



T.C. Sağlık Bakanlığı

Gösterge Yönetimi Rehberi



*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*



T.C. Sağlık Bakanlığı

Gösterge Yönetimi Rehberi

SKS

Gösterge Yönetimi Rehberi (Versiyon 1.0; Revizyon-00)

2.Baskı: Ankara, Kasım 2015

ISBN: 978-975-590-575-4

Bu rehber SKS Hastane (Versiyon 5) ile uyumlu olarak hazırlanmıştır.

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'na aittir.

İletişim

T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
E-posta: skskalite@gmail.com
Web: www.kalite.saglik.gov.tr

Baskı

Mattek Matbaacılık Basım Yayın Tan.Tic.San.Ltd.Şti.
Ağaç İşleri Sanayi Sit. 1354. Cadde 1362 Sokak
No: 35 İvedik/ANKARA
Tel:(0.312) 433 23 10 Fax:(0.312) 434 03 56

Hazırlayanlar

Dr. Hasan GÜLER
Dr. Abdullah ÖZTÜRK
Uzm.Dr.Dilek TARHAN
Ecz.Ercan KOCA
Nurcan AZARKAN
Demet GÖKMEN KAVAK
Dr. İbrahim H.KAYRAL
Psk. Öznur ÖZEN
Elif KESEN
Özlem ÖNDER
Yrd.Doç.Dr.Umut BEYLİK
Çağlayan SARIOĞLAN
Şükriye Yüksel BAĞIRSAKÇI
Emine BALCI
Muammer AKSU
Erol YALÇIN
Şule GÜNDÜZ
İbrahim KÖSTEKLİ
Havva İLHAN
Ayşe AYKANAT
Gül HAKBİLEN
Şerife ENGELOĞLU

İçindekiler

Sunuş.....	1
Gösterge Yönetimi	4
Gösterge Yönetiminde Basamaklar	5
Gösterge Kartlarının Oluşturulması	15
Sonuç.....	14
Gösterge Kartı.....	16
Örnek Gösterge Kartları.....	17
SKS - Hastane Kalite Göstergeleri.....	23
Bölüm Bazlı Göstergeler	24
Klinik Göstergeler.....	29
Hesaplama Yöntemleri ve Açıklamalar	35
Bölüm Bazlı Göstergeler	36
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	64

Sunuş

Kaliteli sağlık hizmeti sunmaya odaklı, modern bir sağlık sisteminin oluşturulması kadar bu sistemin parçalarını oluşturan her hizmetin etkinliğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi de aynı derecede önem taşımaktadır. Elbette her sistem, sunduğu hizmetin amaca ne derece ulaştığını saptayabilmek için öncelikle gerçekteştirdiği etkinlikler hakkında bilgi toplamalıdır. Yani ölçme yapmalı, ölçüm sonuçlarından yararlanarak bazı sonuçlara, kararlara ulaşmaya çalışmalı ve bu sonuçları ileride yapılacak çalışmalar için yol gösterici olarak kullanılmalıdır.

Bu doğrultuda, sağlık kurumlarındahizmet süreçleri ve hizmetin etkinliğinin ölçülmesi amacıyla “Göstergeler”oluşturulmuştur. “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane (Versiyon-5)” seti kapsamında geliştirilen ve kalite sisteminin önemli bir parametresi olan göstergeler,**ortak bir analizdili** oluşturması nedeni ile sağlık hizmetlerinde önemli bir görev üstlenmektedir.

Bu kapsamda Bakanlığımızca hazırlanan bu rehberin, sağlık kurum ve kuruluşlarında gösterge yönetiminin doğru ve etkili bir şekilde yürütülmesi için sağlık yönetici veçalışanlarına yol gösterici olması hedeflenmiştir.

Rehberin ilk bölümünde gösterge basamakları, göstergelerin belirlenmesi, alt göstergeler, hesaplama yöntemleri ve göstergelere ilişkin temel bilgilere yer verilmiştir. Yine bu bölümde veri toplama, verilerin sonuca dönüştürülmesi, sonuçların analiz edilmesi ve yorumlanması konuları hakkında açıklayıcı bilgilere değinilmiştir.

İkinci bölümde ise göstergelerin nasıl oluşturulacağı ortaya konmuş,örnek gösterge kartları ile “SKS Hastane” setinde yer alan göstergelere yönelik açıklamalar ve hesaplama yöntemlerini içeren bilgilere yer verilmiştir.

Bu rehberin sağlık kurum ve kuruluşlarında gösterge yönetiminin sağlanması ve ölçüm kültürünün geliştirilmesi hususunda önemli bir katkı sağlamasını diler, tüm sağlık çalışanlarına ve paydaşlarımıza faydalı olmasını temenni ederim.

Prof.Dr.Doğan ÜNAL
Genel Müdür

Bölüm **1**

Gösterge Yönetimi

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 formatadönüştürülmesi 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 alanlardakalitenin sürekliliği sağlanmalıdır. Bu amaçla bazı araçlar kullanılması gerekmektedir.

Bu araçlardan bir kaçını aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

- Göstergeler
- Öz değerlendirme
- Görüş ve öneriler
- Memnuniyet ölçümü
- Dış değerlendirmeler

Bu araçlardan biri olan göstergeler; bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirmefaaliyeti yapılmasına katkı sağlayan,performans ölçümüve kalite iyileştirme amacı ile kullanılan en önemli araçlardır.

Göstergelerin sağlık kurumuna sağladığı yararlar şöyle sıralanabilir:

- Hizmetin kalitesinin ölçülmesi
- Konuyla ilgili yönetsel başarının ortaya konulması
- Üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarı veya başarısızlık trendinin tespiti
- Bölümler arasında kıyaslama yapılması imkânı
- Kurumlarda ve süreçlerde iyileştirmeye ilişkin planlamaların yapılması
- İleriye dönük politikaların oluşturulması
- Hesap /verebilirlik

Gösterge Yönetiminde Basamaklar

Kalite iyileştirme faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilecek olan gösterge izleme çalışmalarında adım adım yerine getirilmesi gereken basamaklar aşağıda incelenmiştir:



1. Ölçülecek Göstergelerin Belirlenmesi

Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

Hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, “SKS-Bölüm Bazlı Göstergeler” ve “Klinik Göstergeler” bölümlerinde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir. SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerine ilişkin Bakanlıkça yeni göstergeler yayınlanması durumunda, yeni liste esas alınmalıdır.

Herhangi bir göstergenin, hastanenin hizmet alanı kapsamına girmemesi ya da bir göstergenin mevzuat gereği hastanede uygulanmaması gibi durumlarda ilgili gösterge izlenmemelidir (Örn: Diyaliz hizmeti verilmeyen hastanelerde GBDİ01, GBDİ02 ve GBDİ03 kodlu göstergeler gibi).

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

- Sağlık hizmetindeki farklı süreçlere yönelik ayrı ayrı göstergeler belirlenmelidir. Burada göstergenin hangi süreç ya da süreçleri ölçmek için belirlendiği ve bu süreci ölçmekteki ana hedef net olarak ortaya konmalıdır.
- Çok sorun yaşanan ya da en problemlisi olduğu düşünülen alanlar öncelikle ele alınmalıdır. Öncelikle kolay ölçülebilen, yüksek olarak personel uyumunun sağlanabileceği göstergeler tercih edilmelidir.
- Objektif sonuçlar elde edilebilecek ve objektif kriterler ile analiz edilebilecek göstergeler tercih edilmelidir.
- Göstergeler belirlenirken çalışanların görüşleri alınmalıdır.

2. Sorumluların Belirlenmesi

Gösterge sorumluları, ilgili gösterge ile ilgili verinin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur. Bukişiler, günlük pratiğinde o göstergeye ilişkin konular üzerinde çalışan personeller arasından seçilebilir. Sorumluların sürece hâkim, nitelikli kişiler arasından seçilmesi uygun olacaktır. Gös-

terge yönetiminde başarı için sorumluların etkinbir şekilde çalışmaları kritik öneme sahiptir.

Gösterge sorumlularının, ilgili her türlü kararda sürece dâhil edilmesi,katkılarının çok daha etkili bir şekilde alınmasını sağlayacağı gibi, iş motivasyonunda artıracaktır.

3. Hesaplama Yönteminin Belirlenmesi

Gösterge sonucu için hangi verilere ihtiyaç duyulacağını ve bu verilerden sonucaulaşmak için hangi formül ya da formüllerin kullanılacağı belirlenmelidir. İlgili göstergeye yönelik, Bakanlıkça belirlenen bir hesaplama formülü bulunması halinde, bu formül esas alınmalıdır. Bu şekilde ölçümün standardizasyonu, ileriye yönelik trendin sağlıklı ortaya konabilmesigerektiğinde kurumlar arası kıyaslamalar yapılması durumunda doğru sonuçların elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Hesaplama yöntemi, kısaca, verilerin sayısallaştırılması ve analizlerde kullanılabilmesiamacıyla kullanılan bir formüldür.

Not:Takip edilen göstergeler için ilgili dönemde göstergeye ilişkin veri oluşmamış ise hesaplama yapılmaz.

