T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

Gösterge Yönetimi Rehberi

SKS

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

Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm2.0; Revizyon-00)

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.kks@saglik.gov.tr
Web: www.kalite.saglik.gov.tr

Editörler

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Dr. Muhammed Ertuğrul EĞİN

Yayına Hazırlayanlar

Dr. Abdullah ÖZTÜRK
Uzm. Dr. Dilek TARHAN
İbrahim DOLUKÜP
Uzm. Hem. Seval ÇİFTÇİ
Sağlık Uzm. Şerife ENGELOĞLU
Öznur ÖZEN
Sağlık Uzm. Gül HAKBİLEN
Uzm. Dr. Sabahat TAŞKIN ERDİN
Çağlayan SARIOĞLAN
Çiğdem GÜNAY
Gülay DİNÇ
Hacer ÇİL
Nesrin DEMİR EREN
Sibel BAYRAKTAR
Şakire ŞAHİNBAŞ
Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ
Tayyibe Sema KARADUMAN

Katkıda Bulunanlar

Prof. Dr. Aynur EREN TOPKAYA
Prof. Dr. Nilüfer Kutay ORDU GÖKKAYA
Doç. Dr. Akfer KARAOĞLAN KAHİLOĞULLARI
Doç. Dr. Aliye BAŞTUĞ
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ
Doç. Dr. Fisun VURAL
Doç. Dr. İnci KAHYAOĞLU
Doç. Dr. İnci KARA
Uzm. Dr. Ahmet KOKURCAN
Uzm. Dr. Can Hüseyin HEKİMOĞLU
Uzm. Dr. Esra ALATAŞ
Uzm. Dr. Fatih KACIROĞLU
Uzm. Dr. Murat Çağlayan
Uzm. Dr. Mustafa DANIŞMAN
Uzm. Dr. Pınar KOÇ ATAKAN
Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU
Uzm. Dt. Esra ALADAĞ
Dt. A. Cüneyt BESLER
Dt. Ayşegül KARAKUŞ
Dt. Ceyda CEYLAN
Dt. Esra TOKMAN ASIL
Dt. Gül ATEŞ
Dt. Muhammed Emin BAŞER
Dt. Nilüfer KURT
Dt. Süleyman DİLEK
Dt. Tuncay KOYUNCU
Dt. Zehra ÇOŞKUN SALİH
Aslı AYIK
Asude BALTACI
Emine EMER
Ercan KOCA
Handan Çelik
Hatice ESEN
Havva GÖRMEZ
Hülya ŞAHİN

Mustafa DELİBAŞ
Nagihan AYAR
Serpil KAYALI
Songül KAYNAR
Şamil KURGUN
Şebnem AVŞAR KURNAZ
Zeynep ALPTEKİN YILDIZ

Teşekkür

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

İçindekiler

SUNUŞ.....4

I.BÖLÜM.....7

GÖSTERGE YÖNETİMİ.....7

I.1. Sağlıkta Kalite Göstergelerinin Önemi.....8

I.2. Kapsam ve Dayanak.....9

I.3. Gösterge İzlem Basamakları.....10

I.4. Gösterge Kartlarının Oluşturulması.....19

I.5. Sonuç.....21

II. BÖLÜM.....22

SKS - KALİTE GÖSTERGELERİ.....22

III. BÖLÜM.....36

SKS HASTANE GÖSTERGE KARTLARI.....36

IV. BÖLÜM.....157

SKS ADSH/ADSM GÖSTERGE KARTLARI.....157

V. BÖLÜM.....192

SKS 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI.....192

VI. BÖLÜM.....209

SKS DİYALİZ HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI.....209

VII. BÖLÜM.....230

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ.....230

EKLER.....235

YARARLANILAN KAYNAKLAR.....244

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.

Zamanla gelişen ve farklı nitelikte hizmet sunan alanlar için hazırlanan standartların artması nedeniyle sağlıkta kalite göstergeleri üzerinde bir revizyon çalışması yapılması ihtiyacı hasıl olmuş ve çalışmalar başlatılmıştır. Söz konusu çalışmalar kapsamında, bugüne kadar yayınlanmış olan tüm Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setlerine ilişkin kalite göstergelerine yönelik listeler ve bu göstergelerin kartları rehbere dahil edilmiştir.

Klinik göstergeler "Türkiye Klinik Kalite Programı" kapsamında takip edildiği için SKS'den ve Gösterge Yönetimi Rehberi'nden çıkartılmıştır.

Bölüm bazlı gösterge listeleri ve gösterge kartları daha sık aralıklarla güncelleme gerektirebildiğinden SKS setlerinden çıkartılmasına karar verilmiştir. Bundan sonraki süreçte sağlıkta kalite gösterge listelerine ilişkin güncellemeler Genel Müdürlük onayı dahilinde ilgili Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı ve Genel Müdürlüğümüz internet sitesinde yayınlanarak yürürlüğe konulacaktır.

Gösterge Yönetim Rehberinin 2015 yılında yayınlanan bir önceki sürümünde sadece hastanelere ilişkin toplam 68 bölüm bazlı kalite göstergesi mevcut iken, revizyon çalışmaları sonrası rehberde; hastaneler için 124, ADSH'ler için 41, 112 Acil Sağlık Hizmetleri için 19, Diyaliz Hizmetleri için 30, Evde Sağlık Koordinasyon Merkezleri için 5 gösterge olmak üzere toplamda 219 sağlıkta kalite göstergesi ve bu göstergelere ilişkin kartlar oluşturulmuştur.

Bakanlığımızca hazırlanan bu rehberin, sağlık kuruluşlarında gösterge yönetiminin doğru ve etkili bir şekilde yürütülmesine, sağlık kuruluşlarında oluşan gösterge yönetimi kültürünün daha ileriye taşınmasına 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 yönetimsel 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. Kapsam ve Dayanak

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 karşılanma düzeyi belirlenir. Değerlendirme kapsamında her bir göstergenin puansal değeri "20" olarak belirlenmiştir.

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 Gerekliliğinin Gözden Geçirilmesi
14. •Gerekli İse İyileştirme Çalışmalarına Başlanması
15. •Verilerin Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) Girilmesi

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 belirlerkenaşağıdaki 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 problemli 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.

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.

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 göstergeye 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.

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. Kurumlar kendi ihtiyaçları doğrusunda da alt gösterge oluşturabilir. 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 aşağıdaki gibi iyileştirme faaliyetleri planlanabilir.
- İlgili 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.

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 bildirime 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 sistematiği sürekli gözden geçirilmelidir.

Veri toplama için oluşturulacak olan formlar manuel ya da elektronik ortama entegre şekilde kullanılabilir. Sistem, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmelidir. Ancak 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 düzeydeek iş yükü oluşturulacak, aynı zamanda da verinin analizi önemli ölçüde kolaylaşacaktır.

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.

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.

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 yapılmasıönemlidir. 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.

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.

10. Sonuçların Analizi ve Yorumlanması

Elde edilen sonuçları analiz etmek, daha Türkçe bir ifade ile çözümlemek ve sonrasında da yorumlamak için, sonucun dışında da bazı bilgilere ihtiyaç duyulabilir. "Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı" örneğinden yola çıkarsak, bu sayıyı analiz etmek ve

yorumlamak için ek alt göstergelere ya da verilere ihtiyaç duyulabilir. Örneğin; eski dönemlere ait veriler, birim bazında şiddet olaylarının sayısı, ilgili birimlere dönem içinde başvuran hasta sayısı ya da ilgili birimlerin işleyişine ilişkin süreçlerde bir değişiklik olup olmadığına ilişkin bilgi gibi. Görüldüğü gibi belirlenen ana göstergenin sonucu yorumlanırken bazı alt göstergelere ve detaylı bilgi ya da veriye ihtiyaç duyulabilir.
Ölçme, değerlendirme ve iyileştirme sürecindeki en can alıcı noktanın veri kalitesi olduğu unutulmamalıdır. Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulmalı, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmelidir.

Örneğin; bildirim yolu ile ölçülen "Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı" gibi bir göstergede gerçekleşen olay sayısı ile bildirilen olay sayısı birbirinden farklı olabilir. Kurumda, bir yıl içinde gerçekleşen olay sayısı 25 iken, bildirilen olay sayısı 5 olabilmektedir. 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 bildirime dayalı göstergelerde hedef değer belirlenirken ya da sonuçlar analiz edilirken o konu ile ilgili bildirim düzeyi ve bildirim kültürü de göz önünde bulundurulmalıdır.

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

Gösterge kartında belirlenen veri giriş dönemlerinde elde edilen sonuçlar analiz edilmelidir. Ayrıca, 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.

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 “Personel sağlık taramalarının tamamlanma oranı” için hedef %100 olarak belirlenebilir.

Zaman içinde konu ile ilgili öncelikler veya bilimsel verilerin değişmesi durumunda hedef değerin 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.

12. İyileştirme Çalışmalarının Gerekliliğinin Gözden Geçirilmesi

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

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.

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.

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.

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 Adı
Gösterge Kodu	
Tanım	
Amaç	
Veri Kaynağı	
Hesaplama Yöntemi	
Alt Göstergeler	
Hedef Değer	
Veri Giriş Periyodu	
Sorumlular	
Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler	
Açıklama	

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

GKG17	Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
Hasta Bakımı	
GKG18	Düşen Hasta Oranı
GKG19	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı
GKG20	Basınç Yarası Oranı
İlaç Yönetimi	
GKG21	İlaç Hatası Bildirim Oranı
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
GKG22	El Hijyeni Uyum Oranı
GKG23	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı
GKG24	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı
GKG25	Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı
GKG26	Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı
GKG27	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı
GKG28	Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı
GKG29	Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı
Transfüzyon Hizmetleri	
GKG30	İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı
Radyasyon Güvenliği	
GKG31	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
GKG32	Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı
Acil Servis	
GKG33	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
GKG34	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi

GKG35	Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi
GKG36	Hasta Sevk Oranı
Ameliyathane	
GKG37	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
GKG38	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı
GKG39	Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı
Yoğun Bakım Ünitesi	
GKG40	Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı
GKG41	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
GKG42	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
GKG43	Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı
GKG44	Organ ve Doku Nakil Bölge Koordinasyon Merkezine Bildirilen Beyin Ölümü Oranı
GKG45	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İlk 6 Saat İçinde Kolostrum Verilen Bebek Oranı
GKG46	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatırılan ve Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı
Doğum Hizmetleri	
GKG47	Primer Sezaryen Oranı
GKG48	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
GKG49	Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı
GKG50	Risk Düzeyine Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı
GKG51	Vajinal Doğumda Obstetrik Travma Oranı
GKG52	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
GKG53	Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı

GKG54	Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı
GKG55	Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	
GKG56	Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı
GKG57	Acil Psikiyatrik Durum Planı Oluşturulan Hasta Oranı
GKG58	Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı
GKG59	Tedavisi Remisyon Nedeni İle Sonlandırılan Hasta Oranı
GKG60	Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Oranı
GKG61	İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı
GKG62	İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı
GKG63	Tedavi Programında Olup İstihdam Edilen Hasta Oranı
GKG64	Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı
GKG65	Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı
GKG66	Takip Programında Olup Obezite Tanısı Alan Hasta Oranı
GKG67	Tedavi Programında Olup Madde Bağımlılığı Olan Hasta Oranı
GKG68	Damgalama ve Ayrımcılığı Önlemek Amacıyla Düzenlenen Eğitim Sayısı
Evde Sağlık Hizmetleri	
GKG69	Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı
GKG70	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması
GKG71	Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı
GKG72	Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı
Organ Nakli Göstergeleri	
GKG73	Ortalama Soğuk İskemi Süresi

GKG74	Nakil Sonrası Ortalama Yatış Süresi
Kemoterapi Hizmetleri	
GKG75	Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı
GKG76	Ekstravazasyon Sonucu Ülser Gelişen Hasta Oranı
GKG77	Kemoterapi Tedavi Sürecinde Kemoterapinin Komplikasyonları Nedeniyle Ölen Hasta Oranı
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	
GKG78	Düşen Hasta Oranı
GKG79	Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Yeniden Yatış Oranı
Biyokimya Laboratuvarı	
GKG80	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
GKG81	Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı
GKG82	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GKG83	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GKG84	Biyokimya Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	
GKG85	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
GKG86	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı
GKG87	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
GKG88	Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GKG89	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GKG90	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı
GKG91	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı

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

GKG112	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
GKG113	Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
GKG114	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı
GKG115	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
GKG116	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
GKG117	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
GKG118	Mortalite Oranı
GKG119	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı
GKG120	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı
Bilgi Yönetim Sistemi	
GKG121	Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
GKG122	SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
GKG123	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı
GKG124	Sağlık Kuruluna Dönen Toplam Rapor Oranı

SKS ADSH/ADSM Kalite Göstergeleri	
GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
GKG02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
GKG03	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
GKG04	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
GKG05	Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı
GKG06	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GKG07	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
GKG08	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
GKG09	Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı
GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GKG12	Personel Devir Oranı
GKG13	Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
GKG14	Düşen Hasta Oranı
GKG15	İlaç Hatası Bildirim Oranı
GKG16	El Hijyeni Uyum Oranı
GKG17	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı
GKG18	Hasta Deneyimi Anketi Analizi
GKG19	Çalışan Geri Bildirim Anketi Analizi
GKG20	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı
GKG21	Kaybolan Ölçü Oranı
GKG22	Kaybolan Protez Oranı

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

SKS 112 Acil Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri	
GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
GKG02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
GKG03	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GKG04	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
GKG05	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
GKG06	Hasta Deneyimi Anketleri Analizi
GKG07	Çalışan Geri Bildirim Analizi
GKG08	Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı
GKG09	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GKG10	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GKG11	Personel Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
GKG12	Düşen Hasta Oranı
GKG13	İlaç Hatası Bildirim Oranı
GKG14	Çağrının Başlaması ile Vakanın İstasyona İletilmesi Arasında Geçen Ortalama Süre
GKG15	Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi
GKG16	Hedeflenen Sürede Vakaya Ulaşma Oranı
GKG17	Sağlık Kuruluşuna Kabul Edilmeyen Hastaların Oranı
GKG18	İstasyon Tarafından Kapatılan Vaka Oranı
GKG19	SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre

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

GKG22	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
GKG23	Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
GKG24	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı
GKG25	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
GKG26	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
GKG27	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
GKG28	Mortalite Oranı
GKG29	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı
GKG30	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı

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

III. BÖLÜM

SKS HASTANE GÖSTERGE KARTLARI

Kalite Yönetimi

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

Acil Durum ve Afet Yönetimi

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

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

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

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

Gösterge Adı	**Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi**
Gösterge Kodu	**GKG06**
Tanım	İlgili dönemde beyaz kod çağrısı yapıldığı andan itibaren, güvenlik görevlisinin olay yerine ulaşma sürelerini ifade eder.
Amaç	Beyaz kodda ilgili ekibin tüm üyelerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması ve bu kapsamda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Olay yerine güvenlik görevlisi tarafından ulaşma sürelerinin toplamı/Çağrı yapılan beyaz kod olay sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Güvenlik görevlisi tarafından olay yerine iki dakika içinde ulaşma oranı • Mesai dışında güvenlik görevlisi tarafından olay yerine ortalama ulaşma süresi • Beyaz kod yönetiminden sorumlu yöneticinin olay yerine ortalama ulaşma süresi
Açıklama	Gerçekleşen beyaz kodlar olay bazında "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Eğitim Yönetimi

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG07**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda verilen eğitimlere planlanan tüm personelin katılımının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı/Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Hemşirelerin planlananeğitimlere katılma oranı • Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı • İdari personelin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer personelin (teknik ve destek) planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG08**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Amaç	Kuruma yeni başlayan ve bölüm değiştiren personelin uyum eğitimini tamamlaması, uygum eğitimi almadan hiçbir personelin yeni görevine başlamaması için gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyum eğitimi alan personel sayısı/Uyum eğitimi alması gereken personel sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personel için gerçekleştirilen uyum eğitimi oranı
Açıklama	**Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG09**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda planlanan eğitimlerin zamanında gerçekleşmesi ve yapılan analizlerle iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitim sayısı/Planlanan eğitim sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı
Açıklama	• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır. • SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.

Hasta Deneyimi

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

Sağlıklı Çalışma Yaşamı

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

Gösterge Adı	**Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG12**
Tanım	İlgili dönemde sağlık kuruluşuna başvuran hasta veya hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet olaylarının oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda görevli personele hasta ve hasta yakınları tarafından şiddet uygulanmasının önlenmesine yönelik olarak gerekli tedbirlerin alınması, yapılacak analizlerle çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilenşiddet olayı sayısı/Hasta yükü katsayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Fiziksel olarak gerçekleşen şiddet oranı • Sözel olarak gerçekleşen şiddet oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • 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. • 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.

