



Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı



Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS)

Bu rehberin her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde rehberin tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

2012-Ankara

İçindekiler

Giriş.....	4
İndikatör Yönetimi	5
Sistemde Yer Alan İndikatörler	6
Veri Gönderme Periyodu.....	6
Sistemde Yer Alan Hastaneler.....	7
Sistemde Yer Alan Hastanelerin Kazanımları	7
İndikatör Formundaki Genel Kavramlara Bakış	8
Hastanelerdeki Sistem Sorumluları	9
Sistemin Yönetimi	9
Sonuçların Değerlendirilmesi ve Raporlanması	9
Bilgi Güvenliği.....	10
Hastane Tanıtım Kartı.....	11
SiYÖS İndikatör Formları.....	12
İndikatör Kartları	19



Giriş

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının vazgeçilmez ana unsurlarından birini standartların geliştirilmesi ve geliştirilen standartların uygulanması teşkil etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte ülkemizdeki hastanelerin gündeminde yer almaya başlayan kaliteli sağlık hizmet sunumu ve bunu sağlamaya yönelik ortaya konan sistem her geçen gün daha da geliştirilerek ulus ötesi uygulanabilir bir yapıya dönüşmektedir. Bu sistemin ana unsurlarından biri olan “Sağlıkta Kalite Standartları(SKS)” hem hastanelerde oluşturduğu katma değer hem de hasta ve çalışan güvenliği boyutuyla sağladığı faydalar itibariyle önemli bir standart seti olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kelime anlamıyla “gösterge” olarak tanımlanan indikatör kavramı, bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araç olarak tanımlanmaktadır. Standart setin dikey boyutlarından biri olan **İndikatör Yönetimi** ile birlikte hastanelerimizde ölçüm kültürünün yerleştirilmesi ve analitik düşünmenin ön plana çıkartılması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu yöntem ile belirlenmiş konularda izlenebilirliğin sağlanması ile hastane içindeki iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına da destek sağlanmaktadır. İndikatör yönetimi, birçok ülkede gelişme aşamasında olup ulusal anlamda bunu politik ve sonuç bazlı bir süreç haline getirebilmiş ülke sayısı azdır. Ülkemizde de SKS, hastanelerin indikatör yönetimi süreci ile tanışmasını sağlamıştır. Bir konunun **sayısallaştırılması** ve **ölçülebilir** hale getirilmesiyle o konuda **iyileştirme** faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan indikatörler, her kademedeki yönetici için önemli bir izleme aracıdır. “Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane”nin İndikatör Yönetimi boyutunda 19 indikatör olmakla beraber standart seti içinde indikatör özelliğine haiz standartlar veya değerlendirme ölçütleri de ayrıca yer almaktadır.

Bakanlığımızca, hastanelerin kendilerini ve birbirlerini kıyaslayabilecekleri bir platform oluşturmak üzere web tabanlı Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemin çıktıları ile ulusal bir veri tabanı oluşturulması, ilgili konularda ulusal rehberlerin geliştirilmesi, hastaneler için bir rekabet ortamının oluşturulması ve birlikte öğrenme sürecine katkı sağlanması hedeflenmektedir. Başlangıç olarak “SKS-Hastane” içinde yer alan bazı indikatörler ile indikatör özelliğine sahip standartlara yer verilerek uygulama sisteme dahil edilen hastanelerde başlatılacaktır. Sistemin kurgulanırken basit, anlaşılabilir ve yönetilebilir olmasına ve minimal veri ile izlenebilmesine özen gösterilmiştir.

Bu çalışma sonucunda, ulusal bir ölçme ve değerlendirme sistemi oluşturularak, bu konunun ülke genelinde gelişimine katkı sağlanması, bu alanda bilgi birikimi ve deneyim kazanılması, hastane içi ve hastaneler arası kıyaslamalara imkân sağlanması amaçlanmaktadır.

İndikatör Yönetimi

İndikatör Yönetiminde, ilgili parametreler ölçme ve değerlendirme işlemi için birer araç olarak kullanılmaktadır. Asıl hedef, ölçmek, değerlendirmek, iyileştirmek, bu aşamaların sağlıklı ve sürekli bir şekilde tekrarlanmasını sağlamak ve nihayetinde hizmet sunumunun kalitesini artırmaktır.