4. Alt Göstergelerin Belirlenmesi

Alt göstergeler; ana gösterge ile ilişkili analizlerin yorumlanmasınıve 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 bulunduğuna karar verilmelidir. Bu amaçla göstergenin özelliğine göre alt göstergeler oluşturulmalı ve bunlara gösterge kartında yer verilmelidir. Bakanlık tarafından yayımlanmış örnek gösterge kartlarında alt göstergeler verilmiştir. Bu örneklerden yola çıkarak, araştırmalar ve kurum ihtiyaçları doğrultusunda, diğer göstergeler için de alt göstergeler belirlenmelidir.Alt göstergeler oluşturulurken, özellikle odaklanmak istenilen, ölçülebilir ve etkin müdahaleler ile iyileştirme yapılabilecek alanların ele alınmasına dikkat edilmelidir.

Örneğin; “Kesici/delici alet yaralanması” göstergesi için hazırlanan gösterge kartında iyileştirme yapılacak alanlar göz önünde bulundularak aşağıdaki gibi alt göstergeler belirlenmiştir:

- Kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalan çalışanların mesleki oransal dağılımı
- Kesici/delici alet yaralanmasına neden olan kesici/delici aletlerin oransal dağılımı
- Kontamine kesici/delici alet ile yaralanma oranı
- Servis bazında kesici/delici alet ile yaralanma oranları
- Yaralanan personelde kişisel koruyucu ekipman kullanma oranları

Bu alt göstergelerden yola çıkarak;

- Hangi meslek grubunun daha çok kesici/delici alet yaralanmasına maruz kaldığı ve hangi kesici/delici alet ile en çok yaralanma olayının gerçekleştiği 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.
- En fazla yaralanmaya sebep olan kesici/delici alete yönelik koruyucu ekipmanların seçimi ve kullanımına ilişkin uygulamalar gözden geçirilebilir.

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

5. Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi

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

Veri toplama yöntemi, verinin kalitesini direkt olarak etkileyen bir işlemdir. Bu yöntemin kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir olması için, tüm basamaklarının net olarak ortaya konmuş olması gereklidir. Personelle fazla ek iş yükü getiren, çerçevesi net olarak belirlenmemiş bir yöntemin, uzun süreli uygulanabilirliği düşük olacaktır. Göstergenin türüne göre veri toplama yöntemi değişebilir. Örneğin; “Çalışanlarda meydana gelen kesici delici alet yaralanması oranı” göstergesinde veriler bildirim dayalı olarak elde edilir. “Reddedilen numune oranı” göstergesinde ise veriler bilgi yönetim sistemi üzerindeki kayıtlar üzerinden elde edilir.

Bildirim dayalı göstergelerde dikkat edilmesi gereken husus çalışanlarda bildirim kültürünün oluşturulması ve hatalardan öğrenme sürecine ilişkin motivasyonun oluşturulmasıdır. Kayıtlara tabi göstergelerde ise, veri toplama aşamasındaki kayıtların sağlıklı bir şekilde tutulması önemlidir. İçeriği yeterli olmayan veya gerçeği yansıtmayan eksik kayıtlar yanıltıcı olacaktır. Bu nedenle veri toplama sistemi 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 minimum ek iş yükü oluşturulacak, aynı zamanda da verinin analizi önemli ölçüde kolaylaşacaktır.

6. Analiz ve Veri Toplama Periyodunun Belirlenmesi

Göstergelere ait verilerin toplanması ve sonuçların analizi ile ilgili aralıkların belirlenmesi gereklidir. Bu şekilde analiz sonuçları arasında net bir karşılaştırma yapılmasına imkân tanınabilir. Her bir göstergesi için veri toplama ve analiz periyodları 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 tabanı gerçekteşirebilirler.

7. İlgili Personelin Eğitilmesi

Bütün bu işlemler tamamlandıktan sonra, gösterge sorumlusu ile birlikte özellikler veri toplamada görev alacak ilgili tüm personelin eğitimi gereklidir. Eğitimde; yapılan işin amacı, sonuçları, beklenen çıktılar, işleyiş ile ilgili detaylar, veri kalitesinin önemi, dikkat edilmesi gereken kritik noktalar konusundaki bilgilendirme yapılmalıdır. 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 ederek gerekli ise bazı düzenlemeleri yapması önemlidir. 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 “Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı” 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. “Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı” bunun için örnek olarak verilebilir. Burada laboratuvar tarafından belirlenen sürelerde verilen sonuçların sayısı ve belirlenen süreden daha uzun sürede verilen sonuçların 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 çözümlenmek ve sonrasında da yorumlamak için, sonucun dışında da bazı bilgilere ihtiyaç duyulabilir. “Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı” örneğinden yola çıkarsak, bu sayıyı analiz etmek ve yorumlamak için ek bazı alt göstergeler 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 verikalitesi olduğu unutulmamalıdır. Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulmalı, varsa tahmini hata payı ile sonuçlar değerlendirilmelidir.

Örneğin; bildirim yolu ile ölçülen “Çalışanlarda meydana gelen kesici delici alet yaralanması oranı” gibi bir göstergede gerçekleşen olay sayısı ile bildirilen olay sayısı birbirinden farklı olabilir. Hastanede, 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 ulaşmak da o kadar kolay olacaktır. Bu nedenle bildirim dayalı göstergelerde hedef değer belirlenirken ya da sonuçlar analiz edilirken o konu ile ilgili bildirim düzeyi ve bildirim kültürü de göz önünde bulundurulmalıdır.

11. Hedef Değerin Belirlenmesi

Hedef değer; sağlık kurumu tarafından, mevcut durum ve iyileştirme potansiyeli göz önünde bulundurulmuş olarak belirlenen, ulaşılması amaçlanantahmini gösterge sonucudur.

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarının en kritik aşamalarından birisi hedeflerin belirlenmesidir. Çünkü ortaya konulan hedefler hastanenin kalite yolculuğunun rotasını belirleyecektir. Bu rotada alınacak kararlar veriye dayalı olmalıdır. Göstergenin ilk defa ölçüldüğü dönemde mevcut durum bilinmediği için hedefdeğer tespit etmek mümkün olmayabilir. İlk sonuçların elde edilmesi ve analizi, hastanenin 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, hastanenin 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. 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 "Çalışanlar arasında sağlık taramalarının tamamlanma oranı" için hedef %100 olarak belirlenebilir.

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

12. İyileştirme Çalışmalarının Gerekliliğinin Gözden Geçirilmesi

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

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. 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 formülasyonların 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.

Gösterge Kartlarının Oluşturulması

Gösterge kartlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Gösterge Kodu
- Gösterge Tanımı
- Amaç
- Hesaplama Yöntemi/Formülü
- Alt Göstergeler
- Hedef Değer
- Veri Kaynağı
- Sonuçların Kimlerle Paylaşılacağı
- Veri Analiz Periyodu
- Sorumlular
- Dikkat Edilecek Hususlar (İhtiyaç duyulması durumunda doldurulmalıdır)

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

Sonuç

- 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 sisteminin 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. Gerekliğinde 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.

Bölüm **2**

Gösterge Kartı

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	Gösterge Adı
Gösterge Kodu	
Gösterge Tanımı	
Amaç	
Hesaplama Yöntemi	
Alt Göstergeler	
Veri Kaynağı	
Hedef Değer	
Veri Analiz Periyodu	
Sorumlular	
Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler	
Dikkat Edilecek Hususlar	

Örnek Gösterge Kartları

	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
Gösterge Kodu	GBRG01
Gösterge Tanımı	Kontrast madde ile çekilen tomografi oranlarının izlenmesine yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Amaç	Gereksiz kontrast madde kullanımının minimum düzeye indirilmesidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı/ Toplam çekilen tomografi sayısı) x 100
Alt Göstergeler	Klinik bazında kontrastlı tomografi istem oranı
Veri Kaynağı	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
Hedef Değer	Hasta profili ve klinik gereklilikler çerçevesinde kurum ya da klinik bazında hedef değer belirlenir.
Veri Analiz Periyodu	Maksimum 3 Ay
Sorumlular	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler	Hastane, uygulamalarına göre sonuçların paylaşılacağı kişileri belirler. (Örn: Kontrast madde ile tomografi istemi yapılan ilgili klinik hekimleri)
Dikkat Edilecek Hususlar	

Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	
Gösterge Kodu	GBYB02
Gösterge Tanımı	Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Amaç	Yoğun bakım ünitesinde bakım hizmet kalitesi artırılarak, mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde;(Yoğun bakım ünitesinde ölen hasta sayısı/Yoğun bakım ünitesinde bir önceki aydan devreden hasta + 1 ay içinde yatan toplam hasta sayısı) x 100
Alt Göstergeler	Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)
Veri Kaynağı	Hasta dosya bilgileri, HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)
Hedef Değer	Bilimsel literatüre göre ve hastalık şiddeti skorları çerçevesinde ünite bazında hedefler belirlenir.
Veri Analiz Periyodu	Maksimum 3 Ay
Sorumlular	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler	Hastane, uygulamalarına göre sonuçların paylaşılacağı kişileri belirler. (Örn; Yoğun Bakım Ünitesi sorumluları ve çalışanları)
Dikkat Edilecek Hususlar	Beklenen mortalite ile gerçekleşen mortalite değerleri karşılaştırılmalıdır.