Gösterge Adı	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
Gösterge Kodu	GKG13
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerineyönelik yapılacak analizlerle, çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Hasta yükü katsayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı • Klinik/birim/ünite bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG14**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptayarak, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kesici-delici alet yaralanma sayısı/Hasta yükü katsayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı • Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı:** İlgili dönemde hastaneye giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG15**
Tanım	Kurum içindepersonelin bölüm değiştirme oranının değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Kurum içerisindeki yetkin personelin, verimli ve etkin bir şekilde çalışmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Bölüm değiştiren personel sayısı/Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında bölüm değiştiren personel oranı
Açıklama	• 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. • Meslek bazında takip edilecek kategoriler; ○ Hekim ○ Hemşire ○ Diğer sağlık çalışanları ○ Temizlik personeli ○ Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen (temizlik personeli hariç) personel ○ Diğer

Gösterge Adı	**Kurumdan Ayrılan Personel Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG16**
Tanım	Kurumdaçalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Yetkin personelin kurumdan ayrılma nedenleri analiz edilerek, ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kurumdan ayrılan personel sayısı/Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı • Ayrılma nedenine göre kurumdan ayrılan personel oranı
Açıklama	• İstifa, terk, işten çıkarılma, başka kuruluşa tayinler dâhil edilir. Emeklilik, sağlık raporu, eş durumu tayinleri ve ölüm nedeniyle ayrılma kapsam dışı tutulur. • Meslek bazında takip edilecek kategoriler; o Hekim o Hemşire o Diğer sağlık çalışanları o Temizlik personeli o Hizmet alımı yoluyla görevlendirilen (temizlik personeli hariç) personel o Diğer

Gösterge Adı	**Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG17**
Tanım	İlgili dönemde, kuruluşta görevli personele sağlık taraması amaçlı yapılması gereken işlemler (muayene, test, tetkik) içinden tamamlanan işlem oranını ifade eder.
Amaç	Çalışan sağlığının korunması ve güvenli çalışma ortamının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan işlemler içinde tamamlanan işlem sayısı/Sağlık taraması amaçlı yapılması gereken toplam işlem (muayene, test, tetkik) sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Sağlık taraması tamamlanan personel oranı
Açıklama	• Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan ve çalışan güvenliği komitesi tarafından tarama programına dâhil edilmesine karar verilen tüm çalışanları kapsar. • Meslek ya da görev bazında yapılması planlanan sağlık taraması işlemleri hastane sağlık taraması programı kapsamında belirlenir. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel altı ayını tamamlaması beklenmeden sağlık taraması programına ve hesaplamaya dâhil edilir. • **"Sağlık Taraması Tamamlanan Personel Oranı"** alt göstergesi için veri analizi yıllık olarak yapılır. Alt göstergenin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Sağlık taraması tamamlanan personel sayısı/Sağlık taraması yapılması planlanan personel sayısı) x 100

Hasta Bakımı

Gösterge Adı	**Düşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG18**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Sağlık hizmeti sunumu sırasında; düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam düşen hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam hasta sayısı+ Ayaktan toplam başvuru sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Ayaktan hasta düşme oranı • Yatan hasta düşme oranı • Düşme risk puanına göre düşen hasta oranı • Düşme zamanına göre düşen hasta oranı • Yaş gruplarına göre çocuklarda düşme oranı
Açıklama	• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil servis, diyaliz, günübirlik vb.) dâhil edilir. • Hesaplamada düşme olay bildirimleri esas alınır. • Ayaktan hastalara düşme riski değerlendirme formu düzenlenmesine gerek yoktur. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki şekilde yapılacaktır: İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan düşen hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x1000 İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan düşen hasta sayısı/Ayaktan toplam başvuru sayısı)x1000

	• Çocuklarda yaş grupları aşağıdaki şekilde hesaplanacaktır; ○ 0 – 3 yaş ○ 4 – 7 yaş ○ 8 – 13 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 düşen 0 – 3 yaş arası hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam 0 – 18 yaş hasta sayısı) x1000 İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam düşen 0 – 3 yaş arası hasta sayısı/Ayaktan başvuran toplam 0 – 18 yaş hasta sayısı) x1000

Gösterge Adı	**Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG19**
Tanım	İlgili dönemde 18 yaş üstü ve postoperatif solunum yetmezliği (ikincil tanı), mekanik ventilasyon veya yeniden entübasyon tanısı alan vakaların elektif cerrahi operasyon geçiren hastalara oranını ifade eder.
Amaç	Elektif cerrahi operasyon geçiren hastalarda, postoperatif dönemde solunum yetmezliği gerçekleşme sebeplerininanaliz edilerek gerekli önlemlerin alınmasıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalar içinde aşağıdaki kriterlere uyan hasta sayısı/Tanımlanan elektif cerrahi kodlarını alan 18 yaş ve üstü hasta sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Ameliyat süresine göre postoperatif solunum yetmezliği oranı • Hasta yaşına göre postoperatif solunum yetmezliği oranı • Kullanılan anestezik ajana göre postoperatif solunum yetmezliği oranı
Açıklama	• **Hesaplama adımları:** o İlgili dönemde "Tanımlanan elektif cerrahi kodlarını alan 18 yaş ve üstü hasta sayısı" SBYS'den çekilir. o Elde edilen bu evrenden hariç tutulacak kriterlere uyan hastalar çıkarılarak payda belirlenir. • Paydadaki hastalar "paya dahil edilecek hastalara ait kriterler" açısından geriye dönük dosya bazında incelenerek pay belirlenir. • **Elektif cerrahi;** Kurum tarafından elektif cerrahi olarak tanımlanan vakalar (ICD-10 kodları içerisinden seçilerek) • **Paya dahil edilecek hastalara ait kriterler:** Ameliyat tarihinden sonra; o İkincil tanı olarak aşağıdaki tabloda yer alan herhangi bir akut solunum yetmezliği ICD-10 tanı kodu almış olma ve/veya o Ameliyat tarihinden sonra meydana gelen mekanik ventilasyon veya yeniden entübasyon için SUT işlem kodu

almış olma

- **Hariç Tutulacaklar:**
  - Ana tanısı akut solunum yetmezliği olan veya kuruma başvurusu sırasında ikincil tanısı var olan vakalar
  - Trakeostomi ameliyatı yapılan vakalar
  - Elektif ameliyatından önce trakeostomisi var olan vakalar
  - Nöromüsküler bozukluklar, laringeal veya faringeal, burun, ağız veya farenks cerrahisi için ICD 10 kodları alan vakalar
  - Yüz için bir ameliyat yapılan vakalar
  - Kraniyofasiyal anomaliler için ICD 10 kodları alan vakalar
  - Özefagus rezeksiyonu, akciğer kanseri veya dejeneratif nörolojik bozukluklar; solunum veya dolaşım hastalıkları için ICD 10 kodları alan vakalar
  - Solunum sistemi hastalıkları veya bozuklukları olan vakalar
  - Dolaşım sistemi hastalıkları veya bozuklukları olan vakalar
  - Hamilelik, doğum ve lohusalık durumları olan vakalar

"Ameliyat Süresine Göre Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı" alt göstergesi hesaplanırken, ameliyatlar sürelerine göre aşağıdaki şekilde kategorize edilir:

- 0-59 dakika süren ameliyatlar
- 1-3 saat süren ameliyatlar
- 3 saatten fazla süren ameliyatlar

Bu durumda hesaplama yöntemi aşağıdaki şekilde uygulanır:

İlgili dönemde;
(Paydadaki hastalar içinde aşağıdaki kriterlere uyan hasta sayısı/I. kategoride yer alan ve tanımlanan elektif cerrahi kodlarını alan 18 yaş ve üstü hasta sayısı)x1000

Diğer kategoriler için de aynı şekilde hesaplama yapılır.

Postoperatif Solunum Yetmezliği Temel Tanıları:

Atelektazi	Bronkospazm	Pnömoni
Akut Üst Hava Yolu Obstrüksiyonu	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Alevlenmesi	Plevral Efüzyon
Kimyasal Pnomonisiti (Aspirasyon pnömonisi)	Rezidüel Nöromüsküler Blok	Pulmoner Emboli
Abdominal Kompartman Sendromu	Trakeal Aspirasyon veya Laserasyon	Pulmoner Ödem

Gösterge Adı	**Basınç Yarası Oranı**
Gösterge Kodu	**GKH20**
Tanım	İlgili dönemde yatan ve basınç yarası gelişen **(yeni gelişen veya evresi artan)** hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen basınç yarası nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda Evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki aydan devreden hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı • Klinik bazında basınç yarası gerçekleşme oranı • Yoğun bakım bazında basınç yarası gerçekleşme oranı • Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı • Yeni gelişen basınç yarası oranı
Açıklama	• Yatış sırasında basınç yarası var olan hastalar hariç tutulacaktır. • Hastalar kliniğe yatışından itibaren ilk 8 saat içerisinde basınç yarası açısından değerlendirilmeli ve risk ölçüm aracı puanına göre önlem alınmalıdır. • Evre II ve üzerindeki basınç yaraları **(yeni gelişen veya evresi artan)** paya dahil edilmelidir. • TÜR-GÖS'e veri girişi, erişkin dahili, erişkin cerrahi, çocuk dahili ve çocuk cerrahi klinikleri bazında yapılacaktır.

İlaç Yönetimi

Gösterge Adı	**İlaç Hatası Bildirim Oranı**
Gösterge Kodu	**GKH21**
Tanım	Belirlenen dönem içerisinde, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının toplam yatış gün sayısına oranını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen ve bildirimi yapılan ilaç uygulama hatalarının analizedilerekiyileştirme çalışmalarının yapılması ve olası hataların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden yapılan ilaç hata bildirim sayısı/Toplam yatış gün sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Gerçekleşme zamanına göre ilaç hatası bildirim oranı • Ramak kala ilaç hatası bildirim oranı • Gerçekleşen ilaç hatası bildirim oranı
Açıklama	• **Yatış gün sayısı:** Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı "1" olarak kabul edilir. • Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır. • Ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinde oluşan ramak kala ve gerçekleşmiş ilaç hataları da paya dâhil edilmelidir.

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü

Gösterge Adı	**El Hijyeni Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG22**
Tanım	İlgili dönemde beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin oranını ifade eder. **Endikasyon:** El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet. **Eylem:** Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet.
Amaç	Çalışanlarda, beş endikasyon kuralına uygun olarak el hijyeni kültürünün oluşturulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Beş endikasyon kuralına göre uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni eylem sayısı/Gözlemlenen toplam el hijyeni endikasyonu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında el hijyeni uyum oranı • Klinik/birim/ünite bazında el hijyeni uyum oranı
Açıklama	• **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG23**
Tanım	İlgili dönemde el hijyeni sağlanması amacıyla tüketilen el antiseptiği kullanım oranını ifade eder.
Amaç	Çalışanlarda el hijyeni uyumunun arttırılması için sağlık hizmeti sunulan alanda el hijyeni malzemesinin eksiksiz olarak bulunmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (El hijyeni sağlanması amacıyla ilgili birimde tüketilen el antiseptiği miktarı/Toplam hasta yatış gün sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik ve ünite bazında el hijyeni malzemesi tüketim oranı
Açıklama	• **Yatış gün sayısı:** Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı "1" olarak kabul edilir. • Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır.

Gösterge Adı	**Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG24**
Tanım	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan kurallar doğrultusunda tanımlanan Enfeksiyon Kontrol Demetlerine uyum oranını ifade eder. **Enfeksiyon Kontrol Demetleri:** Yararı kanıtlanmış enfeksiyon önlemlerinin tek tek uygulanması yerine klinik duruma göre birlikte demet halinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmış kontrol listeleridir.
Amaç	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uygun şekilde gerçekleştirilen eylem sayısı/İncelenen toplam eylem sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Kontrol demeti bazında uyum oranı
Açıklama	• **Eylem sayısı:** Hasta bazında incelenen kontrol demetindeki her bir uygulama parametresidir. • Örneklem seçimi 24 saatlik çalışmayı kapsayacak şekilde yapılmalıdır. • Kurum tarafından kullanılan enfeksiyon kontrol demetlerine uyum oranı her bir demet için ayrı hesaplanacaktır. • Yoğun bakım ünitesi bazında TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır. • TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki kontrol demetlerine göre yapılacaktır: o Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) o Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE) o Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)

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

Gösterge Adı	**Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı**
Gösterge Kodu	**GKG26**
Tanım	Üriner kateter kullanım gün sayısına göre üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gelişme hızını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonnedenlerinin analiz edilerek, hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyon sayısı/Üriner kateter kullanım gün sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. • Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili sürveyans zorunluluğu yoktur. • Veri girişleri 3'er aylık dönemler (Ocak-Mart, Nisan-Haziran, Temmuz-Eylül, Ekim-Aralık) halinde yapıldığı için ve veri girişi her dönem sonunda 1 ay daha devam ettiği için, 3'er aylık değerlendirmeler en az bir ay sonrasında yapılacaktır. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı**
Gösterge Kodu	**GKG27**
Tanım	Ventilatör kullanım gün sayısına göre, ventilatör ilişkili pnömoni ve ventilatör ilişkili gerçekleşen olay hızını ifade eder.
Amaç	Gerçekleşen ventilatör ilişkili pnömoni olaylarının analiz edilerek hastanın en iyi bakımı almasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Ventilatör ilişkili pnömoni sayısı/Ventilatör kullanım gün sayısı) x 1000 veya (Ventilatör ilişkili olay sayısı/Ventilatör kullanım gün sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. • Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur. • **Ventilatör İlişkili Olay (VİO):** Değişen CDC tanı kriterlerine geçişle ilgili olarak ulusal geçiş henüz yapılmadığı için VİO takibi kurumların kendi inisiyatifindedir. • Ayrıca 18 yaş altı hastalarda VİO tanısı konulamaz. • Veri girişleri 3'er aylık dönemler (Ocak-Mart, Nisan-Haziran, Temmuz-Eylül, Ekim-Aralık) halinde yapıldığı için ve veri girişi her dönem sonunda 1 ay daha devam ettiği için, 3'er aylık değerlendirmeler en az bir ay sonrasında yapılacaktır. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Gösterge Adı	**Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG28**
Tanım	İlgili dönemde, seçilen prosedürlerde, cerrahi işlem sonrasında cerrahi alan enfeksiyonu gelişme oranını ifade eder.
Amaç	Cerrahi işlemler sonrasında hastalarda görülen cerrahi alan enfeksiyonlarının (CAE) erken dönemde tespit edilerek, gerekli önlemlerin alınmasına yönelik kuralların oluşturulması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürle ilişkili cerrahi alan enfeksiyonu sayısı/Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Yapılan ameliyat bazında cerrahi alan enfeksiyonu oranı
Açıklama	• Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. • Takip edilecek ameliyat kategorileri kurumun Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre belirlenmelidir. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir. • Takip edilecek kategori sayısı Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Standartları'na göre aşağıdaki şekilde olmalıdır. Yataklı tedavi kurumlarında ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı; **a.** 0 - 50 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 1,

	b. 51 - 100 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 2, **c.** 101 - 500 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 5, **d.** 501 ve üzeri kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 6, **e.** Özel dal hastanelerinde kendi branşı ile ilgili en az 1 ameliyat tipi; **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 edilmesi, **g.** Solid organ nakli yapılan merkezlerde ameliyat sayısına bakılmaksızın tüm organ nakli ameliyatlarının takip edilmesi, **h.** Takip edilecek ameliyatların **Ek-1**'de yer alan listeden seçilerek belirlenmesi, **i.** Ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyonu sürveyansı kapsamında takip edilmeyen ameliyatlara bağlı gelişen enfeksiyonların veri giriş sistemine girişlerinin yapılmaması, Veri değerlendirmesi **Ek-2**'de yer alan sürveyans sürelerine göre yapılmalıdır. Sürveyans süresine veri girişi için 1 ay ek süre eklenmelidir.

