik, sağlık raporu, eş durumu tayinleri ve ölüm nedeniyle ayrılma kapsam dışı tutulur.</li><li>• Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler;<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hekim</li><li>○ Hemşire</li><li>○ Diğer sağlık çalışanları</li><li>○ Temizlik personeli</li><li>○ Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel (temizlik personeli hariç)</li></ul></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Yatan Hasta Düşme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG43</b>
<b>Tanım</b>	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 1000
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Düşme risk puanına göre hasta düşme oranı</li><li>Düşme zamanına göre hasta düşme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gerçekleşen tüm düşme olayları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine”ne raporlanmalıdır.</li></ul>

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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ADSH.GKG45</b>
<b>Tanım</b>	Laboratuvardan teslim alındıktan sonra herhangi bir nedenle tekrar yapılan hareketli protez oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Tekrarlanan hareketli protez sayısı / Hareketli protez yapılan toplam tekil hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	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	<a href="#">Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</a>
ACİL.GKG02	<a href="#">Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı</a>
ACİL.GKG03	<a href="#">Personelin Eğitimlere Katılma Oranı</a>
ACİL.GKG04	<a href="#">Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı</a>
ACİL.GKG05	<a href="#">Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı</a>
ACİL.GKG06	<a href="#">Oksijen Sistemleri Güvenli Kullanımı Eğitimini Tamamlayan Personel Oranı</a>
ACİL.GKG07	<a href="#">Hasta Deneyimi Anketleri Analizi</a>
ACİL.GKG08	<a href="#">Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi</a>
ACİL.GKG09	<a href="#">Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı</a>
ACİL.GKG10	<a href="#">Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</a>
ACİL.GKG11	<a href="#">Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı</a>
ACİL.GKG12	<a href="#">Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı</a>
ACİL.GKG13	<a href="#">Hasta Düşme Oranı</a>
ACİL.GKG14	<a href="#">Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi</a>
ACİL.GKG15	<a href="#">Ortalama Vakanın Ekibe Verilme Süresi</a>
ACİL.GKG16	<a href="#">Ortalama Vakaya Çıkış Süresi</a>
ACİL.GKG17	<a href="#">Hedeflenen Sürede Kentsel Vakaya Ulaşma Oranı</a>
ACİL.GKG18	Bu gösterge Mart 2023 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.
ACİL.GKG19	<a href="#">Ekip Tarafından Kapatılan Vaka Oranı</a>
ACİL.GKG20	<a href="#">Hedeflenen Sürede Kırsal Vakaya Ulaşma Oranı</a>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG01</b>
<b>Tanım</b>	<p>İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltilici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltilici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder.</p> <p><b>Düzeltilici-Önleyici Faaliyet:</b> Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.</p>
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki DÖF'lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önleyici faaliyet oranı</li><li>• Termin süresi ikiden fazla uzatılan DÖF oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez.</li><li>• Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplamaya dahil edilir.</li><li>• <b>Termin:</b> Belirlenmiş zaman, yapılacak iyileştirme çalışması için belirlenen son gün (TDK)</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG02</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. <b>Beyaz Kod:</b> 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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki beyaz kod olaylarından formu eksiksiz doldurulan olay sayısı / Gerçekleşen beyaz kod olay sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan beyaz kod olay formu oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz.</li><li>• Tatbikatta tutulan formlar TÜR-GÖS'e girilmemelidir.</li><li>• Eksik doldurulan her beyaz kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Personelin Eğitime Katılma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG03</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitime katılım oranını ifade eder.
<b>Veri kaynağı</b>	Kurum tarafından belirlenir
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitime katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitime katılması planlanan personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık personelinin planlanan eğitime katılma oranı</li><li>• Diğer personelin planlanan eğitime katılma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li><li>• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG04</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
<b>Veri kaynağı</b>	Kurum tarafından belirlenir.
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eğitimcinin katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>• Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>• Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li><li>• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.</li></ul>



