



T.C. Sağlık Bakanlığı

Kalite İndikatörleri ve SIYÖS

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

KALİTE İNDİKATÖRLERİ VE SİYÖS

Ocak 2014

ISBN: 978-975-590-478-8

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kitabın 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 kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Kitapta yer alan orjinal şematik çizimler Genel Müdürlükten izin alınmadan kullanılamaz.

İletişim

T. C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 1 Koleji / Ankara

Tel: 0312 458 50 02 - 03 • **Faks:** 0312 435 16 79

web: www.kalite.saglik.gov.tr • **e-posta:** skskalite@gmail.com

Kapak ve Sayfa Tasarım

Zeynep ASLAN - m.zeynepaslan@gmail.com

Baskı

Pozitif Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/16

Yenimahalle / ANKARA

Tel: 0312 397 00 31 • **Faks:** 0312 397 86 12

web: www.pozitifmatbaa.com • **e-posta:** pozitif@pozitifmatbaa.com

Hazırlayanlar

Dr. Hasan GÜLER
Dr. Abdullah ÖZTÜRK
Uzm. Dr. Dilek TARHAN
Av. Süleyman Hafız KAPAN
Ecz. Ercan KOCA
Uzm. Özlem ÖNDER
Uzm. Elif KESEN
Dr. İbrahim Halil KAYRAL
Uzm. Demet KAVAK
Uzm. Nurcan AZARKAN
Uzm. Çağlayan SARIOĞLAN
Psi. Öznur ÖZEN
Müh. Umut BEYLİK
Erol YALÇIN
Emine BALCI
Muammer AKSU
Şükriye Yüksel BAĞIRSAKÇI

Teşekkür

Uzm. Dr. Ayşe ERDOĞAN
Ayşe ALTUN
Uzm. Ayten DEMİREL
Dr. Emine Elvan ÇİFTLİK
Hem. Emine YAVUZ
Enis Kazım SEZGİN
Erdoğan ŞENTÜRK
Hem. Gülfidan DÜZGÜN
Uzm. Dr. Hatice ERBEYİN
Hem. Hatice ESEN
Uzm. İbrahim DOLUKÜP
İbrahim DURHAN
Uzm. İlknur GÜL
Hem. Leyla ERALP
Dr. Mehmet EROĞUL
Uzm. Mehmet SALUVAN
Uzm. Melek KAMACI
Hem. Meltem ÖZTÜRK
Doç. Dr. Murat BORLU
Dr. Muzaffer PARLAK
Uzm. Dr. Sami CEBELLİ
Müh. Sibel Emine BÜYÜKKAYA
Sibel UĞURLUOĞLU
Hem. Sinem KARA
Süha BİNGÖL
Vehbi Yücel ÜNVER
Zeynep GÖKÇEK

ÖNSÖZ

Medeni bir bakış açısı kazanmış ülkeler, kurumlar ya da bireyler, ölçme, değerlendirme ve iyileştirme süreçlerini çalışma hayatının vazgeçilmez bir parçası haline getirmişlerdir.

Hizmetin gelişiminin sürekli izlenmesi, durum tespiti vasıtası ile ileriye dönük planlamaların yapılması, şeffaflık ve hesap verilebilirliğin sağlanması, kurumlar ve birimler arası kıyaslamaların yapılması gibi pek çok kazanımı beraberinde getiren bu anlayış sağlık hizmeti sunucuları için de sistemin her kademesinde bir gerekliliktir.

Bakanlığımızca sağlık kurumlarımıza yönelik geliştirilen ulusal kalite sisteminin önemli parametrelerinden biri de, yukarıda ana unsurlarını ifade ettiğimiz ölçüm kültürünü geliştirmeyi hedefleyen “İndikatör Yönetimi” başlığıdır. 2012 yılında, bu alanda yapılan çalışmalara dahil edilen “Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS)” kurumlarımızla daha yakın ve aktif bir şekilde çalışılarak, ölçme ve değerlendirme faaliyetlerinin yürütülmesini ve geliştirilmesini sağlamıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalar ile veri toplama sistematiğı, veri kalitesinin artırılması, ölçülen indikatörler ile ilgili süreçlerde iyileştirme sağlanması gibi konularda önemli bir mesafe katedilmiş, ayrıca kurumlar ve Bakanlığımız arasında faydalı bir bilgi paylaşımı platformu oluşturulmuştur.

Bu kitap, yapılan çalışmaların bir özeti niteliğindedir ve elde edilen bilgi ve tecrübenin ülkemiz sağlık paydaşları ile paylaşılmasını amaçlamaktadır.

Bütün bu çalışmaların ilerleyen süreçte, ulusal bir veri tabanının oluşturulmasına katkı sağlayacağını ve 19 hastane ile başlayan SİYÖS projesinde artık ikinci ve daha ileri bir aşamaya geçmenin vakti geldiğini düşünmekteyiz. Çalışmalarımızı bu çerçevede şekillendirmeyi ve ulusal bir bilgi sistemi ağı ile kurumlarımızda gerçekleştirilen indikatör yönetimi sürecini desteklemeyi hedefliyoruz.

Bu kitabın sağlığa önemli katkılarının olacağına inanıyor, bundan sonraki çalışmalara ışık tutmasını diliyoruz

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1: İndikatör Yönetimine Giriş	1
1.1. Ölçme, İzleme ve Değerlendirmeye Genel Bakış	3
1.2. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) İndikatörleri	6
1.3. Alt İndikatörler.....	10
1.4. Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) Projesi.....	12
BÖLÜM 2: SİYÖS İndikatörleri	19
2.1. SİYÖS İndikatörleri ve Parametreler.....	21
2.2. SİYÖS Sonuçları	26
2.2.1. Genel Değerlendirme.....	26
2.2.2. Projeye Katılan Hastanelerin Dönemsel Veri Girişleri	26
2.2.3. Önemli Rapor Notları	28
2.3. Genel Raporlar.....	28
2.3.1 Katılım Oranları & Kullanılabilir Veri Oranı.....	28
2.3.2. Acil Servise Konsültan/İçapçı Hekimin Ulaşma Süresi.....	31
2.3.2.1. Ortalama Hedef Değer	32
2.3.2.2. Ortalama Acil Servise Konsültan/İçapçı Hekimin Ulaşma Süresi (dk).....	32
2.3.2.3. Konsültasyona en geç gelen branş dağılımı.....	33
2.3.2.4. Hedef Değere Ulaşım Oranı.....	33
2.3.3. Düşen Hasta Oranı	33
2.3.3.1. Dönemsel Düşen Hasta Oranı Dağılımı.....	34

2.3.3.2. Dönemsel Hedef Değer Dağılımı.....	34
2.3.3.3. 2012 Yılı Düşen Hasta Oranları.....	35
2.3.3.4. Dönemsel En Sık Görülen Düşme Sebebi Dağılımı	35
2.3.3.5. Hedef Değere Ulaşım Oranı.....	36
2.3.4. Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı.....	36
2.3.4.1. Dönem Bazında Ortalama El Hijyeni Uyum Oranı ve Hedef Değer Dağılımı	37
2.3.4.2. Dönem Bazında Yatak Başına Düşen Hekim Dışı Sağlık Personeli Dağılımı	37
2.3.4.3. En Düşük Uyumun Görüldüğü El Hijyeni Endikasyonu	37
2.3.4.4. En Yüksek Uyumun Görüldüğü El Hijyeni Endikasyonu.....	38
2.3.4.5. Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyumunun En Düşük Seyrettiği Meslek Grupları Dağılımı	38
2.3.4.6. Hedef Değere Ulaşım Oranları.....	38
2.3.5. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı	39
2.3.5.1. Dönem Bazlı Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Dağılımı.....	39
2.3.5.2. Kesici/Delici Alet Yaralanmalarının En Sık Görüldüğü Alanlar	40
2.3.5.3. Kesici/Delici Alet Yaralanmalarına En Sık Maruz Kalan Meslek Grubu	40
2.3.5.4. Kesici/Delici Alet Yaralanma Sebepleri.....	41
2.3.5.5. Hedef Değere Ulaşım Oranları.....	41
2.3.5.6. Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranları	42
2.3.6. Sitolojik-Patolojik Tanı Uyum Oranı	43
2.3.6.1. Dönem Bazında Sitolojik/Patolojik Tanı Uyum Oranı Dağılımı.....	43
2.3.6.2. En Sık Uyumsuzluk Görülen Doku.....	44
2.3.6.3. Hedef Değere Ulaşım Oranı.....	44
2.3.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı.....	44
2.3.7.1. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı ve Hedef Değer Dağılımı	45

2.3.7.2. Bası Ülserinin En Sık Geliştiği Anatomik Bölge	46
2.3.7.3. Proje Hastanelerinin Bası Ölçeği Kullanım Oranı.....	46
2.3.7.4. Hedef Değere Ulaşım Oranı.....	47
2.3.8. Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	47
2.3.8.1. Dönem Bazında Yoğun Bakım Servisi Yatak Sayısı Dağılımı	48
2.3.8.2. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesinde Görevli Hekim Dışı Personel Sayısı Dağılımı	48
2.3.8.3. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesi Gerçekleşen ve Beklenen Mortalite Oranı Dağılımı	49
2.3.8.4. Proje Hastanelerinde Mortalite Ölçeklerinin Kullanım Oranı.....	49
2.3.8.5. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Başına Düşen Personel Sayısı.....	50
2.3.8.6. Hedef Değere Ulaşım Oranı.....	50
BÖLÜM 3: SİYÖS'ün Geliştirilmesi	49
3.1 İndikatörler.....	51
3.2 SİYÖS Programı.....	51
3.3 SİYÖS'ün Geleceği	51
3.4 SİYÖS Etkinlikleri	52
BÖLÜM 4: Ekler.....	53
SKS 112 İndikatörleri.....	55
Kabul Edilmeyen Hasta Oranı.....	55
Vakaya Ulaşma Süresi	56
Yerinde Müdahale Oranı.....	57
SKS ADSM İndikatörleri.....	58
Fissur Sealant Uygulama Oranı	58
Tedavi Oranı.....	59
SKS Hastane İndikatörleri.....	60
Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı.....	60
Acil Serviste Müşahede Süresi	61

Ameliyat Masası Kullanım Oranı.....	62
Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları.....	63
Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranı.....	64
Düşen Hasta Oranı.....	65
Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı.....	66
Hasta Sevk Oranı.....	67
Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı.....	68
Hemşire Bölüm Değişirme Oranı.....	69
Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	70
Kesici/Delici Alet Yaralanmaları.....	71
Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi	72
Sezaryen Oranı.....	73
Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyum Oranı.....	74
Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	75
Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı.....	76
Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Hızları	77
Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Başvuru Oranı	78
Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı.....	79
Kaynakça.....	81

BÖLÜM 1

İndikatör Yönetimine Giriş

1.1. Ölçme, İzleme ve Değerlendirmeye Genel Bakış

Ölçme, bireylerin, nesnelerin ya da sistemlerin belirli özelliklere sahip olup olmadığının, sahipse sahip oluş derecesinin belirlenerek sonuçların sembollerle ve özellikle sayı sembolleriyle ifade edilmesidir. Değerlendirme ise, ölçme sonuçlarını bir ölçütle kıyaslayarak ölçülen nitelik hakkında bir karara varma sürecidir. Yani, ölçme, bir tanımlama işlemidir. Değerlendirme ise, bir yargılama işlemidir ve ölçme sonucunun bir ölçütle karşılaştırılmasına dayanır.

Sağlık hizmeti farklı yapılanmalarla ve farklı sistemler içinde sunulabilir. Ancak tüm sağlık hizmetlerinde ortak amaç doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamaktır. Bu da kalitenin sürekli iyileştirilmesi ve gelişimi ile mümkün olabilir. Bu amaç doğrultusunda hareket etmek ve kaliteli hizmet sunumunu sağlamak amacı ile öncelikle sistemin nitelik ve nicelik olarak bu hedefin neresinde olduğunun tespiti gerekmektedir.



Kalite yönetiminde kararlar kanıta (veriye) dayalı olmalıdır. Sunulan sağlık hizmeti kalitesinin, verimliliğin, etkinliğin, sonuçların izlenmesi, hesap verebilirlik, ileriye dönük politikaların oluşturulabilmesi, planlama ve karşılaştırma ancak ölçme, izleme ve ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesi ile mümkün olacaktır. Bu noktada, kalite ve ölçüm kültürünün birbirinden ayrılmaz iki unsur olduğu açıkça görülmektedir.

İndikatörler bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesine yönelik olarak oluşturulmuş, ölçüm için özelleştirilmiş araçlardır. Temelde, veri toplama ve analiz olarak iki aşamada gerçekleştirilir. SKS Standart setinin dikey boyutlarından biri olan İndikatör Yönetimi ile birlikte, kurumlarımızda ölçüm kültürünün yerleştirilmesi ve analitik düşünmenin ön plana çıkartılması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu yöntem ile belirlenmiş konularda izlenebilirliğin sağlanması ile kurum içindeki iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına da destek sağlanmaktadır. İndikatör yönetimi, birçok ülkede gelişme aşamasında olup ulusal anlamda bunu politik ve sonuç tabanlı bir süreç haline getirebilmiş ülke sayısı azdır. Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesini sağlayan indikatörler, her kademedeki yönetici için önemli bir izleme aracıdır. Ülkemizde de SKS, hastanelerin indikatör yönetimi süreci ile tanışmasını sağlamıştır. SKS Hastane setinde 19 indikatör bulunmakta, standart seti içinde indikatör özelliğine haiz standartlar veya değerlendirme ölçütleri de ayrıca yer almaktadır. “Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı” buna örnek verilebilir.

İndikatörlere bağlı bir ölçüm kültürü ciddi bir öğrenme süreci gerektirmektedir. Buna bağlı olarak sağlık çalışanları, veri toplama ile ilgili uygulamaları, sonuçların yorumlanmasını ve iyileştirme faaliyetlerinin nasıl planlanacağını süreç içinde öğreneceklerdir.

Öğrenme sürecinde kurumlara yol göstermek amacı ile Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından SKS indikatörleri ile ilgili olarak hazırlanan kartlar, örnek takip formları ve çeşitli yayınlar SKS'nin ilk oluşumundan itibaren tüm paydaşların kullanımına önemli kaynaklar olarak sunulmuştur. Sağlık tesisleri; bu kaynaklardan yola çıkarak, kendi yapılanmaları ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak sureti ile indikatör kartlarını oluşturmalı ve takip uygulamalarını bu doğrultuda yürütmelidirler.