Gösterge Adı	**Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG29**
Tanım	İlgili dönemde, seçilen cerrahi prosedürlerde profilaksilerin uygunluk oranını ifade eder.
Amaç	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksi uygulamalarının, kurum tarafından belirlenmiş standart kurallara uygun şekilde yapılması ve antibiyotiklerin akılcı kullanımının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürlerde, uygun şekilde gerçekleştirilen profilaksi sayısı/Seçilen cerrahi prosedürlerde uygulanan toplam cerrahi profilaksi sayısı) X 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hekim bazında cerrahi antibiyotik profilaksisi uygunluk oranı • Doğru antibiyotik kullanım oranı • Antibiyotiğin veriliş zamanının uygunluk oranı • Antibiyotiğin kullanım süresinin uygunluk oranı
Açıklama	• Ulusal sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. • Seçilen cerrahi prosedürleri**Ek-1**'de yer almaktadır. • Profilaksi uygunluğu; antibiyotik adı, veriliş zamanı ve kullanım süresi açısından değerlendirilerek, kurumun kendi profilaksi rehberine göre verilir. • 2., 3. ve 4. Alt gösterge için de uygun kararı verildiği durumlarda profilaktik antibiyotik kullanımı uygun, diğer tüm durumlarda antibiyotik kullanımı uygun değil olarak kaydedilmelidir. Aksi durumda gösterge yanlış kabul edilmelidir. • Veri değerlendirmesi **Ek-2**'de yer alan sürveyans sürelerine göre yapılmalıdır. Sürveyans süresine veri girişi için 1 ay ek süre eklenmelidir. • **INFLINE sistemine veri girişi yapılması durumunda TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.** • İlgili kurumun gösterge verilerinin takibi INFLINE sistemi üzerinden yapılacak ve değerlendirilecektir.

Transfüzyon Hizmetleri

Gösterge Adı	**İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG30**
Tanım	İlgili dönemde imha edilen kan veya kan bileşeni sayısının, kuruluşun stokuna giren kan veya kan bileşeni sayısına oranını ifade eder
Amaç	Kurum stoklarında bulunan kan ve kan bileşenlerinin istemsiz imhalarının önüne geçilmesi, verimli ve etkin şekilde kullanılmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Hastane kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İmha edilen toplam kan veya kan bileşeni sayısı/Kuruluşun stokuna giren toplam kan veya kan bileşeni sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Türüne göre kan bileşeni imha oranı • Kliniğe göre kan bileşeni imha oranı
Açıklama	

Radyasyon Güvenliği

Gösterge Adı	**Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG31**
Tanım	Kontrast madde kullanımının takibi ve kontrastlı tomografi oranlarının izlenmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Kurumdaki kontrast madde ile çekilen tomografi oranları analiz edilerek gereksiz kontrast madde kullanımının en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı/Toplam çekilen tomografi sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Çekim bölgesi bazında kontrastlı madde ile çekilen tomografi oranı • Klinik/birim/ünite bazında kontrastlı madde ile çekilen tomografi oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG32**
Tanım	Üç gün içinde aynı tetkik için tekrar röntgen çekimi yapılan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda tekrarlayan röntgen çekimlerinin en aza indirilerek radyasyona maruz kalmanın azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Üç gün içinde aynı tetkik için tekrarlanan röntgen çekim sayısı/Toplam röntgen çekim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hasta yaşına göre tekrarlayan röntgen çekim oranı • Teknisyen bazında tekrarlayan röntgen çekim oranı • Çekim zamanına (mesai içi-mesai dışı) göre tekrarlayan röntgen çekim oranı

Açıklama	• Kontrol çekimleri paydaya dâhil edilmeli, paya dâhil edilmemelidir.
	• Hasta yaş grupları aşağıdaki şekilde izlenmelidir:
	  • 0-5 yaş
	  • 6-10 yaş
	  • 11-14 yaş
	  • 15-18 yaş
	"Hasta yaşına göre tekrarlayan röntgen çekim oranı"göstergesi" için TÜR-GÖS'e veri girişi belirlenen yaş gruplarına göre ayrı ayrı yapılacaktır.

Acil Servis

Gösterge Adı	**Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG33**
Tanım	Acil servise 24 saat içinde aynı şikâyetle tekrar başvuran hasta oranının izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servis hizmet kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hasta sayısı/Acil servise toplam başvuran hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Acil servise hekim bazında yeniden başvuru oranı • Acil servise yeniden başvuran hastalarda ilk başvuruda konsültasyon varlığı oranı • Acil servise tanı bazında yeniden başvuru oranı
Açıklama	Aynı hastanın takip ve tedavisinin devamı niteliğindeki başvuruları **paya dâhil edilmemelidir.**

Gösterge Adı	**Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi**
Gösterge Kodu	**GKG34**
Tanım	Acil serviste müşahede alanında yatırılan hastaların yatış sürelerinin izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servis müşahede alanlarının amacına uygun şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin arttırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Müşahede alanında yatan hastaların yatış süreleri toplama/Müşahede alanına yatırılan toplam hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Müşahede alanında 720 dakika ve üzerinde kalan hasta oranı • Müşahede alanında yatan hastalardan branş uzmanı konsültasyonu istenen hasta oranı • Müşahede alanında takip edilen hastalardan hastaneye yatışı yapılan hasta oranı
Açıklama	• Aynı dönemde birden fazla kez müşahede alanına yatışı yapılan hastaların her bir yatışları ayrı olarak hesaplamaya dahil edilmelidir. • Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.

Gösterge Adı	**Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi**
Gösterge Kodu	**GKG35**
Tanım	Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren, acil servise ulaşma sürelerinin izlenmesi ve acil servis hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servis hizmetinin zamanında ve hasta güvenliğini riske atmayacak şekilde sunulmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Acil servise çağrılan konsültan hekimlerin ulaşma süreleri toplamı (dk)/ Acil servisten istenen toplam konsültasyon sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hekim bazında acil servise ortalama ulaşma süresi • Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi • Mesai dışında acil servise ortalama ulaşma süresi • Mesai içinde acil servise ortalama ulaşma süresi
Açıklama	• Konsültan hekimlerle telefonla yapılan görüşmeler hesaplamaya dahil edilmeyecektir. • Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.

Gösterge Adı	**Hasta Sevk Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG36**
Tanım	Acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hastaların izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Acil servisin seviyesine ve kapasitesine uygun şekilde hizmet sunmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı/Acil servise başvuran hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Nedene göre hasta sevk oranı • Mesai dışında hasta sevk oranı
Açıklama	Acil serviste tedavi altındayken sevk edilen hastalar hesaplamaya dahil edilecektir. Kurumun diğer kliniklerinden yapılan sevkler hesaplamaya dahil edilmeyecektir.

Ameliyathane

Gösterge Adı	**Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG37**
Tanım	Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Ameliyathaneye cerrahi operasyon ile ilişkili geri dönüş sebeplerinin analiz edilerek, sürecin iyileştirilmesine yönelik gerekli önlemlerin alınmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı/Toplam cerrahi operasyon sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı • Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı
Açıklama	• Ameliyata bağlı nedenlerle postoperatif 30 gün içinde geri dönüşler hesaplamaya dahil edilir. • Hastaya protez takılan ameliyatların proteze bağlı dönüşleri değerlendirmeye alınmaz. • Operasyon sonrası, operasyonla ilişkili aşağıda belirlenmiş olan sebepler dikkate alınacaktır; o Kanama o Yara açılması (ayrışması) o Yarada hematom o İnsizyonel herni o Hemoperiton o Revizyon ameliyatları o Operasyonel hatalar (Hastada malzeme unutulması, yanlış taraf cerrahisi)

Operasyonla ilişkili sebeplerin ICD-10 kodları:

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

Gösterge Adı	**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG38**
Tanım	Gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanılma oranını ifade eder.
Amaç	Ameliyatgüvenliğinin arttırılması, cerrahide tıbbi hataların engellenmesi, cerrahiye bağlı ölüm ve komplikasyonların azaltması ve bunlarla birlikte cerrahi ekipler arasında daha iyi bir iletişim ve takım çalışmasının teşvik edilmesidir.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gözlem yapılan cerrahi operasyonlar içinde güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen operasyon sayısı/ Randomize gözlem yapılan cerrahi operasyon sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Klinik bazında güvenli cerrahi uygun kullanım oranı • Lokal anestezi ile gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda güvenli cerrahi kullanım oranı
Açıklama	• Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. • **Listenin uygun şekilde kullanılma oranı:** Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Ayrıca randomize olarak, liste kullanımının uygulama anında yerinde gözlenmesi gerekmektedir. Gözlem sırasında listenin, "GCKL uygulama rehberi" çerçevesinde zamanında ve doğru şekilde doldurulma durumu belirlenir. Randomize gözlem sırasında elde edilen veri, söz konusu alt göstergenin hesaplanması için aşağıdaki formülde kullanılacaktır: (Gözlem sırasında listenin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen cerrahi operasyon sayısı/Randomize gözlem yapılan cerrahi operasyon sayısı) x 100 • Gözlem yapılacak ameliyat sayısı, bir önceki yıla ait toplam ameliyat sayısına karşılık gelen **Ek-5**'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır.

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKG39</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>Anesteziye bağlı olarak gelişen komplikasyonların izlenmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Anesteziye bağlı olarak gelişen komplikasyonların analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Anesteziye bağlı gerçekleşen komplikasyon sayısı/Anestezi uygulanan toplam işlem sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3’er aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Anestezi türüne göre cerrahi operasyonlarda görülen anestezi komplikasyon oranı
• Hasta yaşına göre gerçekleştirilen anestezi komplikasyon oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• Ek-4’de yer alan “Anestezi Komplikasyonları Listesi” dikkate alınarak veri toplanmalıdır.

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

Yoğun Bakım Ünitesi

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKG40</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>Yoğun bakım ünitesinde yatan ve basınç yarası gelişen (yeni gelişen veya evresi artan) hastaların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Gerçekleşen basınç yarası nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Hasta kayıtları</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalardan Evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı/Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı + bir önceki aydan devreden hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3’er aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Risk düzeyine göre basınç yarası gerçekleşme oranı
• Yoğun bakım bazında basınç yarası gerçekleşme oranı
• Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı
• Yoğun bakımda Evre I basınç yarası gelişen hasta oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• Yoğun bakım ünitesine yatış sırasında basınç yarası var olan hastalar hariç tutulacaktır
• Hastalar yoğun bakım ünitesine yatışından itibaren ilk 8 saat içerisinde değerlendirilmeli ve ölçüm aracı puanına göre önlem alınmalıdır.
• Kurumda birden fazla yoğun bakım ünitesi varsa her bir ünitede ayrı ayrı takip yapılmalıdır.
• Evre II ve üzerindeki basınç yaraları (yeni gelişen veya evresi artan) paya dahil edilmelidir.
• TÜR-GÖS’e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:
<table>
<tr><td>Erişkin birinci basamak YB</td><td>Çocuk ikinci basamak YB</td><td>Yenidoğan birinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin ikinci basamak YB</td><td>Çocuk üçüncü basamak YB</td><td>Yenidoğan ikinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin üçüncü basamak YB</td><td></td><td>Yenidoğan üçüncü basamak YB</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Yenidoğan dördüncü basamak YB</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKG41</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>İlgili dönemde yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan aynı dönem içinde ölenlerin oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın oluşturulması, bakım kalitesinin arttırılması, mortalite ve morbiditenin azaltılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalardan ölen hasta sayısı/Yoğun bakım ünitesinde bir önceki dönemden devreden hasta sayısı + ilgili dönem içinde yoğun bakım ünitesine yatan toplam hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3’er aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>

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

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

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKH42</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>İlgili dönemde, yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen hastalarda, aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle 48 saat içinde aynı seviye veya daha üst seviyedeki yoğun bakımlara yeniden yatışı yapılan hastaların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Hasta bakım kalitesi ve tedavi etkinliğinin arttırılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalarda 48 saat içinde aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle yeniden yatışı yapılan hasta sayısı/Yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3’er aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Yoğun bakım bazında yeniden yatış oranı
• Hekim bazında yoğun bakım ünitesine yeniden yatış oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• Pay, aynı seviye veya daha üst seviyedeki yoğun bakımlara yeniden yatışları kapsamalıdır.
• Payda, söz konusu yoğun bakımdan daha alt seviyede bir yoğun bakıma veya servise sevk edilen ya da taburcu edilen hastaları kapsamalıdır.
• Yoğun bakımdan taburcu edildikten sonra 48 saat içinde aynı kurumdaki aynı veya daha üst seviyede bir yoğun bakıma aynı tanı ile yatışı yapılan hasta, ilk taburcu edildiği yoğun bakımın pay ve paydasına dâhil edilmelidir.
• Kurumda aynı seviyede birden fazla yoğun bakım bulunması durumunda, her bir yoğun bakım kendi seviyesindeki yoğun bakımlarla birlikte değerlendirilir.
• TÜR-GÖS’e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:
<table>
<tr><td>Erişkin birinci basamak YB</td><td>Çocuk ikinci basamak YB</td><td>Yenidoğan birinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin ikinci basamak YB</td><td>Çocuk üçüncü basamak YB</td><td>Yenidoğan ikinci basamak YB</td></tr>
<tr><td>Erişkin üçüncü basamak YB</td><td></td><td>Yenidoğan üçüncü basamak YB</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Yenidoğan dördüncü basamak YB</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Gösterge Adı	**Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG43**
Tanım	Yoğun bakım ünitesinde yatan ve beyin ölümü açısından değerlendirilen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların beyin ölümü açısından değerlendirilerek olası organ bağışlarının tespit edilmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan klinik önkoşullar açısından değerlendirilen hasta sayısı/Yoğun bakımda yatan hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	**Beyin Ölümü Tanısı:** Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve tüm beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşümü olmayan kaybıdır. Beyin ölümü tanısında gereken klinik ön koşullar aşağıda belirtilmiştir. ○ Komanın nedeninin belirlenmiş olması, ○ Beyin hasarının yaygın ve geri dönüşümsüz olduğunun belirlenmiş olması, ○ Santral vücut ısısı ≥32 C olması, ○ Hipotansif şok tablosu olmaması, ○ Komadan geriye dönüşüm sağlanabilecek ilaç etkileri ve intoksikasyonların dışlanmış olması, ○ Beyin hasarından bağımsız şekilde klinik tabloyu açıklayabilecek metabolik, elektrolit ve asit-baz bozukluklarının olmaması. **Bkz. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği**

Gösterge Adı	**Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezine Bildirilen Beyin Ölümü Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG44**
Tanım	Yoğun bakım ünitesinde beyin ölümü tespit edilen hastalar içinden organ ve doku nakli bölge koordinasyon merkezine bildirim yapılan hasta oranını ifade eder.
Amaç	Tespit edilen tüm beyin ölümlerinin, Organ ve Doku Nakil Bölge Koordinasyon Merkezine bildirilmesi ve organ bağış sürecinin en erken dönemde başlatılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan organ ve doku nakli bölge koordinasyon merkezine bildirilen hasta sayısı/Beyin ölümü tespit edilen hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Beyin ölümü tespit edilen hastalardan organ bağışı yapılan hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Doğumdan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG45**
Tanım	İlgili dönemde doğumdan itibaren yeni doğan yoğun bakım ünitesine yatırılan bebeklerden ilk 6 saat içinde kolostrum verilen bebek oranını ifade eder.
Amaç	Yenidoğan bebeklerde ilk saatlerden itibaren kolostrum almasını sağlayacak şekilde sağılarak bebeğin ağzına verilen birkaç damla kolostrum bile yaşamsal önem taşıyabilir. Kolostrumla ağız bakımı ve/veya minimal enteral beslenme desteği en küçük ve 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.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları/veri toplama formu
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan bebeklerden ilk 6 saatte kolostrum verilen bebek sayısı/Doğumdan sonrakiilk 6 saatte yeni doğan yoğun bakıma yatırılan bebek sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Veri toplanırken minimal enteral beslenme ve/veya kolostrumla yapılan birkaç damlalık kolostrumla verilen ağız bakımı da hesaplamaya dâhil edilecektir.