Bu çalışmalar sırasında; indikatör sonuçlarının ipucu verdiği, yönlendirici rolü olduğu unutulmamalıdır. Başka bir ifade ile; indikatör sonuçları işaret eder, soru sorar, uyarır. Bu nedenle alacağımız kararlara destek olur. Sonuçları değerlendirirken her zaman "Neden" diye sormak önemlidir. Sebepleri farklı açılardan, çok yönlü olarak sorgulamak sistemi iyileştirirken isabetli adımlar atılmasını sağlayacaktır.

Ölçme ve değerlendirme sürekli bir çaba, sabır ve mücadele gerektiren bir çalışmadır. Bu konuda gerçekleştirilecek uygulamalar zaman içinde tecrübe kazanıldıkça daha iyi bir noktaya gelecektir. Her hastanenin kendine özgü sorunları ve çözüm yolları olacaktır. Bu da, hem Hastane tecrübesi hem de ülke deneyimimizin artırılması için yarar sağlayacaktır. Dolayısı ile her hastanenin bu yöndeki çabası önemli olmakla birlikte ulusal anlamda indikatör yönetiminde de başarıyı getirecektir.

Bunun yanı sıra İndikatörler;

- Konuyla ilgili yönetimsel başarıyı ortaya koyar.
- Üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarının ve iyileştirme sürecinin trendini ortaya koyar.
- Bölümler, hastaneler, bölgeler ve ülkeler arasında ve önceki dönem ile mevcut durum arasında kıyaslama yapılmasına imkân verir.
- Kıyaslamadan hareketle bir politika belirlenmesini ve planlama yapılmasını sağlar.
- Süreç/sonuç bazlı bir iyileştirme imkanı sağlar.

- **Yönetimsel Başarı**
- **Bölüm Başarısı**
- **Kıyaslama**
- **Planlama**
- **İyileştirme**

İndikatör yönetimi açısından önemli noktalardan biri de veri kalitesidir. Veri doğru ve kaliteli değilse, yapılacak her tür analiz ve değerlendirme, hastaneyi doğruya götürmeyecektir. O

yüzden hastaneler veri kalitesinin sağlanmasına yönelik bütün tedbirleri almalı, bu konuda gerekli eğitimleri vermeli ve bilgi yönetim sistemi alt yapılarını güçlendirmelidirler.

İndikatör yönetimine ilişkin detaylı bilgiye aşağıdaki linkten ulaşılabilir.

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?page=241&lang=tr>

Sistemde Yer Alan İndikatörler

Bu sistemde ilk etapta yedi indikatör yer alacak olup bu indikatörler, Bakanlık stratejisi, maksimum bilgi elde etme, hastanelerin uyumu, hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve klinik kalite kriterleri göz önünde bulundurularak seçilmiştir. Her indikatöre özgü parametrelerin yer aldığı indikatör formları oluşturularak web tabanlı sistemde tanımlanmıştır.

Tablo-1 İndikatör Listesi

Sıra No	İndikatör Adı
1	Kesici delici alet yaralanmaları oranı
2	Yoğun bakım mortalite oranı
3	Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı
4	Düşen hasta oranı
5	Acil servise çağrılan konsültan/ıcapçı hekimin acil servise ulaşma süresi oranı
6	Sitolojik ve patolojik tanı uyum oranı
7	Yoğun bakım ünitesinde el hijyeni uyum oranı

Veri Gönderme Periyodu

Hastanelerin veri toplama ve veri analiz periyodu iç işleyişlerine göre belirlenmekle birlikte bu sisteme veriler girilirken 3 aylık veriler esas alınarak dönemsel analizler yapılmalıdır. *Ayrıca indikatörlere ilişkin oranlar 3 aylık veriler üzerinden hesaplanmalıdır.* Analiz sonuçları da 3 ayda bir (yılda 4 kez) sisteme girilmelidir. SİYÖS'e veri girişi 2012 yılı için bir defaya mahsus olmak üzere geriye dönük olarak 31 Ekim 2012 sonuna kadar girilecek ve bundan sonraki süreçte ise dönemsel olarak eş zamanlı girilecektir. Veri girişi <http://195.175.75.14:88/siyos/> adresinden Kalite Yönetim Direktörlerine verilecek şifre ile yapılabilecektir.