Sunulan hizmet kalitesinin belirlenmesi açısından, ölçüm büyük bir öneme sahip olsa da tek başına başarılı bir indikatör yönetimi için yeterli olamayacaktır. Bu nedenle ölçümlerden elde edilen veriler izlenmeli, dönemsel olarak değerlendirilmeli ve ihtiyaç duyulan iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

Özetle; ölçme, izleme ve değerlendirme süreçleri ile ilgili kritik hususlar şunlardır:

- Veri kalitesi sürecin en önemli elemanlarından biridir. Elde edilen veriler doğru değilse, yapılacak olan analiz ve değerlendirmeler yanlış kararların alınmasına bile yol açabilir. Kurumlarda veri kalitesinin sağlanmasına yönelik sistem kurulmalı, yeterli ve doğru kayıt için personelin uyumu artırılmalı, bu amaçla çalışanlara mutlaka eğitimler verilmelidir.
- Kalite ölçme ve değerlendirme sisteminde bilgi yönetim sisteminden azami derecede faydalanılmalıdır. Elektronik bilgi sisteminin aktif olarak kullanılması veri toplamayı kolaylaştıracak ve gerçekçi bilgiler elde etmeyi sağlayacaktır.
- Sonuçların ve tüm sürecin ilgili sağlık çalışanları ile paylaşılması gerekir. Gerekliğinde sonuçlar çalışanlarla birlikte analiz edilerek çözüm noktaları araştırılmalı ve çalışanların sürece dâhil olması sağlanmalıdır. Bu tutum, hem hatalar ya da güvenliği tehdit eden olaylara ilişkin bildirim kültürünün oluşması, hem de sorunlara yönelik uygulanabilir, akılcı çözümlerin ortaya konulabilmesi adına çok önemlidir.
- İndikatör sonuçları, kurum yönetimi ve çalışanlarına 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.
- Ölçülen indikatörlerin yönetilebilir sayıda olmasına dikkat edilmelidir. Esas olan indikatörlerin süreçleri iyileştirme noktasında fayda sağlamasıdır.
- 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.

1.2. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) İndikatörleri

Genel olarak tüm dünyada indikatörlerin çıkış noktası mortalite takibi yönünde olmuştur. Günümüzde ise indikatör hedeflerinin mortaliteden ziyade morbidite, komplikasyon, hatalar ve advers olayların azaltılması yönünde değiştiğini görmekteyiz.

Kalite çalışmaları çerçevesinde ölçmediğimiz bir şeyi iyileştiremeyeceğimiz gerçeğinden ve ölçümlerde kullanılacak ortak bir dil gereksiniminden yola çıkılarak, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik hedefleri, toplumun ve sağlık tesislerinin ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulan SKS indikatörleri aşağıda verilmiştir.

İndikatör kartlarına genel anlamda bakıldığında, hepsinin standart bir terminolojiye sahip olduğunu görebilirsiniz:

- **Kısa Tanım:** İndikatörle hangi süreçleri ve parametreleri izleyebileceğimizi gösterir.
- **Gerekeç:** İndikatörün hangi amaçla oluşturulduğunu ifade etmektedir.
- **Hesaplama Yöntemi:** Verilerin sayısallaştırılması ve analizlerde kullanılabilmesi amacıyla kullanılan formüldür.
- **Alt İndikatörler:** Ana indikatörle ilişkili, analizlerin yorumlanmasını ve sorunların kök nedenlerine ulaşımı kolaylaştıran ek indikatörlerdir.
- **Hedef Değer:** Sağlık tesisleri tarafından, mevcut durum ve iyileştirme potansiyeli göz önünde bulundurularak belirlenen, ulaşılması amaçlanan tahmini indikatör sonucudur.
- **Veri Kaynağı:** İndikatör için kullanılacak verilerin hangi yollardan elde edilebileceğini ifade etmektedir.
- **İlgili Formlar:** Hesaplamayı kolaylaştırıcı veya ilişkili birim dokümanlarıyla indikatörün bağlantılarını belirtmektedir.
- **Veri Toplama Periyodu:** İndikatöre ait verilerin hangi sıklıkla toplanması gerektiğini ifade etmektedir. Sağlık tesisleri ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda daha sık bir veri toplama periyodu belirleyebilirler veya bilgi sistemleri vasıtasıyla anlık veri takibini gerçekleştirebilirler.

- **Veri Analiz Periyodu:** Toplanan verilerin analizinin ve yorumlanmasının hangi sıklıkla yapılması gerektiğini belirten süredir. Sağlık tesisleri indikatöre göre değişebilecek faktörleri göz önünde bulundurarak daha sık analiz periyotları belirleyebilirler.
- **Sorumlular:** Sağlık tesisinde veri toplanması, analizleri ve iyileştirme faaliyetlerinin koordinasyonu için belirlediği personeli ifade etmektedir.
- **Çıkış Noktası:** İndikatörün oluşturulmasındaki temel amaçtır.
- **Dikkat Edilecek Hususlar:** İndikatörle ilgili veri toplama, kapsam, hesaplama, analiz aşamaları benzeri tüm süreçlere ilişkin önemli notları içermektedir.

SKS Hastane İndikatörleri

1	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Tekrar başvuran hastalarda tanı dağılım yüzdeleri • Tekrar başvuran hastaların sorumlu hekim bazında dağılımları • Tekrar başvuran hastalarda konsültasyon oranları • Tekrar başvuran hastaların ilk başvuru zamanları (Mesai içi, mesai dışı)
2	Acil Servise Müşahede Süresi <ul style="list-style-type: none"> • Müşahede yatan hastalar içinde 12 saatten fazla yatan hastaların oranı • 12 saatten fazla yatan hastaların yatış nedenine göre dağılımı
3	Ameliyat Masası Kullanım Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Masa bazında iki vaka arasında geçen ortalama süre
4	Cerrahi Alan Enfeksiyonları <ul style="list-style-type: none"> • İlgili cerrahi girişim için servis ya da klinik bazında gerçekleşen cerrahi alan enfeksiyon hızı • Cerrahi alan enfeksiyon hızının enfeksiyon risk skorlamasına göre dağılımı
5	Cerrahi Profilaksizde Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Uygun olmayan antibiyotiğin kullanılma oranı • Antibiyotiğin uygun olmayan sürede kullanılma oranı • Servislere göre antibiyotiklerin doğru kullanım oranı

6	<p>Düşen Hasta Oranı</p> <ul style="list-style-type: none"> Düşen hasta sayısının düşme nedenine göre oransal dağılımı Düşen hasta sayısının yüksek düşme risk skoruna sahip düşen hasta sayısına göre dağılımı Bölüm bazında düşen hasta oranı Düşen hasta sayısının düştüğü yere göre oransal dağılımı
7	<p>Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı</p> <ul style="list-style-type: none"> Bölüm bazında eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranı Cerrahi bölümlerden gelen dosyalarda eksik doldurulan güvenli cerrahi kontrol listesi oranı Tüm bölümlerden gelen dosyalarda eksik doldurulan düşme riski ölçeği oranı
8	<p>Hasta Sevk Oranı</p> <ul style="list-style-type: none"> Sevk edilen hastalarda teşhis dağılım yüzdeleri Sevk edilen hastaların sorumlu hekim bazında dağılımı Sevk edilen hastalarda konsültasyon oranları Sevk edilen hastaların ilk başvuru zamanları (Mesai içi, mesai dışı)
9	<p>Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı</p> <ul style="list-style-type: none"> Bölüm bazında hekim başına düşen poliklinik odası oranı
10	<p>Hemşire Bölüm Değiştirme Oranı</p> <ul style="list-style-type: none"> Kendi talebi doğrultusunda bölümü değiştirilen hemşire oranı Yönetim tarafından bölümü değiştirilen hemşire oranı Yetkinlik belgesi kapsamı dışındaki bir bölümde çalışan hemşire oranı
11	<p>Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan ve vücut sıvılarına maruz kalan çalışanların mesleki dağılımı Bölüm bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı Kan ve vücut sıvılarına maruz kalan vücut bölgesine göre dağılımı
12	<p>Kesici/Delici Alet Yaralanmaları</p> <ul style="list-style-type: none"> Kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalan çalışanların meslek gruplarına göre dağılımı Yaralanmaya neden olan kesici/delici aletlerin oransal dağılımı Kontamine kesici/delici alet yaralanmaları oranı Servis bazında kesici/delici alet ile yaralanma oranları Yaralanan personelde kişisel koruyucu ekipman kullanma oranları

13	Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi <ul style="list-style-type: none"> • Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi • Hekim bazında acil servise ortalama ulaşma süresi
14	Sezaryen Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Hekim bazında C/S oranları • Endikasyon bazında C/S oranları • C/S sonrası mortalite ve morbidite oranları • Hasta yaşına göre C/S oranları dağılımı • Tüm C/S vakaları içinde primer C/S yüzdesi • Tüm doğumlar içinde primer C/S yüzdesi
15	Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyumu Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Doku bazında sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları
16	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Bası ülseri gelişen hastaların riske göre dağılımı • Bası ülseri sayısının vücut bölgelerine göre dağılımı • Hastalarda bası ülserinin ilk geliştiği gün sayılarının ortalaması • Bası ülseri gelişen hastalarda hasta başına düşen bası ülseri sayısı • Bası ülseri sayısının toplam yatan hasta sayısına oranı
17	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)
18	Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Hızları <ul style="list-style-type: none"> • Ventilator kullanım oranı • Üriner kateter kullanım oranı • Santral venöz kateter
19	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Başvuru Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Tekrar yatış nedenine göre oransal dağılım
X1	Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyumu Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Endikasyon bazında el hijyeni uyum düzeyi dağılımı • Meslek gruplarına göre el hijyeni uyum düzeyi dağılımı • Çalışma saati aralıklarına göre el hijyeni uyum düzeyi dağılımı • Cinsiyete göre el hijyeni uyum oranları

SKS 112 İndikatörleri

1	Kabul Edilmeyen Hasta Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Sağlık tesisine transfer sırasında rota değişikliği yapılan vaka oranı • Hastane bazında kabul edilmeyen hasta oranı
2	Vakaya Ulaşma Süresi <ul style="list-style-type: none"> • Kırsalda vakaya 30 dakikanın altında ulaşma oranı • Merkezde vakaya 10 dakikanın altında ulaşma oranı • İstasyon bazında vakaya ulaşma süresi dağılımı • Merkezde vakaya ulaşma süresi ortalaması • Kırsalda vakaya ulaşma süresi ortalaması
3	Yerinde Müdahale Oranı <ul style="list-style-type: none"> • İstasyon bazında yerinde yapılan müdahale oranı

SKS ADASM İndikatörleri

1	Fissür Sealant Uygulama Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Hekim bazında fissür sealant uygulama oranı • Fissür sealant uygulamalarının yaş bazında dağılımı
2	Tedavi Oranı <ul style="list-style-type: none"> • Hekim bazında gerçekleştirilen tedavi oranı • Hekim bazında dolgu oranı • Hekim bazında kanal tedavisi oranı • Yaş gruplarına göre tedavi oranları • Diş numaralarına göre tedavi oranları

1.3. Alt İndikatörler

Yukarıdaki tabloda tüm indikatörlerin bazı alt indikatörlere sahip olduğunu görüyoruz. Alt indikatör; ana indikatörle ilişkili olup detay düzeyinin ve hassaslığın artırılmasına yarayan ek ölçüm araçlarıdır.

İndikatör hassasiyetinin artırılmasına örnek olarak bir 112 biriminde takip edilen “Yerinde Müdahale Oranı” indikatörünü verebiliriz. Alt indikatör, aynı oranı istasyon bazında takip etmektedir. Dolayısıyla yerinde müdahale oranlarında karşılaşılan bir sorunun hangi istasyonda olduğu bu alt indikatör vasıtasıyla direkt olarak tespit edilebilir. İndikatörünüz ne kadar hassasiyete sahipse, karşılaşılan sorunların kök nedenlerine inmek o kadar hızlı ve kolay olacaktır.

Bu nokta itibariyle indikatörler istenildiği kadar detaylandırılabilir.

Son örnekteki; “Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranı” indikatöründe aşağıdaki alt indikatörler ile sorun noktalarının kökenine inmek ve doğru analizler yapmak mümkün olacaktır.

Seçilen NNIS kodlarında cerrahi profilakside;

- Uygun olmayan antibiyotiğin kullanılma oranı
- Antibiyotiğin uygun olmayan sürede kullanılma oranı
- Servislere göre antibiyotiklerin doğru kullanım oranı

Özetleyecek olursak, alt indikatörler:

- Kök neden tespitinde ve iyileştirme sürecinde zaman kazandırır.
- Ana indikatörün hassasiyetini artırır.
- İhtiyaçlarla aynı doğrultuda revize edilerek takip edilebilir.
- İhtiyaç sona erdiğinde takibinin sonlandırılması sorun yaratmaz.

SKS’de yer alan alt indikatörlerin takipleri zorunlu değildir fakat iyileştirme faaliyetleri açısından tavsiye edilmektedir. Zorunlu olmasa dahi, bazı indikatörlerin alt indikatörler olmadan yorumlanması oldukça güç olabilir.

Sağlık tesisleri kendi alt indikatörlerini oluştururken bazı noktaları göz önünde bulundurmalıdır;

- Alt indikatör, ana indikatörle ilişkili olmalıdır.

- Bilgi yönetim sistemleri etkin olarak kullanılmalıdır. Önem arz etmediği sürece manuel veri toplama ihtiyacına mahal veren bir yapıda olmamalıdır.
- Sağlık tesisinde çalışan sağlık personelinin meslek grubu, kişisel tercih ve etnik özelliklerine saygı duyan bir çerçevede hazırlanmalıdır.
- Belirli aralıklarla veriler değerlendirilmeli, uzun vadede iyi skorlar gösteren alt indikatör gerekliliği ve revizyonlar gözden geçirilmelidir.

1.4. Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) Projesi

SİYÖS, hastanelerin indikatörlerini kıyaslayabilecekleri bir platform oluşturmak üzere tasarlanmış, ortak bir bilgi sistemidir. Bu sistemin çıktıları ile ulusal bir veri kaynağı oluşturulması, ilgili konularda rehberlerin geliştirilmesi, hastaneler için birlikte öğrenme sürecine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

İlk etapta bazı SKS indikatörlerine ilave olarak SKS içinde yer alan indikatör özellikli standartlara da yer verilmiş ve projeye dahil edilen 19 hastane (Tablo.1) ile uygulama başlatılmıştır. Sistemin kurgulanmasında basit, anlaşılabilir ve yönetilebilir olmasına ve minimal veri ile izlenebilmesine özen gösterilmiştir.

Tablo 1 – SİYÖS Projesinde Yer Alan Hastaneler

Sıra No	Türü	Kurum Adı	Yatak Sayısı
1	2. Basamak	Denizli Devlet Hastanesi	735
2	2. Basamak	Eskişehir Devlet Hastanesi	540
3	2. Basamak	Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	304
4	2. Basamak	Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi	618

Sıra No	Türü	Kurum Adı	Yatak Sayısı
5	2. Basamak	Adana Çukurova Dr. Aşkı Tüfekçi Devlet Hastanesi	600
6	2. Basamak	Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi	437
7	2. Basamak	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi	404
8	3. Basamak	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1140
9	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

SIYÖS projesi sonucunda, ulusal bir ölçme ve değerlendirme sistemi oluşturularak, bu konunun ülke genelinde gelişimine katkı sağlanması, bu alanda bilgi birikimi ve deneyim kazanılması, kurum içi ve kurumlar arası kıyaslamalara imkân sağlanması amaçlarına ulaşılmıştır.

SİYÖS Projesinin başlangıcı 13.09.2012’de gerçekleştirilen tanıtım toplantısı ve birinci çalıştay ile gerçekleştirilmiştir. Birinci çalıştayda hastanelerden gelen sorular ve veri girişlerindeki ortak uygulama hususları kararlaştırılmıştır. Çalıştay sonrasında geçmişe dönük olarak 2012 yılı birinci ve ikinci dönem verilerini de hastaneler sisteme işlemişlerdir.