Gösterge Adı	**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG46**
Tanım	İlgili dönemde yeni doğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bebeklerden sadece anne sütü alarak taburcu olan bebek oranını ifade eder.
Amaç	Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin tedavileri süresince anne sütü almasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan bebeklerden sadece anne sütü alarak taburcu edilen bebek sayısı/Yeni doğan yoğun bakımdan taburcu edilen bebek sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Doğum Hizmetleri

Gösterge Adı	**Primer Sezaryen Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG47**
Tanım	İlgili dönemde primer sezaryen operasyonu ile yapılan doğumların tüm doğumlara oranını ifade eder.
Amaç	İlk defa doğum yapacak kadınların normal doğuma yönlendirilmesi ve primer sezaryenlerin azaltılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Toplam primer sezaryen sayısı/Toplam doğum sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Nedenine göre primer sezaryen oranı* • Hekim bazında primer sezaryen oranı • Sezaryen operasyonları içinde primer sezaryen oranı • Tüm sezaryen operasyonlarının toplam doğuma oranı • Dış merkez takipli hasta primer sezaryen oranı
Açıklama	• Primer sezaryen, annenin ilk sezaryen doğumunu ifade eder. • *Nedenine Göre Primer Sezaryen Oranı, **Ek-3**'de yer alan "Sezaryen Endikasyon Listesi"ne göre hesaplanmalıdır. **SUT Kodları:** 619930 Sezaryen 619929 Sezaryen (çoğul gebelik)

Gösterge Adı	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
Gösterge Kodu	GKG48
Tanım	İlgili dönemde ilk defa doğum yapan ve sezaryen açısından düşük riske sahip olan kadınlardan sezaryen doğum yapılanların oranını ifade eder.
Amaç	Sezaryen açısından düşük riske sahip ve ilk defa doğum yapacak kadınların normal doğuma yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kadınlar içinde sezaryen yapılan kadın sayısı/ Sezaryen açısından düşük riske sahip ilk kez doğum yapan toplam kadın sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Hekim bazında düşük riske sahip ilk doğum yapan kadınlarda sezaryen oranı
Açıklama	Robson On'lu Sistem'e göre sezaryen açısından düşük riske sahip gebeler: ○ Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış ○ Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş **Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi**

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKG49</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>İlgili dönemde, sezaryen ile doğum yapan ve VTE yönünden riskli olan kadınlarda, doğum sonrası VTE profilaksisi uygulananların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Ama</td><td>Sezaryen ile doğum yapan kadınların VTE yönünden değerlendirilmesi ve olası en erken dönemde gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Hasta kayıtları</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Sezaryen sonrası VTE profilaksisi uygulanan hasta sayısı/VTE yönünden riskli olan ve sezaryen yapılan toplam hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3’er aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>Hekim bazında sezaryen sonrası VTE profilaksisi uygulanma oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>Sezaryan operasyonu sonrası DMAH (Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin) başlama kriterleri (postpartum 10 gün DMAH başlanır):
• Acil sezaryen yapılanlar ve morbid obez hastalar (> 40 kg/m2)
• Elektif sezaryen yapılan hastalarda ise aşağıdaki parametrelerden birinin varlığı:
<table><tr><td>Maternal obezite (> 30kg/m^2)</td><td>Preterm doğum</td></tr><tr><td>Çoğul gebelik</td><td>Akrabada VTE öyküsü</td></tr><tr><td>IVF gebeliği</td><td>Maternal düşük riskli VTE</td></tr><tr><td>Preeklamsi</td><td>Anne yaşının > 35 olması</td></tr><tr><td>Ölü fetus</td><td>Sistemik enfeksiyon</td></tr><tr><td>Postpartum kanama</td><td>İmmobilizasyon</td></tr><tr><td>Variköz venler,</td><td>Yüksek riskli trombofili riski</td></tr><tr><td>Parite > 3</td><td>Ailede geçirilmiş VTE</td></tr><tr><td>Sigara içilmesi</td><td>Geçirilmiş VTE</td></tr><tr><td colspan="2">Medikal hastalık (kanser, kalp yetmezliği, aktif SLE, aktif inflamatuar barsak hast ve aktif inflamatuar poliartropati gibi inflamatuar hastalıklar, nefrotik sendrom, nefropatili Tip 1 DM, orak hücre hastalığı, mevcut intravenöz ilaç bağımlılığı)</td></tr></table>
Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi</td></tr>
</table>

Gösterge Adı	**Risk Düzeyine Göre Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG50**
Tanım	İlgili dönemde, vajinal doğum yapan ve VTE yönünden riskli olan kadınlarda, doğum sonrası VTE profilaksisi uygulananların oranını ifade eder.
Amaç	Vajinal doğum yapan kadınların VTE yönünden değerlendirilerek,olasıen erken dönemde gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Vajinal doğum sonrası VTE profilaksisi uygulanan hasta sayısı/VTE yönünden riskli olan ve vajinal doğum yapan toplam hasta sayısı) x
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Hekim bazında vajinal doğum sonrası VTE profilaksisi uygulanma oranı
Açıklama	**VENÖZ TROMBOEMBOLİ (VTE) İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ:** ○ Antenatal dönemde toplam puan ≥4 ise 1.trimesterden itibaren tromboprofilaksi önerilir. ○ Antenatal dönemde toplam puan 3 ise 28. gebelik haftasından itibaren tromboproflaksi önerilir. ○ Postnatal dönemde toplam puan ≥2 en az 10 gün süreyle tromboproflaksi önerilir. ○ Antenatal dönemde hastaneye yatış durumunda tromboproflaksi önerilir. ○ Puerperium dönemde hastanede uzun yatış (≥3 gün) veya tekrar hastaneye yatış durumunda tromboproflaksi önerilir. **Venöz Tromboemboli (VTE) için Risk Faktörleri Puanlamasıiçin Bkz: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi**

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKG51</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>İlgili dönemde vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hastaların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Vajinal doğumlarda gelişentravma nedenlerinin analiz edilmesi ve obstetrik travmaların önlenmesi amacıyla gerekli tedbirlerin alınmasıdır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Hasta kayıtları</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı/Toplam vajinal doğum sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3’er aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı
• Enstrümansız vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı
• Doğum zamanına (mesai içi ve dışı) göre vajinal doğumlarda obstetrik travma oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>Obstetrik travma ICD 10 kodları: O 70 ve O71
<table>
<tr><td>O70</td><td>Perineal yırtılma, doğum esnasında</td></tr>
<tr><td>O70.2</td><td>Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında</td></tr>
<tr><td>O70.3</td><td>Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında</td></tr>
<tr><td>O70.9</td><td>Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış</td></tr>
<tr><td>O71</td><td>Obstetrik travma, diğer</td></tr>
<tr><td>O71.0</td><td>Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce</td></tr>
<tr><td>O71.1</td><td>Uterus rüptürü, doğum esnasında</td></tr>
<tr><td>O71.2</td><td>Uterusun postpartum inversiyonu</td></tr>
<tr><td>O71.3</td><td>Serviksin obstetrik laserasyonu</td></tr>
<tr><td>O71.4</td><td>Obstetrik yüksek vajinal laserasyon</td></tr>
<tr><td>O71.5</td><td>Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer</td></tr>
<tr><td>O71.6</td><td>Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi</td></tr>
<tr><td>O71.7</td><td>Pelvis obstetrik hematomu</td></tr>
<tr><td>O71.8</td><td>Obstetrik travma, diğer tanımlanmış</td></tr>
<tr><td>O71.9</td><td>Obstetrik travma, tanımlanmamış</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Enstürmanlı Doğum ICD-10 kodları ve SUT işlem kodları;

O81	Tek doğum forseps ve vakum ekstraktör ile
O81.0	Aşağı forseps doğum
O81.1	Orta kavite forseps doğum
O81.2	Orta kavite forseps, rotasyon ile
O81.3	Forseps doğum, diğer ve tanımlanmamış
O81.4	Vakum ekstraktör doğum
O81.5	Forseps ve vakum ekstraktör kombinasyonu ile doğum
O84.1	Çoğul doğum, hepsi forseps ve vakum ekstraktör ile
619910	Müdahaleli vajinal doğum
619911	Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum)
619912	Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik)
619913	Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)

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

Gösterge Adı	**Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG52**
Tanım	İlgili dönemde doğum yapan hastalarda, güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Annenin kuruma girişinden, anne ve bebeğin kurumu terk edişine kadar olan tüm süreçte en iyi ve en güvenli bakımı almalarının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Doğum yapan ve güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hasta sayısı/Toplam doğum yapan hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Güvenli doğum kontrol listesi uygun doldurulmayan hasta oranı
Açıklama	Hasta sirkülasyonunun yoğun olduğu kurumlarda randomize dosya incelemesi ile birlikte randomize olarak uygulama anında listenin kullanımının yerinde izlenmesi önerilmektedir. Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Randomize yapılan incelemelerde formül aşağıdaki şekilde kullanılmalıdır: İlgili dönemde; (Güvenli doğum kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı operasyon sayısı/Randomize olarak incelenen doğum dosyası sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG53**
Tanım	İlgili dönemde doğum sonrası ilk bir saat içinde ten tene temas uygulanan anne-bebek çiftçi oranını ifade eder.
Amaç	Kurumda doğumdan sonra olası en erken dönemde ten tene temas yapılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hastanede doğum sonrası ilk bir saat içinde ten tene temas uygulanan anne-bebek çiftçi sayısı/Hastanede canlı doğan bebek sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Doğum sonrası ten tene temas uygulanamayan anne-bebek çifti oranı • Doğum sonrası 1. saat ile 2. saat arasında ten tene temas uygulanan anne-bebek çifti oranı
Açıklama	**Ten tene temas**: Ebeveyn ile bebek arasında etkileşimi sağlayan ve yalnız bezi bulunan bebeğin ebeveynin çıplak göğsü üzerine yüzüstü, dik pozisyonda yerleştirilmesi ile temasın sağlanmasıdır. "Kanguru bakımı" da denir. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde uygulandığında anne bebek bağlanmasını güçlendirmekte, hipoterminin önlenmesini sağlamakta ve anne sütünün salınımında artışa sebep olmaktadır. Ayrıca prematüre ve term bebeklere uygulandığında, bebek için daha iyi fiziksel ve gelişimsel sonuçlara yol açar.

Gösterge Adı	Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı
Gösterge Kodu	GKG54
Tanım	İlgili dönemde hastaneden taburcu olan bebeklerden, yatışı süresince sadece anne sütü alan ve anne sütü alarak taburcu edilen bebek oranını ifade eder.
Amaç	Anne sütü ve emzirme eğitimlerinin etkinlik ve kazanımlarının değerlendirilmesi, sonucunda insan hayatının başlangıcı için önemli olan anne sütü alımının artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan bebeklerden yatışı süresinde sadece anne sütü alan bebek sayısı/Taburcu edilen bebek sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	En fazla üç kez formül mama verilen bebek oranı
Açıklama	• Tıbbi gereklilikler nedeniyle anne yanında olmayan ve anne sütü alamayan bebekler paya ve paydaya dahil edilmeyecektir. • Hastane dışında doğan ve başka hastaneden sevkle gelen bebekler pay ve paydaya dahil edilmeyecektir.

Gösterge Adı	**Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG55**
Tanım	Doğum sonrası dönemde (postpartum) ilk 40 gün içinde, annelerin depresyon riskinin değerlendirilme durumunu ölçmek ve izlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Doğum sonrası dönemde depresyon riski yüksek olan annelerin erken dönemde tespit edilerek gerekli tıbbi desteği alması için yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan annelerden doğum sonrası ilk 40 gün içinde depresyon riski değerlendirmesi yapılan anne sayısı/Toplam doğum sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Postpartum risk düzeyi 12 ve üzeri olan anneler içinde psikiyatri muayenesi yapılan annelerin oranı
Açıklama	Annelerin doğum sonrası depresyon riskinin değerlendirilmesi amacıyla "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği" kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda Türkiye için ölçeğin sınır değeri 12 olarak hesaplanmıştır. 12 ve üzerinde değer alan annelere Psikiyatri muayenesi yapılmalıdır. **Bkz. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi** **Toplam doğum sayısı:** Canlı ve ölü doğumların toplamını ifade eder. • İlgili dönemde doğum yapan anneler için, doğum tarihinden itibaren 40 gün içinde gerçekleştirilen depresyon riski değerlendirme işlemi aranır. Örneğin, Ocak-Şubat-Mart dönemine ait hesaplamada, 20 Mart tarihinde doğum yapmış bir anne için risk değerlendirme işlemi 28 Nisan tarihine kadar aranır. • Dolayısı ile ilgili döneme ait veri analizi, dönemin tamamlanmasından itibaren 40 gün sonra yapılacaktır. • TÜR-GÖS veri girişi ise bir sonraki dönemde gerçekleştirilecektir. Örneğin, Ocak-Şubat-Mart dönemine ait veri girişi Temmuz ayında gerçekleştirilecektir.

	• "Postpartum risk düzeyi 12 ve üzeri olan anneler içinde psikiyatri muayenesi yapılan annelerin oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (12 üzerinde puan alıp psikiyatri muayenesi yapılan anneler/12 üzerinde puan alan anneler)x100

Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Gösterge Adı	**Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG56**
Tanım	TRSM tarafından tedavi programına alındığı halde programa devam etmeyen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tarafından tedavi programına alındığı halde programa devam etmeyen hastaların devam etmeme nedenlerinin analiz edilerek gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tedavi programında olup takibe gelmeyen hasta sayısı/Tedavi programına alınan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Tedavi programına düzenli olarak gelmeyen hasta oranı (3 ve üzeri randevusuna gelmeyen hasta)
Açıklama	• **Takibe devam etmeyen hasta:** Tedavi programına alındığı halde tedaviye hiç gelmeyen hastadır. • Tedavi programında olup tedavisine düzenli olarak gelmeyen hastalar göstergenin paydasına dahil edilecek olup payına dahil edilmeyecektir.

Gösterge Adı	**Acil Psikiyatrik Durum Planı Oluşturulan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG57**
Tanım	TRSM tarafından tedavi programına alınan hastalardan acil psikiyatrik durum planı oluşturulan hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	Acil psikiyatrik durum riski bulunan hastaların tespit edilerek gerekli tedbirlerin alınması ile toplum ve kurum adına oluşabilecek tehditlerin önüne geçilmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan acil psikiyatrik durum planı oluşturulan hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG58**
Tanım	TRSM'de tedavi programında olan hastalardan acil psikiyatrik durum gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların etkin bir takip ve tedavi hizmeti almasının sağlanması, sonucunda acil psikiyatrik durumgelişme oranlarının azaltılması, toplum ve kurum adına oluşabilecek tehditlerin önüne geçilmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan acil psikiyatrik durum gelişen hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Acil psikiyatrik durum gelişen hastalardan, psikiyatri kliniğine yatırılan hasta oranı
Açıklama	Acil psikiyatrik durum; duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da bir kaçında ortaya çıkan belirtilerin, hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektiren durumları ifade eder. Örnek acil psikiyatrik durumlar: ○ Saldırgan hasta ve şiddet ○ Psikoaktif madde kullanımı ile ilgili aciller ○ Deliryum ○ Anksiyete ve panik ○ Bayılma ○ Psikotroplara bağlı yan etkiler ile ilgili aciller

Gösterge Adı	**Tedavisi Remisyon Nedeni ile Sonlandırılan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG59**
Tanım	TRSM tarafından tedavi programına alınan hastalardan remisyon nedeni ile tedavisi sonlandırılan hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tedavi programı remisyon nedeni ile sonlandırılan hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Tedavisi remisyon nedeniyle sonlandırıldıktan sonra 1 yıl içinde yeniden başvuran hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Sayısı**
Gösterge Kodu	**GKG60**
Tanım	TRSM'de çalışan sağlık personelinin takip ettiği hastaların sayısını ifade eder.
Amaç	TRSM'de çalışan sağlık personelinin takip ettiği hasta sayısının değerlendirilerekpersonelin etkin ve verimli çalışmasının sağlanması ile hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Tedavi programında olan hasta sayısı/Vaka yöneticisi olarak görev yapan personel sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Vaka yönetici olarak görev yapan personellerin günlük ortalama randevu sayısı
Açıklama	**Vaka yöneticisi;** sorumluluğu dahilindeki hastaların bakım sürecinin koordinasyonu ve takibini yürüten kişiyi ifade eder. Etkin ve verimli çalışmanın sağlanabilmesi için vaka yöneticisi başına düşen hasta sayısı asgari düzeyde olmalıdır.

Gösterge Adı	**İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG61**
Tanım	TRSM'de tedavi programında takip edilen hastalar içinde intihar girişiminde bulunan hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tarafından takip edilen hastalar arasında intihar girişiminde bulunan hasta sayısı değerlendirilerek olası intihar teşebbüslerinin önüne geçilebilmesi ve TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intihar girişiminde bulunan hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Psikiyatrik tedavi amacıyla kullandığı ilaçlarla intihar girişiminde bulunan hasta oranı • İntihar girişimi sonucunda psikiyatri kliniğine yatırılan hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG62**
Tanım	TRSM'de tedavi programında takip edilen hastalar içinde intihar girişimi sonucunda ölen hastaların yüzde olarak oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tarafından takip edilmekte iken intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik alınan tedbirlerin ve hastasosyal sorunlarının gözden geçirilmesi ile olası intihar sonrasıcan kayıplarının önüne geçilebilmesi ve TRSM hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan intihar girişimi sonucu ölen hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Psikiyatrik tedavi amacıyla kullandığı ilaçlarla intihar girişiminde bulunarak ölen hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Tedavi Programında Olup İstihdam Edilen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG63**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan korumalı iş yerlerinde istihdam edilen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	TRSM tedavi programında olan hastalarınmevcutdurumlarına uygun işlerde istihdam edilmesi ve toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan korumalı iş yerlerinde istihdam edilen hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Korumalı iş yerleri dışında istihdam edilen hasta oranı
Açıklama	Göstergenin analizinde hastaların istihdam edilmesi kadar kurumun istihdama yönelik çalışmaları da değerlendirilmelidir.