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Oksijen Sistemleri Güvenli Kullanımı Eğitimi Tamamlayan Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG06</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde personelin oksijen sistemleri güvenli kullanımı eğitimine katılım oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar (ASOS ve Ekip portal)
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili Dönemde; (Paydadaki personellerden ilgili eğitimi alan personel sayısı / Oksijen sistemleri güvenli kullanımı eğitimi alması planlanan personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	*Yüzyüze eğitim olarak uygulama eğitimini tamamlayan personel oranı *Online eğitim olarak uygulama eğitimini tamamlayan personel oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Oksijen sistemleri güvenli kullanımı eğitimi alması gereken personel:</b> İlgili dönemde kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.</li><li>• 3 yıllık periyotlarla personelin eğitimi güncellenmelidir.</li><li>• Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u><a href="#">Hasta Deneyim Anketleri Analizi</a></u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b><u><a href="#">ACİL.GKG07</a></u></b>
<b>Tanım</b>	Bakanlıkça yayımlanan “SKS Anket Uygulama Rehberi”nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri” esas alınarak İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
<b>Veri kaynağı</b>	Hasta deneyim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<u><a href="#">Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</a></u>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Soru bazında karşılama oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	KKS Anket Veri Giriş Alanı’na soru bazında veri girişi yapılacaktır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u><a href="#">Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi</a></u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG08</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Veri kaynağı</b>	Çalışan geri bildirim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<u><a href="#">Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</a></u>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Soru bazında karşılama oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde)</li><li>• Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirim anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	KKS Anket Veri Giriş Alanı’na soru bazında veri girişi yapılacaktır.