Projenin ilerleyen safhalarında 2012 verileri tamamlanmış ve 07.03.2013 tarihinde gerçekleştirilen 2. Çalıştay’da, 2012 ilk üç dönemine ait SİYÖS raporları katılımcı hastanelerin bilgisine sunulmuştur. Ayrıca katılımcı hastanelerden en iyi gelişme gösteren yedi hastane, süreç içinde SİYÖS kapsamındaki 7 indikatör hakkında yaptıkları iyileştirmelerle ilgili sunumlarını yapmışlardır. Çalıştay sonunda projenin geleceği ve atılacak adımlar tüm hastanelerin katılımıyla planlanmıştır.

SİYÖS veri girişleri için kullanılan program Başkanlığımız “Bilgi İşlem Birimi” tarafından oluşturulmuş, “Proje Yönetimi ve Uluslararası Çalışmalar Birimi” sorumluluğunda her iki birim tarafından ortak şekilde yürütülmüştür.

Çalışma kapsamında, katılımcı hastaneler, her 3 aylık dönem sonundaki 1 aylık süre zarfında verilerini sisteme girmektedirler. Bu süre sınırı, katılımcı hastanelerin analizlerini istenilen süre zarfında yetiştirememeleri veya yaşadıkları teknik sorunlar gibi istisnai durumlar sebebiyle kaldırılmış, güncel veri analizinde sistemden çekilen veriler için “Kullanılabilir Veri Oranı” hesaplanmaya başlanmıştır. Bu sayede bilgilerini eksik veya hatalı giren hastaneler, sadece ilgili dönem için analiz dışı bırakılmıştır.

SİYÖS raporları oluşturulurken aritmetik ortalama, yüzde oran ve skorlama metotları kullanılmıştır.

Skorlama Metodu: Ölçülebilirliğe sahip olmayan, manuel bildirim haiz, kısmi kategori girişlerinin hesaplanması için kullanılan skorlama yöntemi, bildirim esasına dayanmaktadır.

Örnek: Yoğun bakım ünitesi el hijyeni uyum oranı indikatörü

Tablo 2 – Örnek SİYÖS Verisi

Parametre	Hastane 1	Hastane 2	Hastane 3
En düşük uyumun görüldüğü el hijyeni endikasyonu	Hastayla temas öncesi	Hastayla temas öncesi	Hastayla Temas Öncesi ve Hasta Çevresiyle Temas

Hastane 3'ün iki veri girişi olması muhtemel bir durumdur, bu sebeple hastane sayıları değil, bildirim sayılarını hesaplamak analiz doğruluğunu artıracaktır.

Bu metot kullanılarak hesaplanan skor tablosu şu şekildedir:

Tablo.3 – Örnek Skor Tablosu

	Skor	% Oran
Hastayla temas öncesi	3	%75
Hastayla temas sonrası	0	%0
Hasta çevresiyle temas	1	%25
Toplam	4	%100

$$\%Oran = \text{Skor} / \text{Toplam Skor} \times 100$$

Yoğun bakım ünitesi el hijyeni uyum oranı indikatöründe tabloda görülen değerler, katılımcı hastanelerden yapılan bildirimlerin %75'inde en düşük uyumun hastayla temas öncesinde, %25'inde hasta çevresiyle temas durumunda gerçekleştiğini ifade etmektedir. Skorlama metodu ile manuel veri girişleri hesaplanabilir hale getirilmiştir.

Tablo.4 - Skorlama Metodu Kullanılan İndikatör Parametreleri

İndikatör	Parametre
Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma süresi (dk)	<ul style="list-style-type: none"> Ortalama ulaşma süresi en geç olan branş
Düşen hasta oranı	<ul style="list-style-type: none"> En Sık Görülen Düşme Nedeni
Kesici/delici alet yaralanmaları oranı	<ul style="list-style-type: none"> Kesici/delici alet yaralanmalarının en sık görüldüğü alanlar Kesici/delici alet yaralanmalarına en sık maruz kalan meslek grubu Kesici/delici alet yaralanma sebepleri
Sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları	<ul style="list-style-type: none"> En Sık Uyumsuzluk Görülen Doku
Yoğun bakım mortalite oranı	<ul style="list-style-type: none"> Kullanılan Skorlama sistemi
Yoğun bakım bası ülseri oranı	<ul style="list-style-type: none"> Bası ülserinin en sık geliştiği anatomik bölge Kullanılan ölççek
Yoğun bakım el hijyeni uyum oranı	<ul style="list-style-type: none"> En düşük uyumun görüldüğü el hijyeni endikasyonu En yüksek uyumun görüldüğü el hijyeni endikasyonu Uyumun en düşük görüldüğü meslek grubu

Sistemin kuruluşu aşamasında görev almış kurumlar, bu alanda ciddi bir bilgi ve tecrübe kazanımı elde etmişlerdir. Bu kazanım, söz konusu kurumların kalite çalışmaları için ileriye dönük önemli bir avantaj sağlayacaktır.

Sistemde yer alan hastanelerin kazanımları:

- Katılımcılar, diğer hastaneler için referans olacak ulusal bir veri tabanının oluşturulmasına katkı sağlamışlardır.
- Bu çalışmaya katılım, hastanelere mali bir yük getirmemiştir.

- Hastaneler, bu çalışma kapsamında Daire Başkanlığı tarafından verilmiş olan eğitimlerden yararlanmışlardır.
- Bu çalışmada elde edilen metodoloji ve raporlar çalışmanın sonunda anonim olarak tüm hastanelere sunulmakta ve büyük bir referans kaynağı olmaktadır.

Bu çalışma kapsamında, kurumların tanımlayıcı bilgileri şifrelenmiştir ve hiçbir şekilde üçüncü kişilere aktarılmamıştır. Yasal çerçevede bilgi güvenliği politikalarına en üst düzeyde uyum sağlanmıştır.

BÖLÜM 2

SIYÖS İndikatörleri

2.1. SİYÖS İndikatörleri ve Parametreler

SİYÖS sisteminde yer alacak yedi indikatör; Bakanlık stratejisi, maksimum bilgi elde etme, hastanelerin uyumu, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği kriterleri göz önünde bulundurularak Sağlıkta Kalite Standartlarından seçilmiştir. Her indikatöre özgü parametrelerin yer aldığı indikatör kartları oluşturularak web tabanlı sistemde tanımlanmıştır.

Tablo 5 – SİYÖS 2012 İndikatörleri

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

İndikatör kartları konularına özel olmasına karşın kartlarda yer alan bazı parametreler ortak özellik taşımaktadır. Bu ortak parametreler şunlardır:

- Hedef Değer
- Elde Edilen Sonuç
- Sonuçların Yorumlanması
- Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler
- Veri Toplamada Yaşanan Zorluklar ve Çözüm Önerileri
- Genel Görüş ve Öneri

SİYÖS projesi çerçevesinde toplanan veri parametrelerinin tamamı Tablo 6-7-8-9-10-11-12’de gösterilmektedir.

Hedef Değer: Hastanenin özelliğine göre, hastane tarafından belirlenmesi gereken, kurumdan kuruma değişebilen bir parametredir. Hedef değeri belirleyebilmek için kurumun mevcut durumunu bilmesi gerekir. Mevcut durum tespit edilmeden, hedef ortaya konulamaz. Kurumlar hedeflerini belirlerken literatürde yer alan bilgileri ya da belirlenmiş ulusal ya da uluslararası değerleri de inceleyebilirler. Bu bilgiler ve tespit edilen mevcut durum verileri ışığında kuruma özgü bir hedef değer belirlenmesi gerekmektedir.

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

Sonuçların Yorumlanması: Elde edilen sonucun hedef değer ile kıyaslanması sureti ile o indikatörde yer alan diğer parametreler de göz önünde bulundurularak genel bir değerlendirme yapılmasını ifade eder.

Sonuçların yorumlanması bir anlamda sonuçların dilinin anlaşılmasıdır.

- 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, yalnız sonuçların anlaşılabilmesi ile mümkün olabilir.

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler: İlgili indikatörün hedef değerine ulaşmak için kurumun öngördüğü ve başarısını artıran faaliyetlerin bütünüdür. Bu parametre aynı zamanda her kurumun 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 yer aldığı parametredir.

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

Tablo 6 – Acil Servise Konsültan/İcapçı Hekimin Ulaşma Süresi – SİYÖS Parametreleri

S.No	Parametre Adı
1	Hedef değer(dk)
2	Konsültan/ıcapçı hekimlerin acil servise ulaşma süreleri toplamı(dk)
3	Konsültasyon istem sayısı
4	Acil servise çağrılan konsültan/ıcapçı hekimin acil servise ulaşma süresi (dk)
5	Ortalama ulaşma süresi en geç olan branş
6	Sonuçların yorumlanması
7	Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
8	Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri

Tablo 7 – Düşen Hasta Oranı – SİYÖS Parametreleri

S.No	Parametre Adı
1	Hedef değer (%)
2	Yatışı yapılan hastalardan düşen hasta sayısı
3	Yatışı yapılan toplam hasta sayısı
4	Düşen hasta oranı (%)
5	Yüksek risk skoruna sahip düşen hasta sayısı
6	En sık görülen düşme nedeni
7	Sonuçların yorumlanması
8	Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
9	Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri
10	Kullanılan risk ölçeğinin adı

Tablo 8 – Kesici ve Delici Alet Yaralanmaları Oranı – SİYÖS Parametreleri

S.No	Parametre Adı
1	Hedef değer (%)
2	Raporlanan toplam kesici/delici alet yaralanma sayısı
3	Toplam çalışan sayısı
4	Kesici delici alet yaralanmaları oranı (%)
5	Yaralanmaya en sık maruz kalan meslek grubu
6	Yaralanmaya en sık neden olan alet
7	Yaralanmanın en sık meydana geldiği bölüm
8	Sonuçların yorumlanması
9	Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
10	Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri

Tablo 9 – Sitolojik ve Patolojik Uyum Oranı – SİYÖS Parametreleri

S.No	Parametre Adı
1	Hedef değer (%)
2	Raporlanan toplam kesici/delici alet yaralanma sayısı
3	Toplam çalışan sayısı
4	Kesici delici alet yaralanmaları oranı (%)
5	Yaralanmaya en sık maruz kalan meslek grubu
6	Yaralanmaya en sık neden olan alet
7	Yaralanmanın en sık meydana geldiği bölüm
8	Sonuçların yorumlanması
9	Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
10	Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri

Tablo 10 – Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı – SİYÖS Parametreleri

S.No	Parametre Adı
1	Yoğun bakım servisi branş türü
2	Yoğun bakım servisi yatak sayısı
3	Yoğun bakım servisinde çalışan hekim dışı sağlık personeli sayısı
4	Hedef değer
5	Toplam bası ülseri gelişen hasta sayısı
6	Toplam yatan hasta sayısı
7	Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı
8	Yüksek risk skoruna sahip bası ülseri gelişen hasta sayısı
9	İlk 10 gün içerisinde bası ülseri gelişen hasta sayısı
10	Ortalama yatış gün sayısı
11	Bası ülserinin en sık geliştiği anatomik bölge
12	Sonuçların yorumlanması
13	Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
14	Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri
15	Kullanılan risk ölçeğinin adı

Tablo.11 – Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı – SİYÖS Parametreleri

S.No	Parametre Adı
1	Yoğun bakım servisi branş türü (Genel, KVC gibi)
2	Yoğun bakım servisi yatak sayısı
3	Yoğun bakım servisinde çalışan hekim dışı sağlık personeli sayısı
4	Hedef değer
5	Gözlemlenen endikasyonlarda doğru uygulanan el hijyeni sayısı
6	Gözlemlenen el hijyeni endikasyonu sayısı
7	Yoğun bakım servisinde el hijyeni uyum oranı
8	En düşük uyumun görüldüğü el hijyeni endikasyonu
9	En yüksek uyumun görüldüğü el hijyeni endikasyonu
10	Uyumun en düşük görüldüğü meslek grubu
11	Sonuçların yorumlanması
12	Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
13	Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri

Tablo 12 – Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı – SİYÖS Parametreleri

S.No	Parametre Adı
1	Yoğun bakım servisi branş türü(Genel, KVC vb.)
2	Yoğun bakım servisi yatak sayısı
3	Yoğun bakım servisinde çalışan hekim dışı sağlık personeli sayısı
4	Hedef değer
5	Ölen hasta sayısı
6	Taburcu edilen+ölen+sevk edilen hasta sayısı
7	Yoğun bakım mortalite oranı (gerçekleşen)
8	Beklenen mortalite oranı ortalaması
9	Sonuçların yorumlanması
10	Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
11	Veri toplamada yaşanan zorluklar ve çözüm önerileri
12	Kullanılan hastalık şiddeti skorum sistemi adı

2.2. SİYÖS Sonuçları

2.2.1. Genel Değerlendirme

Bu bölüm SİYÖS projesinin 2012 yılındaki üçer aylık 4 dönem için veri toplama, kullanılabilir veri oranı vb. konulara ilişkin raporlarını içermektedir. Kitaptaki tüm tablo ve grafiklerde bilgi güvenliğinin sağlanması açısından, hastane adları yerine 3 basamaklı kod adları kullanılmıştır.

2.2.2. Projeye Katılan Hastanelerin Dönemsel Veri Girişleri

Bazı hastaneler, 2012 yılı içindeki üçer aylık 4 dönem için verilerini %100 olarak tamamlayamamışlardır.

x Veri eksiği/hatası bulunmakta

• Veri girişi tam

1. Dönem (Ocak, Şubat, Mart 2012)

	D1N	D2N	E1N	E2N	E3N	E4N	E5N	E6N	E7N	E8N	H1N	H2N	H3N	H4N	H5N	H6N	H7N	U1N	U2N		
Kesici/delici alet yaralanma oranı	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.
Sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları	x	.	x	x	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.
Yoğun bakım ünitesinde el hijyeni uyum oranı	x	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.
Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.
Yoğun bakım mortalite oranları	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Düşen hasta oranı	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Acil servise çağrılan konsültan/ıcapçı hekimin acil servise ulaşma süresi	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x

2. Dönem (Nisan, Mayıs, Haziran 2012)

	D1N	D2N	E1N	E2N	E3N	E4N	E5N	E6N	E7N	E8N	H1N	H2N	H3N	H4N	H5N	H6N	H7N	U1N	U2N		
Kesici/delici alet yaralanma oranı	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları	x	.	x	x	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Yoğun bakım ünitesinde el hijyeni uyum oranı	x	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Yoğun bakım mortalite oranları	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Düşen hasta oranı	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Acil servise çağrılan konsültan/ıcapçı hekimin acil servise ulaşma süresi	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x

3. Dönem (Temmuz, Ağustos, Eylül 2012)

	D1N	D2N	E1N	E2N	E3N	E4N	E5N	E6N	E7N	E8N	H1N	H2N	H3N	H4N	H5N	H6N	H7N	U1N	U2N		
Kesici/delici alet yaralanma oranı	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları	x	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Yoğun bakım ünitesinde el hijyeni uyum oranı	x	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Yoğun bakım mortalite oranları	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Düşen hasta oranı	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Acil servise çağrılan konsültan/ıcapçı hekimin acil servise ulaşma süresi	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x

4. Dönem (Ekim, Kasım, Aralık 2012)

	D1N	D2N	E1N	E2N	E3N	E4N	E5N	E6N	E7N	E8N	H1N	H2N	H3N	H4N	H5N	H6N	H7N	U1N	U2N		
Kesici/delici alet yaralanma oranı	x
Sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları	x
Yoğun bakım ünitesinde el hijyeni uyum oranı	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	x
Yoğun bakım mortalite oranları	x
Düşen hasta oranı	x
Acil servise çağrılan konsültan/ıcapçı hekimin acil servise ulaşma süresi	x

2.2.3. Önemli Rapor Notları

- Yukarıdaki tablolardaki eksik/hatalı veri girişi olan hastaneler, eksik/hatalı giriş yaptıkları dönem raporlarında değerlendirme kapsamı dışında tutulmuşlardır.
- U1N hastanesince 4 dönemin tümünde, kullanılabilir veri girişi gerçekleştirilmediğinden hiçbir raporda yer almamaktadır.