1.Dönem: Ocak, Şubat, Mart

2.Dönem: Nisan, Mayıs, Haziran

3.Dönem: Temmuz, Ağustos, Eylül

4.Dönem: Ekim, Kasım, Aralık

Sistemde Yer Alan Hastaneler

Sistemde yer alan hastaneler; sistemdeki tüm indikatörlerin ölçülebildiği 3. basamak erişkin yoğun bakım servisine sahip, en az 15 yoğun bakım yatak sayısına sahip ve kalite puanı 85 puanın üstünde olan hastaneler arasından seçilmiştir.

Tablo-2 Hastane Listesi

Sıra No	Basamak Türü	Hastane Adı	Yatak Sayısı
01	2. Basamak	Denizli Devlet Hastanesi	735
02	2. Basamak	Eskişehir Devlet Hastanesi	995
03	2. Basamak	Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	304
04	2. Basamak	Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi	618
05	2. Basamak	Adana Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi	600
06	2. Basamak	Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi	437
07	2. Basamak	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi	404
08	3. Basamak	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1140
09	3. Basamak	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	904
10	3. Basamak	İzmir Sağlık Bakanlığı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1110
11	3. Basamak	Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi	390
12	3. Basamak	İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi	300
13	3. Basamak	Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	876
14	3. Basamak	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	363
15	3. Basamak	Rize T.C. Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	354
16	3. Basamak	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1096
17	3. Basamak	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1216
18	2. Basamak	Özel Lokman Hekim Sincan Hastanesi	138
19	2. Basamak	Özel Ankara Güven Hastanesi	158

Sistemde Yer Alan Hastanelerin Kazanımları

Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi için kurumsal ve ulusal düzeyde ölçme ve değerlendirme sisteminin kurulması büyük önem arz etmektedir. Sistemin kuruluşu aşamasında görev alacak hastanelerin bu alanda ciddi bir bilgi ve tecrübe kazanımı elde edecekleri aşîkârdır. Bu kazanım, söz konusu hastanelerin kalite çalışmaları için ileriye dönük önemli bir avantaj sağlayacaktır. Ayrıca böyle ulusal bir veri tabanının oluşturulmasına katkı sağlayacaklardır.

- Bu çalışmaya katılım, hastanelere mali bir yük getirmeyecektir.
- Hastaneler, bu çalışma kapsamında Daire Başkanlığı tarafından verilecek olan eğitimlerden yararlanacaklardır.
- Bu çalışmada elde edilen metodoloji ve uygulama kılavuzları çalışmanın sonunda hastanelere sunulacaktır.
- Bu sistem ile ilgili yürütülen çalışmaların ulusal ve uluslararası toplantılarda (çalışma süresince) sunulması/paylaşılması teşvik edilecektir.
- Bu çalışma kapsamında, hastanelerin verileri ve tanımlayıcı bilgileri hiçbir şekilde diğer hastanelere verilmeyecektir. Yasal çerçevede bilgi güvenliği politikalarına en üst düzeyde uyulacaktır.

İndikatör Formundaki Genel Kavramlara Bakış

Hedef Değer: Hastanenin özelliğine göre, hastane tarafından belirlenmesi gereken, hastaneden hastaneye değişebilen bir parametredir. Hedef değeri belirleyebilmek için hastanenin mevcut durumunu bilmesi gerekir. Mevcut durum bilinmeden, hedef ortaya konulamaz. Hastaneler hedeflerini belirlerken literatürde yer alan bilgileri ya da belirlenmiş ulusal ya da uluslar arası değerleri de inceleyebilirler. Bu bilgiler ve tespit edilen mevcut durum verileri ışığında hastaneye özgü bir hedef değeri belirlenmesi gerekmektedir.

Elde Edilen Sonuç: İlgili ayda ilgili indikatör için, belirlenen hesaplama yöntemi ile elde edilen sayısal değeridir.

Sonuçların Yorumlanması: Elde edilen sonucun hedef değerle kıyaslanması suretiyle o indikatörde yer alan diğer parametreler de göz önünde bulundurularak geniş kapsamlı bir analiz yapılmasını ifade eder.