	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)
Gösterge Kodu	GKDM10
Gösterge Tanımı	Diyabet tanısı nedeni ile yatışı yapılan komplikasyonu olmayan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Amaç	Diyabet tanısı nedeni ile yatışı yapılan komplikasyonu olmayan hastaların oranını izleyerek, kurumsal ve bölgesel düzeyde diyabet hastalarının tedavi etkinliğini takip etmektir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyabet tanısı nedeniyle yatışı yapılan hasta sayısı (komplikeasyonsuz) / Diyabet tanısı ile yatan hasta sayısı) X 100
Alt Göstergeler	Tıbbi takibi sürekli olarak ilgili kurumda yapılan hasta oranı (Diyabet tanısı nedeniyle yatışı yapılan komplikeasyonsuz hastalar içinde değerlendirilir)
Veri Kaynağı	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar.
Hedef Değer	Bilimsel literatüre göre ve varsa belirlenen ulusal hedef değerlere göre belirlenir.
Veri Analiz Periyodu	Maksimum 3 Ay
Sorumlular	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler	Hastane, uygulamalarına göre sonuçların paylaşılacağı kişileri belirler. (Örn: İlgili klinik çalışanları ve kurum yöneticileri)
Dikkat Edilecek Hususlar	

	Kan Kùltürlerinde Kontaminasyon Oranı
Gösterge Kodu	GBML03
Gösterge Tanımı	Laboratuvara kabul edilen kan kùltürü şişelerinde kontaminasyon tespit edilen kan kùltürü şişe sayısının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Amaç	Laboratuvara kabul edilen kan kùltürlerinde kontaminasyon oranının tespiti, izlenmesi ve konu ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını sağlamaktır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontaminasyon tespit edilen kan kùltürü şişe sayısı/Toplam kan kùltürü şişe sayısı) x 100
Alt Göstergeler	Klinik bazında kan kùltürü kontaminasyon oranı ----- Belirlenen kriterlere uygun şekilde alınan kan kùltürü oranı
Veri Kaynağı	Laboratuvar kayıtları, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
Hedef Değer	Bilimsel literatüre göre ana gösterge ve alt gösterge bazında hedef değerler belirlenir.
Veri Analiz Periyodu	Maksimum 3 Ay
Sorumlular	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Sonuçların Paylaşılacağı Kişiler	Hastane, uygulamalarına göre sonuçların paylaşılacağı kişileri belirler. (Örn; Kan kùltürü numunesi gönderen ilgili klinik birim çalışanları ve ilgili laboratuvar çalışanları)
Dikkat Edilecek Hususlar	

SKS - Hastane Kalite Göstergeleri

Bölüm Bazlı Göstergeler

Gösterge Kodu	Gösterge	Puan
Kalite Yönetimi		
GBKY01	“Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı”	20
Acil Durum Yönetimi		
GBAD01	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	20
GBAD02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	20
GBAD03	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	20
GBAD04	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	20
Eğitim Yönetimi		
GBEY01	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	20
GBEY02	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	20
Hasta Deneyimi		
GBHD01	Hasta Memnuniyet Oranı	20
Sağlıklı Çalışma Yaşamı		
GBSÇ01	Çalışan Memnuniyet Oranı	20
GBSÇ02	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	20
GBSÇ03	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	20
GBSÇ04	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	20
GBSÇ05	Personel Devir Hızı	20

GBSÇ06	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	20
GBSÇ07	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Puansız
GBSÇ08	Hemşire Bölüm Değişirme Oranı	20
Hasta Bakımı		
GBHB01	Düşen Hasta Oranı	20
GBHB02	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı	Puansız
İlaç Yönetimi		
GBİY01	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	20
Enfeksiyonların Önlenmesi		
GBEN01	El Hijyeni Uyumu	20
GBEN02	Santral VenözKateterİlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu	20
GBEN03	ÜrinerKateterİlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu	20
GBEN04	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay	20
GBEN05	UmbilikalKataterİlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu	20
GBEN06	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	20
GBEN07	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	20
Transfüzyon Hizmetleri		
GBTH01	İmha Edilen Kan Miktarı	20
Radyasyon Güvenliği		
GBRG01	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	20
GBRG02	Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı	20
Acil Servis		
GBAS01	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	20

GBAS02	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	20
GBAS03	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	20
GBAS04	Hasta Sevk Oranı	20
Ameliyathane		
GBAH01	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Puansız
GBAH02	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	20
GBAH03	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	Puansız
Yoğun Bakım Ünitesi		
GBYB01	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	20
GBYB02	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	20
GBYB03	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	20
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
GBYD01	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı	20
Doğum Hizmetleri		
GBDH01	Sezaryen Oranı	20
GBDH02	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	20
GBDH03	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisinin Uygulanma Oranı	20
GBDH04	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	20

GBDH05	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	20
GBDH06	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Puansız
Diyaliz Hizmetleri		
GBDİ01	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı	20
GBDİ02	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1.2'den Düşük Olan Hasta Oranı	20
GBDİ03	Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V veya URR Değeri 1.7' den Düşük Hasta Oranı	20
Biyokimya Laboratuvarı		
GBBL01	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	20
GBBL02	Biyokimya Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	20
GBBL03	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBBL04	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBBL05	Biyokimya Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	20
Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
GBML01	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	20
GBML02	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	20
GBML03	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	20
GBML04	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Puansız

GBML05	Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBML06	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBML07	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	Puansız
GBML08	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	20
Patoloji Laboratuvarı		
GBPL01	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı	20
GBPL02	Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	20
GBPL03	YetersizSitolojik Materyal Oranı	20
Bilgi Yönetim Sistemi		
GBBY01	Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	20
GBBY02	HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	20
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri		
GBTA01	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	20

Klinik Göstergeler

Gösterge Kodu	Gösterge	Puan
Koroner Arter Hastalığı		
GKKA01	İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı	Puansız
GKKA02	Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Koroner Arter Hastası Oranı	Puansız
GKKA03	Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan Hasta Oranı	Puansız
GKKA04	Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan Hasta Oranı	20
GKKA05	Koroner Anjiyografi Yapılan Hasta Oranı	20
GKKA06	Koroner Anjiyoplasti Yapılan Hasta Oranı	20
GKKA07	Koroner Anjiyografi Yapılan Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı	Puansız
GKKA08	By-Pass Cerrahisi Uygulama Oranı	20
GKKA09	Koroner Reanjiyografi Uygulama Oranı	20
GKKA10	KAH Tanılı Hastalarda Miyokard Enfarktüsü Görülme Oranı	20
GKKA11	By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı	20
GKKA12	By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı	20
GKKA13	Bypass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oranı	20
GKKA14	AMI'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi	Puansız
GKKA15	AMI'da Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı	Puansız

GKKA16	AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde PrimerPerkütan Koroner Girişim(PCI) Uygulanma Oranı	Puansız
GKKA17	AMİ Vaka Ölüm Oranı	Puansız
Kalça Kırığı		
GKKK01	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan "Kalça Kırığı Cerrahisi" Oranı	20
GKKK02	Kalça Kırığı Mortalite Oranı	20
Artroplasti (Diz ve Kalça Eklemi)		
GKAR01	Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR02	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)	20
GKAR03	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 2 Ay)	20
GKAR04	Ortalama Kalış Gün Sayısı	20
GKAR05	Revizyon Cerrahisi Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)	20
GKAR06	Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilme Oranı	20
GKAR07	İlk 2 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR08	İlk 12 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR09	Antitrombotik İlaç Verilen Hasta Oranı	20
GKAR10	Hasta Çıkışında Antitrombotik İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı	20
GKAR11	Derin VenTrombozu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR12	PulmonerEmboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR13	Sinir Hasarı Oranı	20
GKAR14	Damar Hasarı Oranı	20

Diyabetes Mellitus		
GKDM01	HbA _{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	20
GKDM02	Yılda En Az 4 Kez HbA _{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	20
GKDM03	Son Ölçülen HbA _{1c} \geq %9 Olan Hasta Oranı	20
GKDM04	Son Ölçülen HbA _{1c} \leq 7 Olan Hasta Oranı	20
GKDM05	Son HbA _{1c} Düzeyi % 7-9 Arasında Olan Hasta Oranı	20
GKDM06	İncelenen Dönemde Eğitim Alan Hasta Oranı	Puansız
GKDM07	Vücut Kitle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı	Puansız
GKDM08	LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	Puansız
GKDM09	LDL Kolesterol Düzeyi <100 Mg/dl Olan Hasta Oranı	Puansız
GKDM10	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)	20
GKDM11	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)	20
GKDM12	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı	Puansız
GKDM13	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Son Ölçüm Değeri 130/80 Altında Olan Hasta Oranı	Puansız
GKDM14	DM Tanılı Hastalarda Tütün Kullanım Oranı	Puansız
GKDM15	Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	Puansız
GKDM16	Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı	Puansız
GKDM17	Göz Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	20
GKDM18	Alt Ekstremitte Amputasyon Oranı	20

GKDM19	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Kronik Komplikasyonlar)	20
GKDM20	Ayak Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	20
İnme		
GKİN01	Hastaneye Ambulans ile Ulaşım Oranı	20
GKİN02	Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı	20
GKİN03	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Transözofageyal Ekokardiyografi (TEE) Yapılma Oranı	Puansız
GKİN04	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi (USG) Yapılma Oranı	Puansız
GKİN05	İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulama Oranı	20
GKİN06	İntravenöz Trombolitik Tedavi ile İlişkili Tedavi Sonrası İlk 24 Saatte Hemoraji Komplikasyonu Gelişme Oranı	20
GKİN07	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanma Oranı	20
GKİN08	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi/Trombektomi Tedavisi Sonrasında İlk 24 Saatte Hemorajik Komplikasyon Gelişme Oranı	20
GKİN09	Dekompresif Cerrahi Uygulanma Oranı	20
GKİN10	Rehabilitasyona Erken Başlama Oranı	20
GKİN11	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20
GKİN12	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20