Gösterge Adı	**Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG64**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin TRSM'de aldığı hizmet kalitesinin artırılarak hastaneyeyönlendirilme gereksinimlerinin azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	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
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• 2. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hasta oranı • 3. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilen hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG65**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin TRSM'de aldığı hizmet kalitesinin artırılarak hastaneye yatma gereksinimlerinin azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan, psikiyatrik tanısı nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• 2. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hasta oranı • 3. basamak sağlık kuruluşuna yatışı yapılan hasta oranı
Açıklama	

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Takip Programında Olup Obezite Tanısı Alan Hasta Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKG66</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>TRSM tarafından takip edilen hastalardan obezite tanısı konan hastaların oranını ifade eder.</td></tr>
<tr><td>Amaç</td><td>Hastaların biyolojik ve psikososyal gereksinimlerine yönelik bütüncül ve kalitelibakım hizmeti almasıdır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Hasta kayıtları</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Paydada yer alan hastalardan obezite tanısı alan hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>6 aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>Obezite tanısı alan hastalardan diyetisyen takibine alınan hasta oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>Obezite tanısı alan hasta; aşağıdaki tanı kodlarını alan hastaları ifade eder:
Obezite ICD10 Tanı Kodları
<table>
<tr><td>E66.0</td><td>Obezite, aşırı kaloriye bağlı</td></tr>
<tr><td>E66.1</td><td>Obezite, ilaçlara-bağlı</td></tr>
<tr><td>E66.2</td><td>Aşırı obezite, alveoler hipoventilasyonla birlikte olan</td></tr>
<tr><td>E66.8</td><td>Obezite, diğer</td></tr>
<tr><td>E66.9</td><td>Obezite, tanımlanmamış</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Gösterge Adı	**Tedavi Programında Olup Madde Bağımlılığı Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG67**
Tanım	TRSM tarafından takip edilen hastalardan madde bağımlılığı olan hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların biyolojik ve psikososyal gereksinimlerine yönelik bütüncül ve kalitelibakım hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan madde bağımlılığı olan hasta sayısı/Tedavi programında olan toplam hasta sayısı)x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	Madde bağımlılığına ilişkin ICD10 kodları (F10-F19 arası kodlar ve alt kırılımları) girilmiş hastalar paya dahil edilir.

Gösterge Adı	**Damgalama ve Ayrımcılığı Önlemek Amacıyla Düzenlenen Eğitim Sayısı**
Gösterge Kodu	**GKG68**
Tanım	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.
Amaç	Toplumun ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik bilinçlendirilmesi ve bu hastaların sosyal işlevlerinin istikrarlı hale getirilmesidir.
Veri Kaynağı	Eğitim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Topluma yönelik yapılan bilinçlendirme eğitimlerinin sayısı
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	Eğitim yerine (okul, halk eğitim merkezi vb.) göre düzenlenen eğitim sayısı
Açıklama	

Evde Sağlık Hizmetleri

Gösterge Adı	**Başvurunun Zamanında Karşılanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG69**
Tanım	Hastaların, evde sağlık koordinasyon merkezi tarafından birime yönlendirildikten sonra iki iş günü içinde ilgili ekip tarafından ziyaret edilme oranını ifade eder.
Amaç	Evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların başvurularının ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen zamanda karşılanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan birime yönlendirildikten sonra iki iş günü içinde ziyaret edilen hasta sayısı/Evde sağlık koordinasyon merkezi tarafından birime yönlendirilen hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması**
Gösterge Kodu	**GKG70**
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalarda bir yıl içinde hasta başına düşen ortalama ziyaret sayısını ifade eder.
Amaç	Yapılacak iyileştirmeler sonrasında, evde sağlık hizmeti alan hastalara bir yıl içinde yapılan ziyaretlerinplanlanan sayıda yapılarak, sunulan hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Yıl içerisinde yapılan toplam ziyaret sayısı/Evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen toplam tekil hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	Evde sağlık hizmetleri kapsamında sürekli ziyaret programına alınan hastalar pay ve paydaya dahil edilir.

Gösterge Adı	Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı
Gösterge Kodu	GKG71
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalara verilen randevuların planlanan zamanda gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Amaç	Ziyaretlerin planlanan zamanda yapılması ve hizmetin aksamaması için önlem alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Planlanan zamanda gerçekleştirilen randevu sayısı/Planlanan randevu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı
Gösterge Kodu	GKG72
Tanım	Evde sağlık hizmeti ziyaretlerinde malnütrisyon açısından risk değerlendirmesi yapılma oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve beslenme sorunlarına yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının planlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Beslenme risk değerlendirmesi yapılan ziyaret sayısı/Toplam ziyaret sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	İlk ziyarette NRS-2002 değerlendirme formu düzenlenen hasta oranı
Açıklama	**NRS-2002 Değerlendirme Formu:** Hastaların beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan tarama formudur.

Organ Nakil Hizmetleri

Gösterge Adı	Ortalama Soğuk İskemi Süresi
Gösterge Kodu	GKG73
Tanım	Nakledilen organların soğuk iskemide ortalama kalış sürelerini ifade eder.
Amaç	Soğuk iskemi süresinin en aza indirilmesi için gerekli önlenmelerin alınmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Alınan organların soğuk iskemi süreleri toplamı/Alınan organ sayısı
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Nakil yapılan organ bazında ortalama soğuk iskemi süresi
Açıklama	**Soğuk iskemi süresi:** Organın koruyucu sıvıya alındıktan sonra hastaya nakline kadar geçen süredir.

Gösterge Adı	Nakil Sonrası Ortalama Yatış Süresi
Gösterge Kodu	GKG74
Tanım	Organ nakli yapılan hastaların nakil sonrası ortalama yatış sürelerini ifade eder.
Amaç	Hasta güvenliği açısından nakil sonrası hastanede kalış süresinin azaltılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Organ nakli yapılan hastaların yatış süreleri toplamı/Organ nakli yapılan hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Nakil yapılan organ bazında ortalama yatış süresi
Açıklama	

Kemoterapi Hizmetleri

Gösterge Adı	**Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG75**
Tanım	Kemoterapi tedavisi sırasında hastalarda ekstravazasyon gelişme oranını ifade eder. **Ekstravazasyon:** Subkütan dokuya vezikan ya da irritan ilaçların sızması sonucunda ağrı, nekroz olması veya doku bütünlüğünün bozulmasıdır.
Amaç	Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonların azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gelişen toplam ekstravazasyon sayısı/Kemoterapi alan tekil hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Nedene göre (hasta kliniğine bağlı, ilaca bağlı vb.) ekstravazasyon gelişme oranı
Açıklama	• Bir hastada birden fazla ekstravzasyon gelişmesi durumunda gelişen her bir durum paya dahil edilir.

Gösterge Adı	Ekstravazasyon Sonucu Ülser Gelişen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG76
Tanım	Kemoterapi tedavisi sırasında ekstravazasyon gelişen hastalardan ülser oluşan hasta oranını ifade eder.
Amaç	Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonların azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan ülser gelişen hasta sayısı/ Kemoterapi tedavisi alan hastalardan ekstravazasyon gelişen hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Kemoterapi Tedavi Sürecinde Kemoterapinin Komplikasyonları Nedeniyle Ölen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG77
Tanım	Kemoterapi tedavi sürecinde, kemoterapiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölen hasta oranını ifade eder.
Amaç	Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kemoterapiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölen hasta sayısı/Kemoterapi tedavisi alan tekil hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Gösterge Adı	**Düşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG78**
Tanım	**Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti** sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Amaç	Düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan toplam düşen hasta sayısı/Fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde yatışı yapılan toplam hasta sayısı+ Ayaktan fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan hasta sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Ayaktan hasta düşme oranı • Yatan hasta düşme oranı
Açıklama	• Hesaplamada düşme olay bildirimleri esas alınır. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır. • TÜR-GÖS'e veri girişi aşağıdaki şekilde yapılacaktır: İlgili dönemde; (Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 1000 İlgili dönemde; (Ayaktan hastalarda düşen hasta sayısı/Ayaktan toplam başvuru sayısı)x1000

Gösterge Adı	**Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Aynı Tanı ile Yeniden Yatış Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG79**
Tanım	Yatarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalardan, taburculuğundan sonraki 30 gün içerisinde aynı tanı ile yeniden yatışı yapılan hasta oranını ifade eder.
Amaç	Fiziksel tıp ve rehabilitasyonhizmet kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalardan, taburculuğundan sonraki 30 gün içinde aynı tanı ile yatışı yapılan toplam hasta sayısı/Yatarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti alan toplam hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3 aylık
Alt Gösterge	Hastalık tanısı bazında yeniden başvuru oranı
Açıklama	• Aynı hastanın aynı dönem içindeki **farklı tanılarla** yapılan yatışlarının hepsi **paydaya**dahil edilir. • Aynı hastanın taburculuğundan sonraki 30 gün içinde **aynı tanı ile** yapılan yatışları tekil olarak **paydaya**dahil edilir. 30 günden sonraki **aynı tanı ile** yatışları yeni hasta gibi **paydaya** eklenir. • Paya dahil edilecek veriler, ilgili dönemde yatışı yapılan hastalarda, taburculuk tarihinden itibaren 30 gün içinde aynı tanı ile gerçekleştirilen yatışlarda aranır. Örneğin, Ocak-Şubat-Mart dönemine ait hesaplamada, 20 Mart tarihinde taburcu olan bir hasta için aynı tanı ile tekrar yatış 19 Nisan tarihine kadar aranır. • Dolayısı ile ilgili döneme ait veri analizi, dönemin tamamlanmasından itibaren 30 gün sonra yapılabilecektir. • TÜR-GÖS veri girişi ise bir sonraki dönemde gerçekleştirilecektir. Örneğin, Ocak-Şubat-Mart dönemine ait veri girişi Temmuz ayında gerçekleştirilecektir.

Biyokimya Laboratuvarı

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG80**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarına gönderilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Numuneret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması vereddedilen numune oranlarının azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Reddedilen numune sayısı/Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Klinik bazında reddedilen numune oranı • Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı • Ret nedenine göre reddedilen numune oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG81**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvar hizmet sürecinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar ve bildirimler
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kaybolan numune sayısı/Alınan toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Numune türüne göre kaybolan numune oranı • Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı
Açıklama	• Biyokimya laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir. • Kaybolan her bir numune İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında incelenmelidir.

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı**
Gösterge Kodu	**GKG82**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.
Amaç	Biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların analizinin yapılarak çalışma sürecinin etkinliği veverimliliğini artırmaktır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, biyokimya laboratuvarında iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzluk sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk sayısı
Açıklama	• Bu gösterge laboratuvar tarafından, test sürecinde kullanılan cihaz, kit, solüsyon gibi ekipman ve malzemenin performansını izlemek amacı ile kullanılacaktır. • Bu gösterge için TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvarında Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı**
Gösterge Kodu	**GKG83**
Tanım	İlgili dönemde biyokimya laboratuvarında gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.
Amaç	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.
Veri Kaynağı	Dijital ve manuel kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, biyokimya laboratuvarında dış kalite değerlendirme çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk sayısı
Açıklama	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 aylık olarak gerçekleştirilen testler için Ocak-Şubat-Mart dönemine ait verilerin TÜR-GÖS girişi Temmuz ayında yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Biyokimya Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG84**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranını tespit etmeyi amaçlayan ölçüm aracıdır.
Amaç	Laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyum sağlanan akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı/Toplam akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamakları: ○ Akılcı test istem prosedürü ○ Konsültasyon istem prosedürü ○ Onay destek sistemi kullanım prosedürü ○ Refleks ve reflektif test uygulamaları ○ Karar sınırı, kritik değer ve ölçüm birimlerinin harmonizasyonu ○ Tıbbi laboratuvar tetkik sonuç raporu standardizasyonu ○ Bu test nerede yapılıyor sistemi

Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG85**
Tanım	İlgili dönemde mikrobiyoloji laboratuvarına teslim edilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Numune ret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması vereddedilen numune oranlarının azaltılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Reddedilen numune sayısı/Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Klinik bazında reddedilen numune oranı • Numune türüne göre reddedilen numune oranı • Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı • Ret nedenine göre reddedilen numune oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG86**
Tanım	İlgili dönemde mikrobiyoloji laboratuvar hizmet sürecinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kaybolan numune sayısı/Alınan toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Numune türüne göre kaybolan numune oranı • Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı
Açıklama	• Mikrobiyoloji laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir. • Kaybolan her bir numune İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında incelenmelidir.

Gösterge Adı	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
Gösterge Kodu	GKG87
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen idrar kültürlerinden kontamine olan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	İdrar kültüründe preanalitik süreçte numunenin uygun şekilde alınmasına yönelik tedbirlerin alınmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontamine olan idrar kültürü numune sayısı/Toplam idrar kültürü numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Kliniğe göre idrar kültürlerinde kontaminasyon oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı**
Gösterge Kodu	**GKG88**
Tanım	Mikrobiyoloji Laboratuvarı iç kalite kontrol çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Amaç	Mikrobiyoloji laboratuvarında gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların analizinin yapılarak çalışma sürecinin etkinliği ve verimliliğini artırmaktır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Mikrobiyoloji laboratuvarı iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında uygunsuzluk sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk sayısı
Açıklama	• Bu gösterge laboratuvar tarafından, test sürecinde kullanılan cihaz, kit, solüsyon, besi yeri gibi ekipman ve malzemenin performansını izlemek amacı ile kullanılacaktır. • Bu gösterge için TÜR-GÖS'e veri girişi yapılmayacaktır.

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı**
Gösterge Kodu	**GKG89**
Tanım	Mikrobiyoloji Laboratuvarı dış kalite değerlendirme çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Amaç	Mikrobiyoloji laboratuvarında gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların düzenli takibi ile laboratuvar performansının objektif olarak kontrol edilmesi ve güvenli bir laboratuvar hizmeti sağlamak amaçlamaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital ve manuel kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Mikrobiyoloji laboratuvarı dış kalite değerlendirme çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Test bazında uygunsuzluk sayısı
Açıklama	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.

Gösterge Adı	**Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG90**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranını tespit etmeyi amaçlayan ölçüm aracıdır.
Amaç	Laboratuvarda "Akılcı Laboratuvar Kullanımı" çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyum sağlanan akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı/Toplam akılcı laboratuvar kullanımı çalışma basamak sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Akılcı laboratuvar kullanım çalışma basamakları: ○ Akılcı test istem prosedürü ○ Konsültasyon istem prosedürü ○ Onay destek sistemi kullanım prosedürü ○ Refleks ve reflektif test uygulamaları ○ Karar sınırı, kritik değer ve ölçüm birimlerinin harmonizasyonu ○ Tıbbi laboratuvar tetkik sonuç raporu standardizasyonu ○ Bu test nerede yapılıyor sistemi

Gösterge Adı	**Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG91**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürü şişelerinden kontaminasyon tespit edilen kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvara kabul edilen kan kültürlerinde kontaminasyon oranının tespiti, izlenmesi ve numune alımı ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontaminasyon tespit edilen kan kültürü şişe sayısı/Toplam kan kültürü şişe sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında kan kültürü kontaminasyon oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG92**
Tanım	İlgili dönemde kan kültürlerinde, direk gram boyama sonucu ile son identifikasyon arasında uyumsuzluk tespit edilen durumların izlenmesi ve konu ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasını amaçlayan ölçüm aracıdır.
Amaç	Kan kültürlerinde, direk gram boyama sonucu ile son identifikasyon arasında uyumsuzluk tespit edilen durumların izlenmesi ve analitik süreç ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasını amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kan kültürleri içerisinde, direk gram boyama ile son identifikasyon arasında uyumsuzluk tespit edilen kan kültürü sayısı/Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Kan Kültüründe Pozitif Sonuç Oranı
Gösterge Kodu	GKG93
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürlerinden pozitif sonuç tespit edilen kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültürü alım endikasyonu olan hastalardan zamanında ve uygun şekilde kan kültürü alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Pozitif kan kültürü sayısı/Toplam kan kültürü sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında kan kültüründe pozitif sonuç oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı
Gösterge Kodu	GKG94
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürlerinden iki ve üzeri set alınan kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültürlerinin ulusal ve uluslararası rehberler ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda alınmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan kan kültürleri içinde iki ve üzeri set alınan kültür sayısı/Toplam kan kültürü sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında iki ve üzeri set alınan kan kültürü oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı
Gösterge Kodu	GKG95
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürü setlerinden tek şişe alınan kan kültürü seti oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültürlerinin ulusal ve uluslararası rehberler ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda alınmasının sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tek şişe alınan toplam kan kültürü seti sayısı/Toplam kan kültürü seti sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında tek şişe alınan kan kültürü seti oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı
Gösterge Kodu	GKG96
Tanım	İlgili dönemde alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti oranını ifade eder.
Amaç	Test güvenliğinin sağlanabilmesi için alınan kan kültürlerinin en kısa zamanda laboratuvara ulaştırılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti sayısı/Toplam kan kültürü seti sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında alındıktan sonra iki saat içinde laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	Kan Kültüründe Yalancı Pozitiflik Oranı
Gösterge Kodu	GKG97
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara kabul edilen kan kültürü şişelerinden yalancı pozitif sonuç tespit edilen kan kültürü oranını ifade eder.
Amaç	Kan kültüründe yalancı pozitifliğe yönelik preanalitik ve analitik süreçlerle ilgili nedenlerin analiz edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Toplam yalancı pozitif kan kültürü şişe sayısı/Toplam kan kültürü şişe sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre
Gösterge Kodu	GKG98
Tanım	İlgili dönemde laboratuvarda kan kültürünün pozitif olduğunun tespit edilme anı ile ilgili kişiye bildirim anı arasında geçen sürelerin ortalamasını ifade eder.
Amaç	Pozitif sonuç alınan kan kültürü sonucunun en kısa zamanda ilgili çalışana ulaştırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Kan kültürünün pozitif sinyal anı ile ilgili kişiye bildirim yapılması arasındaki süre farklarının toplamı/Bildirilen pozitif kan kültürü sonuç sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Pozitif sinyalden sonraki ilk bir saat içinde yapılan bildirim oranı
Açıklama	

Patoloji Laboratuvarı

Gösterge Adı	**Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG99**
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen toplam patolojik materyal içerisinden uygun bulunmayanların oranını ifade eder.
Amaç	Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerden uygun olmayanların analiz edilerek preanalitik sürece yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Laboratuvar kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uygun olmayan patolojik materyal sayısı/Toplam alınan patolojik materyal sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Materyal türüne göre uygun olmayan patolojik materyal oranı
Açıklama	Uygun olmayan materyal tanımı ve kabul kriterleri laboratuvar tarafından belirlenmeli, ilgili klinik ve birimler konu hakkında bilgilendirilmelidir.