2.3. Genel Raporlar

2.3.1 Katılım Oranları & Kullanılabilir Veri Oranı

Katılım verimi, takibi yapılan, veri girişi tamamlanmış ve hatasız indikatör sayısının 4 dönem süresince sisteme girilen toplam indikatöre oranı ile elde edilmiştir. Bir dönem içinde, 7 SİYÖS indikatörü için beklenen toplam veri adedi 76'dır. 2012 yılı bütün olarak ele alındığında ise beklenen toplam veri adedi 304'tür.

$$2012 \text{ Yılı Katılım oranı} = \frac{\text{Girilen Veri Sayısı}}{304} \times 100$$

$$2012 \text{ Yılı Katılım verimi} = \frac{\text{Tam ve Hatasız İndikatör Sayısı}}{(\text{SİYÖS İndikatör Sayısı} \times 4)} \times 100$$

SİYÖS Projesi sürecinde veri toplama başarısı ve ortalama katılım verimi oranları aşağıdaki tabloda verilmiştir:

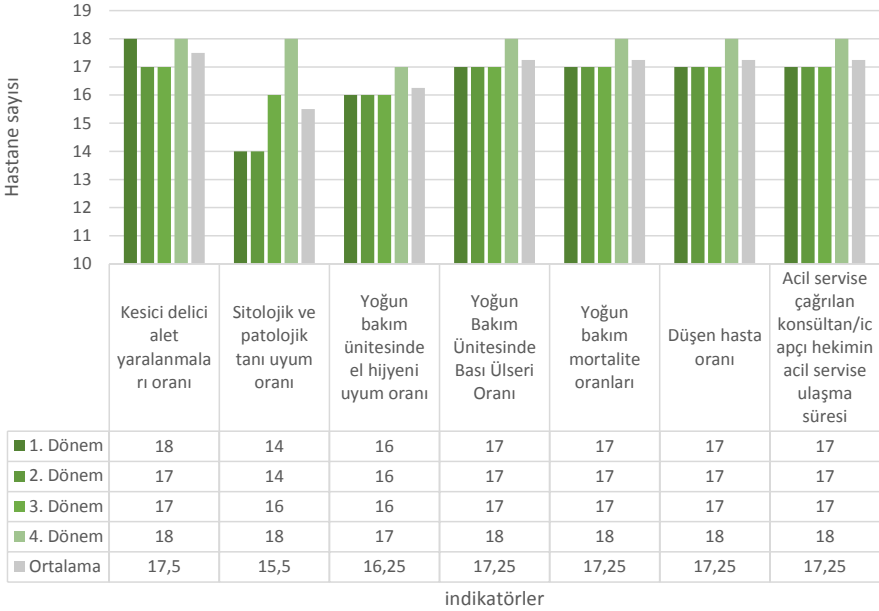
Sisteme Girilen Toplam Veri Adedi	5514
%100 Katılımda Beklenen Veri Adedi	5774
Veri Toplama Başarısı (Ortalama Katılım Oranı)	95,50%
Ortalama Katılım Verimi	88,91%

Kurum Kodu	Girilen Veri	Katılım Oranı	1. Dönem				2. Dönem				3. Dönem				4. Dönem				Katılım Verimi		
D1N	109	35,86%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	35,71%
D2N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	82,14%
E1N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	85,71%
E2N	294	96,71%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	92,86%
E3N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
E4N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
E5N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
E6N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
E7N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
E8N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	92,86%
H1N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
H2N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
H3N	323	106,25%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
H4N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
H5N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
H6N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
H7N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%
U1N	228	75,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0,00%
U2N	304	100,00%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100,00%

Hastaneler, SİYÖS indikatörlerinden bazılarında diğerlerine oranla daha çok zorlanmışlardır. Yapılan çalışmalarda bu zorlukların temelde dört unsurdan kaynaklandığı tespit edilmiştir:

- İndikatörün bildirim esaslı olması
- İndikatörün hesaplama yöntemi ve/veya veri elde etme süreçlerinin karmaşık olması
- İndikatörün, çalışanların rutin alışkanlıklarını değiştirecek düzeyde olması
- Çalışan direnci

Aşağıdaki grafikte, takibinde en çok sorun yaşanan iki indikatörün “**Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyum Oranı**” ve “**Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı**” olduğu görülmektedir.



Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyum Oranı için; hastanelerin, indikatörü Hastane Bilgi Yönetim Sistemi vasıtasıyla takip edememeleri ve çalışan dirençli, takibi zorlaştıran temel sebeplerden olmasına rağmen ilerleyen süreçte gerçekleştirdikleri düzeltici ve önleyici faaliyetler, etkisini net bir şekilde göstermiştir.

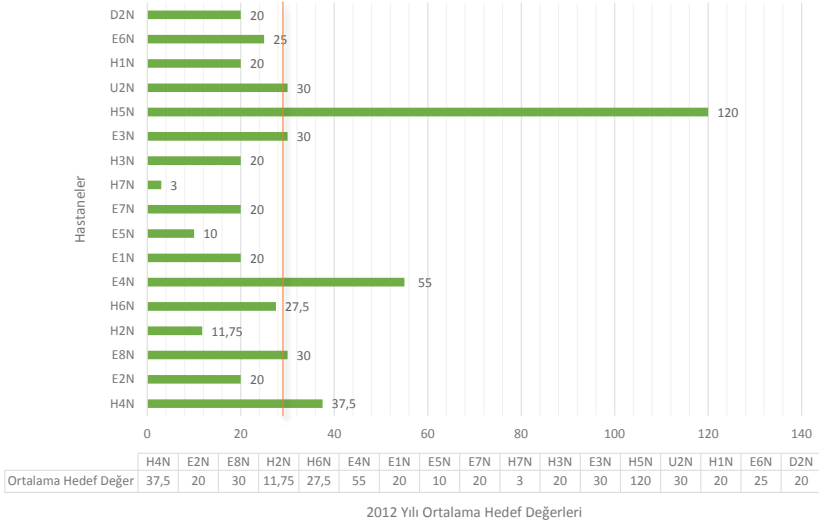
Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı için ise; gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetlerine rağmen, indikatörün günlük hareket alışkanlıklarını değiştirmesi sebebiyle takip oranındaki artış daha uzun bir sürede gerçekleşmiştir.

2.3.2. Acil Servise Konsültan/İcapçı Hekimin Ulaşma Süresi

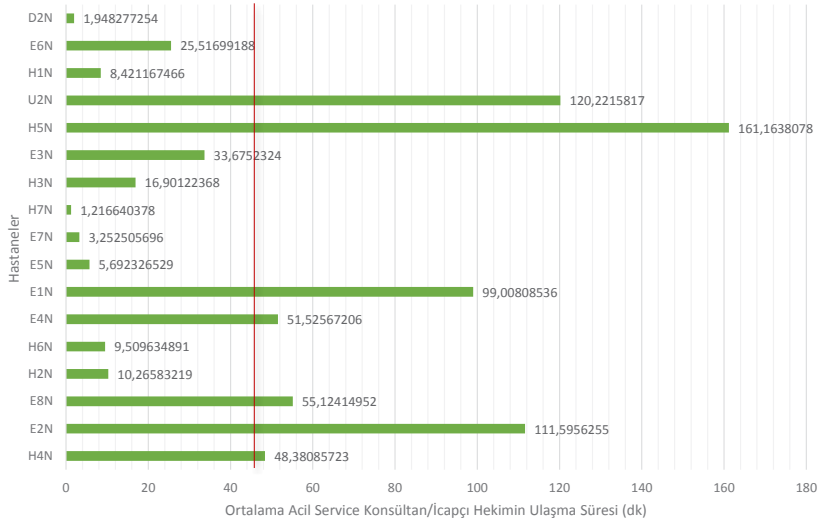
Bulgular: Bu indikatörle ilgili olarak hastanelerin elde ettikleri değerler arasındaki büyük farklılıkların tespiti neticesinde çalıştayda konu tartışmaya açılmıştır. Hastane içi ve dışarıdan konsültasyonların aynı hesaplama içinde yer alması bu farka neden olmaktadır. İndikatörün amacının hastane içi konsültasyon istemlerinin en kısa sürede gerçekleşmesi olduğundan hesaplamanın sadece hastane içi istemleri kapsamasının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Hastanelerde indikatörün takibi manuel veya kart okuyucular vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. Diğer bir husus; konsültasyona gelen hekimin acil durumu olan hastanın önceliği nedeniyle kart okutma işlemini unutmaması veri kalitesini etkileyen unsur olarak belirlenmiştir. Toplanan veri kalitesinin artırılması açısından, acil servis personellerinden birinin bu görevi üstlenmesi ve hekimin varış tarih/saatini kayıt altına almasının daha uygun olacağı açıktır.

	1. Dönem	2. Dönem	3. Dönem	4. Dönem	2012 Yılı Ortalaması
Ortalama Hedef Değer	29,17647059	30,11764706	28,29411765	29,72222222	29,32761438
Ortalama Konsültan/ icapçı hekimlerin acil servise ulaşma süreleri toplamı(dk)	466106,2941	418833,8941	369494,7647	327802,7778	395559,4327
Ortalama Konsültasyon istem sayısı	6891,647059	6386,529412	6593,470588	5858,111111	6432,439542
Ortalama Acil servise çağrılan konsültan/ icapçı hekimin acil servise ulaşma süresi (dk)	58,31842984	46,25493206	37,86142118	37,83772289	45,06812649

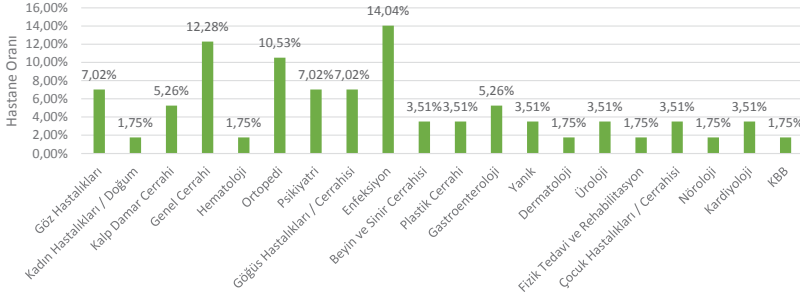
2.3.2.1. Ortalama Hedef Değer



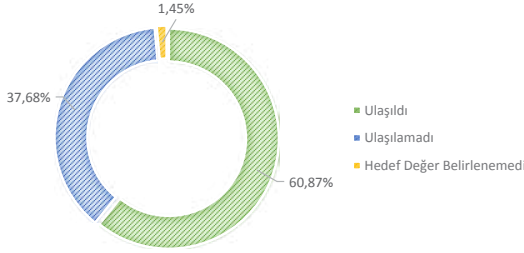
2.3.2.2. Ortalama Acil Servise Konsültan/İçapçı Hekimin Ulaşma Süresi (dk)



2.3.2.3. Konsültasyona en geç gelen branş dağılımı



2.3.2.4. Hedef Değere Ulaşım Oranı



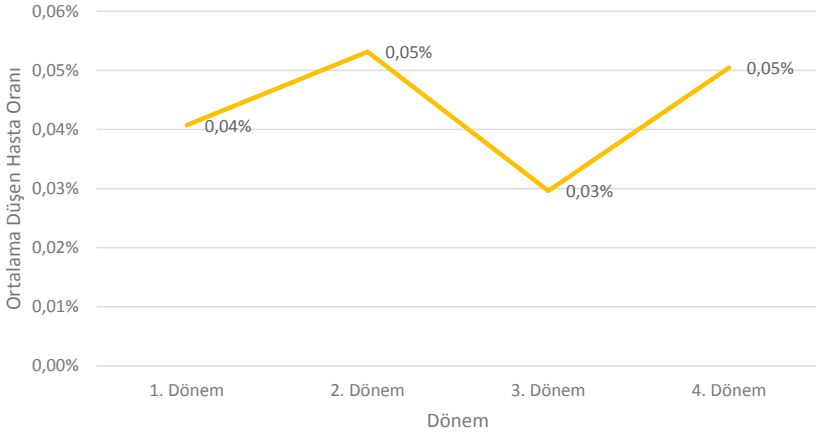
2.3.3. Düşen Hasta Oranı

Bulgular: Hastanelerdeki düşen hasta oranları tüm çalışma boyunca oldukça düşük seyretmiştir. Bu durumun çalışanlar tarafından düşme olayı bildirimlerinin yapılmadığına bağlı olduğu düşünülmüş, hastaneler bu konuda personel bilincini artırmak adına süreç boyunca düzenli eğitimler gerçekleştirmişlerdir. Eğitimler sonucunda bildirim sayılarında minör artışlar görülmüştür. Bu durumun çalışma grubu hastanelerinin hasta düşmelerine yönelik başarısını ortaya koyabileceği düşünülmektedir.

2012 yılında hastanelerin %87.3'ü en sık görülen düşme sebebini "Hasta Kaynaklı Düşme" olarak bildirmişlerdir ve spesifik olarak, en sık düşme olaylarının hastanın yalnız ayağa kalkmak istemesi anında olduğu hastanelerin manuel bildirimlerinden edinilen bir bilgidir.