GKİN13	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20
GKİN14	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20
GKİN15	İnme Sonrası Hastanede Düşen Hasta Oranı	Puansız
GKİN16	İnme Tanısı Alan Hastalarda Taburculuk Sonrası 1 Yıl İçinde Tekrar İnme Geçirilme Oranı	Puansız
GKİN17	“INR” Değeri Takip Edilen Hasta Oranı	20
GKİN18	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde “Karotis Endarterektomi” Yapılma Oranı	Puansız
GKİN19	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde “Supra-aortik Stent” Yapılma Oranı	Puansız
Katarakt Operasyonu		
GKKO01	Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı	20
GKKO02	Operasyon Sonrası Bir Günden Fazla Yatan Hasta Sayısı/Operasyon Sonrası Yatan Hasta Sayısı	20
GKKO03	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı	20
GKKO04	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı	Puansız
GKKO05	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı	20
GKKO06	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı	Puansız
GKKO07	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Gerçekleştirilen Reoperasyon Oranı	20
GKKO08	Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı	Puansız
GKKO09	Operasyon Sonrası Bir Yıl İçinde Gelişen Dekolman Sıklığı	Puansız
GKKO10	Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrole Gelen Hasta Oranı	Puansız

Hesaplama Yöntemleri ve Açıklamalar

Bölüm Bazlı Göstergeler

Kalite Yönetimi

Gösterge Adı	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
Gösterge Kodu	GBKY01
Tanım	<p>Planlanan faaliyetin gerçekleştirilmesi suretiyle sonuçlandırılan düzeltici-önleyici faaliyetlerin, ilgili dönem içinde sonuçlandırılması planlanan düzeltici-önleyici faaliyetlere oranını ifade eder.</p> <p>Düzeltilici-Önleyici Faaliyet:Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.</p>
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> <p>* $\frac{\text{Sonuçlandırılan DÖF sayısı}}{\text{Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı}} \times 100'$</p>

Acil Durum Yönetimi

Gösterge Adı	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
Gösterge Kodu	GBAD01
Tanım	<p>Gerçekleşen mavi kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan mavi kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.</p> <p>Mavi Kod: Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> <p>(Formu tam doldurulan mavi kod olayı sayısı/ Gerçekleşen mavi kod olay sayısı) x 100</p>

Gösterge Adı	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
Gösterge Kodu	GBAD02
Tanım	<p>Gerçekleşen beyaz kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan beyaz kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.</p> <p>Beyaz Kod: Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında yada şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> <p>(Formu tam doldurulan beyaz kod olayı sayısı/ Gerçekleşen beyaz kod olay sayısı) x 100</p>

Gösterge Adı	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
Gösterge Kodu	GBAD03
Tanım	Gerçekleşen pembe kod olaylarında, formu tam olarak doldurulan pembe kod olay sayılarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir. Pembe Kod: Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Formu tam doldurulan pembe kod olayı sayısı/ Gerçekleşen pembe kod olay sayısı) x 100

Gösterge Adı	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi
Gösterge Kodu	GBAD04
Tanım	Mavi kod çağrısı yapıldığı andan itibaren,mavi kod ekibinin olay yerine ortalama ulaşma sürelerinin tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Gerçekleşen mavi kod olaylarında olay yerine ulaşma sürelerinin toplamı/ Gerçekleşen mavi kod olay sayısı

Eğitim Yönetimi

Gösterge Adı	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
Gösterge Kodu	GBEY01
Tanım	Belirlenen eğitimlere katılması gereken personelden eğitime katılanların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Belirlenen eğitimlere katılan personel sayısı/ Belirlenen eğitimlere katılması gerekli personel sayısı) x 100

Gösterge Adı	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
Gösterge Kodu	GBEY02
Tanım	Yapılması planlanan eğitimler içinde gerçekleştirilen eğitim sayısının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Gerçekleştirilen eğitim sayısı/Planlanan eğitim sayısı) x 100

Hasta Deneyimi

Gösterge Adı	Hasta Memnuniyet Oranı
Gösterge Kodu	GBHD01
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan “Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi” esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anket uygulamaları neticesinde belirlenen hasta memnuniyeti düzeyini ifade eder.
Hesaplama Yöntemi	Bkz. Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi

Sağlıklı alışma Yaşamı

Gösterge Adı	alışan Memnuniyet Oranı
Gösterge Kodu	GBSÇ01
Tanım	Bakanlıkça yayımlanan “Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi” esas alınarak hastane tarafından gerçekleştirilen anket uygulamaları neticesinde belirlenen çalışan memnuniyeti düzeyini ifade eder.
Hesaplama Yöntemi	Bkz. Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi

Gösterge Adı	alışanlara Yönelik şiddet Olay Sayısı
Gösterge Kodu	GBSÇ02
Tanım	alışanlara yönelik hasta, hasta yakını tarafından gerçekleştirilen sözel, fiziksel veya her ikisini de içeren şiddet olayı sayısı
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; çalışanlara yönelik hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirilen sözel ve/veya fiziksel şiddet olayı sayısı

Gösterge Adı	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
Gösterge Kodu	GBSÇ03
Tanım	alışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli venedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Sağlık hizmeti sunulanalarda çalışan toplam personel sayısı)x100

Gösterge Adı	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
Gösterge Kodu	GBSÇ04
Tanım	Kesici/delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Raporlanan kesici veya delici alet yaralanma sayıları toplamı / Sağlık hizmeti sunulan alanlarda çalışan toplam personel sayısı

Gösterge Adı	Personel Devir Hızı
Gösterge Kodu	GBSÇ05
Tanım	Hastanede çalışan personelin kurumdan ayrılma ve bölüm değiştirme durumlarının değerlendirilmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	1. İlgili dönemde; [Bölüm değiştiren personel sayısı / (Dönem başındaki personel sayısı + Dönem sonundaki personel sayısı) / 2] x 100 2. İlgili dönemde; [Kurumdan ayrılan personel sayısı / (Dönem başındaki personel sayısı + Dönem sonundaki personel sayısı) / 2] x 100

Gösterge Adı	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı
Gösterge Kodu	GBSÇ06
Tanım	Kurumdaki personelin mesleki eğitimine uygun bölümde çalışanlarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kurumda mesleki eğitimine uygun bölümde çalışmayan personel sayısı / Kurumda çalışan toplam personel sayısı) x 100

Gösterge Adı	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı
Gösterge Kodu	GBSÇ07
Tanım	Çalışanlara yönelik tamamlanması planlanan sağlık tarama işlemleri içinde (tarama testi, tarama muayenesi gibi) tamamlanan işlemlerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Çalışanlara yönelik tamamlanan sağlık tarama işlemi sayısı/ Çalışanlara yönelik tamamlanması planlanan sağlık tarama işlemi sayısı) x 100

Gösterge Adı	Hemşire Bölüm Değiştirme Oranı
Gösterge Kodu	GBSÇ08
Tanım	Kurumda çalışan hemşireler içinde bölüm değiştirenlerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Bölüm değiştiren hemşire sayısı/ Toplam hemşire sayısı) x 100

Hasta Bakımı

Gösterge Adı	Düşen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GBHB01
Tanım	Yatışı yapılan hastalar içinde düşen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 100
Puanı	
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı
Gösterge Kodu	GBHB02
Tanım	Genel anestezi altında operasyonu gerçekleştiren hastalarda postoperatif dönemde solunum yetmezliği yaşayanların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi İlaç Yönetimi	İlgili dönemde; (Postoperatif dönemde solunum yetmezliği yaşayan hasta sayısı/ Genel anestezi altında gerçekleştirilen operasyon sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

İlaç Yönetimi

Gösterge Adı	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı
Gösterge Kodu	GBİY01
Tanım	Belirlenen dönem içerisinde GRS üstünden yapılan ilaç hata bildirim sayısının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, GRS üstünden yapılan ilaç hata bildirim sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Enfeksiyonların Önlenmesi

Gösterge Adı	El Hijyeni Uyumu
Gösterge Kodu	GBEN01
Tanım	<p>Tanımlanan endikasyonlarda uygun gerçekleştirilen el hijyeni eyleminin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.</p> <p>Endikasyon: El hijyeni (el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanma) uygulaması gerektiren hasta bakımı ile ilişkili faaliyet.</p> <p>Eylem: Tanımlanan endikasyonlarda el hijyeni sağlamaya yönelik gerçekleştirilen faaliyet.</p>
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> <p>(Tanımlanan endikasyonlarda gerçekleştirilen uygun el hijyeni eylem sayısı/Gözlemlenen toplam el hijyeni endikasyonu sayısı) x 100</p>
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
Gösterge Kodu	GBEN02
Tanım	<p>Santral venöz kateter kullanım gününe göre santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu gelişme oranını ifade etmektedir.</p>
Hesaplama Yöntemi	<p>İlgili dönemde;</p> <p>(Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu sayısı / Santral venöz kateter kullanım günü) x 1000</p>
Dikkat Edilecek Hususlar	<p>Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir.</p> <p>Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveys Standartlarına göre 1. seviye yoğun bakım servislerinde araç ilişkili sürveys zorunluluğu yoktur.</p>

Gösterge Adı	ÜrinerKateterİlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu
Gösterge Kodu	GBEN03
Tanım	Ürinerkateter kullanım gününe göre ürinerkateterilişkili üriner sistem enfeksiyonu gelişme oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Ürinerkateterilişkili üriner sistem enfeksiyon sayısı /Ürinerkateter kullanım günü) x 1000
Dikkat Edilecek Hususlar	Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartlarına göre 1. seviye yoğun bakım servislerinde araç ilişkili sürveyans zorunluluğu yoktur.