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG09</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hastane öncesi acil sağlık hizmeti alan hasta veya hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet oranını ifade eder.
<b>Veri kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı / Hasta yükü katsayısı)x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiziksel olarak gerçekleşen şiddet oranı</li><li>• Sözel olarak gerçekleşen şiddet oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı <b>İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı;</b> Asılsız ihbar, olay yerinde yaralı olmaması, hastanın başka araçla nakil ve görev iptali gibi durumlar hesaplama dahil edilmeyecek olup, sadece hizmet verilen hastalar hesaplama dahil edilecektir.</li><li>• <b>Aktif çalışan personel sayısı</b> 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 hesaplama dahil edilmez.</li><li>• Ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personele (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dâhil) yönelik şiddet olay sayısı hesaplama dahil edilir.</li><li>• Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG10</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Hasta yükü katsayısı) x100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı</li><li>• <b>İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı;</b> 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.</li><li>• <b>Aktif çalışan personel sayısı</b> 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.</li><li>• 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.</li><li>• Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG11</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
<b>Veri kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Kesici-delici alet yaralanma sayısı} / \text{Hasta yükü katsayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hasta Yükü Katsayısı:</b> İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı <b>İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı;</b> Asılsız ihbar, olay yerinde yaralı olmaması, hastanın başka araçla nakil ve görev iptali gibi durumlar hesaplama dahil edilmeyecek olup, sadece hizmet verilen hastalar hesaplama dahil edilecektir.</li><li>• <b>Aktif çalışan personel sayısı</b> 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 hesaplama dâhil edilmez.</li><li>• Ekiplerde çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personelin (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dahil) kesici-delici alet yaralanmaları hesaplama dahil edilir.</li><li>• Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG12</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görevli personele, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, test vb) tamamlanan personel oranını ifade eder.
<b>Veri kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinde işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gösterge, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri bünyesinde fiilen görev yapan ve sağlık gözetimi programına dâhil edilen tüm çalışanları kapsar.</li><li>• Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri acil sağlık hizmetleri sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir.</li><li>• Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluştaki altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplama dâhil edilir.</li><li>• Göreve ilk kez atanan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplama dâhil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hasta Düşme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG13</b>
<b>Tanım</b>	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Veri kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan toplam hasta düşme sayısı / Toplam hizmet verilen hasta sayısı) x 1000
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Ekip bazında düşen hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Düşme oranı hesaplamasında düşme olay bildirimleri esas alınır. Düşme riski değerlendirme formu düzenlenmez.</li><li>Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG14</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde KKM'ye gelen (Sağlık Masası'na aktarılan) çağrılarının ortalama cevaplanma süresini ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital Kayıtlar (Acil Çağrı Merkezi Yazılımı)
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; Paydada yer alan çağrılarının cevaplanma süreleri toplamı/ KKM'ye (Sağlık Masası'na) gelen toplam çağrı sayısı
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Toplam Çağrı:</b> Cevaplanan Çağrı + Cevaplanmayan Çağrı + Kuyrukta Kapanan Çağrı</li><li>TÜR-GÖS'e veri girişi yapılırken ölçü birimi olarak saniye girilecektir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Vakanın Ekibe Verilme Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL. GKG15</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, KKM (Sağlık Masası) tarafından değerlendirilip vakanın ekibe verilmesi arasında geçen ortalama süreyi ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar/ASOS
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>Çağrının KKM (Sağlık Masası)'na geldiği an ile vakanın ekibe verildiği an arasında geçen sürelerin toplamı / Ekibe verilen toplam vaka sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Vakanın ekibe verilme süresinin 120 saniye üzerinde gerçekleşme oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Toplam Vaka Sayısı:</b> Çağrı nedenine göre; protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb) hariç tutulanların toplamını ifade eder.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişi saniye olarak yapılacaktır.</li><li>• Alt gösterge hesaplama yöntemi: İlgili dönemde; <b>(Paydada yer alan vakalar içinde 120 saniye ve üzerinde ekibe iletilen vaka sayısı / Ekibe verilen toplam vaka sayısı) x 100</b></li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Vakaya Çıkış Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL. GKG.16</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde KKM (Sağlık Masası) tarafından yönlendirilen vakalara ortalama çıkış süresini ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar /ASOS
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; KKM (Sağlık Masası) tarafından verilen vakalara ekiplerin çıkış süreleri toplamı / Ekiplere verilen toplam vaka sayısı
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vaka çıkış süresinin 90 saniye üzerinde gerçekleşme oranı</li><li>• Ekip bazında vakaya ortalama çıkış süresi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Toplam Vaka Sayısı:</b> Çağrı nedenine göre; protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.) hariç tutulanların toplamını ifade eder.</li><li>• <b>Çıkış Süresi:</b> KKM (Sağlık Masası) tarafından ekibe verilen vakaya ekibin 90 sn içinde reaksiyon gösterip çıkış yapması gerekmektedir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişi saniye olarak yapılacaktır.</li><li>• "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</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hedeflenen Sürede Kentsel Vakaya Ulaşma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG17</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde KKM (Sağlık Masası) tarafından vakanın ekibe verildiği andan itibaren, ekibin hedeflenen süre içinde olay yerine ulaşma oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar (ASOS)
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki vakalardan hedeflenen süre içinde ulaşılan kentsel vaka sayısı / Ekiplere verilen toplam kentsel vaka sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Toplam Vaka Sayısı:</b> Çağrı nedenine göre; protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.) hariç tutulanların toplamını ifade eder.</li><li>• Kentsel vakaya ulaşma hedeflenen süresi; 10 dakika (600 saniye) ve altı</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişi saniye olarak yapılacaktır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ekip Tarafından Kapatılan Vaka Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG19</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde verilen vakalarda, ekip tarafından formu doldurularak kapatılan ve KKM'ye gönderilen vakaların oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar (ASOS)
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan vakalardan ekip tarafından formu kapatılan vaka sayısı / Ekibe verilen ve form açılan vaka sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 24 saat içinde kapatılan vaka oranı</li><li>• 25-72 saat içinde kapatılan vaka oranı</li><li>• Ekip bazında kapatılan vaka oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hedeflenen Sürede Kırsal Vakaya Ulaşma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>ACİL.GKG20</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde KKM (Sağlık Masası) tarafından vakanın ekibe verildiği andan itibaren, ekibin hedeflenen süre içinde olay yerine ulaşma oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar (ASOS)
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki vakalardan hedeflenen süre içinde ulaşılan kırsal vaka sayısı / Ekiplere verilen toplam kırsal vaka sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Toplam Vaka Sayısı:</b> Çağrı nedenine göre; protokol ve sağlık tedbirleri (tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.) hariç tutulanların toplamını ifade eder.</li><li>• Kırsal vakaya ulaşma hedeflenen süresi; 30 dakika (1800 saniye) ve altı</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişi saniye olarak yapılacaktır.</li></ul>