	1. Dönem	2. Dönem	3. Dönem	4. Dönem	Ort.
Ortalama Hedef Değer	0,87%	0,69%	0,68%	0,29%	0,63%
Ortalama Düşen Hasta Oranı	0,04%	0,05%	0,03%	0,05%	0,04%

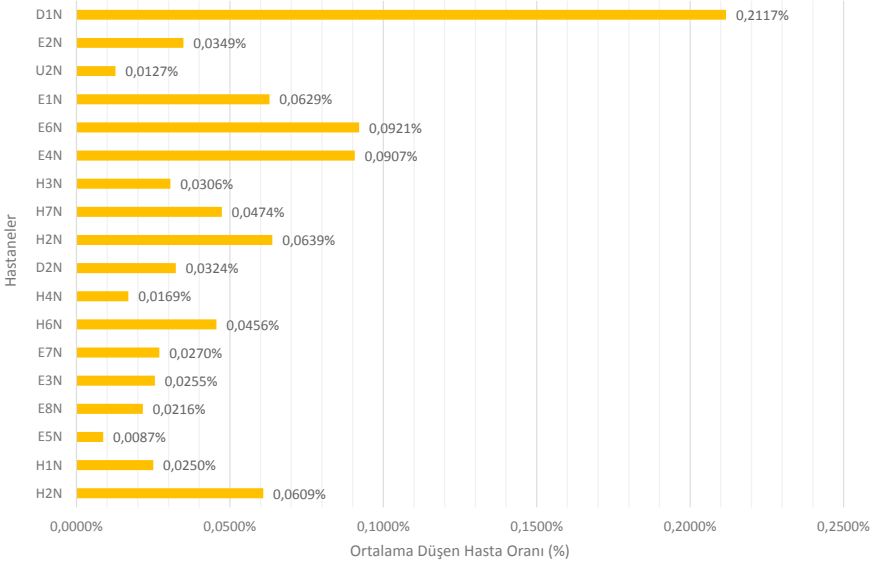
2.3.3.1. Dönemsel Düşen Hasta Oranı Dağılımı



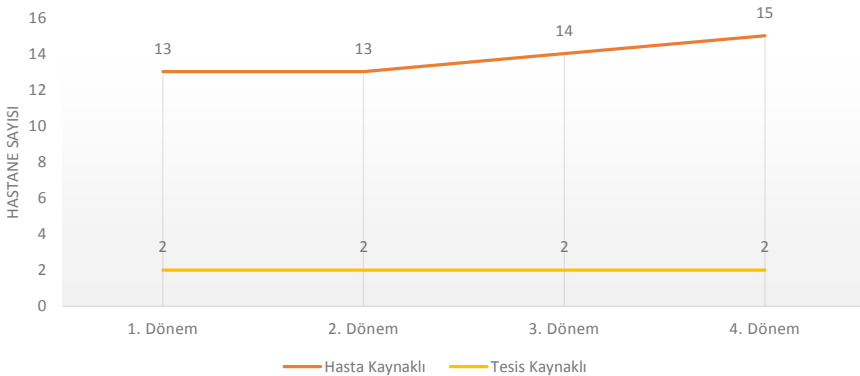
2.3.3.2. Dönemsel Hedef Değer Dağılımı



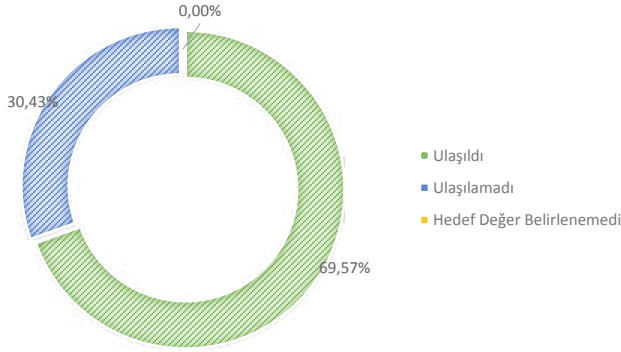
2.3.3.3. 2012 Yılı Düşen Hasta Oranları



2.3.3.4. Dönemsel En Sık Görülen Düşme Sebebi Dağılımı



2.3.3.5. Hedef Değere Ulaşım Oranı

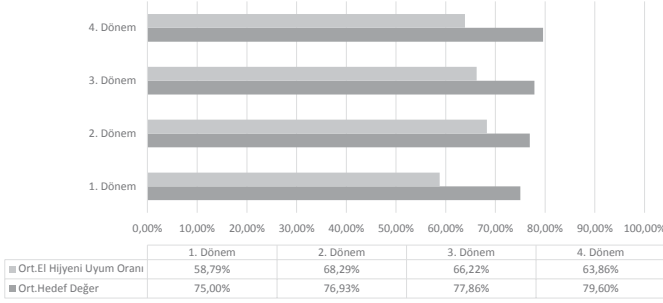


2.3.4. Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı

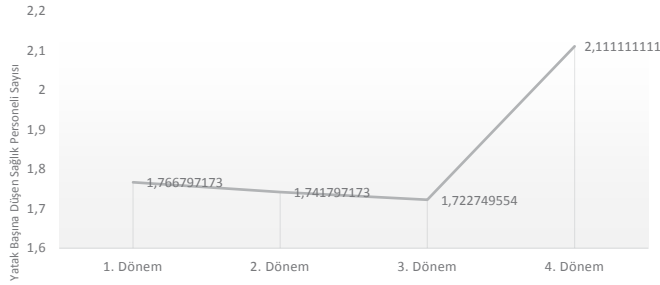
Bulgular: Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı, çalışanların günlük rutin davranış değişikliğini gerektirdiğinden, takibi konusunda hastanelerde en çok sorun yaşanan indikatör olmuştur. Düzenli eğitimlerle çalışanlara el hijyeninin önemi anlatılmış olsa da personelin gözlemlere karşı olan tepkilerini azaltma yönünde kayda değer bir iyileşme sağlanamamıştır. Uygulamaya en iyi uyum hemşireler tarafından gösterilmiştir.

	1. Dönem	2. Dönem	3. Dönem	4. Dönem
Ort.Hedef Değer	75,00%	76,93%	77,86%	79,60%
Ort.El Hijyeni Uyum Oranı	58,79%	68,29%	66,22%	63,86%
Ort.Yatak Başına Düşen Hekim Dışı Sağlık Personeli	1,766797	1,741797	1,72275	2,111111
El Hijyeni Uyumu ile Yatak Başına Düşen Hekim Dışı Sağlık Personeli Korelasyonu	-0,41092	-0,15208	-0,16409	-0,13437

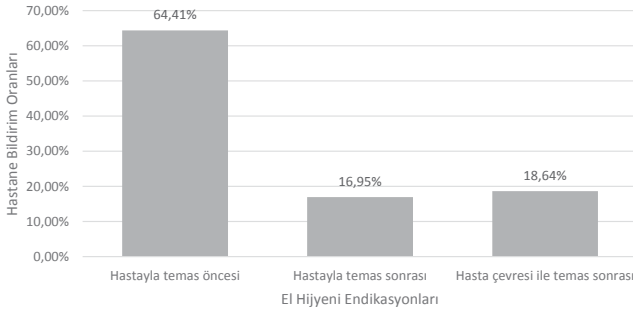
2.3.4.1. Dönem Bazında Ortalama El Hijyeni Uyum Oranı ve Hedef Değer Dağılımı



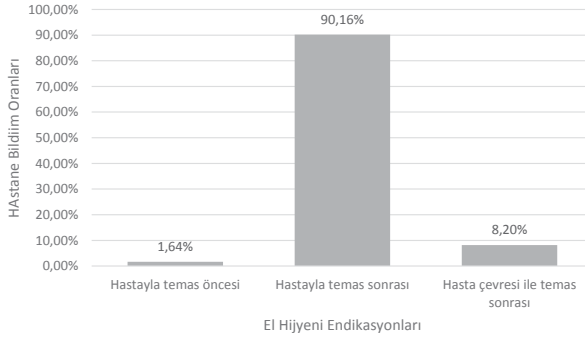
2.3.4.2. Dönem Bazında Yatak Başına Düşen Hekim Dışı Sağlık Personeli Dağılımı



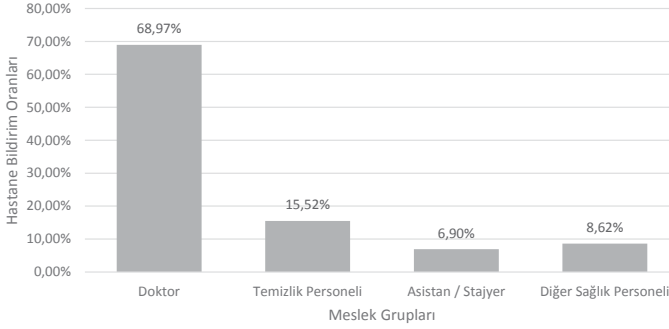
2.3.4.3. En Düşük Uyumun Görüldüğü El Hijyeni Endikasyonu



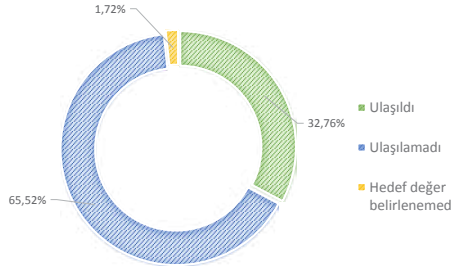
2.3.4.4. En Yüksek Uyumun Görüldüğü El Hijyeni Endikasyonu



2.3.4.5. Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyumunun En Düşük Seyrettiği Meslek Grupları Dağılımı



2.3.4.6. Hedef Değere Ulaşım Oranları



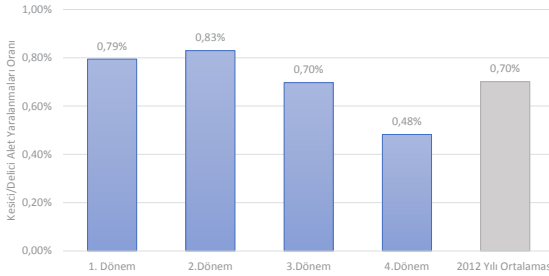
2.3.5. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı

Bulgular: Kesici/delici alet yaralanmaları oranında hastaneler çalışma süresinin son yarısında büyük iyileşme göstermişlerdir. Hastanelerdeki, konuyla ilişkili düzenli eğitimlerin bu duruma katkısı olduğu açıktır. Olay bildirimini esnasında kullanılan formların karmaşıklığı, çok detaylı bilgi istenmesi ve bildirim sonrasında gereken tıbbi takiplerin uzun sürmesinin, çalışanların bildirim sayılarını azaltmakta olduğu görülmüştür. Hastaneler süreç içinde aşağıdaki çalışmaları gerçekleştirmişlerdir:

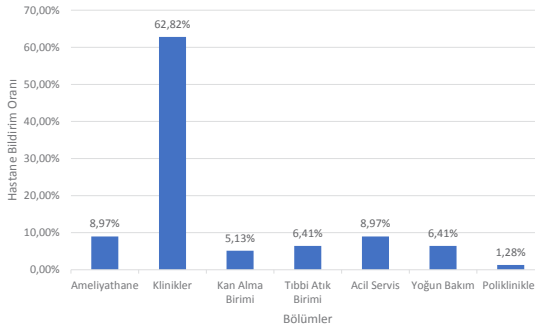
- Bildirim formlarının daha basit hale getirilmesi yönünde revizyonlar
- Düzenli eğitimler ve HBYS üzerinden bilgilendirmeler/uyarılar

Kesici/delici alet yaralanmalarına en sık sebep olan malzeme enjektör iğnesi olarak belirlenmiştir.

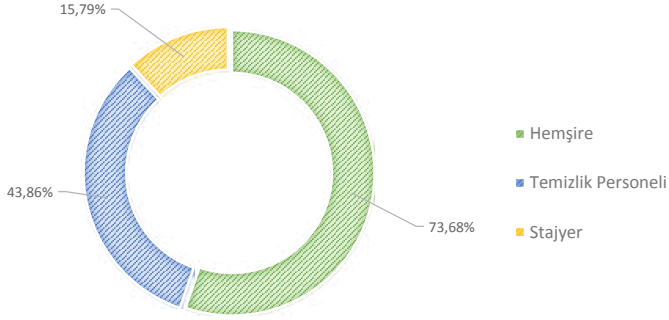
2.3.5.1. Dönem Bazlı Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Dağılımı



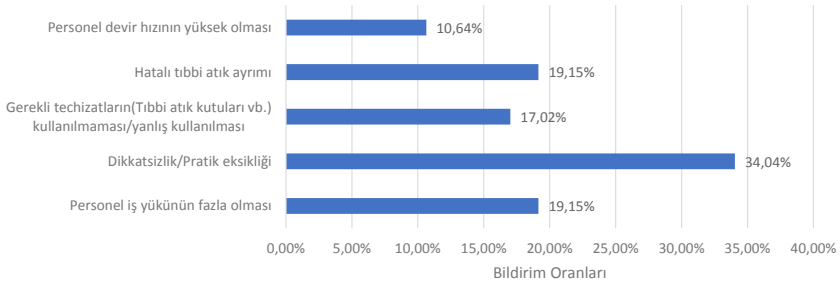
2.3.5.2. Kesici/Delici Alet Yaralanmalarının En Sık Görüldüğü Alanlar



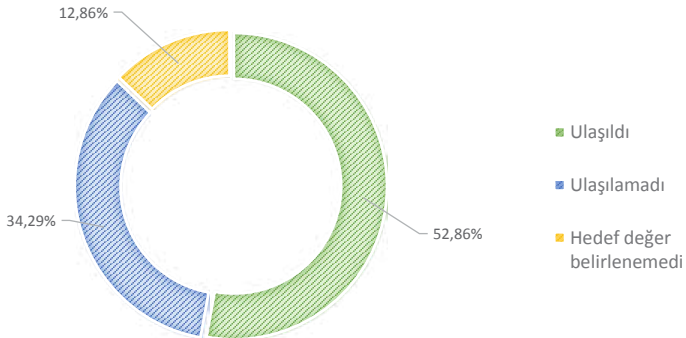
2.3.5.3. Kesici/Delici Alet Yaralanmalarına En Sık Maruz Kalan Meslek Grubu



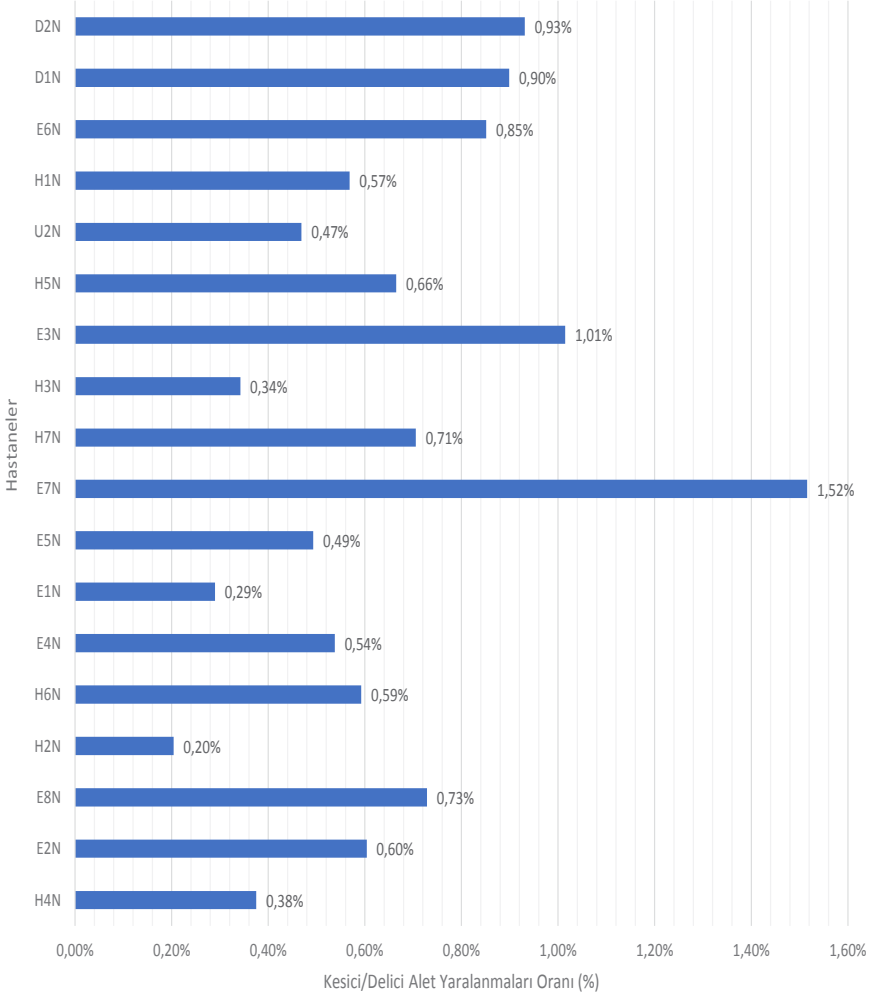
2.3.5.4. Kesici/Delici Alet Yaralanma Sebepleri