Gösterge Adı	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay
Gösterge Kodu	GBEN04
Tanım	Ventilatör kullanım gününe göre ventilatör ilişkili pnömonive ventilatör ilişkili gerçekleşen olay oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Ventilatör ilişkili pnömoni sayısı/Ventilatör kullanım günü) x 1000 (Ventilatör ilişkili gerçekleşen olay sayısı/Ventilatör kullanım günü) x 1000
Dikkat Edilecek Hususlar	Her YBÜ kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartlarına göre 1. seviye yoğun bakım servislerinde araç ilişkili sürveyans zorunluluğu yoktur. 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.

Gösterge Adı	UmblikalkateterİlişkiliKan Dolaşımı Enfeksiyonu
Gösterge Kodu	GBEN05
Tanım	Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde umblikalkateter kullanım gününe göre umblikalkateterilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Umblikalkateterilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu sayısı/ Umblikalkateter günü) x 1000
Dikkat Edilecek Hususlar	Umblikalkateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu takibi yenidoğan yoğun bakım servislerinde yapılmaktadır. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartlarına göre 1. seviye yoğun bakım servislerinde araç ilişkili sürveyans zorunluluğu yoktur. Her yoğun bakım servisi kendi içinde, kendi branş grubunda ve kendi doğum ağırlığı içerisinde değerlendirilmelidir.

Gösterge Adı	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı
Gösterge Kodu	GBEN06
Tanım	Cerrahi işlem sonrasında hastalarda görülen cerrahi alan enfeksiyonlarının izlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır. Seçilen prosedürlerde, cerrahi alan enfeksiyonu gelişme oranını ifade eder.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürle ilişkili“Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE)” sayısı / Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. Takip edilecek ameliyat kategorileri kurumun Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.

Gösterge Adı	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
Gösterge Kodu	GBEN07
Tanım	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksiuygulamalarının izlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır. Seçilen cerrahi prosedürlerde uygun profilaksi gerçekleştirilme oranını ifade eder.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Seçilen prosedürde, Uygun profilaksi sayısı / Toplam profilaksi sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	Cerrahi profilaksi kullanım oranı minimum seçilen ameliyat kategorilerinde yapılır. Profilaksi uygunluğu; antibiyotik adı, veriliş zamanı ve kullanım süresi açısından değerlendirilerek, kurumun kendi profilaksi rehberine göre verilir.

Transfüzyon Yönetimi

Gösterge Adı	İmha Edilen Kan Miktarı
Gösterge Kodu	GBTH01
Tanım	İmha edilen kan ve kan ürünü sayısının azaltılması amacıyla bu sürecin tespiti ve izlenmesine yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde imha edilen kan ve veya kan ürünü sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Radyasyon Güvenliği

Gösterge Adı	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
Gösterge Kodu	GBRG01
Tanım	Kontrast madde ile çekilen tomografi oranlarının izlenmesine yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı/ Toplam çekilen tomografi sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Tekrarlanan Röntgen Çekim Sayısı
Gösterge Kodu	GBRG02
Tanım	Röntgen çekimi yapılan hastalar içinde, tekrar çekim yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tekrarlayan çekim sayısı/Toplam çekim sayısı) x100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Acil Servis

Gösterge Adı	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
Gösterge Kodu	GBAS01
Tanım	Acil servise 24 saat içinde aynı şikâyetle tekrar başvuran hasta oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hastası/ Acil servise başvuran hasta sayısı)x100

Gösterge Adı	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
Gösterge Kodu	GBAS02
Tanım	Acil servislerde, müşahedede yatırılan hastaların yatış sürelerini izlemeamacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Müşahedede yatan hastaların yatış süreleri toplamı/Müşahedeye yapılan toplam yatış sayısı

Gösterge Adı	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
Gösterge Kodu	GBAS03
Tanım	Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren, acil servise ortalama ulaşma sürelerinin tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Konsültasyona ulaşma süreleri toplamı/Acil servise konsültasyon istem sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Hasta Sevk Oranı
Gösterge Kodu	GBAS04
Tanım	İlgili dönemde acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı/Acil servise başvuran hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	Hizmet planlaması kapsamında başka bir kurumda verilmesi gereken hizmetlere ilişkin sevkler hesaplama dâhil edilmemelidir.

Ameliyathane

Gösterge Adı	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
Gösterge Kodu	GBAH01
Tanım	Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Cerrahi operasyon sonrası, operasyon ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı /Toplam cerrahi operasyon sayısı)x100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı
Gösterge Kodu	GBAH02
Tanım	Yapılan cerrahi operasyonlarda, güvenli cerrahi kontrol listesi kullanılan operasyonların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı operasyon sayısı /Toplam cerrahi operasyon sayısı)x100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı
Gösterge Kodu	GBAH03
Tanım	Yapılan cerrahi operasyonlarda anestezi komplikasyonu gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Cerrahi operasyonlarda, anestezi komplikasyonu gelişen hasta sayısı/Toplam cerrahi operasyon sayısı)x100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Yoğun Bakım Ünitesi

Gösterge Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı
Gösterge Kodu	GBYB01
Tanım	Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan bası ülseri gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yoğun bakım ünitesinde gelişen bası ülseri sayısı/ Yoğun bakım ünitesinde toplam yatış gün sayısı) x100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
Gösterge Kodu	GBYB02
Tanım	Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yoğun bakım ünitesinde ölen hasta sayısı/Yoğun bakım ünitesinde 1 önceki aydan devreden hasta + 1 ay içinde yatan toplam hasta sayısı)x100
Dikkat Edilecek Hususlar	Beklenen mortalite ile gerçekleşen mortalite değerleri karşılaştırılmalıdır.

Gösterge Adı	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
Gösterge Kodu	GBYB03
Tanım	Yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen hastalarda, aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle 48 saat içinde yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Taburcu ya da sevk sonrası 48 saat içinde aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle yeniden yatışı yapılan hasta sayısı/Taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	Paydada yer alan değer, söz konusu yoğun bakımdan daha alt seviyede bir yoğun bakıma veya servise sevk edilen, ya da taburcu edilen hastaları kapsamalıdır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Gösterge Adı	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı
Gösterge Kodu	GBYD01
Tanım	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mortalite oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yenidoğan Yoğun bakım ünitesinde ölen hasta sayısı/Yoğun bakım ünitesinde 1 önceki aydan devreden hasta + 1 ay içinde yatan toplam hasta sayısı)x100
Dikkat Edilecek Hususlar	Beklenen mortalite ile gerçekleşen mortalite değerleri karşılaştırılmalıdır.

Doğum Hizmetleri

Gösterge Adı	Sezaryen Oranı
Gösterge Kodu	GBDH01
Tanım	Sezaryen operasyonu ile yapılan doğumların tüm doğumlara oranını yüzde olarak ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Toplam sezaryen sayısı} / \text{Toplam doğum sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
Gösterge Kodu	GBDH02
Tanım	İlk defa doğum yapan ve sezaryen açısından düşük riske sahip olan kadınlardan sezaryen doğum yapılanların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{İlk doğumu düşük risk düzeyine sahip olup sezaryen olan kadın sayısı} / \text{Düşük riske sahip ilk doğum yapan kadın sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisinin Uygulanma Oranı
Gösterge Kodu	GBDH03
Tanım	Sezaryen doğum yapan hastalarda, doğum sonrası DVT profilaksisi uygulananların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Sezaryen sonrası DVT profilaksisi uygulanan hasta sayısı} / \text{Toplam sezaryen olan hasta sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
Gösterge Kodu	GBDH04
Tanım	Enstrümanlıvajinal doğumlarda (forseps, vakum vb. enstrüman kullanılan doğumlar) obstetrik travma gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetriktravma gelişen hasta sayısı/Toplam enstrümanlıvajinal doğum sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
Gösterge Kodu	GBDH05
Tanım	Enstrümansız vajinal doğumlarda obstetriktravma gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Enstrümansız vajinal doğumlarda obstetriktravma gelişen hasta sayısı/Toplam enstrümansız vajinal doğum sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
Gösterge Kodu	GBDH06
Tanım	Normal doğum yapan hastalarda, güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Normal doğum yapan ve güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hasta sayısı/ Toplam normal doğum yapan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Diyaliz Hizmetleri

Gösterge Adı	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı
Gösterge Kodu	GBDİ01
Tanım	Yapılması planlanan saf su örneklerinde mikrobiyolojik analizlerin zamanında yapılanlarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Planlanan zamanda yapılan saf su örneklerinde mikrobiyolojik analiz sayısı /Yapılması planlanan saf su örneklerinde mikrobiyolojik analiz sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1,2'den Düşük Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GBDİ02
Tanım	Hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V veya URR değeri 1,2'den düşük olan hemodiyaliz hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kt/V veya URR değeri 1,2'den düşük olan hemodiyaliz hasta sayısı/ Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V veya URR Değeri 1,7' den Düşük Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GBDİ03
Tanım	Periton diyalizi yapılan hastalar içinde total Kt/V veya URR değeri 1,7'den düşük olan periton diyalizi hastalarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Total Kt/V veya URR değeri 1,7'den düşük olan periton diyalizi hasta sayısı / Toplam periton diyalizi hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Biyokimya Laboratuvarı