---

## VI. BÖLÜM

### SKS DİYALİZ HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI

---



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



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG01</b>
<b>Tanım</b>	<p>İlgili dönemde sonuçlandırılan düzeltici-önleyici faaliyetlerin, sonuçlandırılması planlanan düzeltici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder.</p> <p><b>Düzeltilici-Önleyici Faaliyet:</b> Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.</p>
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki DÖF'lerden sonuçlandırılan DÖF sayısı / Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önleyici faaliyet oranı</li><li>• Termin süresi ikiden fazla uzatılan DÖF oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önceki veri analiz periyodunda sonuçlanması gerektiği halde sonuçlanmayan ve sonraki veri analiz periyodunda sonuçlanan DÖF'ler pay ve paydaya dâhil edilmez.</li><li>• Bir sonraki veri analiz periyodunda sonuçlandırılması gereken DÖF'ler, süresinden önce sonuçlandırılmış olsa dahi planlandığı dönemde hesaplama dahil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Personelin Eğitime Katılma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG02</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitime katılım oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Eğitim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitime katılan personel sayısı / Gerçekleştirilen eğitime katılması planlanan personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hekimlerin planlanan eğitime katılma oranı</li><li>Diğer sağlık personelinin planlanan eğitime katılma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li><li>Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır.</li><li>Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.</li></ul>

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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG04</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Eğitim birimi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki eğitimlerden gerçekleştirilen eğitim sayısı / Planlanan eğitim sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Eğitimcinin katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li><li>Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.</li><li>SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hasta Deneyim Anketleri Analizi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG05</b>
<b>Tanım</b>	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi"nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri" esas alınarak diyaliz merkezi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta deneyim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<u>Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</u>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Seçenek bazında verilen cevap oranı</li><li>Soru bazında karşılama oranı Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	KKS Anket Veri Giriş Alanı'na soru bazında veri girişi yapılacaktır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG06</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Çalışan geri bildirim anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<b><u>Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</u></b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Seçenek bazında verilen cevap oranı</li><li>Soru bazında karşılama oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	KKS Anket Veri Giriş Alanı’na soru bazında veri girişi yapılacaktır.