2.3.5.5. Hedef Değere Ulaşım Oranları



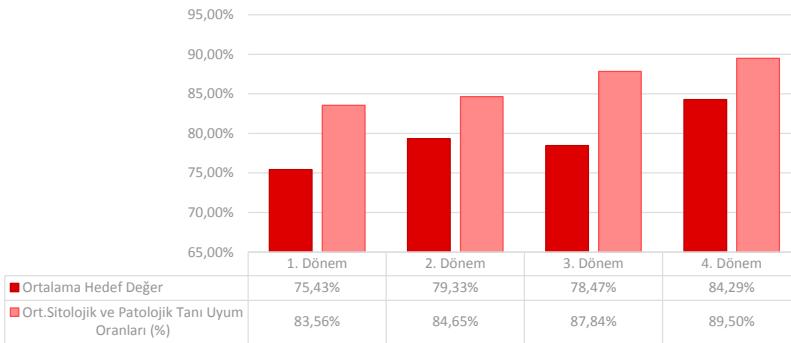
2.3.5.6. Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranları



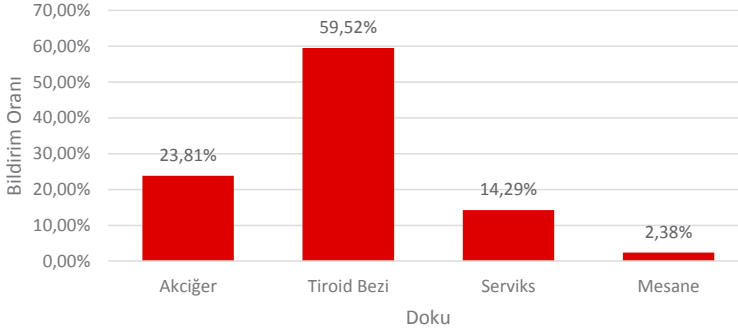
2.3.6. Sitolojik-Patolojik Tanı Uyum Oranı

Bulgular: Çalışmalarda sitolojik-patolojik tanı uyum oranı, mesleki yetkinliğin kontrol edildiği endişesi ve bilgi sistemlerine entegrasyon zorluğu sebebiyle takibinde sorunlar yaşanan bir diğer indikatördür. Çalışan direnci bilgilendirme ve eğitimlerle aşılabilese dahi sitoloji ve patoloji işlemlerinin aynı kurumda yapılmadığı durumlarda, veri sayısı minimum seviyede kalmaktadır. İndikatörü otomasyon üzerinden takip edemeyen hastaneler, bu işleme yönelik takip formları kullanmışlardır. Diğer yandan çok yüksek hasta sirkülasyonunun olduğu hastanelerde bu indikatörün takibinin gerçekleştirilmesi, veri sayısı az da olsa, büyük bir karşılaştırma tablosu gerektireceğinden fazla iş yükü oluşturmaktadır. Hastanelerin %59,52’si en sık uyumsuzluk görülen dokuyu ‘tiroid bezi’ olarak bildirmişlerdir fakat bu veri tek başına tiroid bezinde en çok uyumsuzluk görüldüğünü göstermemektedir. Bu kaniya varmak için doku bazında işlem sayılarına ihtiyaç duyulmakta ve doku bazında uyum oranının uzun vadede takibini gerekmektedir. Diğer bir tartışma konusu işlemlerde kullanılan biyopsi yöntemleridir. Biyopsi yönteminin değişikliği sonrasında bazı hastanelerde uyum oranının arttığı bildirilmiştir.

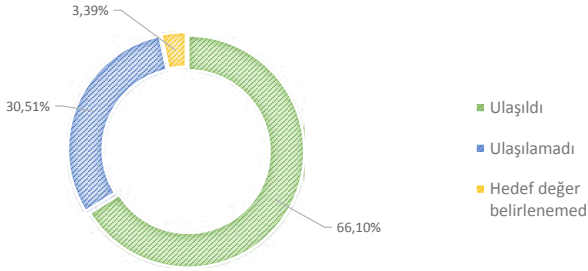
2.3.6.1. Dönem Bazında Sitolojik/Patolojik Tanı Uyum Oranı Dağılımı



2.3.6.2. En Sık Uyumsuzluk Görülen Doku



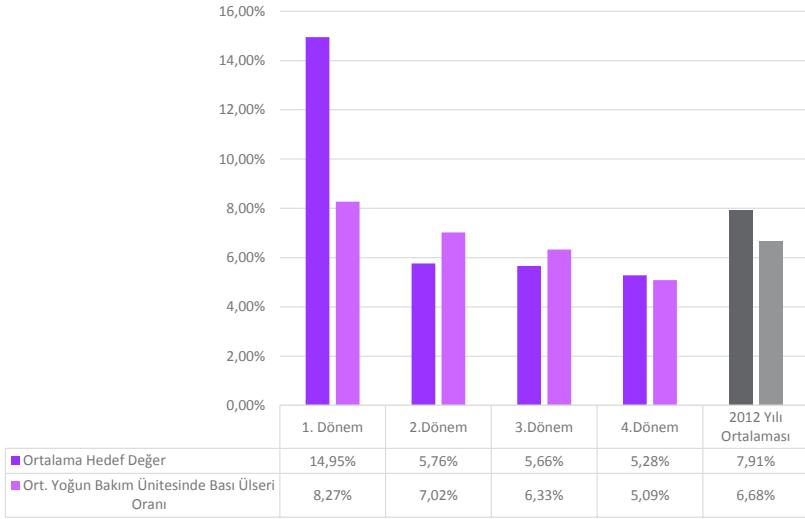
2.3.6.3. Hedef Değere Ulaşım Oranı



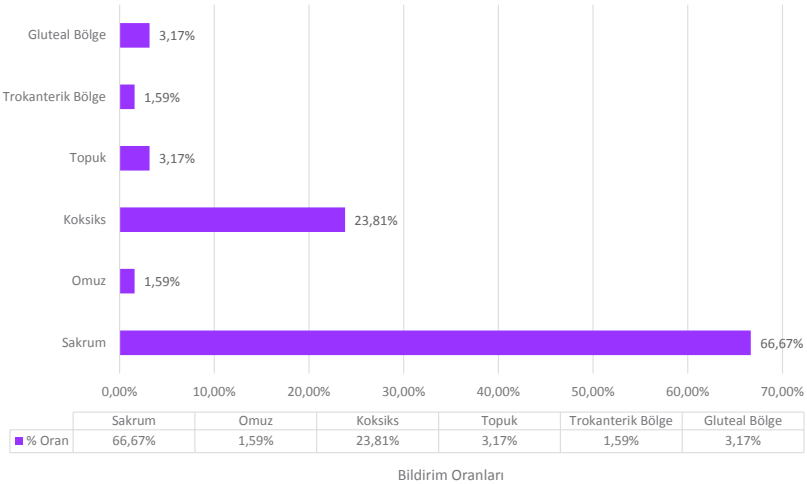
2.3.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı

Bulgular: İndikatör uzun süredir takip edilmesine rağmen, bazı kurumlarda yoğun bakıma yatış öncesinde oluşmuş bası yaralarının yeni bası yarası olarak raporlanmaya devam edildiği görülmüştür. İndikatörün temel amacı hastanenin kendi yoğun bakım ünitelerinde bası yaralarının oluşmasını azaltmak olduğundan, bası yaraları, seviyeleri ve ne zaman, hangi durumları bası yarası olarak rapor edecekleri konusunda yoğun bakım hemşirelerinin sıkı eğitimi gerekmektedir. Hedef değerler konusunda süreç başında sorun yaşansa da, son 6 aylık dönemde hastanelerin oldukça isabetli hedef değerler belirledikleri izlenmiştir. Bildirimlere bakıldığından en sık bası ülseri gelişen bölgenin “sakrum” olduğu görülmektedir.

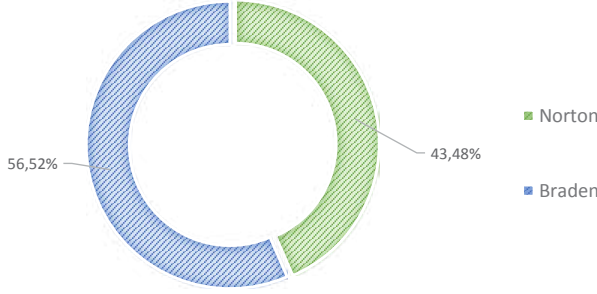
2.3.7.1. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı ve Hedef Değer Dağılımı



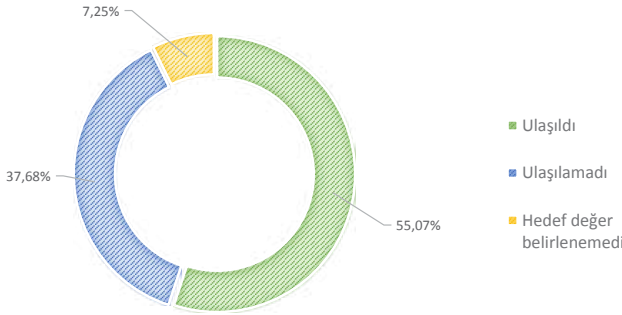
2.3.7.2. Bası Ülserinin En Sık Geliştiği Anatomik Bölge



2.3.7.3. Proje Hastanelerinin Bası Ölçeği Kullanım Oranı



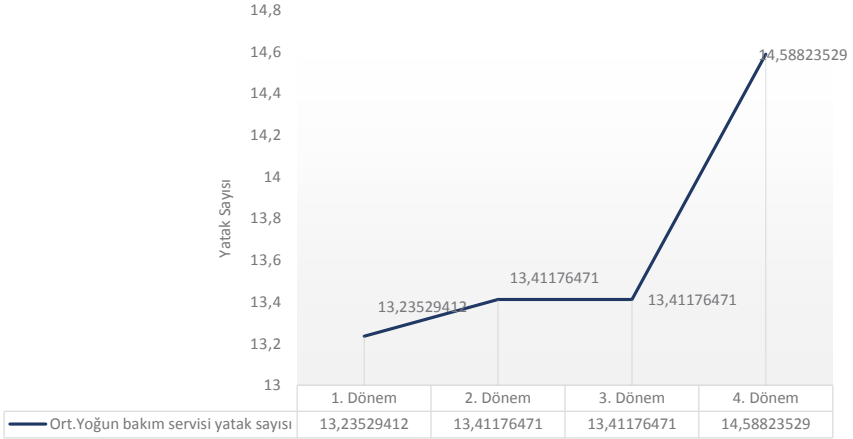
2.3.7.4. Hedef Değere Ulaşım Oranı



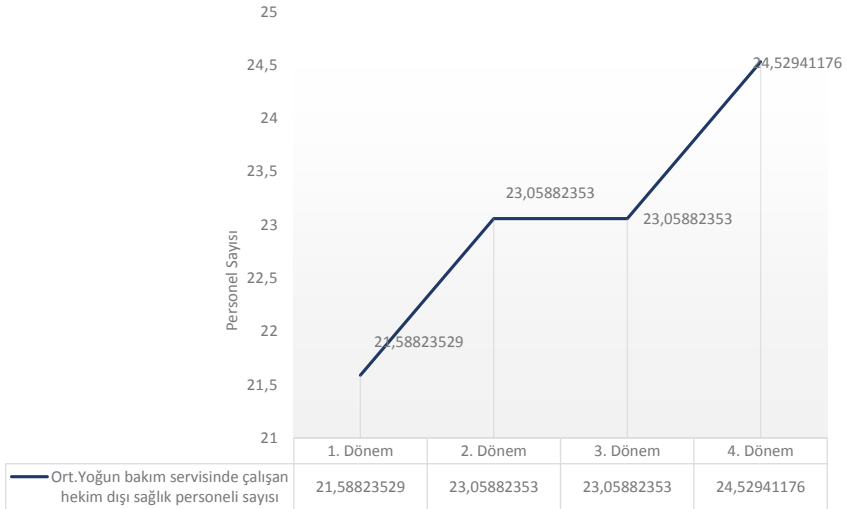
2.3.8. Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı

Bulgular: Yoğun bakımda kullanılan beklenen mortalite ve gerçekleşen mortalite oranlarının 4. dönemde de benzer eğriler göstermesine rağmen aralarında kayda değer farklar bulunması, beklenen mortalite hesaplamasının gözden geçirilmesi gerekliliğini düşündürmüştür. Hastanelerde yatak başına düşen personel sayısının mortalite oranı ile korelasyonu incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır fakat bu durum mortalite düzeyinin azaltılması konusunda etkili bir unsur olmadığını işaret etmemektedir. Tüm hastaneler otomasyon sistemleri üzerinden verilerini almaktadır ve veri toplama açısından herhangi bir sorunla karşılaşmamışlardır.

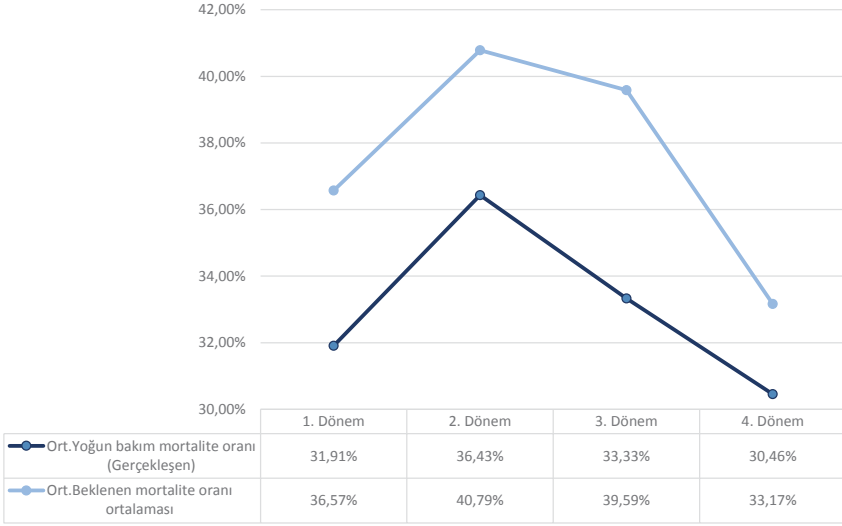
2.3.8.1. Dönem Bazında Yoğun Bakım Servisi Yatak Sayısı Dağılımı



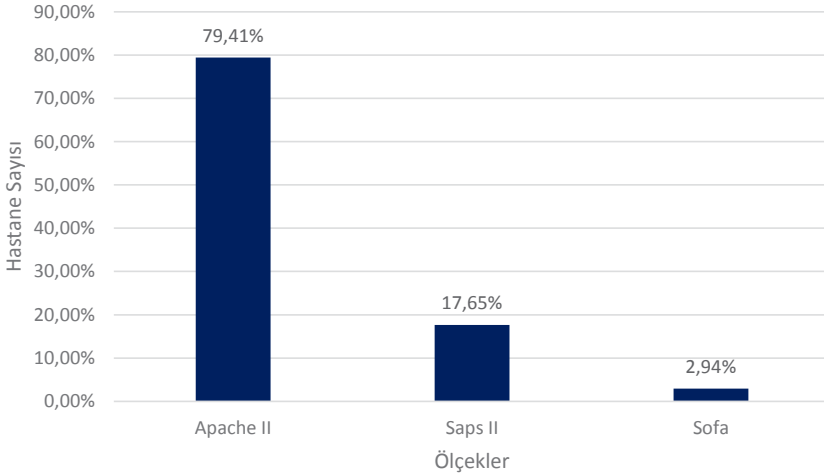
2.3.8.2. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesinde Görevli Hekim Dışı Personel Sayısı Dağılımı