Gösterge Adı	**Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG100**
Tanım	İlgili dönemde patoloji laboratuvar hizmet süreçlerinde alınan numunelerden kaybolan numunelerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Laboratuvar kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kaybolan numune sayısı/Alınan toplam numune sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	• Numune türüne göre kaybolan numune oranı • Laboratuvara ulaştıktan sonra kaybolan numune oranı
Açıklama	• Patoloji laboratuvarına ulaşan ve laboratuvarda kaybolan numuneler de kayıt altına alınmalı ve ayrıca takip edilmelidir. • Kaybolan her bir numune İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında incelenmelidir.

Gösterge Adı	**Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG101**
Tanım	İlgili dönemde değerlendirmek üzere alınan sitolojik materyal örnekleri içinde yeterli hücre içermeyenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Laboratuvara gönderilen sitolojik materyal örnekleri içinde yeterli hücre içermeyenlerin takip edilerek preanalitik sürece yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Laboratuvar kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yetersiz sitolojik materyal sayısı/Alınan toplam sitolojik materyal sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik/birim/ünite bazında yetersiz sitolojik materyal oranı
Açıklama	

Diyaliz Hizmetleri

Gösterge Adı	**Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG102**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kt/V değeri 1,2'den veya URR Değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre Kt/V Değeri 1,2'den düşük hasta oranı
Açıklama	• Pay hesaplamasında; 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Değeri 1,7'den Düşük Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG103**
Tanım	İlgili dönemde periton diyalizi yapılan hastalar içinde total Kt/V değeri 1,7'den düşük olan periton diyalizi hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Total Kt/V değeri 1,7'den düşük olan periton diyalizi hasta sayısı/Toplam periton diyalizi hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre Kt/V Değeri 1,7'den düşük hasta oranı
Açıklama	• Pay hesaplamasında; 6 aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG104**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum ferritin düzeyi 200 – 500 ng/ml arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Serum ferritin düzeyi 200-500 ng/ml arasında olan hasta sayısı/ Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Serum ferritin düzeyi 200 ng/ml altında olan hasta oranı • Serum ferritin düzeyi 500 ng/ml üzerinde olan hasta oranı
Açıklama	TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG105
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı
Açıklama	• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG106
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum albümin düzeyleri 3,5 g/dl'nin altında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Serum albümin düzeyleri 4 g/dl'nin üstünde olan hasta oranı • Yaş kategorilerine göre serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta oranı
Açıklama	• TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG107**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl üzerinde olan hasta oranı
Açıklama	TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg^2/dL^2'nin Altında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG108**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde düzeltilmiş kalsiyum fosfor çarpım (Ca x P) düzeyi 55 mg^2/dL^2'nin altında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55mg^2/dL^2'nin altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 75mg^2/dL^2'ninüstünde olan hasta oranı
Açıklama	TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**Ortalama Hemodiyaliz Süresi**
Gösterge Kodu	**GKG109**
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Hastalara uygulanan diyaliz seanslarının toplam süresi/Toplam diyaliz seans sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Ortalama diyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta oranı
Açıklama	"Ortalama diyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Ortalama diyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	Eritropoetin Kullanım Oranı
Gösterge Kodu	GKG110
Tanım	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı • Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı
Açıklama	**Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC grup kodları:** B03XA01 - Eritropoetin B03XA02 - Darbepoetin Alfa

Gösterge Adı	**Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG111**
Tanım	İlgili dönemde, hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Ortalama hemoglobin düzeyi 10 g/dl altında olan hasta sayısı
Açıklama	TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	**HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG112**
Tanım	İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Anti HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG113
Tanım	İlgili dönemde,Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşenhasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG114
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalıcı kateteri olan hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	İlgili dönemde ilk kez kalıcı kateter takılan hasta oranı
Açıklama	"İlgili dönemde kalıcı kateter takılan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (İlk kez kalıcı kateter takılan hasta sayısı/Kalıcı kateteri bulunmayan hasta sayısı + İlk kez kalıcı kateter takılan hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG115**
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı/Kalıcı kateterli hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG116**
Tanım	İlgili dönemde, geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı/Geçici kateterli hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
Gösterge Kodu	GKG117
Tanım	İlgili dönemde, diyaliz hastalarında santral venöz kateter nedeniyle kan dolaşımı enfeksiyonu gelişen hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon gelişen hasta sayısı/Santral venöz kateterli hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Mortalite Oranı
Gösterge Kodu	GKG118
Tanım	İlgili dönemde, sağlık kuruluşunda diyaliz hizmeti sunulan hastalarda mortalite oranını ifade eder.
Amaç	Diyaliz ünitesinde bakım hizmet kalitesi artırılarak, mortalite ve morbiditenin azaltılması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde ölen hasta sayısı/Diyaliz hizmeti sunulan toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı
Gösterge Kodu	GKG119
Tanım	İlgili dönemde, diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapıldığı hasta oranını ifade eder.
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılan hasta sayısı/Diyaliz hizmeti sunulan toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• 3 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı • 6 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı
Açıklama	İlgili mevzuatta tanımlanan testlerden bir veya birden fazlası yapılmayan hasta ilgili dönemde paya dahil edilmez.

Gösterge Adı	**Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerinin Zamanında Yapılma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG120**
Tanım	Hemodiyaliz uygulamaları için elde edilen saf suyun kontrolünün sağlanması amacıyla su arıtma sisteminin mikrobiyolojik analizlerinin zamanında yapılmasının takibini ifade eder.
Amaç	Diyaliz uygulamaları için kullanılansu arıtma sisteminin mikrobiyolojik analizlerinin zamanında yapılması ve elde edilen saf suyun kontrolünün sağlanmasıdır.
Veri Kaynağı	İlgili birim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Planlanan zamanda yapılan mikrobiyolojik analiz sayısı/Yapılması planlanan mikrobiyolojik analiz sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Nedene göre zamanında yapılmayan mikrobiyolojik analiz sayısı
Açıklama	**Mikrobiyolojik analiz sayısı:**İlgili mevzuat kapsamında belirlenen periyotlarda uygulanması gereken bakteriyolojik analizleri ifade eder.

Bilgi Yönetim Sistemi

Gösterge Adı	**Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi**
Gösterge Kodu	**GKG121**
Tanım	İlgili dönemde SBYS ile ilgili teknik sorunlara ortalama müdahale süresini ifade eder.
Amaç	SBYS'de oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamaması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS yazılım ve donanım arızalarına müdahale süreleri toplamı/SBYS yazılım ve donanım arıza sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• SBYS yazılım arızalarına ortalama müdahale süresi • SBYS donanım arızalarına ortalama müdahale süresi
Açıklama	Süre dakika olarak hesaplanacaktır.

Gösterge Adı	**SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre**
Gösterge Kodu	**GKG122**
Tanım	İlgili dönemde SBYS'nin hizmet dışı kaldığı süreleri ifade eder.
Amaç	SBYS'nin devre dışı kalma durumunun takip edilmesi, gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS'nin devre dışı kaldığı toplam süre
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	SBYS'nin lokal olarak devre dışı kaldığı toplam süre
Açıklama	• Süre dakika olarak hesaplanacaktır. • SBYS'nin lokal olarak devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplamaya dahil edilmelidir.

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

Gösterge Adı	**Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG123**
Tanım	İlgili dönemde taburcu olan hastalara ait dosyalardan eksiksiz olanların oranını ifade eder.
Amaç	Hastadosya ve kayıtlarının zamanında, eksiksiz ve tam olarak doldurulmasıdır.
Veri Kaynağı	İlgili birim kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Arşive teslimde eksiksiz olan toplam hasta dosyası sayısı / Arşive teslim edilen toplam hasta dosyası sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Klinik/ünite bazında eksiksiz teslim edilen dosya oranı
Açıklama	Gösterge payının hesaplanmasında taburculuk sonrası arşive teslim sırasında ilk kontrolde eksiksiz olduğu tespit edilen hasta dosyaları esas alınır. Geri gönderildikten sonra düzeltilerek kabul edilen dosyalar paya dâhil edilmez.

Gösterge Adı	Sağlık Kuruluna Geri Dönen Toplam Rapor Oranı
Gösterge Kodu	GKG124
Tanım	İlgili dönemde sağlık kurulu tarafından verilen raporlardan uygunsuzluk nedeniyle geri dönenlerin oranını ifade eder.
Amaç	Sağlık kurulu tarafından verilen raporlardan uygunsuzluk nedeniyle geri dönenlerin sayısını en aza indirerek hasta güvenliğinin sağlanması ve kurumun hizmet kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Geri dönen toplam sağlık kurulu rapor sayısı / Sağlık kurulunun verdiği sağlık raporu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Dönüş sayısına göre geri dönen rapor oranı • Rapor türüne göre geri dönen rapor oranı
Açıklama	• Ana gösterge hesaplamasında, dönüş sayısına bakılmaksızın uygunsuzluk nedeniyle geri dönen her bir rapor tekil olarak paya dahil edilmelidir. • "Dönüş sayısına göre geri dönen rapor oranı" alt göstergesi için her bir dönüş sayısı hesaplamaya dâhil edilmelidir. Söz konusu alt göstergenin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekilde uygulanır: İlgili dönemde; (Rapor dönüş sayısı/Toplam rapor sayısı) x 100 • "Rapor türüne göre geri dönen rapor oranı" alt göstergesi için askerlik muafiyet raporu, engellilik, vb. alt kategoriler esas alınır.

IV. BÖLÜM

SKS ADSH/ADSM GÖSTERGE KARTLARI

SKS ADSH/ADSM Kalite Göstergeleri	
GKG1	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
GKG2	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
GKG3	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
GKG4	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
GKG5	Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı
GKG6	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GKG7	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
GKG8	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
GKG9	Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı
GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GKG12	Personel Devir Oranı
GKG13	Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
GKG14	Düşen Hasta Oranı
GKG15	İlaç Hatası Bildirim Oranı
GKG16	El Hijyeni Uyum Oranı
GKG17	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı
GKG18	Hasta Deneyimi Anketi Analizi
GKG19	Çalışan Geri Bildirim Anketi Analizi
GKG20	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı
GKG21	Kaybolan Ölçü Oranı

GKG22	Kaybolan Protez Oranı
GKG23	Kaybolan Alçı Model Oranı
GKG24	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı
GKG25	Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre
GKG26	Protez Tesliminden Sonra 1 ay İçerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı
GKG27	İlk Muayene Tarihi ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre
GKG28	Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı
GKG29	SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
GKG30	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı
GKG31	Fissur Sealant Uygulama Oranı
GKG32	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
GKG33	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı
GKG34	Tekrar Alınan Ölçü Oranı
GKG35	Tekrarlanan Protez Oranı
GKG36	Protez Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Tekrar Başvuru Oranı
GKG37	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı
GKG38	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
GKG39	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı
GKG40	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
GKG41	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı

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

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

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

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG04**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen pembe kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan pembe kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Pembe Kod:** Kurumda bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Formu tam doldurulan pembe kod olayı sayısı/Gerçekleşen pembe kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan pembe kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Yenidoğan ve çocuk hasta kabul edilen tüm kurumlarda değerlendirilecektir. • Gerçekleşen tüm pembe kod olayları ve eksik doldurulan her pembe kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

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

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG06**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı/Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı • İdari personelin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer personelin (teknik ve destek) planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Alt gösterge gruplarına göre TÜR-GÖS'e veri girişi yapılacaktır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG07**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyum eğitimi alan personel sayısı/Uyum eğitimi alması gereken personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personelin uyum eğitimlerinin gerçekleştirilme oranı
Açıklama	• **Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder. • Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG08**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitim sayısı/Planlanan eğitim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Plan dışı gerçekleşen eğitim oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG09**
Tanım	İlgili dönemde sağlık kuruluşuna başvuran hasta ve hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet olaylarının oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı/Hasta yükü katsayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Fiziksel olarak gerçekleşen şiddet oranı • Sözel olarak gerçekleşen şiddet oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan sağlık personeli sayısı • Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personele (idari görevde çalışan personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler de dâhil) yönelik şiddet olay sayısı hesaplamaya dâhil edilir. • Hasta başvuru sayısı içinde yatan hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır.Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; idari görevde çalışan personel, hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler de dâhil edilir, geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG10**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Hasta yükü katsayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı • Klinik bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan sağlık personeli sayısı • Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personelin (hizmet alımı dâhil) kan ve vücut sıvıları ile maruz kalma durumları hesaplamaya dâhil edilir. • Hasta başvuru sayısı içinde yatan(varsa) hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır.Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG11**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kesici-delici aletle yaralanma sayısı/Hasta yükü katsayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı • Klinik bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde sağlık kuruluşuna giriş yapılan toplam hasta başvuru sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan sağlık personeli sayısı • Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personelin (hizmet alımı dâhil) kesici-delici alet yaralanmaları hesaplamaya dâhil edilir. • Hasta başvuru sayısı içinde yatan(varsa) hasta, acil ve poliklinik hasta başvuru sayılarının toplamı alınır. Birden fazla başvurusu olan hastaların her başvurusu hesaplamaya dâhil edilir. • İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dâhil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Personel Devir Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG12**
Tanım	İlgili dönemde sağlık kurumunda çalışan personelin kurumdan ayrılma ve bölüm değiştirme durumlarının değerlendirilmesini ifade eder.Bu gösterge iki ayrı başlıkta ele alınmaktadır: **1. Kurum İçinde Bölüm Değiştiren Personel Oranı** **2. Kurumdan Ayrılan Personel Oranı**
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	1. İlgili dönemde; (Bölüm değiştiren personel sayısı/Toplam personel sayısı) x 100 2. İlgili dönemde; (Kurumdan ayrılan personel sayısı/Toplam personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında personel devir oranı
Açıklama	**1. Kurum İçinde Bölüm Değiştiren Personel Oranı:** Taşeron firma tarafından temin edilen personel de dâhil olmak üzere tüm kuruluş çalışanları hesaplamaya katılır. Asistan rotasyonları ve bölüm içi rotasyonlar kapsam dışı tutulur. **2. Kurumdan Ayrılan Personel Oranı:** İstifa, terk, işten çıkarılma, işe alınma, başka kuruluşa tayinler dâhil edilir. Emeklilik, eş durumu tayinleri ve ölüm nedeniyle ayrılma kapsam dışı tutulur.