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG07</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b><u>(Diyaliz tedavisi sırasında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı / Toplam seans sayısı) x 100</u></b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz seansları da hesaplama dahil edilmelidir.</li><li>Örneğin: Planlı hemodiyaliz seans sayısı=150 Akut gerçekleştirilen seans sayısı=5 Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı= 5 Hesaplama= <math>(5/150+5) \times 100</math> <math>= (5/155) \times 100</math> <math>= 3,22 \%</math></li><li>Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kesici/Delici Aletle Yaralanma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG08</b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Diyaliz tedavisi sırasında kesici-delici aletle yaralanma sayısı / Toplam seans sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz seansları da hesaplama dahil edilmelidir.</li><li>Örneğin: Planlı hemodiyaliz seans sayısı=150 Akut gerçekleştirilen seans sayısı=5 Kesici-delici aletle yaralanma sayısı= 10 Hesaplama= <math>(5/150+5) \times 100</math> <math>= (5/155) \times 100</math> <math>= 6,45 \%</math></li><li>Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Sağlık Gözetimi Tamamlanan Personel Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG09</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, kurumda görevli personele, sağlık gözetimi amaçlı yapılması gereken işlemleri (muayene, test vb.) tamamlanan personel oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan personel içerisinde işlemleri tamamlanan personel sayısı / Sağlık gözetimi kapsamında işlem yapılması gereken toplam personel sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gösterge, diyaliz merkezi bünyesinde hazırlanan sağlık gözetimi programına dahil edilen tüm çalışanları kapsar.</li><li>• Meslek, görev veya birim bazında yapılması planlanan sağlık gözetimi işlemleri hastane sağlık gözetimi programı kapsamında belirlenir.</li><li>• Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluştaki altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplama dâhil edilir.</li><li>• Göreve ilk kez atanan personel altı (6) ayını tamamlaması beklenmeden sağlık gözetimi programına ve hesaplama dâhil edilir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hasta Düşme Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG10</b>
<b>Tanım</b>	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; $(\text{Toplam hasta düşme sayısı} / \text{Toplam diyaliz seans sayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diyaliz öncesi hasta düşme oranı</li><li>• Diyaliz sırası hasta düşme oranı</li><li>• Diyaliz sonrası hasta düşme oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Toplam diyaliz seans sayısı:</b> Planlı olarak yapılan ve (varsa) akut olarak gerçekleştirilen hemodiyaliz seansları ile (varsa) periton diyaliz seanslarının toplamıdır.</li><li>• Gerçekleşen tüm düşme olayları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>İlaç Hatası Bildirim Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG11</b>
<b>Tanım</b>	Belirlenen dönem içerisinde, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi’ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının toplam hasta sayısına oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Bildirime dayalı kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde, $(\text{İstenmeyen olay bildirim sistemi üzerinden yapılan ilaç hata bildirim sayısı} / \text{Toplam diyaliz seans sayısı}) \times 100$
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ramak kala ilaç hatası bildirim oranı</li><li>• Gerçekleşen ilaç hatası bildirim oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<b>Toplam diyaliz seans sayısı:</b> Planlı olarak yapılan ve (varsa) akut olarak gerçekleştirilen hemodiyaliz seansları ile (varsa) periton diyaliz seanslarının toplamıdır.



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>El Hijyeni Uyum Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG12</b>
<b>Tanım</b>	<p>İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder.</p> <p><b>Endikasyon:</b> El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet.</p> <p><b>Eylem:</b> Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet.</p>
<b>Veri Kaynağı</b>	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<p>İlgili dönemde;</p> <p>(Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı / Gözlemlenen toplam el hijyeni endikasyonu sayısı) x 100</p>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Meslek bazında el hijyeni uyum oranı
<b>Açıklama</b>	



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG13</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	6 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Yaş kategorilerine göre Kt/V değeri 1,2'den düşük hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• Pay hesaplamasında; 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li><li>• Yaş Kategorileri: 0-18 ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG14</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum ferritin düzeyi 200 – 500 ng/ml arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum ferritin düzeyi 200-500 ng/ml arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serum ferritin düzeyi 200 ng/ml altında olan hasta oranı</li><li>• Serum ferritin düzeyi 500 ng/ml üzerinde olan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG15</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili Dönemde; (Paydadaki hastalardan serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Yaş kategorilerine göre serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li><li>• Yaş Kategorileri: 0-18 ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG16</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum albümin düzeyleri 3,5 g/dl'nin altında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serum albümin düzeyleri 4 g/dl'nin üstünde olan hasta oranı</li><li>• Yaş kategorilerine göre serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li><li>• Yaş Kategorileri: 0-18 ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.</li></ul>





<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 - 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG17</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 - 10,5 mg/dl arasında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl üzerinde olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg<sup>2</sup>/dL<sup>2</sup>'nin Altında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG18</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde düzeltilmiş kalsiyum fosfor çarpım (Ca x P) düzeyi 55 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin altında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin altında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Düzeltilmiş Ca x P Düzeyi 75 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup> 'nin üstünde olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Hemodiyaliz Süresi</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG19</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; <b>Hastalara uygulanan hemodiyaliz seanslarının toplam süresi / Toplam hemodiyaliz seans sayısı</b>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Ortalama hemodiyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	“Ortalama hemodiyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta oranı” alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; <b>(Paydadaki hastalardan ortalama hemodiyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100</b>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Eritropoetin Kullanım Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG20</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı</li><li>• Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• <b>Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC grup kodları:</b> B03XA01 - Eritropoetin B03XA02 - Darbepoetin Alfa</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG21</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Ortalama hemoglobin düzeyi 10 g/dl altında olan hasta sayısı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG22</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• <b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG23</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı / Toplam tekil hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• <b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li></ul>