Sonuçların yorumlanması bir anlamda sonuçların dilinin anlaşılmasıdır. Bu dil çözümlenerek;

- Elde edilen sonuçlar bize neyi ifade ediyor, ne anlama geliyor?
- Sorun(lar) nerede?
- Yapılan uygulamalar sorunun(ların) çözümüne ne kadar katkı sağlamış?

gibi soruların yanıtlarına ulaşmak mümkün olabilecektir.

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler: İlgili indikatör hedef değerine ulaşmak için hastanenin öngördüğü ve başarısını artıran faaliyetlerin bütünüdür. Bu parametre aynı zamanda her hastanenin kendine özgü yaklaşımının göstergesidir.

Veri Toplamada Yaşanan Zorluklar ve Çözüm Önerileri: İndikatör için veri toplanırken, hastane bazında yaşanan zorluklar, kaliteli veriye ulaşma ve bunlar için çözüm önerilerinin sunulacağı alandır.

Genel Görüş ve Öneri: Bu bölümde sisteme ve indikatörlere ilişkin görüş ve önerilere yer verilecektir.

Hastanelerdeki Sistem Sorumluları

Bu çalışmaya katılan hastanelerin SİYÖS sorumlusu olarak Kalite Yönetim Direktörleri belirlenecektir. Başkanlıkça verilen eğitim sonrasında Kalite Yönetim Direktörleri veri girişi konusunda yetkilendirilecektir. Bu süreçte sistemin başarısı için Direktörlerin yoğun bir çaba ve özen göstermesi gerekmektedir.

Kalite Yönetim Direktörleri;

- Dönem bitiminden sonraki ayın sonuna kadar sisteme veri girişi yapmalıdır.
- Verinin doğruluğuna özen göstermelidir.
- Açıklamaları anlaşılır ve sade bir dille yazmalıdır.
- Genel görüş ve öneriler kısmına deneyimleri, zorlukları ve varsa önemli gördüğü faydalı hususları yazmalıdır.

Sistemin Yönetimi

Bu Sistem Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı bünyesinde oluşturulacak olan bir komisyon marifetiyle yürütülecektir. Komisyon veri gönderiminin takibini ve veriler gönderildikten sonra o ay içerisinde verilerin analizini, yorumlanmasını ve raporlanmasını gerçekleştirir.

Komisyon her analiz döneminde ilgili hastanelerle toplantı düzenleyerek rapora nihai halini verir.

Sağlık Bakanlığı

Sonuçların Değerlendirilmesi ve Raporlanması

Bakanlık dışında, her hastane sadece kendi sonuçlarını görebilecektir.

Her döneme ilişkin veri girişi sonrası, Sistemde yer alan hastanelerin yöneticileri ve kalite yönetim direktörlerinin katılımıyla, karşılıklı görüş alış verişleri ile sürece ve sonuçlara ilişkin değerlendirmelerin yapılacağı toplantılar düzenlenecektir. Bu toplantılar, Bakanlıkça düzenlenecek olup hastanelerin indikatörleri nasıl etkin bir izleme aracı olarak kullanacakları konusunda yol gösterici olacaktır. Ayrıca farklı hastaneler tarafından gerçekleştirilen farklı iyileştirme faaliyetleri ve iyi uygulamaların paylaşılmasını sağlayacaktır.

Ayrıca Bakanlıkça Sistemde yer alan hastaneler içinden randomize seçim yapılarak bazı hastanelerde yerinde değerlendirme yapılacaktır. Bu değerlendirmelerde amaç, veri toplanması ile ilgili sorunları ve veri kalitesini yerinde değerlendirmek ve hastanelere pratik önerilerde bulunarak sürecin iyileştirilmesini sağlamaktır.

Elde edilen veriler ile söz konusu toplantı ve değerlendirmelerden yola çıkarak Bakanlıkça dönemsel ve yıllık raporlar hazırlanarak yayınlanacaktır.

Sağlıkta İndikatör Yönetim Sisteminden elde edilen raporlar bu konuda geliştirilecek olan ulusal rehberlerin hazırlanmasında ciddi bir kaynak olarak kullanılacaktır.

Bilgi Güvenliği

Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi, hasta bazında, hastane bazında ve ulusal bazda bazı sağlık verilerinin kullanılmasını gerektirmektedir. Söz konusu veriler bilgi güvenliği çerçevesinde değerlendirilmeli ve tüm paydaşlar tarafından gerekli özen gösterilmelidir.