Gösterge Adı	**Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG13**
Tanım	İlgili dönemde, kuruluşta görevli personele sağlık taraması amaçlı yapılması gereken işlemler (muayene, test, tetkik) içinden tamamlanan işlem oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan işlemler içinde tamamlanan işlem sayısı/Sağlık taraması amaçlı yapılması gereken toplam işlem (muayene, test, tetkik) sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Sağlık taraması tamamlanan personel oranı
Açıklama	• Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan ve çalışan güvenliği komitesi tarafından tarama programına dâhil edilmesine karar verilen tüm çalışanları kapsar. • Meslek ya da görev bazında yapılması planlanan sağlık taraması işlemleri hastane sağlık taraması programı kapsamında belirlenir. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel altı ayını tamamlaması beklenmeden sağlık taraması programına ve hesaplamaya dâhil edilir. • **"Sağlık Taraması Tamamlanan Personel Oranı"** alt göstergesi için veri analizi yıllık olarak yapılır. Alt göstergenin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Sağlık taraması tamamlanan personel sayısı/Sağlık taraması yapılması planlanan personel sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Düşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG14**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 1000 (Ayaktan hastalarda düşen hasta sayısı/Ayaktan başvuran toplam hasta sayısı)x1000
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Düşme risk puanına göre düşen hasta oranı • Düşme zamanına göre düşen hasta oranı
Açıklama	• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil) dahil edilmelidir. • Ayaktan hastaların düşme oranı hesaplamasında sadece düşme olay bildirimleri esas alınır. Bu gruptaki hastalara düşme riski değerlendirme formu düzenlenmesine gerek yoktur. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine"ne raporlanmalıdır. • TÜR-GÖS'e veri girişi yatan ve ayaktan hastalar için ayrı ayrı yapılacaktır.

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

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

Gösterge Adı	**Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG17**
Tanım	Üç gün içinde aynı tetkik için tekrar röntgen çekimi yapılan hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Üç gün içinde aynı tetkik için tekrarlanan röntgen çekim sayısı/Toplam röntgen çekim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hasta yaşına göre tekrarlayan röntgen çekim oranı • Teknisyen bazında tekrarlayan röntgen çekim oranı • Periapikal röntgen tekrar çekim oranı

Açıklama	Kontrol çekimleri paydaya dahil edilmeli, paya dâhil edilmemelidir.
	*Hasta yaşına göre tekrarlayan röntgen çekim oranı alt göstergesi aşağıdaki yap gruplarına göre takip edilecektir;
	• Hasta yaş grupları aşağıdaki şekilde yapılmalıdır;
	  • 0-5 yaş
	  • 6-10 yaş
	  • 11-14 yaş
	  • 15-18 yaş
	"Hasta yaşına göre tekrarlayan röntgen çekim oranı"göstergesi" için TÜR-GÖS'e veri girişi belirlenen yaş gruplarına göre ayrı ayrı yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**GKG18**
Tanım	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.
Veri Kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Aylık
Alt Gösterge	• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi
Açıklama	Anketler soru bazında değerlendirilerek analizler yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**GKG19**
Tanım	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.
Veri Kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirimi anketi analizi
Açıklama	Anketler soru bazında değerlendirilerek analizler yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG20**
Tanım	Alınan ölçülerden hatalı kimliklendirilmiş ölçülerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hatalı kimliklendirilen ölçü sayısı/Toplam alınan ölçü sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hatalı kimliklendirilen ölçülerin istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Hatalı kimliklendirmede DÖF başlatma oranı
Açıklama	Tüm hatalı kimliklendirilen ölçülerin "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine" bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Kaybolan Ölçü Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG21**
Tanım	Alınan ölçülerden, ölçü alındıktan sonra ünitede, transfer sırasında veya laboratuvarda kaybolanların yüzde olarak oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kaybolan ölçü sayısı /Toplam alınan ölçü sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Laboratuvarda kaybolan ölçü oranı • Transfer sürecinde kaybolan ölçü oranı • Ölçü kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Ölçü kaybolma olaylarına yönelik DÖF başlatma oranı
Açıklama	Tüm ölçü kaybolma olaylarının "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine" bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Kaybolan Protez Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG22**
Tanım	Hazırlanan protezlerden kaybolan protezlerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kaybolan protez sayısı /Hazırlanan toplam protez sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Laboratuvarda kaybolan protez oranı • Transfer sürecinde kaybolan protez oranı • Protez kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Protez kaybolma olaylarına yönelik DÖF başlatma oranı
Açıklama	• **Hazırlanan protez sayısı:** Protez laboratuvarından çıkışı yapılan protez sayısını ifade eder. • Tüm protez kaybolma olaylarının "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine" bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Kaybolan Alçı Model Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG23**
Tanım	Hazırlanan alçı modeller arasından kaybolan alçı model oranını ifade etmektedir.
Veri Kaynağı	SBYS ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kaybolan alçı model sayısı/ Toplam alçı model sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Laboratuvarda kaybolan alçı model oranı • Transfer sürecinde kaybolan alçı model oranı • Alçı model kaybolma olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim oranı • Alçı model kaybolma olaylarına yönelik DÖF başlatma oranı
Açıklama	Tüm alçı model kaybolma olaylarının "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine" bildirimi yapılmalıdır.

Gösterge Adı	**Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG24**
Tanım	Kurum tarafından belirlenen protez teslim süreleri içinde teslim edilmeyen protez oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Zamanında teslim edilmeyen protez sayısı/Teslim edilmesi gereken protez sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Protez türü bazında zamanında teslim edilmeyen protez oranı • Laboratuvar kaynaklı gecikme oranı
Açıklama	• Kurumda yapılan tüm protez türleri için (sabit, hareketli, metalli, metalsiz vb) ayrı hedef belirlenerek takibi buna göre yapılmalıdır. • Tüm gecikmeler SBYS'ye kayıt edilmelidir. • Protez teslim süreleri belirlenirken, ölçü alımından protezin teslimine kadar geçen süre esas alınmalıdır.

Gösterge Adı	**Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre**
Gösterge Kodu	**GKG25**
Tanım	Kurumda, ölçü alındığı andan itibaren protezin teslimine kadar geçen sürenin izlenmesi amacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Hastalar için ölçü alımından protezin teslimine kadar geçen sürelerin toplamı/Teslim edilen toplam protez sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Sabit protezin teslimine kadar geçen ortalama süre • Hareketli protezin teslimine kadar geçen ortalama süre
Açıklama	Her bir alt gösterge için ayrı hedef belirlenerek takip yapılmalıdır.

<table>
<tr><td>Gösterge Adı</td><td>Protezin Tesliminden Sonra Bir Ay İçerisinde Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı</td></tr>
<tr><td>Gösterge Kodu</td><td>GKG26</td></tr>
<tr><td>Tanım</td><td>Hastaya ait protezin ilk tesliminden sonra protetik nedenle bir ay içerisinde tekrar başvuran hasta oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.</td></tr>
<tr><td>Veri Kaynağı</td><td>Dijital kayıtlar</td></tr>
<tr><td>Hesaplama Yöntemi</td><td>İlgili dönemde;
(Payda da yer alan hastalardan protezin ilk tesliminden sonraki bir ay içinde protetik nedenli tekrar başvuru sayısı/Protezi ilk teslim edilen toplam hasta sayısı) x 100</td></tr>
<tr><td>Veri Giriş Periyodu</td><td>3’er aylık</td></tr>
<tr><td>Alt Gösterge</td><td>• Başvuru nedenine göre yeniden başvuru oranı
• Tekrar başvuran hastalardan protezi yenilenen hasta oranı
• Hareketli protez sonrası 3’den fazla kontrole gelen hasta oranı</td></tr>
<tr><td>Açıklama</td><td>• İlgili döneme ait veriler, dönem bittikten sonraki 30 günün sonunda alınmalıdır. TÜR-GÖS’e veri girişleri de ilgili dönemin bitiminden itibaren 30 gün dolduktan sonraki 15 gün içinde yapılacaktır.
• Teslim sonrası 30 gün içinde protetik nedenle yapılan her tekrar başvuru paya dahil edilecektir.
• Örnek Hesaplama;
Payda: 1 Ocak – 31 Mart tarih aralığına ait tüm protez teslim edilen hastalar
Pay: Paydada yer alan hastalardan protez tesliminden sonra 1 Ocak – 30 Nisan tarih aralığında protetik nedenle tekrar başvuran hastalar
• Söz konusu döneme ait TÜR-GÖS veri girişi: 1-15 Mayıs tarihlerinde yapılacaktır.
• Başvuru nedenleri; vuruk, yükseklik alımı, 1. Kontrol dışındaki kontrol muayenesi, tamir, kırılma vb.
<table>
<tr><td>404.050</td><td>Akrilik immediat protez, tek çene</td></tr>
<tr><td>404.060</td><td>Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene</td></tr>
<tr><td>404.070</td><td>Proteze yumuşak akrilik uygulaması</td></tr>
<tr><td>404.080</td><td>Besleme, tek çene</td></tr>
<tr><td>404.090</td><td>Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri</td></tr>
<tr><td>404.100</td><td>Kroşe ilavesi</td></tr>
<tr><td>404.110</td><td>Metal iskelet tamiri</td></tr>
<tr><td>404.120</td><td>Diş ilavesi, tek diş</td></tr>
<tr><td>404.140</td><td>Oklüzal aşındırmalar, tek çene</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gösterge Adı	**Protez Tesliminden Sonra Protez Kaynaklı Planlanmamış Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG36**
Tanım	Protezin hastaya teslimi sonrasında 90 gün içerisinde protez kaynaklı planlanmamış tekrar başvuru oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Protez teslim edilen hastalarda teslimi takip eden 90 gün içinde protez kaynaklı planlanmamış tekrar başvuru sayısı/Protez teslim edilen hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	• Kontrol amaçlı randevulu başvurular paya dâhil edilmez. • İlgili döneme ilişkin TÜR-GÖS veri girişi bir sonraki üç aylık veri giriş döneminden sonraki 15 gün içinde gerçekleştirilir.

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

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

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

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

Gösterge Adı	**ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG41**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen cerrahi operasyonlarda, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanılma oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Kalite yönetim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gözlem yapılan cerrahi operasyonlar içinde güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen operasyon sayısı/Randomize gözlem yapılan cerrahi operasyon sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Ameliyathanede lokal anestezi ile gerçekleştirilen cerrahi girişimlerde GCKL kullanım oranı
Açıklama	• Liste, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. • ***Listenin uygun şekilde kullanılma oranı:** Sadece dosya üzerinden yapılan incelemeler güvenli veriye ulaşmak için yeterli olmayacaktır. Ayrıca randomize olarak, liste kullanımının uygulama anında yerinde gözlenmesi gerekmektedir. Gözlem sırasında listenin, "GCKL uygulama rehberi" çerçevesinde zamanında ve doğru şekilde doldurulma durumu belirlenir. Randomize gözlem sırasında elde edilen veri, söz konusu alt göstergenin hesaplanması için aşağıdaki formülde kullanılacaktır: (Gözlem sırasında listenin uygun şekilde kullanıldığı tespit edilen cerrahi operasyon sayısı/Randomize gözlem yapılan cerrahi operasyon sayısı) x 100 • Gözlem yapılacak ameliyat sayısı, bir önceki yıla ait toplam ameliyat sayısına karşılık gelen **Ek-3**'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır.

V. BÖLÜM

SKS 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI

Gösterge Kodu	SKS 112 Acil Sağlık Hizmetleri Kalite Göstergeleri
GKG01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
GKG02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
GKG03	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GKG04	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
GKG05	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
GKG06	Hasta Deneyimi Anketleri Analizi
GKG07	Çalışan Geri Bildirim Analizi
GKG08	Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı
GKG09	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GKG10	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GKG11	Personel Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
GKG12	Düşen Hasta Oranı
GKG13	İlaç Hatası Bildirim Oranı
GKG14	Çağrının Başlaması ile Vakanın İstasyona İletilmesi Arasında Geçen Ortalama Süre
GKG15	Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi
GKG16	Hedeflenen Sürede Vakaya Ulaşma Oranı
GKG17	Sağlık Kuruluşuna Kabul Edilmeyen Hastaların Oranı
GKG18	İstasyon Tarafından Kapatılan Vaka Oranı
GKG19	SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre

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

Gösterge Adı	**Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG02**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade eder. **Beyaz Kod:** 112 istasyonlarda görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Formu tam doldurulan beyaz kod olayı sayısı/Gerçekleşen beyaz kod olay sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Form üzerindeki parametrelere göre eksik doldurulan beyaz kod olay formu oranı
Açıklama	• Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. • Eksik doldurulan her beyaz kod olay formu "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Personelin Eğitimlere Katılma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG03**
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı/Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer personelin planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKH04**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitim sayısı/Planlanan eğitim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır.

Gösterge Adı	**Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG05**
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyumeğitimi alan personel sayısı/Uyum eğitimi alması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personel için gerçekleştirilen uyum eğitimi oranı
Açıklama	• **Uyum eğitimi alması gereken personel:** İlgili dönemde kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder. • Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**GKG06**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi"nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri" esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Aylık
Alt Gösterge	• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Klinik bazında yatan hasta deneyimi anketi analizi • Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi
Açıklama	KKS Anket Veri Giriş Alanı'na soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**GKG07**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi" esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri kaynağı	Çalışan geri bildirim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	• Seçenek bazında verilen cevap oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Soru bazında karşılanma oranı (Her bir anket grubu için ayrı olacak şekilde) • Anket kapsamında demografik verilere göre çalışan geri bildirimi anketi analizi
Açıklama	KKS Anket Veri Giriş Alanı'na soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG08**
Tanım	İlgili dönemde 112 acil sağlık hizmeti alan hasta veya hasta yakınlarının çalışanlara uyguladığı şiddet oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Çalışanlara yönelik hasta-hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı/Hasta yükü katsayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Fiziksel olarak gerçekleşen şiddet oranı • Sözel olarak gerçekleşen şiddet oranı
Açıklama	• **Hasta Yükü Katsayısı**: İlgili dönemde hizmet verilen hasta sayısı/İlgili dönemde aktif çalışan personel sayısı • Aktif çalışan personel sayısı hesaplanırken 112 istasyonda çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan personel (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dâhil) esas alınır. İlgili dönemde idari görevde çalışan personel (örn. KKM'de) ile geçici görevle başka kuruma giden ya da ücretsiz izinde olan personel hesaplamaya dâhil edilmez. • 112 istasyonda çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personele (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dâhil) yönelik şiddet olay sayısı hesaplamaya dâhil edilir. • Alt gösterge verilerinin TÜR-GÖS'e girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG09**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Hizmet verilen hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı • İstasyon bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	• 112 istasyonda çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personelin (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dahil) kan ve vücut sıvılarına maruz kalma durumu hesaplamaya dahil edilir. • Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG10**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kesici-delici alet yaralanma sayısı/Hizmet verilen hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Meslek bazında kesici-delici alet yaralanma oranı • İstasyon bazında kesici-delici alet yaralanma oranı
Açıklama	• 112 istasyonda çalışan ve aktif olarak vakaya çıkan tüm personelin (hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer öğrenciler de dahil) kesici-delici alet yaralanmaları hesaplamaya dahil edilir. • Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG11**
Tanım	İlgili dönemde, acil sağlık hizmetlerinde görevli tüm personele sağlık taraması amaçlı yapılması gereken işlemler (muayene, test, tetkik) içinden tamamlanan işlem oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan işlemler içinde tamamlanan işlem sayısı/Sağlık taraması amaçlı yapılması gereken toplam işlem (muayene, test, tetkik) sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	İstasyon bazında sağlık taraması tamamlanan personel oranı
Açıklama	• Gösterge, acil sağlık hizmetleri bünyesinde fiilen görev yapan ve çalışan güvenliği komitesi tarafından tarama programına dâhil edilmesine karar verilen tüm çalışanları kapsar. • Meslek ya da görev bazında yapılması planlanan sağlık taraması işlemleri acil sağlık hizmetleri sağlık taraması programı kapsamında belirlenir. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel altı ayını tamamlaması beklenmeden sağlık taraması programına ve hesaplamaya dâhil edilir. • **"Sağlık Taraması Tamamlanan Personel Oranı"** alt göstergesi için veri analizi yıllık olarak yapılır. Alt göstergenin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Sağlık taraması tamamlanan personel sayısı/Sağlık taraması yapılması planlanan personel sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Düşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG12**
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Toplam düşen hasta sayısı/Toplam hizmet verilen hasta sayısı)x1000
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	İstasyon bazında düşen hasta oranı [(Toplam düşen hasta sayısı/Toplam hizmet verilen hasta sayısı)x100]
Açıklama	• Düşme oranı hesaplamasında düşme olay bildirimleri esas alınır. Düşme riski değerlendirme formu düzenlenmez. • Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**İlaç Hatası Bildirim Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG13**
Tanım	Belirlenen dönem içerisinde, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının toplam hizmet verilen hasta sayısına oranını ifade eder.
Veri kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden yapılan ilaç hata bildirim sayısı/Toplam hizmet verilen hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Ramak kala ilaç hatası bildirim oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Çağrının Başlaması ile Vakanın İstasyona İletilmesi Arasında Geçen Ortalama Süre**
Gösterge Kodu	**GKG14**
Tanım	İlgili dönemde, 112 komuta kontrol merkezine (KKM) gelen çağrıların, sesli yanıt sisteminin bitimi ile çağrının ilgili istasyon ekibine iletilmesi arasındaki ortalama süreyi ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Acil çağrının başlaması ile vakanın istasyona iletilmesi arasında geçen sürelerin toplamı/İstasyona iletilen toplam acil çağrı sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Çağrının başlaması ile vakanın istasyona iletilmesi arasında 120 saniye ve üzerinde gerçekleşme sayısı
Açıklama	• **Acil çağrı:**Gelen çağrılardan (hastaneler arası nakiller hariç) istasyona verilen ve ambulans görevlendirilen çağrılardır. • TÜR-GÖS'e veri girişi dakika olarak yapılacaktır.