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG24</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hasta oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan kalıcı kateteri olan hasta sayısı / Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	İlgili dönemde ilk kez kalıcı kateter takılan hasta oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• “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</li></ul>



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

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



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

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Mortalite Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG28</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, sağlık kuruluşunda diyaliz hizmeti sunulan hastalarda mortalite oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde ölen hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	Diyaliz hizmeti alma yılına göre mortalite oranı
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li><li>• Travma vb. nedenler dışında kalan tüm ölüm nedenleri hesaplama dahil edilmelidir.</li><li>• Akut olarak gerçekleştirilen diyaliz uygulamaları gösterge hesaplamasına dahil edilmemelidir.</li></ul>



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u>Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı</u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b>DYLZ.GKG29</b>
<b>Tanım</b>	İlgili dönemde, diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapıldığı hasta oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta kayıtları
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılan hasta sayısı / Toplam tekil diyaliz hasta sayısı) x 100
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı</li><li>• 6 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tekil hasta:</b> İlgili dönemde birden fazla kez diyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.</li><li>• <b>Toplam hasta sayısı:</b> Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.</li><li>• İlgili mevzuatta tanımlanan testlerden bir veya birden fazlası yapılmayan hasta ilgili dönemde paya dahil edilmez.</li></ul>





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



---

## VII. BÖLÜM

### EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ

---



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



<b>Gösterge Adı</b>	<b><u><a href="#">Hasta Deneyim Anketleri Analizi</a></u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b><u><a href="#">EVSH.GKG01</a></u></b>
<b>Tanım</b>	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.
<b>Veri Kaynağı</b>	Hasta Deneyim Anketleri
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	<u><a href="#">Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi</a></u>
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	Yıllık
<b>Alt Gösterge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Seçenek bazında verilen cevap oranı</li><li>Soru bazında karşılama oranı</li><li>Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi</li></ul>
<b>Açıklama</b>	KKS Anket Veri Giriş Alanı’na soru bazında veri girişi yapılacaktır.

<b>Gösterge Adı</b>	<b><u><a href="#">Başvurunun Zamanında Karşılama Oranı</a></u></b>
<b>Gösterge Kodu</b>	<b><u><a href="#">EVSH.GKG02</a></u></b>
<b>Tanım</b>	Hastaların Evde Sağlık Koordinasyon merkezine başvurduktan sonra iki iş günü içinde ilgili ekip tarafından ziyaret edilme oranını ifade eder.
<b>Veri Kaynağı</b>	Dijital kayıtlar
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	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
<b>Veri Giriş Periyodu</b>	3 aylık
<b>Alt Gösterge</b>	
<b>Açıklama</b>	Ziyaret ihtiyacı olmadığı tespit edilen hasta başvuruları hesaplama dahil edilmez.



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

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



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



---

## EKLER

---



## Ek1. Cerrahi Prosedür Listesi

KOD	PROSEDÜR	PROSEDÜR TANIMI
AAA	Abdominal Aort Anevrizması Onarımı	Abdominal aortun anastomoz veya replasman ile rezeksiyonu
AMPU	Ekstremitte 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 İçin 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 kuadranoz 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 için 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 meninkslerin eksizyonu, onarımı veya eksplorasyonu, sıvı boşaltma ve ponksiyonları içermez.
CSEC	Sezaryen Seksiyonu	Sezaryen ile doğum