Sisteme katılan tüm hastaneler çalışmanın tüm aşamalarında Bakanlıkça belirlenen hastanelere özgü kodlar ile yer alacaklardır. Bu kodlar sadece, çalışma kapsamında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı bünyesinde oluşturulan komisyon tarafından görülebilecektir. Bakanlıkça hazırlanacak ve yayınlanacak olan dönemsel ve yıllık raporlarda da ilgili hastaneler yine aynı kod numaraları ile yer alacak olup hangi hastanenin hangi koda sahip olduğu hastanelerce bilinmeyecektir.

Hastaneler bilgi güvenliği ve hastaların bilgi mahremiyetinin korunması konusuna önem vermeli, özellikle dosyası incelenen hastaların tanımlayıcı bilgilerine ilgisi olmayan kişiler tarafından ulaşılmasını engellemelidir.

Kalite Yönetim Direktörleri sisteme kurumsal kalite sisteminde kullandıkları kullanıcı adı ve şifresi ile giriş yapabilecek ve şifrelerini sistem üzerinden istedikleri zaman değiştirebileceklerdir.

Bu kapsamda Bakanlığımız ve hastanelerimizin bilgi güvenliği politikalarına en üst düzeyde uyması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı

Hastane Tanıtım Kartı

Tablo-3 Hastane Tanıtım Kartı

Hastane Adı	
Basamak Türü	
Yatak Sayısı	
Hizmet Verdiği Branş Sayısı (ana dal ve yan dal)	
Hekim Sayısı	
Hekim Dışı Sağlık Personeli Sayısı	
Toplam Çalışan Sayısı	
Kalite Yönetim Direktörü Adı Soyadı	
Kalite Yönetim Direktörü İletişim Bilgileri (Cep tel, e-posta)	

Tanımlar;

Hekim: Pratisyen hekim, uzman hekim ve TUTG uzman olanları ifade eder.

Hekim dışı sağlık personeli: Hemşire, ebe, sağlık memuru, anestezi teknisyeni, laboratuvar teknisyeni vb. ifade eder.

Hekim sayısı: Dönem sonu itibariyle o dönem çalışan hekim sayısını (o dönem içinde en az 1 gün çalışanlar da dahil) ifade eder.

Hekim dışı sağlık personeli sayısı: Dönem sonu itibariyle o dönem çalışan hekim dışı sağlık personeli sayısını (o dönem içinde en az 1 gün çalışanlar da dahil) ifade eder.

Yatak sayısı: Dönem sonu itibariyle yoğun bakım ve acil servis yatakları dahil tüm yataklı servislerin yatak sayısı toplamını ifade eder.

Çalışan: Hastanedeki çalışan tüm personeli (hekim, hekim dışı sağlık personeli, idari personel, temizlik personeli, güvenlik vb) ifade eder.

Hizmet verdiği branş sayısı: ana branş ve yan dal branşı olmak üzere hizmet verilen tüm branşların o dönem sonundaki sayısını ifade eder.

SİYÖS İndikatör Formları

Hastanelerin veri toplama ve veri analiz periyodu iç işleyişlerine göre belirlenmekle birlikte bu sisteme veriler girilirken 3 aylık veriler esas alınmalı ve analizler dönemsel yapılmalıdır.

Ayrıca indikatörlere ilişkin oranlar 3 aylık veriler üzerinden hesaplanmalıdır

a) Kesici Delici Alet Yaralanmaları Oranı

İndikatör Adı	Kesici Delici Alet Yaralanmaları Oranı
İndikatör Kodu	00.04.01.01.00.Ç
Parametre Adı	Parametre Bilgisi
Hedef değer	
Raporlanan toplam kesici/delici alet yaralanma sayısı	
Toplam çalışan sayısı	
Kesici delici alet yaralanmaları oranı	
Yaralanmaya en sık maruz kalan meslek grubu	
Yaralanmaya en sık neden olan alet	
Yaralanmanın en sık meydana geldiği bölüm	
Sonuçların yorumlanması	
Düzeltilici ve önleyici faaliyetler	
Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri	

b)Yoğun Bakım Mortalite Oranları

Bu indikatöre ilişkin veriler oluşturulurken hastanede birden fazla 3. basamak erişkin yoğun bakım servisi var ise yatak sayısı en fazla olan erişkin yoğun bakım servisi belirlenmelidir. Çalışma süresince bu yoğun bakıma ait veriler kullanılmalıdır.