Gösterge Adı	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
Gösterge Kodu	GBBL01
Tanım	Laboratuvara gönderilen numunelerde, reddedilen numunelerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Reddedilen numune sayısı / Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Biyokimya Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı
Gösterge Kodu	GBBL02
Tanım	Laboratuvara gönderilmek üzere alınan numunelerden kaybolan numunelerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
Gösterge Kodu	GBBL03
Tanım	Laboratuvar iç kalite kontrol çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında uygunsuzluk sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
Gösterge Kodu	GBBL04
Tanım	Laboratuvar dış kalite kontrol çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Biyokimya Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
Gösterge Kodu	GBBL05
Tanım	Laboratuvarlarda test bazında belirlenen sonuç verme süreleri içinde verilemeyen sonuçların tespiti ve izlenmesi amacıyla kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Zamanında verilmeyen sonuç sayısı} / \text{Toplam verilen sonuç sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Gösterge Adı	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
Gösterge Kodu	GBML01
Tanım	Laboratuvarlarda, reddedilen numunelerin test bazında tespiti, izlenmesi ve konu ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını amaçlayan bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Mikrobiyoloji laboratuvar testlerinde reddedilen numune sayısı} / \text{Toplam numune sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı
Gösterge Kodu	GBML02
Tanım	Laboratuvarlarda, kaybolan numunelerin test bazında tespiti, izlenmesi ve konu ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını amaçlayan bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Kaybolan numune sayısı} / \text{Alınan toplam numune sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
Gösterge Kodu	GBML03
Tanım	Laboratuvara kabul edilen kan kültürü şişelerinde kontaminasyon tespit edilen kan kültürü şişe sayısının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Kontaminasyon tespit edilen kan kültürü şişe sayısı} / \text{Toplam kan kültürü şişe sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
Gösterge Kodu	GBML04
Tanım	Laboratuvara kabul edilen idrar kültürlerinde kontaminasyon oranının tespiti, izlenmesi ve konu ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını amaçlayan bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İdrar kültürlerinde tespit edilen kontaminasyon sayısı/Toplam idrar kültürü sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
Gösterge Kodu	GBML05
Tanım	Laboratuvar iç kalite kontrol çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında uygunsuzluk sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
Gösterge Kodu	GBML06
Tanım	Laboratuvar dış kalite kontrol çalışmalarında gerçekleşen uygunsuzlukların izlenmesi amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı
Gösterge Kodu	GBML07
Tanım	Kan kültürlerinde, direk gram boyama sonucu ile son identifikasyonarasında uyumsuzluk tespit edilen durumların izlenmesi ve konu ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasını amaçlayan ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Direk gram boyama ile son identifikasyonarasında uyumsuzluk tespit edilen kan kültürü sayısı/Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
Gösterge Kodu	GBML08
Tanım	Laboratuvarlarda test bazında belirlenen sonuç verme süreleri içinde verilemeyen sonuçların tespiti ve izlenmesi amacıyla kullanılan bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Zamanında verilmeyen sonuç sayısı/Toplam verilen sonuç sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Patoloji Laboratuvarı

Gösterge Adı	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı
Gösterge Kodu	GBPL01
Tanım	Laboratuvara gönderilen patolojik materyalin cerrahi olarak uygun şekilde alınma, etiketlenendirilme ve gönderilme durumunu izlemek ve konu ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarını yapmak amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Uygun olmayan patolojik materyal sayısı} / \text{Toplam alınan patolojik materyal sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı
Gösterge Kodu	GBPL02
Tanım	Laboratuvara ulaştırılmayan materyaller ile teslim alınan ancak laboratuvarında herhangi bir aşamada kaybolan materyalleri izlemek ve konu ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarını yapmak amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $(\text{Kaybolan numune sayısı} / \text{Alınan toplam numune sayısı}) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Yetersiz SitolojikMateryal Oranı
Gösterge Kodu	GBPL03
Tanım	Değerlendirmek için yeterli hücre içermeyen sitolojik materyal sayısını ve buna neden olan preanalitik ve analitik sorunları saptamaya ve gerekli iyileştirme çalışmalarını yapmaya yönelik bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yetersiz sitolojik materyal sayısı/Sitolojik materyal sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Bilgi Yönetim Sistemi

Gösterge Adı	Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
Gösterge Kodu	GBBY01
Tanım	HBYS ile ilgili teknik sorunlara müdahale sürelerinin izlenmesini ve en kısa zamanda müdahale edilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Teknik birimin HBYS arızalarına müdahale süreleri toplamı/ HBYS arıza sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
Gösterge Kodu	GBBY02
Tanım	HBYS'nin devre dışı kaldığı süreleri izlemek ve konu ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmalarının yaparak HBYS'nin etkin kullanımını sağlamak amacıyla oluşturulan bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; HBYS'nin devre dışı kaldığı iş gün sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

Gösterge Adı	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı
Gösterge Kodu	GBT A01
Tanım	Taburcu olan hasta dosyalarının eksiksiz olarak doldurulmasını sağlamak amacıyla geliştirilen bir ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\left(\frac{\text{Taburcu olan hastalarda eksiksiz doldurulan hasta dosyası sayısı}}{\text{Taburcu olan toplam hasta sayısı}} \right) \times 100$
Dikkat Edilecek Hususlar	

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

Koroner Arter Hastalığı

Gösterge Adı	İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKKA01
Tanım	Koroner arter hastalığı tanısı alan hastalarda ilk bir ay içinde LDL ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (KAH tanısı aldıktan sonraki bir ay içinde LDL ölçümü yapılan hasta sayısı / Tüm KAH tanısı almış hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Koroner Arter Hastası Oranı
Gösterge Kodu	GKKA02
Tanım	KAH tanılı hastalarda, kan basıncı ölçülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan basıncı ölçümü yapılan koroner arter hasta sayısı/ Tüm KAH tanısı almış hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKKA03
Tanım	KAH tanılı hastalarda, kan basıncı değeri < 140/90 mmHg olanların, kan basıncı ölçülen hastalar içindeki yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (KAH tanılı hastalarda, kan basıncı değeri 140/90 mmHg altı olanların sayısı / KAH tanısı olup tüm kan basıncı ölçülen hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKKA04
Tanım	Koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test uygulanmış hastaların KAH tanısı konulmuş hastalar içindeki oranının yüzde olarak ifade edilmesidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Koroner anjiyografi öncesi noninvaziv test uygulanmış hasta sayısı / Koroner anjiyografi yapılmış hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Koroner Anjiyografi Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKKA05
Tanım	İlk kez KAH tanısı aldıktan sonra, ilk bir ay içerisinde koroner anjiyografi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (KAH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjiyografi yapılan hasta sayısı / İlk kez KAH tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Koroner Anjioplasti Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKKA06
Tanım	İlk kez KAH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjioplasti yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (KAH tanısı aldıktan sonra ilk bir ay içerisinde koroner anjioplasti yapılan hasta sayısı / İlk kez KAH tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Koroner Anjiografi Yapılan Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı
Gösterge Kodu	GKKA07
Tanım	İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde anjiografi yapılan hastalardan, medikal tedavi ve statin verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk kez koroner arter hastalığı tanısını aldıktan sonra bir ay içerisinde anjiografi yapılan hastalardan medikal tedavi ve statin verilen hasta sayısı / Koroner anjiografi yapılan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	By-Pass Cerrahisi Uygulama Oranı
Gösterge Kodu	GKKA08
Tanım	KAH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde By-Pass cerrahisi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (KAH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde By-Pass cerrahisi uygulanan hasta sayısı / KAH tanısı aldığı tarihten itibaren bir yılını doldurmuş hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Koroner Reanjiografi Uygulama Oranı
Gösterge Kodu	GKKA09
Tanım	Koroner anjiografi sonrası 9 ay içinde tekrar anjiografi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (9 ay içerisinde tekrar koroner anjiografi yapılan hasta sayısı / Koroner anjiografi yapılan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	KAH Tanılı Hastalarda Miyokard Enfarktüsü Görülme Oranı
Gösterge Kodu	GKKA10
Tanım	KAH tanısı aldıktan sonra bir yıl içinde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (KAH tanısı alan ve bir yıl içinde miyokard enfarktüsü geçiren hasta sayısı / Toplam KAH tanısı almış hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı
Gösterge Kodu	GKKA11
Tanım	By-Pass cerrahisi geçiren hastalardan cerrahi sonrası bir ay içinde ölen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (By-Pass cerrahisi geçirdikten sonra bir ay içerisinde ölen KAH'lı hasta sayısı / By-Pass cerrahisi geçirmiş KAH'lı hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı
Gösterge Kodu	GKKA12
Tanım	By-Pass cerrahisi sonrası bir ay içinde reoperasyona giden KAH tanılı hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (By-Pass cerrahisi sonrası bir ay içinde reoperasyonagiden KAH tanılı hastalar / By-Pass cerrahisi geçiren KAH tanılı hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	By-Pass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oranı
Gösterge Kodu	GKKA13
Tanım	Gerçekleştirilen By-Pass işlemleri içinde otolog damarların kullanıldığı operasyonların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Otolog damarların kullanıldığı By-Pass işlemi sayısı/Toplam bypass işlemi sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	AMİ'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi
Gösterge Kodu	GKKA14
Tanım	Başvurudan sonraki ilk 30 dakika içinde Aspirin verilen AMİ tanılı hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (AMİ'da ilk 30 dakikada aspirin verilen hasta sayısı/AMİ tanısı alan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı
Gösterge Kodu	GKKA15
Tanım	Başvurudan sonraki ilk 30 dakika içinde fibrinolitik tedavi uygulanan AMİ tanılı hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (AMİ'da hastaneye varış itibariyle 30 dakika içinde fibrinolitik tedavi uygulanan hasta sayısı/AMİ tanısı alan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı
Gösterge Kodu	GKKA16
Tanım	Başvurudan sonraki ilk 90 dakika içinde PCI uygulanan AMİ tanılı hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (AMİ'da hastaneye varış itibariyle 90 dakika içinde PCI uygulanan hasta sayısı/AMİ tanısı alan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	AMİ Vaka Ölüm Oranı
Gösterge Kodu	GKKA17
Tanım	AMİ nedeniyle ölen hastaların, AMİ tanısı alan hastalar içindeki oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (AMİ nedeniyle ölen hasta sayısı/AMİ tanısı alan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Kalça Kırığı