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



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



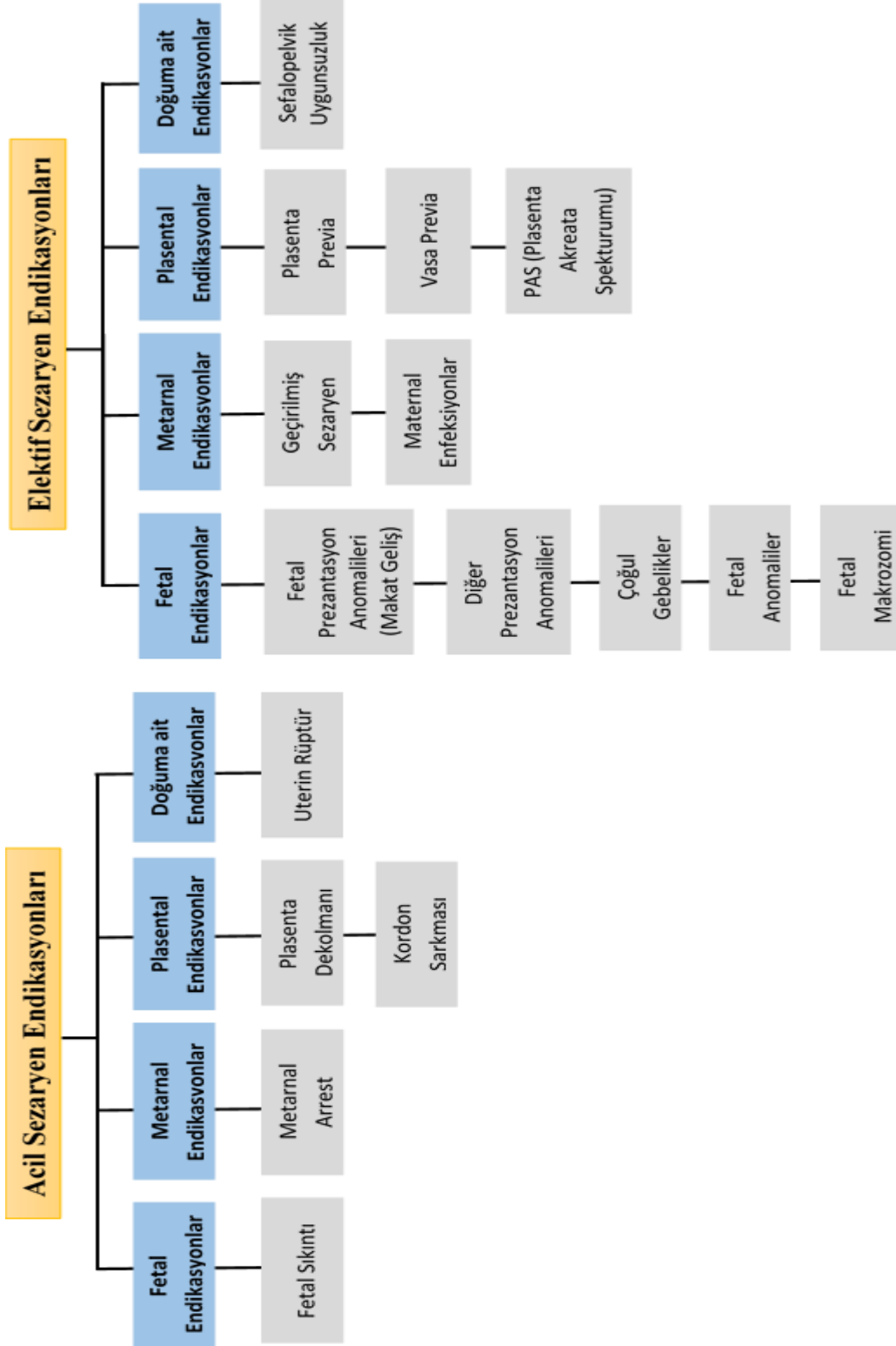
## Ek 2. Sürveyans Süreleri

- ❖ Tüm prosedürlerde işlemin yapıldığı gün 1. Gündür.
- ❖ Yüzeysel 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			
<b>AAA</b>	Abdominal Aort Anevrizması Onarımı	<b>KOLE</b>	Safra Kesesi Cerrahisi
<b>AMPU</b>	Ekstremitte Amputasyonu	<b>KOLO</b>	Kolon Cerrahisi
<b>APPEN</b>	Appendektomi	<b>KT</b>	Karaciğer Transplantasyonu
<b>AVF</b>	Diyaliz İçin Arteriyovenöz Fistül Açılması	<b>LAMİ</b>	Laminektomi
<b>BİLİ</b>	Safra Yolları, Karaciğer veya Pankreas Cerrahisi	<b>NEFR</b>	Böbrek Cerrahisi
<b>BOYUN</b>	Boyun Cerrahisi	<b>OVER</b>	Over Cerrahisi
<b>BT</b>	Böbrek Transplantasyonu	<b>PROS</b>	Prostatektomi
<b>CSEC</b>	Sezaryen Seksiyonu	<b>REK</b>	Rektal Cerrahi
<b>GAST</b>	Gastrik Cerrahi	<b>SPLE</b>	Splenektomi
<b>HİST</b>	Abdominal Histerektomi	<b>TİRO</b>	Tiroid ve/veya Paratiroid Cerrahisi
<b>HTP</b>	Kalp Transplantasyonu	<b>TORA</b>	Toraks Cerrahisi
<b>İB</b>	İnce Barsak Cerrahisi	<b>VHİS</b>	Vajinal Histerektomi
<b>KEND</b>	Karotid Endarterektomi	<b>XLAP</b>	Laparotomi
90 GÜNLÜK SÜRVEYANS			
<b>DPRO</b>	Diz Protezi	<b>FİKS</b>	Kırığın Açık Fiksasyonu
<b>FÜZN</b>	Spinal Füzyon	<b>HER</b>	Herni Onarımı
<b>KARD</b>	Kardiyak Cerrahi	<b>KPRO</b>	Kalça Protezi
<b>KRAN</b>	Kraniyotomi	<b>MEME</b>	Meme Cerrahisi
<b>PİL</b>	Pil Cerrahisi	<b>VSHN</b>	Ventriküler Şant
<b>KBGGB</b>	Koroner Arter Bypass Cerrahisi (göğüs ve bacak insizyonu ile yapılan)		
<b>KBGGB</b>	Koroner Arter Bypass Cerrahisi (sadece göğüs insizyonu ile yapılan)		
<b>PVBC</b>	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**

<b>ANESTEZİ KOMPLİKASYONLARI</b>		
<b>AMELİYATHANE</b>	<b>AYILMA ODASI</b>	<b>POSTOPERATİF DÖNEM</b>
Zor Havayolu	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	Havayolu Zedelenmesi	Pulmoner Ödem
Havayolu 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 Sıcaklık Artışı	Vücut Sıcaklık Artışı