İndikatör Adı	Yoğun Bakım Mortalite Oranları
İndikatör Kodu	00.04.01.03.00.H
Parametre Adı	Parametre Bilgisi
Yoğun bakım servisi branş türü(Genel, KVC vb.)	
Yoğun bakım servisi yatak sayısı	
Yoğun bakım servisinde çalışan hekim dışı sağlık personeli sayısı	
Hedef değer	
Ölen hasta sayısı	
Taburcu edilen+ölen+sevk edilen hasta sayısı	
Yoğun bakım mortalite oranı (gerçekleşen)	
Beklenen mortalite oranı ortalaması	
Sonuçların yorumlanması	
Düzeltilici ve önleyici faaliyetler	
Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri	
Kullanılan hastalık şiddeti skollama sistemi adı	

c) Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranları

Bu indikatöre ilişkin veriler oluşturulurken hastanede birden fazla 3. basamak erişkin yoğun bakım servisi var ise yatak sayısı en fazla olan erişkin yoğun bakım servisi belirlenmelidir. Çalışma süresince bu yoğun bakıma ait veriler kullanılmalıdır.

İndikatör Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranları
İndikatör Kodu	00.04.01.04.00.H
Parametre Adı	Parametre Bilgisi
Yoğun bakım servisi branş türü (Genel, KVC gibi)	
Yoğun bakım servisi yatak sayısı	
Yoğun bakım servisinde çalışan hekim dışı sağlık personeli sayısı	
Hedef değer	
Toplam bası ülseri gelişen hasta sayısı	
Toplam yatan hasta sayısı	
Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı	
Yüksek risk skoruna sahip bası ülseri gelişen hasta sayısı	
İlk 10 gün içerisinde bası ülseri gelişen hasta sayısı	
Ortalama yatış gün sayısı	
Bası ülserinin en sık geliştiği anatomik bölge	
Sonuçların yorumlanması	
Düzeltilici ve önleyici faaliyetler	
Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri	
Kullanılan risk ölçeğinin adı	

d) Düşen Hasta Oranı

Bu oran hesaplanırken yatan erişkin hastalara ait veriler kullanılacaktır.

İndikatör Adı	Düşen Hasta Oranı
İndikatör Kodu	00.04.01.07.00.H
Parametre Adı	Parametre Bilgisi
Hedef değer	
Yatışı yapılan hastalardan düşen hasta sayısı	
Yatışı yapılan toplam hasta sayısı	
Düşen hasta oranı	
Yüksek risk skoruna sahip düşen hasta sayısı	
En sık görülen düşme nedeni	
Sonuçların yorumlanması	
Düzeltilici ve önleyici faaliyetler	
Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri	
Kullanılan risk ölçeğinin adı	

Sağlık Bakanlığı

e) Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi

Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma süresi dakika olarak hesaplanacaktır. Birden fazla acil servisi olan hastanelerde genel acil servis verileri baz alınacaktır.

Ulaşma süresi: Konsültasyon istemi yapıldığı andan konsültan/icapçı hekimin ulaştığı ana kadar olan süredir.

İndikatör Adı	Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi
İndikatör Kodu	00.04.01.14.00
Parametre Adı	Parametre Bilgisi
Hedef değer(dk)	
Konsültan/icapçı hekimlerin acil servise ulaşma süreleri toplamı(dk)	
Konsültasyon istem sayısı	
Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma süresi (dk)	
Ortalama ulaşma süresi en geç olan branş	
Sonuçların yorumlanması	
Düzeltilici ve önleyici faaliyetler	
Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri	

Sağlık Bakanlığı

f) Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyum Oranları

Sitolojik ve patolojik tanı karşılaştırmasında iki tanı arasında geçen sürenin tanıların karşılaştırmasında dikkate alınması ve bu sürede dokunun tipine göre dokuda tanısal değişiklik olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. 3 aylık dönemde hem sitolojik hem patolojik tanısı olan veriler dikkate alınarak hesaplamalar yapılmalıdır.