Gösterge Adı	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan "Kalça Kırığı Cerrahisi" Oranı
Gösterge Kodu	GKKK01
Tanım	Kalça kırığı tanısı ile hastaneye başvuran hastalardan başvuruyu takip eden ilk 48 saat içinde kalça kırığı cerrahisi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hastaneye başvurudan sonra 48 saat içinde kalça kırığı cerrahisi yapılan hasta sayısı/Kalça kırığı tanısı ile hastaneye başvuran hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Kalça Kırığı Mortalite Oranı
Gösterge Kodu	GKKK02
Tanım	Kalça kırığı tanısı ile hastaneye kabul edilen hastalar içinde ölen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kalça kırığı tanısı ile kabul edilen ve ölen hastası/Kalça kırığı tanısı ile hastaneye kabul edilen hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Artroplasti (Diz ve Kalça Eklemi)

Gösterge Adı	Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
Gösterge Kodu	GKAR01
Tanım	Diz veya kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde "Dislokasyon" nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Dislokasyon nedeni ile hastaneye yeniden yatan dizveya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veyakalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)
Gösterge Kodu	GKAR02
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirdikten sonra ilk 12 ay içerisinde "Reoperasyon" gereken hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Herhangi bir sebeple reoperasyon gereken diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 2 Ay)
Gösterge Kodu	GKAR03
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçiren hastalar içinde operasyondan sonra 2 ay içerisinde reoperasyonu nedeni ile yeniden yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Herhangi bir sebeple reoperasyon gereken diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Ortalama Kalış Gün Sayısı
Gösterge Kodu	GKAR04
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçiren hastaların ortalama hastanede yatış gün sayılarını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Diz veya kalça protezi operasyonu geçiren hastaların hastanede kalış gün sayıları toplamı /Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Revizyon Cerrahisi Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)
Gösterge Kodu	GKAR05
Tanım	Diz veya kalça protezi operasyonu geçirdikten sonra 12 ay içerisinde "Revizyon cerrahisi" gereken hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İlk 12 ayda revizyon cerrahisi gereken diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilme Oranı
Gösterge Kodu	GKAR06
Tanım	Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmeden önce profilaktik antibiyotik verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik verilen hasta sayısı / Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İlk 2 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
Gösterge Kodu	GKAR07
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirdikten sonraki 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon sonrası 2 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiş diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İlk 12 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
Gösterge Kodu	GKAR08
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirdikten sonraki 12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon sonrası 12 ay içinde cerrahi alan enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yeniden yatan diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Antitrombotik İlaç Verilen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKAR09
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçiren hastalarda, operasyon günü antitrombotik ilaç verilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Operasyon günü antitrombotik ilaç verilen hasta sayısı / Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Hasta Çıkışında Antitrombotik İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKAR10
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçiren hastalarda, taburculukta antitrombotik ilaç reçete edilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Taburculukta antitrombotik ilaç reçete edilen hasta sayısı / Dizveya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Derin VenTrombozu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
Gösterge Kodu	GKAR11
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde “Derin VenTrombozu” nedeni ile yeniden yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Derin ventrombozu nedeni ile hastaneye yeniden yatan diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	PulmonerEmboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
Gösterge Kodu	GKAR12
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonunu geçirdikten sonra 2 ay içerisinde “PulmonerEmboli” nedeni ile yeniden yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (PulmonerEmboli nedeni ile hastaneye yeniden yatan diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Dizveya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Sinir Hasarı Oranı
Gösterge Kodu	GKAR13
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde “Sinir Hasarı” görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Sinir hasarı gelişen diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Diz veya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Damar Hasarı Oranı
Gösterge Kodu	GKAR14
Tanım	Diz veya kalçaprotezi operasyonunu geçirdikten sonra 1 ay içerisinde “Damar Hasarı” görülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Damar hasarı gelişen diz veya kalçaprotezi operasyonu geçirmiş hasta sayısı / Dizveya kalça protezi operasyonu geçirmiş toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

DiabetesMellitus

Gösterge Adı	HbA _{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM01
Tanım	Diyabet tanısı alanlarda HbA_{1c} ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Rapor süresi içinde HbA _{1c} düzeyi ölçülen hasta sayısı/Diyabet tanılı hasta sayısı) X100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Yılda En Az 4 Kez HbA _{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM02
Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda raporlama tarihinden geriye doğru bir yıl içinde 4 ve üzeri HbA _{1c} ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yılda 4 ve üzeri HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) x100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Son Ölçülen HbA _{1c} ≥%9 Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM03
Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA _{1c} düzeyi≥%9 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (HbA _{1c} değeri ≥ %9 olanların sayısı / Tüm diyabetli hastalar içinde HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Son Ölçülen HbA _{1c} ≤ 7 Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM04
Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA _{1c} değeri ≤ %7 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (HbA _{1c} değeri HbA _{1c} düzeyi ≤ %7 olanların sayısı / Tüm diyabetli hastalar içinde HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Son HbA _{1c} Düzeyi % 7-9 Arasında Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM05
Tanım	Diyabet tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA _{1c} % 7-9 olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (HbA _{1c} düzeyi %7-9 arasında olanların sayısı / Tüm diyabetli hastalar içinde HbA _{1c} ölçümü yapılan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İncelenen Dönemde Eğitim Alan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM06
Tanım	İncelenen dönemde eğitim verilen diyabetli hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyabet tanısı alan hastalar içerisinde rapor süresince eğitim alan hasta sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Vücut Kitle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM07
Tanım	Diyabetli hastalarda vücut kitle indeksi hesaplanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tüm diyabetli hastalar içinde muayene veri seti içinde boy ve kilo ikisi birden girilen kişi sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM08
Tanım	Diyabet tanısı alanlarda LDL kolesterol takibi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (LDL kolesterol ölçümü yapılan hasta sayısı /Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	LDL Kolesterol Düzeyi <100 Mg/dl Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM09
Tanım	Diyabet tanısı alanlarda LDL kolesterol düzeyi <100 mg/dl olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (LDL düzeyi < 100 mg/dl olanların sayısı / Tüm diyabetli hastalar içinde LDL kolesterol ölçümü yapılan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)
Gösterge Kodu	GKDM10
Tanım	Diyabet tanısı nedeni ile yatışı yapılan komplikasyonu olmayan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hasta sayısı (komplikeasyonsuz) / Diyabet tanısı ile yatan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikeasyonlar)
Gösterge Kodu	GKDM11
Tanım	Diyabet tanısı ile birlikte diyabetin akut komplikasyonları (ketoasidoz, hiperosmolarite, koma) nedeni ile yatışı yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; [Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hasta sayısı (akutkomplikeasyonlar) /Diyabet tanısı ile yatan hasta sayısı] X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM12
Tanım	Diyabetli hastalarda kan basıncı ölçülen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan basıncı ölçümü yapılan hasta sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Son Ölçüm Değeri 130/80 Altında Olan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM13
Tanım	Diyabetli hastalarda kan basıncı son ölçüm değeri 130/80 altında olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Kan basıncı son ölçüm değeri 130/80 altında olan hasta sayısı /Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	DM Tanılı Hastalarda Tütün Kullanım Oranı
Gösterge Kodu	GKDM14
Tanım	DM tanılı hastalarda tütün kullanım oranının yüzde olarak ifade edilmesidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Tüm diyabetli hastalar içinde sigara kullanan hasta sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM15
Tanım	Diyabet hastalarında nefropati taraması amacı ile mikroalbuminüri ölçümü yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Mikroalbuminüri ölçümü yapılan hasta sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM16
Tanım	Diyabet nedeni ile gelişmiş böbrek hastalığı bulunan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Belirlenen kodlara göre böbrek hastalığı tanısı alan hasta sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Göz Muayenesi Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM17
Tanım	Diyabet hastalarında göz muayenesi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Göz muayenesi yapıldı diyabetli hasta sayısı / Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Alt Ekstremitte Amputasyon Oranı
Gösterge Kodu	GKDM18
Tanım	Diyabet hastalarında ilgili rapor döneminde alt ekstremitte amputasyonu gerçekleştirilen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Amputasyon yapılan diyabet tanılı hasta sayısı / Diyabet tanısı ile yatan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Kronik Komplikasyonlar)
Gösterge Kodu	GKDM19
Tanım	Diyabet nedeniyle yatışı yapılan hastalardan kronik komplikasyonu (böbrek, göz, nörolojik, kardiyovasküler ve diğer nonspesifik komplikasyonlar) olan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; [Diyabet tanısı ile yatan hasta sayısı (Kronik Komplikasyonlar) / Diyabet tanısı ile yatantoplam hasta sayısı] X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Ayak Muayenesi Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKDM20
Tanım	Diyabet hastalarında ayak muayenesi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Diyabet tanısı alan hastalardan ayak komplikasyonları açısından taranan hasta sayısı/ Diyabet tanısı alan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