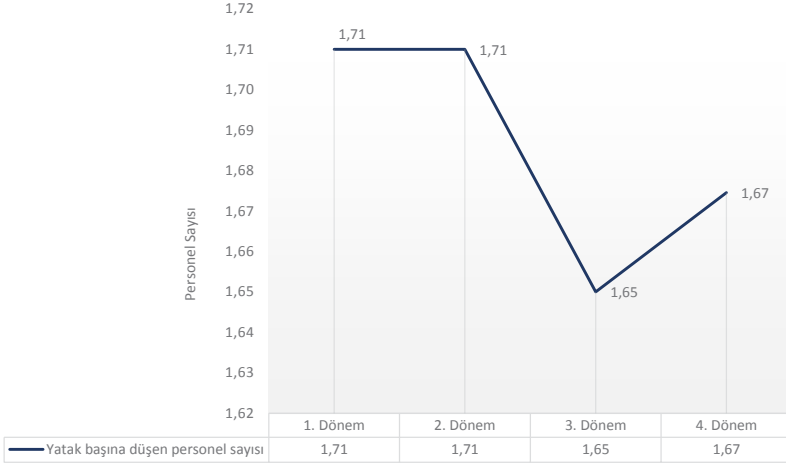
2.3.8.3. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesi Gerçekleşen ve Beklenen Mortalite Oranı Dağılımı



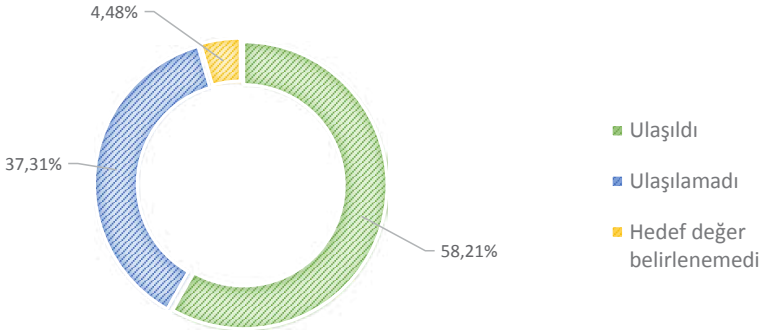
2.3.8.4. Proje Hastanelerinde Mortalite Ölçeklerinin Kullanım Oranı



2.3.8.5. Dönem Bazında Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Başına Düşen Personel Sayısı



2.3.8.6. Hedef Değere Ulaşım Oranı



BÖLÜM 3

SIYÖS'ün Geliştirilmesi

3.1 İndikatörler

SİYÖS projesinden bugüne kadar elde edilen veriler, kurumların geri bildirimleri, analizler sonucunda yapılan değerlendirmeler, projenin bundan sonraki süreçte izleyeceği yolda belirleyici olacaktır. Mevcut indikatörlerin revizyonu, yeni indikatörlerin eklenmesi, bazı indikatörlerin proje kapsamında takipten çıkarılması, projeye dâhil olan kurum sayısının artırılması ya da sistemin ülke geneline yaygınlaştırılması gibi konulara ilişkin kararlar doğrultusunda SİYÖS dönemsel veya yıllık olarak sürekli gelişmeye devam edecektir.

Bugüne kadar,. gerek organize edilen çalıştaylarda, gerekse SİYÖS'den edinilen geribildirimler çerçevesinde, pilot çalışma grubu içinde indikatörler sürekli bir revizyona tabi tutulmuştur. İndikatörler hakkında gelen yazılı, sözlü tüm geri bildirimler, yapılan revizyon işlemleri sırasında değerlendirilmiştir. Bu şekilde fazla iş yükü oluşturmadan, saha deneyimleri de dikkate alınarak daha faydalı pratik, uygulanabilir ve iyileştirmeye açık bir sistem geliştirilmesi amaçlanmıştır.

3.2 SİYÖS Programı

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan SİYÖS yazılım programı süreç içerisinde son kullanıcı ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde geliştirilmeye çalışılmıştır.

Hastaneler, yazılım ile ilgili olarak, giriş yaparken kullandıkları değer türleri, noktalama işaretleri (ondalık hane ayırıcı vb.) konularında zaman zaman sorunlarla karşılaşmışlardır. Tüm süreçte, programa yönelik her türlü sorun mümkün olduğunca hızlı bir şekilde çözülmüş ve geri bildirimler değerlendirilmiştir.

3.3 SİYÖS'ün Geleceği

İşlevsellik ve altyapı açısından eksiklikleri bulunan mevcut SİYÖS Programının yeni planlanan indikatörlere uyumu söz konusu olmadığından, SİYÖS daha kullanıcı dostu arayüz ve modüler yapıyla, bir masaüstü

yazılımı olarak 2014 yılında yeniden yazılacak ve hastaneler, veri gönderimlerini yeni programı kullanarak kolayca gerçekleştireceklerdir. Yeni indikatörlerin dahil edilmesi ile süreçte yeni bir aşamaya geçilecek ve sistemin ülke genelinde uygulanmasına yönelik alt yapı çalışmaları tamamlandığında, uygulama ülke yararına kullanılan çok önemli bir kazanım olarak görevine devam edecektir.

3.4 SİYÖS Etkinlikleri

SİYÖS çalışma grubuna dâhil olan hastane SİYÖS sorumluları, düzenlenecek çalıştaylar kapsamında bir araya gelecekler, indikatörler konusunda deneyimlerini ve fikirlerini paylaşma fırsatı bulacaklardır.

BÖLÜM 4

Ekler

SKS 112



Kabul Edilmeyen Hasta Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Sunulan acil sağlık hizmetlerinde hastaların sağlık tesislerine kabulünün izlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Sunulan acil sağlık hizmetlerinde hastaların en kısa zamanda uygun sağlık tesislerine yönlendirilmesi ve geri dönüşlerin önlenmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Sağlık tesisine kabul edilmeyen vaka sayısı/Toplam vaka sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Sağlık tesisine transfer sırasında rota değişikliği yapılan vaka oranı 2. Hastane bazında kabul edilmeyen hasta oranı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	BYS(Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Acil sağlık hizmeti sunan birimler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Birim, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Hasta Güvenliği, Etkililik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Kabul edilmeyen vaka; sağlık tesisine ulaşıldığında kabul edilmeyen ve başka tesislere yönlendirilen hastayı ifade eder.



Vakaya Ulaşma Süresi

<i>Kısa Tanım</i>	Sunulan acil sağlık hizmetlerinde vakaya ulaşım süresinin tespiti için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gereççe</i>	Sunulan acil sağlık hizmetlerinde vakaya en kısa sürede ulaşılması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Vakaya ulaşma süreleri toplamı/Toplam vaka sayısı)
<i>Alt İndikatörler</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kırsalda vakaya 30 dakikanın altında ulaşma oranı 2. Merkezde vakaya 10 dakikanın altında ulaşma oranı 3. İstasyon bazında vakaya ulaşma süresi dağılımı 4. Merkezde vakaya ulaşma süresi ortalaması 5. Kırsalda vakaya ulaşma süresi ortalaması
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	BYS(Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Acil sağlık hizmeti sunan birimler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Birim, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Etkinlik, Hasta Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vakaya ulaşma süreleri dakika olarak hesaplanmalıdır. • Vakaya ulaşma süresi hesaplamasında acil çağrı dışı görevlendirmeler (hastaneler arası nakil, eve nakil, ex morga nakil, protokol, tetkik için nakil, sağlık tedbirleri, tören, gösteri, spor karşılaşmaları vb.) hesaplama dışı bırakılır. • Kırsal bölge sınırları İl Sağlık Müdürlükleri tarafından belirlenir.



Yerinde Müdahale Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Komuta Kontrol Merkezi Danışman hekiminin vaka analizi ve ambulans yönlendirme durumunun izlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	İstasyon bazında vaka analizlerinin etkin bir şekilde yapılması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Yerinde yapılan müdahale sayısı / Toplam vaka sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. İstasyon bazında yerinde yapılan müdahale oranı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	BYS(Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Acil sağlık hizmeti sunan birimler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Birim, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Verimlilik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	

SKS ADSM



Fissür Sealant Uygulama Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan birimlerde, 6-13 yaş grubu hastalarında koruyucu amaçlı fissür sealant uygulamalarının izlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Koruyucu tedavi metotlarının daha etkin kullanılmasını sağlamak ve bu konuda toplum bilinci oluşturmak amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (6-13 yaş grubu fissür sealant uygulama sayısı / Merkezde tedavi gören 6-13 yaş çocuk sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Hekim bazında fissür sealant uygulama oranı 2. Fissür sealant uygulamalarının yaş bazında dağılımı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	BYS(Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Tesisler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Sağlık tesisi, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik, Hasta Güvenliği, Sosyal Sorumluluk
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	



Tedavi Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan birimlere başvuran hastalarda konservatif tedavi metotlarının kullanım oranını tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	Ağız ve diş tedavilerinde radikal çözümler yerine konservatif tedavi metotlarının kullanımını artırarak toplumun ağız ve diş sağlığını iyileştirmek amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Dolgu yapılan diş sayısı+kanal tedavisi yapılan diş sayısı/ Dolgu yapılan diş sayısı+kanal tedavisi yapılan diş sayısı) \times 100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Hekim bazında gerçekleştirilen tedavi oranı 2. Hekim bazında dolgu oranı 3. Hekim bazında kanal tedavisi oranı 4. Yaş gruplarına göre tedavi oranları 5. Diş numaralarına göre tedavi oranları
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	BYS(Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Tesisler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Sağlık tesisi, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Hasta Güvenliği, Klinik Etkililik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	

SKS Hastane



Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Acil servise 24 saat içinde aynı şikâyetle tekrar başvuran hasta sayısı ve oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	Acil serviste hizmet sunumu ve hasta bakımında kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hasta sayısı/Acil servise başvuran hasta sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Tekrar başvuran hastalarda tanı dağılım yüzdeleri 2. Tekrar başvuran hastaların sorumlu hekim bazında dağılımları 3. Tekrar başvuran hastalarda konsültasyon oranları 4. Tekrar başvuran hastaların ilk başvuru zamanları (Mesai içi, mesai dışı)
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 24 saatlik süre; hastanın acil servise ilk başvurduğu saatte başlar ve sonraki 24 saati kapsar. • Birden fazla acil servisi bulunan sağlık tesislerinde indikatör, her servis için ayrı olarak takip edilmelidir. • Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Acil Serviste Müşahede Süresi

<i>Kısa Tanım</i>	Acil servislerde, müşahede yatırılan hastaların yatış sürelerini izleme amacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Acil servislerde hizmet sunumunun verimliliğini ve etkililiğini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Müşahede yatan hastaların yatış süreleri toplamı/Müşahedeye yapılan toplam yatış sayısı)
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Müşahede yatan hastalar içinde 12 saatten fazla yatan hastaların oranı 2. 12 saatten fazla yatan hastaların yatış nedenine göre dağılımı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Verimlilik, Hasta Odaklılık
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Yatış süreleri dakika olarak hesaplanmalıdır. • Birden fazla acil servisi bulunan sağlık tesislerinde indikatör, her servis için ayrı olarak takip edilmelidir. • Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Ameliyat Masası Kullanım Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Ameliyat masalarının etkin ve verimli kullanımını değerlendirmeye yönelik oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	Hasta bekleme sürelerinin azaltılması, hastane kaynaklarının, zaman, emek, maliyet açısından en uygun ve verimli şekilde kullanılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda her bir ameliyat masası için; (İlgili masada gerçekleştirilen ameliyatların toplam süresi/ Toplam mesai saati) x 100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Masa bazında iki vaka arasında geçen ortalama süre
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Verimlilik, Etkinlik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nöbetlerde ve mesai saati dışında gerçekleştirilen ameliyatlar, indikatörün hesaplanmasında kapsam dışı tutulacaktır. • Ameliyat süresi: Hastanın ameliyat odasına girdiği ve odadan çıktığı saatler arasında geçen süredir. Sağlıklı veri toplanabilmesi için hastanın ameliyat salonuna giriş ve çıkışında hasta barkodunun barkod okuyucuya okutulması önerilir. • Hastane tarafından hekim potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları

<i>Kısa Tanım</i>	Cerrahi işlem sonrasında hastalarda görülen cerrahi alan enfeksiyonlarının izlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gereke</i>	Cerrahi işlem sonrasında hasta bakımında kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	Seçilen NNIS Kodunda Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAİ) Hızı İlgili dönemde; (Seçilen NNIS kodunda gelişen CAİ sayısı / Seçilen NNIS kodundaki cerrahi girişim sayısı) x 100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. İlgili cerrahi girişim için servis ya da klinik bazında gerçekleşen cerrahi alan enfeksiyon hızı 2. Cerrahi alan enfeksiyon hızının enfeksiyon risk skorlamasına göre dağılımı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Sürveyans verileri, HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik, Hasta Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir. Güncellenen Hastane Enfeksiyonları tanı kriterleri kapsamında ameliyat kategorilerine göre belirlenen takip süresi 30 ila 90 gün arasında değişiklik göstermekte olup seçilen Seçilen NNIS Koduna göre belirlenen takip süreleri esas alınmalıdır. Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans standartlarında belirtilen yatak sayısına göre takip edilecek prosedür sayısı belirlenmelidir.



Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksi uygulamalarının izlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gereççe</i>	Cerrahi hastalarında kullanılan antibiyotik profilaksisi uygulamalarının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	Seçilen NNIS kodlarında Cerrahi Profilakside Kullanılan Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranı İlgili dönemde; (Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Profilaksi Rehberine Uygun olarak Kullanıldığı Hasta Sayısı / Cerrahi Profilaksi Verilen Hasta Sayısı) X 100
<i>Alt İndikatörler</i>	Seçilen NNIS kodlarında cerrahi profilakside; <ol style="list-style-type: none"> 1. Uygun olmayan antibiyotiğin kullanıma oranı 2. Antibiyotiğin uygun olmayan sürede kullanıma oranı 3. Servislere göre antibiyotiklerin doğru kullanım oranı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Sürveysans verileri, HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	Her cerrahi girişim sonrasında veri toplanmalıdır.
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik, Hasta Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir. • Ulusal hastane enfeksiyonları sürveysans standartlarında belirtilen yatak sayısına göre takip edilecek asgari prosedür sayısı belirlenmeli ve belirlenen bu kodlarda profilaksi indikatörü kullanılmalıdır. Kurumca bu sayılar artırılabilir. • İzlenecek cerrahi prosedürlerin tespitinde cerrahi prosedürün gerçekleştirilme sıklığı, antibiyotik profilaksisi açısından en sorunlu olduğu düşünülen alanlar veya enfeksiyon oranının yüksek olduğu tespit edilen cerrahi prosedürler gibi konular dikkate alınmalıdır. • Bu indikatörün takibinde doğru ilacın uygulanmasına yönelik değerlendirmenin yanında doğru doz, doğru süre, doğru endikasyon da değerlendirilmelidir.