Bulantı- Kusma	Vücut Sıcaklık Azalması	Vücut Sıcaklık Azalması
Vücut Sıcaklık Artışı	Ağrı	Ağrı
Vücut Sıcaklık Azalması	Üşüme- Titreme	Reentübasyon
Allerjik Reaksiyon	Göz Zedelenmesi	Sinir Hasarı



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

**Ek-5 Örneklem Sayısı**

<b>Gözlem Yapılacak Ameliyat Sayısı Belirleme Tablosu</b>	
<b>Evren Sayısı (N)</b>	<b>Gerekli Örneklem Büyüklüğü (n)</b>
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 İle 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>

Başustaoglu, A. (2013). Kan kültürü uygulama kılavuzu. Erişim adresi: [https://www.tmc-online.org/pdf/bd/kan\\_kulturu\\_uygulama\\_klavuzu.pdf](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

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%B6rneklere.pdf>

Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, 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.pdf>

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

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

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, Aşılması 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 ifcc working group project laboratory errors and patient safety'. *Clin Chem Lab Med*, 49(5), 835–844

Shahangian, S., Snyder, S. (2009). Laboratory medicine quality indicators, a review of the literature. *Am J Clin Pathol*, 131,418-431

Sehulster LM, et. al. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2003. 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 surveyans 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 surveyans 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:tibbi-laboratuvarlar-yonetmel-2013&catid=2:ymelik&Itemid=33](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=977:tibbi-laboratuvarlar-yonetmel-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>



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 Commission. 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>