İndikatör Adı	Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyum Oranları
İndikatör Kodu	00.04.01.15.00
Parametre Adı	Parametre Bilgisi
Hedef değer	
Aynı hasta ve aynı dokuda sitolojik ve patolojik tanı açısından uyumlu olan vaka sayısı	
Aynı hasta ve aynı dokuda sitolojik ve patolojik inceleme yapılmış vaka sayısı	
Sitolojik ve patolojik tanı uyum oranı	
En sık uyumsuzluk görülen doku	
Sonuçların yorumlanması	
Düzeltilici ve önleyici faaliyetler	
Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri	

Sağlık Bakanlığı

g) Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı

İndikatör Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı
İndikatör Kodu	00.01.03.06.00
Parametre Adı	Parametre Bilgisi
Yoğun bakım servisi branş türü (Genel, KVC gibi)	
Yoğun bakım servisi yatak sayısı	
Yoğun bakım servisinde çalışan hekim dışı sağlık personeli sayısı	
Hedef değer	
Gözlemlenen endikasyonlarda doğru uygulanan el hijyeni sayısı	
Gözlemlenen el hijyeni endikasyonu sayısı	
Yoğun bakım servisinde el hijyeni uyum oranı	
En düşük uyumun görüldüğü el hijyeni endikasyonu	
En yüksek uyumun görüldüğü el hijyeni endikasyonu	
Uyumun en düşük görüldüğü meslek grubu	
Sonuçların yorumlanması	
Düzeltilici ve önleyici faaliyetler	
Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri	

İndikatör Kartları

Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı (%)	
Kısa Tanımı	Kesici/delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenleri ile ilgili geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Kesici/delici alet yaralanmaları; sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kesici/delici aletler ile oluşan yaralanmalardır. Bu tip yaralanmalar, yaralanan kişinin, kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalmasına sebep olabilir. Bu riskleri azaltabilmek için; kesici/delici alet yaralanmaları izlenmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Raporlanan toplam kesici/delici alet yaralanma sayısı/Toplam çalışan sayısı)x100
Alt İndikatörler	1. Kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalan çalışanların mesleki oransal dağılımı 2. Kesici/delici alet yaralanmasına neden olan kesici/delici aletlerin oransal dağılımı 3. Kontamine kesici/delici alet ile yaralanma oranı 4. Servis bazında kesici/delici alet ile yaralanma oranları 5. Yaralanan personelde kişisel koruyucu ekipman kullanma oranları 6.
Hedef Değer	...
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Kurumlar kendi uygulamalarına göre elektronik ortamda veya yazılı form oluşturabilirler.
Veri Toplama Periyodu	Her kesici/delici alet yaralanması olayı gerçekleştikten sonra veri toplanmalıdır.
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Kurum uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Çıkış Noktası	Çalışan Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	Olaya maruz kalan kişi birden fazla kesici/delici alet yaralanmasına maruz kaldığında her olay ayrı değerlendirilmelidir. .

Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı (%)	
Kısa Tanımı	Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Yoğun bakım ünitesinde hasta bakım kalitesinin ve klinik etkililiğin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda üniteye; $(\text{Ölen hasta sayısı} / \text{Taburcu edilen} + \text{ölen} + \text{sevk edilen hasta sayısı}) \times 100$
Alt İndikatörler	1. Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre) 2. ...
Hedef Değer	...
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Kurumlar kendi uygulamalarına göre elektronik ortamda veya yazılı form oluşturabilirler.
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Kurum uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Çıkış Noktası	Klinik etkililik
Dikkat Edilecek Hususlar	- Veri toplama ve veri analizi çocuk ve erişkin hastalar için ayrı ayrı hesaplanmalıdır. - Kurum tarafından hasta potansiyeline göre veri analiz periyodu ayrıca belirlenebilir. Ancak en geç 3 ayda bir analiz yapılmalıdır.

Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı (%)

Kısa Tanımı	Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri gelişen hasta oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Yoğun bakımlarda hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda ilgili yoğun bakım ünitesinde; (Toplam bası ülseri gelişen hasta sayısı/Toplam yatan hasta sayısı)x100
Alt İndikatörler	1. Bası ülseri gelişen hastaların riske göre dağılımı 2. Bası ülseri sayısının vücut bölgelerine göre dağılımı 3. Hastalarda bası ülserinin ilk geliştiği gün sayılarının ortalaması 4. Bası ülseri gelişen hastalarda hasta başına düşen bası ülseri sayısı 5. Bası ülseri sayısının toplam yatan hasta sayısına oranı 6. ...
Hedef Değer	...
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Kurumlar kendi uygulamalarına göre elektronik ortamda veya yazılı form oluşturabilirler.
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Kurum uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Çıkış Noktası	Hasta güvenliği, Klinik etkililik
Dikkat Edilecek Hususlar	• Kurum tarafından hasta potansiyeline göre veri analiz periyodu ayrıca belirlenebilir. Ancak en geç 3 ayda bir analiz yapılmalıdır. • Hesaplama yapılırken; • Üniteye yatışında bası ülseri tanısı bulunan hastalar hariç tutulacaktır. • Toplam yatan hasta sayısı, ilgili ayda yatan toplam hasta sayısını ifade eder (bir önceki aydan devreden hasta sayısı da ilave edilecektir). • İlgili aydan önce bası ülseri gelişmiş ve devam etmekte olan hasta, bası ülseri gelişen hasta sayısına (paya) dâhil edilecektir.

Düşen Hasta Oranı (%)	
Kısa Tanımı	Yatışı yapılan hastalarda düşme olaylarının ve sebeplerinin izlenmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Hastanelerde hasta güvenliğini sıklıkla tehdit eden düşme olaylarının izlenmesi ve önlenmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/İlgili ayda yatışı yapılan toplam hasta sayısı)x100
Alt İndikatörler	1. Düşen hasta sayısının düşme nedenine göre oransal dağılımı 2. Düşen hasta sayısının düşme risk skorlamasına göre oransal dağılımı 3. Bölüm bazında düşen hasta oranı 4. Düşen hasta sayısının düştüğü yere göre oransal dağılımı 5.
Hedef Değer	...
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Kurumlar kendi uygulamalarına göre elektronik ortamda veya yazılı form oluşturabilirler.
Veri Toplama Periyodu	Her düşme olayı gerçekleştiikten sonra veri toplanmalıdır.
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Kurum uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Çıkış Noktası	Hasta güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	Kurum tarafından hasta potansiyeline göre veri analiz periyodu ayrıca belirlenebilir. Ancak en geç 3 ayda bir analiz yapılmalıdır.

Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi	
Kısa Tanımı	Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma sürelerinin tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Acil servis süreçlerinin verimliliğinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda acil servise; (Konsültan/icapçı hekimlerin ulaşma süreleri toplamı/Konsültasyon istem sayısı)
Alt İndikatörler	Konsültasyon ve icap istemlerinde; 1. Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi 2. Hekim bazında acil servise ortalama ulaşma süresi 3. ...
Hedef Değer	...
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Kurumlar kendi uygulamalarına göre elektronik ortamda veya yazılı form oluşturabilirler.
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Kurum uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Çıkış Noktası	Verimlilik, hasta odaklılık
Dikkat Edilecek Hususlar	- Kurum tarafından konsültasyon sayısına göre veri analiz periyodu ayrıca belirlenebilir. Ancak en geç 3 ayda bir analiz yapılmalıdır. - Konsültasyon süreleri dakika olarak hesaplanacaktır.

Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyum Oranları (%)

Kısa Tanımı	Aynı hastada aynı dokudan alınmış örneklerde gerçekleştirilmiş sitolojik ve patolojik incelemelere ilişkin tanımlar arasındaki uyumu değerlendirmek üzere geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Patoloji laboratuvarı süreçlerinde klinik etkililiğin ve hasta güvenliğinin izlenmesi ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Aynı hasta ve aynı dokuda sitolojik ve patolojik tanı açısından uyumlu olan vaka sayısı/Aynı hasta ve aynı dokuda sitolojik ve patolojik inceleme yapılmış vaka sayısı)x100
Alt İndikatörler	1. Doku bazında sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları 2. Hekim bazında sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları 3. ...
Hedef Değer	...
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Kurumlar kendi uygulamalarına göre elektronik ortamda veya yazılı form oluşturabilirler.
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Kurum uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Çıkış Noktası	Klinik etkililik, hasta güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	Kurum tarafından hasta potansiyeline göre veri analiz periyodu ayrıca belirlenebilir. Ancak en geç 3 ayda bir analiz yapılmalıdır.