Düşen Hasta Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Yatışı yapılan hastalarda düşme olaylarının ve sebeplerinin izlenmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Hastanelerde hasta güvenliğini sıklıkla tehdit eden düşme olaylarının izlenmesi ve önlenmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/İlgili ayda yatışı yapılan toplam hasta sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Düşen hasta sayısının düşme nedenine göre oransal dağılımı 2. Düşen hasta sayısının yüksek düşme risk skoruna sahip düşen hasta sayısına göre dağılımı 3. Bölüm bazında düşen hasta oranı 4. Düşen hasta sayısının düştüğü yere göre oransal dağılımı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Bildirimler, HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	Her düşme olayı sonrasında veri toplanmalıdır.
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Hasta Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hastane tarafından hasta potansiyeli ve düşme olaylarının sayısına göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Taburcu olan hasta dosyalarının eksiksiz olarak doldurulmasına yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
<i>Gereke</i>	Taburcu olan hasta dosyalarına ilişkin kayıtların tam izlenebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda arşive teslim edilen dosyalardan; (Eksiksiz doldurulan hasta dosyası sayısı/Toplam hasta dosyası sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Bölüm bazında eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranı 2. Cerrahi bölümlerden gelen dosyalarda eksik doldurulan güvenli cerrahi kontrol listesi oranı 3. Tüm bölümlerden gelen dosyalarda eksik doldurulan düşme riski ölçeği oranı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Hasta dosyaları
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Gün
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	İzlenebilirlik, Verimlilik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Eksiksiz Doldurulan Hasta Dosyası: SKS 00.03.01.01.00 kodlu standarda uygun olan dosyayı ifade etmektedir. Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir. Tamamen elektronik hasta kaydına geçiş yapmış, fiziksel arşiv bulundurmeyen hastaneler takiplerini ve analizlerini otomatik olarak bilgi sistemleri üzerinde gerçekleştirebilirler.



Hasta Sevk Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	İlgili ayda acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastaların değerlendirilmesine yönelik oluşturulan bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Acil serviste hizmetin yeterliliğinin ve verimliliğinin izlenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda, ilgili acil serviste; <ul style="list-style-type: none"> • Bir başka sağlık merkezine sevk edilen hasta oranı: (Başka sağlık merkezine sevk edilen hasta sayısı/Acil servise başvuran hasta sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Sevk edilen hastalarda teşhis dağılım yüzdeleri 2. Sevk edilen hastaların sorumlu hekim bazında dağılımı 3. Sevk edilen hastalarda konsültasyon oranları 4. Sevk edilen hastaların ilk başvuru zamanları (Mesai içi, mesai dışı)
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik, Verimlilik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir. • Bu indikatör, tüm acil servisler için, ayrı olarak takip edilmelidir.



Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Kurumda uzman hekim başına düşen poliklinik oda sayısını izlemek için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
<i>Gereke</i>	Aktif çalışan her klinisyen uzman hekime bir poliklinik odası tahsis edilerek verimliliğin artırılması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Toplam poliklinik oda sayısı /Aktif çalışan klinisyen uzman hekim sayısı)
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Bölüm bazında hekim başına düşen poliklinik odası oranı <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Etkinlik, Verimlilik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> İndikatörün hesaplanması sırasında aktif olarak çalışmayan hekimler (hastane yöneticileri vb.), pratisyen hekimler, acil tıp uzmanları, temel tıp bilimleri uzmanları, anestezi ve reanimasyon uzmanları kapsam dışı tutulacaktır. Kurumda en az 1 ay süreyle aktif çalışan klinisyen uzman hekimler hesaplama dahil edilecektir.



Hemşire Bölüm Değişirme Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Hastanede çalışan hemşirelerin bölüm değişirme durumlarının değerlendirilmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
<i>Gereke</i>	Hemşirelerin yetkinliklerine uygun bölümlerde istihdam edilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Bölüm değıştiren hemşire sayısı /Toplam hemşire sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Kendi talebi doğrultusunda bölümü değıştirilen hemşire oranı 2. Yönetim tarafından bölümü değıştirilen hemşire oranı 3. Yetkinlik belgesi kapsamı dışındaki bir bölümde çalışan hemşire oranı
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Etkinlik, Verimlilik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ebeler ve sağlık memurları hesaplamaya dahil edilecektir. • Geçici görevle çalışan personel hesaplamada kapsam dışı tutulacaktır.



Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı

Kısa Tanım	Çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Sağlık çalışanları için en önemli risk faktörlerinden birisi kan ve vücut sıvılarına maruz kalmaktır. Bu indikatör ile riskleri azaltmak ve çalışan güvenliğini sağlamak amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Sağlık hizmeti sunulan alanlarda çalışan toplam personel sayısı)x100
Alt İndikatörler	1. Kan ve vücut sıvılarına maruz kalan çalışanların mesleki dağılımı 2. Bölüm bazında kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranı 3. Kan ve vücut sıvılarına maruz kalan vücut bölgesine göre dağılım
Hedef Değer	-
Veri Kaynağı	Bildirimler, HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
Veri Toplama Periyodu	Her kan ve vücut sıvılarına maruz kalma olayı sonrasında veri toplanmalıdır.
Veri Analiz Periyodu	Maksimum 3 Ay
Sorumlular	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
Çıkış Noktası	Çalışan Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	<ul style="list-style-type: none"> • Kan ve vücut sıvıları ile cilt ve mukoza teması söz konusu ise olay hesaplamaya dahil edilir. • Hastanede sağlık hizmeti sunulan alanlarda çalışan tüm personel hesaplamaya dahil edilmelidir.



Kesici/Delici Alet Yaralanmaları

<i>Kısa Tanım</i>	Kesici/delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenleri ile ilgili geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	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.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Raporlanan toplam kesici/delici alet yaralanma sayısı/Toplam çalışan sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalan çalışanların meslek gruplarına göre dağılımı 2. Yaralanmaya neden olan kesici/delici aletlerin oransal dağılımı 3. Kontamine kesici/delici alet yaralanmaları oranı 4. Servis bazında kesici/delici alet ile yaralanma oranları 5. Yaralanan personelde kişisel koruyucu ekipman kullanma oranları
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Bildirimler, HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	Her kesici/delici alet yaralanması sonrasında veri toplanmalıdır.
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Çalışan Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Olaya maruz kalan kişi birden fazla kesici/delici alet yaralanmasına maruz kaldığında her olay ayrı değerlendirilmelidir.



Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi

<i>Kısa Tanım</i>	Acil servise çağrılan konsültan hekimin acil servise ulaşma sürelerinin tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	Acil servis süreçlerinin verimliliğinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda, ilgili acil serviste; (Konsültan hekimlerin ulaşma süreleri toplamı/Hastane içi konsültasyon istem sayısı)
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi 2. Hekim bazında acil servise ortalama ulaşma süresi
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Verimlilik, Hasta Odaklılık
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Konsültasyon süreleri dakika olarak hesaplanmalıdır. • Hesaplamaya sadece hastane içi konsültasyon istemleri dahil edilecektir. • Hastane tarafından konsültasyon sayısına göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Sezaryen Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Sezaryen ile yapılan doğumların izlenmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen planlanırken, gebeye ve gebeliğe özgü yararları ve riskleri göz önüne alınmalıdır. DSÖ sezaryen oranlarının %10-15'ten fazla olmasının uygun olmadığı konusunda tavsiyede bulunmuştur. Sezaryenin optimal oranı tartışılmaya devam edilse de, gelişmiş ülkelerde, yüksek sezaryen oranlarının maternal riskleri artırabileceği, ilerideki gebelikler için olumsuz etkileri olduğu ve sağlık hizmetleri açısından da ek maliyetlere neden olduğu konusundaki düşüncelerden dolayı bu oranı azaltmak amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda; (Toplam sezaryen sayısı/Toplam doğum sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hekim bazında C/S oranları 2. Endikasyon bazında C/S oranları 3. C/S sonrası mortalite ve morbidite oranları 4. Hasta yaşına göre C/S oranları dağılımı 5. Tüm C/S vakaları içinde primer C/S yüzdesi 6. Tüm doğumlar içinde primer C/S yüzdesi
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik, Hasta Odaklılık ve Hasta Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hastane tarafından doğum sayılarına göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Sitolojik ve Patolojik Tanı Uyum Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Aynı hastada aynı dokudan alınmış örneklerde gerçekleştirilmiş sitolojik ve patolojik incelemelere ilişkin tanıları arasındaki uyumu değerlendirmek üzere geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	Patoloji laboratuvarı süreçlerinde klinik etkililiğin ve hasta güvenliğinin izlenmesi ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	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) \times 100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Doku bazında sitolojik ve patolojik tanı uyum oranları
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik, Hasta Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri gelişen hasta oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Yoğun bakımlarda hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda ilgili yoğun bakım ünitesinde; (Toplam bası ülseri gelişen hasta sayısı/ Toplam yatan hasta sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	<ol style="list-style-type: none"> 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
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Bildirimler, HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Hasta Güvenliği, Klinik Etkililik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hesaplama yapılırken; <ul style="list-style-type: none"> - 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. • Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir. • Bu indikatör, tüm yoğun bakım üniteleri için, ayrı olarak takip edilmelidir.



Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	Yoğun bakım ünitesinde hasta bakım kalitesinin, klinik etkililiğin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda ilgili yoğun bakım ünitesinde; (Ölen hasta sayısı/Taburcu edilen+ölen+sevk edilen hasta sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Klinik Etkililik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir. Bu indikatör, tüm yoğun bakım üniteleri için, ayrı olarak takip edilmelidir.



Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Hızları

<i>Kısa Tanım</i>	Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda gelişen invaziv araç ilişkili hastane enfeksiyonu hızlarının izlenmesi için ölçüm aracıdır.
<i>Gereççe</i>	Yoğun bakım ünitelerinde gelişen araç ilişkili gelişen enfeksiyon hızlarının takip edilmesi ve enfeksiyonların önlenmesine yönelik tedbirlerin zamanında alınması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili dönemde ilgili yoğun bakım ünitesinde; Ventilatör ilişkili pnömoni (VIP) hızı: (VIP enfeksiyon sayısı / Ventilatör kullanım günü) X 1000 Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (ÜSİ-KAT) hızı: (ÜSİ-KAT enfeksiyon sayısı / Üriner kateter kullanım günü) X 1000 Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SVK-KDİ) hızı: (SVK-KDİ enfeksiyon sayısı / Santral venöz kateter kullanım günü) X 1000
<i>Alt İndikatörler</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilatör kullanım oranı (ventilatör kullanım günü / Hasta günü) 2. Santral venöz kateter (SVK) kullanım oranı (SVK kullanım günü / Hasta günü) Üriner kateter kullanım oranı (Üriner kateter kullanım günü / hasta günü)
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Sürveyans Verileri
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	Günlük
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 1 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Hasta Güvenliği, Klinik Etkililik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hastane tarafından hasta potansiyeline ve enfeksiyonların şiddetine göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir. • İnvaziv araç ilişkili sürveyans yapılan tüm yoğun bakımlarda kullanılmalı ve her yoğun bakım için ayrı ayrı olacak şekilde takip edilmelidir.



Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Başvuru Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen hastalardan taburcu sonrası ilk 48 saat içinde tekrar yatışı yapılan hasta oranını izlemek amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekçe</i>	Yoğun bakım ünitelerinde, klinik etkililiğin değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili ayda, ilgili yoğun bakım ünitesi için; (Taburcu ya da kliniğe sevk edildikten sonraki ilk 48 saatte tekrar yatışı yapılan hasta sayısı/İlgili ayda taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Tekrar yatış nedenine göre oransal dağılım
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	HBYS(Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	1 Ay
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Hasta Güvenliği, Klinik Etkililik
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Taburcu ya da kliniğe sevk edildikten sonraki ilk 48 saatte tekrar yatışı yapılan hasta sayısı hesaplanırken bir üst seviye yoğun bakıma veya sağlık tesisine yapılan sevkler dikkate alınmaz. • Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.



Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Uyum Oranı

<i>Kısa Tanım</i>	Yoğun bakım ünitelerinde doğru el hijyeni uygulamalarını izlemek amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
<i>Gerekeçe</i>	Yoğun bakım ünitelerinde, hasta güvenliğini tehdit eden sorunların başında hastane enfeksiyonları gelmektedir. Enfeksiyon oranlarının azaltılması için el hijyeni kültürünün çalışanlara aşılması amaçlanmaktadır.
<i>Hesaplama Yöntemi</i>	İlgili dönemde, ilgili yoğun bakım ünitesi için; (Gözlemlenen endikasyonlarda gerçekleştirilen uygun el hijyeni eylem sayısı (ovma ve el yıkama) /Gözlemlenen toplam el hijyeni endikasyonu sayısı)x100
<i>Alt İndikatörler</i>	1. Endikasyon bazında el hijyeni uyum düzeyi dağılımı 2. Meslek gruplarına göre el hijyeni uyum düzeyi dağılımı 3. Çalışma saati aralıklarına göre el hijyeni uyum düzeyi dağılımı 4. Cinsiyete göre el hijyeni uyum oranları
<i>Hedef Değer</i>	-
<i>Veri Kaynağı</i>	Gözlem kayıtları
<i>İlgili Formlar</i>	Hastaneler, kendi uygulamaları ve ihtiyaçlarına yönelik olarak elektronik ortamda veya yazılı formlar oluşturabilirler.
<i>Veri Toplama Periyodu</i>	Günlük/Aylık
<i>Veri Analiz Periyodu</i>	Maksimum 3 Ay
<i>Sorumlular</i>	Hastane, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumluları belirler.
<i>Çıkış Noktası</i>	Çalışan Güvenliği, Hasta Güvenliği
<i>Dikkat Edilecek Hususlar</i>	• Hastane tarafından hasta ve çalışan potansiyeline göre daha sık bir veri analiz periyodu belirlenebilir.

Kaynakça

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>) Erişim tarihi: 06 Eylül 2012
2. Borzecki, AM., Christiansen, CL., Loveland, S., Chew, P., Rosen, AK. (2010). Trends in the inpatient quality indicators: the veterans health administration experience. *Medical Care*, 48(8), s.694-702
3. Çinal, A., Demir, M. (2011). Hastane Hizmet Kalite Standartları. *TC Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*. Ankara: Pozitif Matbaa.
4. Erol, S. (2008). Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Konrunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s. 43-51.
5. Güler, H. (2013). İndikatör Yönetimi. *TC Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, e-SKS Akademi*. Sözlü sunum. Ocak,2013.
6. NHS Quality Indicators (<http://www.qualitywatch.org.uk>) Erişim tarihi: 22 Ağustos 2012
7. RSHM (2010). Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi. *TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı*. Ankara.
8. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Web Sitesi. İndiktör Yönetimi. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?page=241&lang=tr> Erişim tarihi: 20 Ağustos 2012
9. Tarhan, D. (2013). Klinik Laboratuvarlarda Performans Değerlendirmesi. *TC Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, e-SKS Akademi*. Sözlü sunum. 26.03.2013.
10. Tarhan, D., Erdoğan, S., Çiçek, AÇ. (2014). Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi. *TC Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*. Ankara.
11. The Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Indicators. (<http://www.aihw.gov.au>) Erişim tarihi: 03 Mart 2013

12. Tosun, N., Demirtaş, İ., Şencan, İ., Güler, H., Öztürk, A., Tarhan, D. (2012). SKS Işığında Sağlıkta Kalite Kitabı. 3. cilt. *TC Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*. Ankara.
13. Vincent, C., Burnett, S., Carthey, J. (2013). The measurement and monitoring of safety report. *The Health Foundation UK*, ISBN:978-1-906461-44-7. April,2013.
14. WHO (2009). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. *World Health organization, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. 2009.
15. WHO (2009). World Alliance for Patient Safety. *World Health organization*.