İnme

Gösterge Adı	Hastaneye Ambulans ile Ulaşım Oranı
Gösterge Kodu	GKİN01
Tanım	İnme nedeni ile hastaneye başvuran hastalardan ulaşımı ambulans ile sağlananların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İnme tanılı hastalardan hastaneye ulaşımı ambulans ile gerçekleştirilen hasta sayısı/ Tüm inme tanılı hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı
Gösterge Kodu	GKİN02
Tanım	Geçici iskemik atak tanısı alan hastalardan hastaneye yatışı yapılanların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Geçici iskemik atak tanısı alan hastalardan hastaneye yatan hasta sayısı/ Tüm geçici iskemik atak tanısı alan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Transözofajiyal Ekokardiyografi (TEE) Yapılma Oranı
Gösterge Kodu	GKİN03
Tanım	İskemik inme tanılı hastalarda TEE yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (TEE yapılan iskemik inmeli hasta sayısı /İskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Karotis-VertebralDoppler Ultrasonografi (USG) Yapılma Oranı
Gösterge Kodu	GKİN04
Tanım	İskemik inme tanılı hastalarda Karotis-Vertebral-Doppler USG yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Karotis-VertebralDoppler USG yapılan iskemik inmeli hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulama Oranı
Gösterge Kodu	GKİN05
Tanım	İskemik inmeli hastalar içinde trombolitik tedavi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İntravenöz trombolitik tedavi uygulanan iskemik inmeli hasta sayısı/İskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İntravenöz Trombolitik Tedavi ile İlişkili Tedavi Sonrası İlk 24 Saatte Hemoraji Komplikasyonu Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKİN06
Tanım	Trombolitik tedavi alan hastalar içinde intravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili tedavi sonrası ilk 24 saatte hemorajik komplikasyon gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İntravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili tedavi sonrası ilk 24 saatte hemorajik komplikasyonu gelişen hasta sayısı/İskemik inme tanısı ile trombolitik tedavi alan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanma Oranı
Gösterge Kodu	GKİN07
Tanım	İskemik inmeli hastalar içinde intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İntraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan iskemik inmeli hasta sayısı/İskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi/Trombektomi Tedavisi Sonrasında İlk 24 Saatte Hemorajik Komplikasyon Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKİN08
Tanım	İskemik inme tanısı almış ve intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan hastalar içinde tedavi sonrası ilk 24 saat içinde intrakranialhemorajikkomplikasyon gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İskemik inme tanısı almış ve intraarteriyel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavi uygulanan hastalardan tedavi sonrası ilk 24 saat içinde intrakranialhemorajikkomplikasyon gelişen hasta sayısı/İskemik inme tanısı ile hastaneye yatırılarak intraarteriel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavi uygulanan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Dekompresif Cerrahi Uygulanma Oranı
Gösterge Kodu	GKİN09
Tanım	İnme tanısı alan hastalar içinde ilk 72 saatte dekompresif cerrahi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İnme tanısı alan hastalar içinde ilk 72 saatte dekompresif cerrahi uygulanan hasta sayısı/İnme tanısı ile hastaneye yatırılan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Rehabilitasyona Erken Başlama Oranı
Gösterge Kodu	GKİN10
Tanım	İnme hastaları içinde yatış tarihinden itibaren 1 hafta içinde rehabilitasyona başlanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Yatışı tarihinden itibaren 1 hafta içinde rehabilitasyona başlanan hasta sayısı/İnme tanısı ile yatırılan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKİN11
Tanım	Hastanede yatış süresince pulmoner enfeksiyon gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hastanede yatış süresince pulmoner enfeksiyon gelişen inme hastalarının sayısı/İnme tanısı ile yatan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKİN12
Tanım	Hastanede yatış süresince üriner enfeksiyon gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hastanede yatış süresince üriner enfeksiyon gelişen inme hastalarının sayısı/İnme tanısı ile yatan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKİN13
Tanım	Hastanede yatış süresince bası ülseri gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hastanede yatış süresince bası ülseri gelişen inme hastalarının sayısı/ İnme tanısı ile yatan toplam hasta sayısı) X100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu (DVT) Komplikasyonunun Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKİN14
Tanım	Hastanede yatış süresince DVT gelişen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hastanede yatış süresince DVT gelişen inme hastalarının sayısı/İnme tanısı ile yatan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Sonrası Hastanede Düşen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKİN15
Tanım	Hastanede yatış süresince düşen inme hastalarının tüm inme tanısı ile yatırılan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Hastanede yatış süresince düşen inme hastalarının sayısı/İnme tanısı ile yatan hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Tanısı Alan Hastalarda Taburculuk Sonrası 1 Yıl İçinde Tekrar İnme Geçirilme Oranı
Gösterge Kodu	GKİN16
Tanım	İnme tanısı ile yatan hastalarda, 1 yıl içinde tekrar inme nedeni ile yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Taburculuk sonrası 1 yıl içinde tekrar inme tanısı ile yatan hasta sayısı/İnme tanısı ile yatan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	"INR" Değeri Takip Edilen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKİN17
Tanım	Taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR (International Normalized Ratio) bakılma sayısı 10 ve üstü olan hastaların inme tanısı ile taburcu olan hastalar içinde yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İnme tanısı alan hastalarda taburculuk sonrası 1 yıl içinde INR bakılma sayısı 10 ve üstü olan hasta sayısı/İnme tanısı ile taburcu olan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde “Karotis Endarterektomi” Yapılma Oranı
Gösterge Kodu	GKİN18
Tanım	İnme tanısı ile yatan hastalar içinde ilk 1 yılda karotis endarterektomi uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İnme sonrası hastaneye yatışı itibari ile 1 yıl içinde karotis endarterektomi uygulanan hasta sayısı / İskemik inme tanısı ile hastaneye yatan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde “Supra-aortik Stent” Yapılma Oranı
Gösterge Kodu	GKİN19
Tanım	İnme tanısı ile yatan hastalar içinde ilk 1 yılda Supra-aortik Stent uygulanan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (İnme sonrası hastaneye yatışı itibari ile 1 yıl içinde supra-aortik stent uygulanan hasta sayısı/İskemik inme tanısı ile hastaneye yatan toplam hasta sayısı) X 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Katarakt Operasyonu

Gösterge Adı	Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKK001
Tanım	Katarakt operasyonu yapılan hastalar içinde ön vitrektomi yapılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sırasında ön vitrektomi yapılan hasta sayısı/Katarakt operasyonu yapılan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Bir Günden Fazla Yatan Hasta Sayısı/Operasyon Sonrası Yatan Hasta Sayısı
Gösterge Kodu	GKK002
Tanım	Katarakt operasyonu yapılan hastalar içinde operasyon sonrası yatan ve bir günden fazla yatan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir günden fazla yatan hasta sayısı/ Katarakt operasyonu yapılan hasta sayısı) x 100 (Katarakt operasyonu sonrası yatan hasta sayısı/ Katarakt operasyonu yapılan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKK003
Tanım	Katarakt operasyonunu takip eden ilk bir ay içerisinde gelişen cerrahi alan enfeksiyonlarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde gelişen enfeksiyon sayısı/ Katarakt operasyonu sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Enfeksiyon Oranı
Gösterge Kodu	GKK004
Tanım	Katarakt operasyonunu takip eden ilk bir-üç ay içerisinde gelişen cerrahi alan enfeksiyonlarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir-üç ay içinde gelişen enfeksiyon sayısı/ Katarakt operasyonu sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKK005
Tanım	Katarakt operasyonunu takip eden ilk bir ay içerisinde gelişen glokom komplikasyonlarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde gelişen glokom sayısı/ Katarakt operasyonu sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKKO06
Tanım	Katarakt operasyonunu takip eden ilk bir-üç ay içerisinde gelişen glokom komplikasyonlarının yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir- üç ay içinde gelişen glokom sayısı/ Katarakt operasyonu sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Gerçekleştirilen Reoperasyon Oranı
Gösterge Kodu	GKKO07
Tanım	Katarakt operasyonunu takip eden ilk bir-üç ay içerisinde gerçekleştirilen reoperasyonların yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde gerçekleştirilen reoperasyonsayısı/ Katarakt operasyonu sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı
Gösterge Kodu	GKKO08
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası yeniden gelişen katarakt sayısının tüm katarakt operasyonlarına göre yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası altı ay içinde yeniden gelişen katarakt sayısı/ Katarakt operasyonu sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Operasyon Sonrası Bir Yıl İçinde Gelişen DekolmanOranı
Gösterge Kodu	GKK009
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası gelişen dekolmansayısının tüm katarakt operasyonlarına göre yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası bir yıl içinde gelişen dekolman sayısı/ Katarakt operasyonu sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	

Gösterge Adı	Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrolle Gelen Hasta Oranı
Gösterge Kodu	GKK010
Tanım	Katarakt operasyonu sonrası ilk 15 gün içerisinde kontrole gelen hastaların, tüm katarakt operasyonu yapılan hastalara göre yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; (Katarakt operasyonu sonrası 15 içinde kontrole gelen hasta sayısı/ Katarakt operasyonu yapılan hasta sayısı) x 100
Dikkat Edilecek Hususlar	





T.C. Sağlık Bakanlığı

İLETİŞİM

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Kat: 1 Kolej / Ankara

E-posta: shgm.kalite@saglik.gov.tr

Web: www.kalite.saglik.gov.tr