Gösterge Adı	**Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi**
Gösterge Kodu	**GKG15**
Tanım	İlgili dönemde 112 KKM'ye gelen çağrıların sesli yanıt sistemi bitiminden itibaren ortalama cevaplanma süresini ifade eder.
Veri Kaynağı	ARMAKOM
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan çağrıların sesli yanıt sistemi bitiminden itibaren cevaplanma süreleri toplamı/112 KKM'ye gelen toplam çağrı sayısı)
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Vardiya bazında ortalama çağrı cevaplama süresi
Açıklama	• TÜR-GÖS'e veri girişi yapılırken ölçü birimi olarak saniye girilecektir. • **Toplam Çağrı: Cevaplanan +Cevaplanmayan Çağrı** **Cevaplanmayan Çağrı:** KKM'de Sesli yanıt sisteminden sonra; AÇM'de ise sağlık masasına aktarıldıktan sonra cevaplanmayan çağrı. **Cevaplanan Çağrı:** KKM'de Sesli yanıt sisteminden sonra; AÇM'de ise sağlık masasına aktarıldıktan sonra cevaplanan çağrı.

Gösterge Adı	**Hedeflenen Sürede Vakaya Ulaşma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG16**
Tanım	İlgili dönemde 112 KKM tarafından vaka istasyona verildiği andan itibaren, 112 istasyon ekibinin hedeflenen süre içinde olay yerine ulaşma oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar (ASOS)
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hedeflenen süre içinde ulaşılan vaka sayısı / İstasyona verilen toplam vaka sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	112 istasyonu bazında ortalama vakaya ulaşma süresi (dakika)
Açıklama	Hastaneler arası nakil, sağlık tedbirleri ve protokol görevleri hesaplamaya dahil edilmez.

Gösterge Adı	**Sağlık Kuruluşu Tarafından Kabul Edilmeyen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG17**
Tanım	İlgili dönemde acil müdahale amacıyla sağlık kuruluşuna götürülen hastalar içerisinde, sağlık kuruluşu tarafından kabul edilmeyen hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Sağlık kuruluşuna kabul edilmeyen hasta sayısı/Sağlık kuruluşuna götürülen toplam hasta sayısı) x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Sağlık kuruluşu bazında acil servise kabul edilmeyen hasta oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**İstasyon Tarafından Kapatılan Vaka Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG18**
Tanım	İlgili dönemde verilen vakalarda, istasyon tarafından formu doldurularak kapatılan ve KKM'ye gönderilen vakaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar (ASOS)
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan vakalardan istasyon tarafından formu kapatılan vaka sayısı/İstasyona verilen ve form açılan vaka sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• 24 saat içinde kapatılan vaka oranı • 25-72 saat içinde kapatılan vaka oranı • İstasyon bazında kapatılan vaka oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre**
Gösterge Kodu	**GKG19**
Tanım	İlgili dönemde SBYS'nin hizmet dışı kaldığı süreleri ifade eder.
Veri kaynağı	Dijital ve bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; SBYS'nin devre dışı kaldığı toplam süre
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	SBYS'nin lokal olarak devre dışı kaldığı toplam süre
Açıklama	• Süre dakika olarak hesaplanacaktır. • SBYS'nin lokal olarak devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplamaya dahil edilmelidir.

VI. BÖLÜM

SKS DİYALİZ HİZMETLERİ GÖSTERGE KARTLARI

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

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

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

Gösterge Adı	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
Gösterge Kodu	GKG02
Tanım	İlgili dönemde gerçekleştirilen eğitimlere katılım oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitimlere katılan personel sayısı/Gerçekleştirilen eğitimlere katılması planlanan personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı • Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı
Açıklama	• SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır. • Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışında tutulacaktır.

Gösterge Adı	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı
Gösterge Kodu	GKG03
Tanım	İlgili dönemde uyum eğitimi alması gereken personel içinde uyum eğitimi verilen personel oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Uyum eğitimi alan personel sayısı/Uyum eğitimi alması gereken personel sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Bölüm değiştiren personel için gerçekleştirilen uyum eğitimi oranı
Açıklama	**Uyum eğitimi alması gereken personel:** Kurum içerisinde bölüm değiştiren ya da kuruma yeni başlayan personeli ifade eder.

Gösterge Adı	**Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG04**
Tanım	İlgili dönemde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitim sayısı/Planlanan eğitim sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Eğitimcinin katılamaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Katılımcıların katılmaması nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı • Mekan ve ekipman eksikliği nedeniyle planlanan eğitimlerin gerçekleşmeme oranı
Açıklama	• Gösterge hesaplamasında uyum eğitimleri kapsam dışı tutulacaktır. • SKS'de yer alan eğitimler esas alınmalıdır.

Gösterge Adı	**Hasta Deneyim Anketleri Analizi**
Gösterge Kodu	**GKG05**
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi"nde yer alan Hasta Deneyim Anketleri" esas alınarak diyaliz merkezi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta deneyim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Seçenek bazında verilen cevap oranı • Soru bazında karşılanma oranı Anket kapsamında alınan demografik verilere göre hasta deneyimi anketi analizi
Açıklama	KKS Anket Veri Giriş Alanı'na soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi
Gösterge Kodu	GKG06
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan "SKS Anket Uygulama Rehberi'nde yer alan Çalışan Geri Bildirim Anketi" esas alınarak diyaliz merkezi tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.
Veri Kaynağı	Çalışan geri bildirim anketleri
Hesaplama Yöntemi	Bkz. SKS Anket Uygulama Rehberi
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Seçenek bazında verilen cevap oranı • Soru bazında karşılanma oranı
Açıklama	KKS Anket Veri Giriş Alanı'na soru bazında veri girişi yapılacaktır.

Gösterge Adı	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
Gösterge Kodu	GKG07
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz tedavisi sırasında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Toplam diyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı
Açıklama	Gerçekleşen tüm kan ve vücut sıvısına maruz kalma durumları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG08**
Tanım	İlgili dönemde çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz tedavi sırasında kesici-delici alet yaralanma sayısı/Toplam diyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı
Açıklama	Gerçekleşen tüm kesici ve delici alet yaralanmaları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	**Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG09**
Tanım	İlgili dönemde, kuruluşta görevli personele sağlık taraması amaçlı yapılması gereken işlemler (muayene, test, tetkik) içinden tamamlanan işlem oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Paydada yer alan işlemler içinde tamamlanan işlem sayısı/Sağlık taraması amaçlı yapılması gereken toplam işlem (muayene, test, tetkik) sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	6 aylık
Alt Gösterge	Sağlık taraması tamamlanan personel oranı
Açıklama	• Gösterge, diyaliz merkezi bünyesinde hazırlanan sağlık tarama programına ile karar verilen tüm çalışanları kapsar. • Göstergenin takip edildiği yıl içerisinde kuruluşta altı (6) ayını tamamlayan personel hesaplamaya dâhil edilir. • Bir personel için planlanan bütün işlemler hesaplamaya dahil edilir. • Göreve ilk kez atanan personel altı ayını tamamlaması beklenmeden sağlık taraması programına ve hesaplamaya dâhil edilir. • **"Sağlık Taraması Tamamlanan Personel Oranı"** alt göstergesi için veri analizi yıllık olarak yapılır. Alt göstergenin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Sağlık taraması tamamlanan personel sayısı/Sağlık taraması yapılması planlanan personel sayısı) x 100

Gösterge Adı	Düşen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG10
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen hasta düşmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Toplam düşen hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 1000
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Düşme zamanına göre düşen hasta oranı (diyaliz öncesi, diyaliz sırası, diyaliz sonrası)
Açıklama	Gerçekleşen tüm düşme olayları "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"ne raporlanmalıdır.

Gösterge Adı	İlaç Hatası Bildirim Oranı
Gösterge Kodu	GKG11
Tanım	Belirlenen dönem içerisinde, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'ne bildirilmiş, ramak kala ve gerçekleşen ilaç hatalarının toplam hasta sayısına oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (İstenmeyen olay bildirim sistemi üzerinden yapılan ilaç hata bildirim sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Ramak kala ilaç hatası bildirim oranı • Gerçekleşen ilaç hatası bildirim oranı
Açıklama	

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

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

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

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

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

Gösterge Adı	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG17
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl arasında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Serum düzeltilmiş kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl üzerinde olan hasta oranı
Açıklama	TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdekihastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg^2/dL^2'nin Altında Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG18
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde düzeltilmiş kalsiyum fosfor çarpım (Ca x P) düzeyi 55'mg^2/dL^2'nin altında olan hemodiyaliz hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg^2/dL^2'nin altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Düzeltilmiş Ca x P Düzeyi 75 mg^2/dL^2'nin üstünde olan hasta oranı
Açıklama	TÜR-GÖS'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.

Gösterge Adı	Ortalama Hemodiyaliz Süresi
Gösterge Kodu	GKG19
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Hastalara uygulanan diyaliz seanslarının toplam süresi/Toplam diyaliz seans sayısı
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Ortalama Diyaliz Seansı Süresi 4 Saat Altında Olan Hasta Oranı
Açıklama	"Ortalama Diyaliz Seansı Süresi 4 Saat Altında Olan Hasta Oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Ortalama diyaliz seansı süresi 4 saat altında olan hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Eritropoetin Kullanım Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG20**
Tanım	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatlarıkullanan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı • Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı
Açıklama	**Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC grup kodları:** • B03XA01 - Eritropoietin • B03XA02 - Darbepoetin Alfa

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

Gösterge Adı	**HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG22**
Tanım	İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Anti-HCV Pozitifleşen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG23
Tanım	İlgili dönemde,Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKG24
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalıcı kateteri olan hasta sayısı/Toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	İlgili dönemde ilk kez kalıcı kateter takılan hasta oranı
Açıklama	"İlgili dönemde kalıcı kateter takılan hasta oranı" alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (İlk kez kalıcı kateter takılan hasta sayısı / Kalıcı kateteri bulunmayan hasta sayısı + İlk kez kalıcı kateter takılan hasta sayısı) x 100

Gösterge Adı	**Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG25**
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı/Kalıcı kateterli hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG26**
Tanım	İlgili dönemde, geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı/Geçici kateterli hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
Gösterge Kodu	GKG27
Tanım	İlgili dönemde, santral venöz kateter nedeniyle kan dolaşımı enfeksiyonu gelişen hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon gelişen hasta sayısı/Santral venöz kateterli hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	Mortalite Oranı
Gösterge Kodu	GKG28
Tanım	İlgili dönemde, sağlık kuruluşunda diyaliz hizmeti sunulan hastalarda mortalite oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde ölen hasta sayısı/Diyaliz hizmeti sunulan toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	Diyaliz hizmeti alma yılına göre mortalite oranı
Açıklama	

Gösterge Adı	**Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG29**
Tanım	İlgili dönemde, diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapıldığı hasta oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyaliz hizmeti sunulan hastalar içinde, ilgili mevzuatta belirlenen laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılan hasta sayısı/Diyaliz hizmeti sunulan toplam hasta sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	• 3 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı • 6 ayda bir yapılması gereken laboratuvar testlerinin eksiksiz olarak yapılma oranı
Açıklama	İlgili mevzuatta tanımlanan testlerden bir veya birden fazlası yapılmayan hasta ilgili dönemde paya dahil edilmez.

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

VII. BÖLÜM

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ

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

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

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

Gösterge Adı	**Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması**
Gösterge Kodu	**GKG02**
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalarda bir yıl içinde hasta başına düşen ortalama ziyaret sayısını ifade eder.
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Yıl içerisinde yapılan toplam ziyaret sayısı/Evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen toplam tekil hasta sayısı
Veri Giriş Periyodu	Yıllık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG03**
Tanım	Evde sağlık hizmeti alan hastalara verilen randevuların planlanan zamanda gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Birim/hastane kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Planlanan zamanda gerçekleştirilen randevu sayısı/Planlanan randevu sayısı) x 100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	
Açıklama	

Gösterge Adı	**Birime Yeniden Başvuru Oranı**
Gösterge Kodu	**GKG04**
Tanım	Evde sağlık koordinasyon merkezine evde sağlık ekibinin ziyareti sonrası 7 gün içerisinde aynı şikâyetle yeniden başvuru oranını ifade eder.
Veri Kaynağı	Birim/hastane kayıtları
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (7 gün içerisinde aynı şikâyetle başvuran hasta sayısı/Toplam başvuran hasta sayısı)x100
Veri Giriş Periyodu	3'er aylık
Alt Gösterge	İlgili sağlık ekibi bazında yeniden başvuru oranı
Açıklama	

EKLER

Ek1. Cerrahi Prosedür Listesi

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

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

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

Ek 2. Sürveyans Süreleri

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

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

Ek 3: Sezaryen Endikasyonları

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

Sezaryen Endikasyonları
1. Fetal Endikasyonlar
1.1. Fetal Sıkıntı
1.2. Fetal Prezentasyon anomalileri
1.2.a. Makat Prezentasyon
1.2.b. Diğer Prezentasyon Anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)
1.3. Çoğul Gebelikler
1.4. Fetal Anomaliler (Hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.)
2. Maternal Endikasyonlar
2.1. Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)
2.2. Sistemik Hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon vb.)
2.3. Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)
3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar
3.1. Baş-pelvis Uyumsuzluğu
3.2. Uzamış Eylem
3.3. Fetal Makrozomi
4. Umblikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar
4.1. Kordon Sarkması
4.2. Plasenta Previa
4.3. Ablasyo plasenta
4.4. Vasa Previa
5. Diğer

Ek-4 Anestezi Komplikasyonları Listesi

ANESTEZİ KOMPLİKASYONLARI		
AMELİYATHANE	**AYILMA ODASI**	**POSTOPERATİF DÖNEM**
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	Günübirlikten Yatışa Dönüş	Ölüm
Göz Zedelenmesi	Planlanmamış Yoğun Bakım	
Yanlış İlaç Uygulaması	Sinir Hasarı	
Transfüzyon Reaksiyonu	Yanık	
Cihaz Sorunları	Ölüm	
Ameliyat İptali		
Başarısız Rejyonal Anestezi		
Dura Ponksiyonu		
Venöz Hava Embolisi		
Sinir Hasarı		
Yanık		
Ölüm		

Ek-5 Örneklem Sayısı

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

YARARLANILAN KAYNAKLAR

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

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

Agency for Healthcare Research and Quality, 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. Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. Commonwealth of Australia. (2009). Erişim adresi: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Guidelines-HOSP1.pdf

Başustaoğlu, A. (2013). Kan Kültürü Uygulama Kılavuzu. Erişim adresi: https://www.tmc-online.org/pdf/bd/kan_kulturu_uygulama_klavuzu.pdf

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

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

Dekker Rebecca PhD, RN, 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), s. 458-461.

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

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. Ankara, Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi. (2017). Ankara, Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi. (2017). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Erişim adresi: https://infline.saglik.gov.tr/Infline

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri için Çalışma Rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı

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

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

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

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

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

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

OECD Health Care Quality Indicators Project. (2019). Erişim adresi: http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthcarequalityindicatorsproject-background.htm

Onkoloji Hemşireler Derneği. (2014). Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi, Ankara

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

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

Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. (2012, 1 Şubat). Resmi Gazete (Sayı: 28191). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.15860&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=organ%20ve

Organ Nakli Merkezleri Yönergesi. (2012, 13 Şubat). 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, Clinical Practice GuidelinesParamedic. (2014). Erişim adresi: https://www.phecit.ie/Images/PHECC/Clinical%20Practice%20Guidelines/2014%20CPG/20141031%20Paramedic%20CPGs.pdf

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sürüm 6, Ankara, Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2019). Anket Uygulama Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2011). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa

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 ındicators, a review of the literature, Am J Clin Pathol, 131, p. 418-431

Sehulster LM, et. al., 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

Sosyal Güvenlik Kurumu. SUT Rehberi, 2020. Ankara, T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

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

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

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

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yönergesi. (2011, 16 Şubat). 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 Comission. Erişim adresi: http//www.cqc.org.uk/location/1-116936875

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