



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Tesisi
**Değerlendirme
Standartları**
Uygulama Rehberi

Hastane

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026

Versiyon 2



Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Uygulama Rehberi

HASTANE - Sürüm 2

2026

İletişim

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü,
Sağlık Tesisi Değerlendirme ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı
E-posta: khgm.degerlendirme@saglik.gov.tr
Web: <https://khgmdegerlendirmegelistirmedb.saglik.gov.tr/>

İçindekiler

1. SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI.....	8
1.1. Temel Dayanak ve Kapsam.....	8
1.2. Standart Rehberinin Hazırlanma Gerekçesi.....	8
2. DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE GÖREVLİ YAPILAR VE ROLLER.....	8
2.1. Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı/Genel Müdürlük).....	8
2.2. İl Değerlendirme Komisyonu.....	9
2.3. SağlıkTesisleri Değerlendirme Komitesi.....	9
3. DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE SIKLIĞI.....	9
3.1. Sağlık Tesisleri Değerlendirme Komitesi (Öz Değerlendirme).....	9
3.2. İl Değerlendirme Komisyonu.....	10
3.3. Bakanlık Değerlendirme Ekipleri (Merkezi Değerlendirme).....	10
4. STANDARTLARIN YAPISI.....	10
4.1. Standartların Kullanımı.....	10
4.2. Standartların Uygulanmasına Yönelik Yol Haritası.....	10
4.3. Mevcut Durum Analizinin Gerçekleştirilmesi.....	11
4.4. Kaynak İhtiyacının Belirlenmesi.....	16
4.5. Uygulama Aşaması ve Süreç İzleme.....	16
5. STANDARTLARIN UYGULANMASI.....	16
STANDART 1: Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	16
STANDART 2: Görüntüleme hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	27
STANDART 3: Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	33
STANDART 4: Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	38
STANDART 5: Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği artırılmalıdır.....	42
STANDART 6: Koroner Anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.....	50

İçindekiler

STANDART 7: Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.....	60
STANDART 8: Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	70
STANDART 9: Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.....	73
STANDART 10: Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	76
STANDART 11: Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	80
STANDART 12: Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.....	84
STANDART 13: Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.....	87
STANDART 14: Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.....	89
STANDART 15: Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır (1).....	91
STANDART 16: Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır (2).....	94
STANDART 17: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır (1).....	98
STANDART 18: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır (2).....	100
STANDART 19: Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....	104
STANDART 20: Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....	110
STANDART 21: Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....	120
STANDART 22: Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.....	127
STANDART 23: Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.....	130
STANDART 24: Eğitim kliniği olan kliniklerde görevli akademik unvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri planlanmalı ve hizmet sözleşmeleri takip edilmelidir.....	134
STANDART 25: Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.....	136
STANDART 26: Evde Sağlık Hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	139
STANDART 27: Kurum Hedef göstergeleri analiz edilmelidir.....	144
STANDART 28: Klinik Rehber ve Protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O).....	146
STANDART 29: Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (O)...	148

Sunuş

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Uygulama Rehberi, Sağlık Tesisi Değerlendirme ve Geliştirme Rehberi kapsamında hazırlanmış olup, sağlık hizmet sunumunun niteliğini artırmak ve hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirmeyi teşvik etmek amacıyla oluşturulmuştur.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda yürütülen sağlıkta kalite çalışmaları; kamu, özel ve üniversite hastanelerinin yanı sıra diğer tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayacak şekilde geniş bir çerçevede sürdürülmektedir. Ancak bu rehber, genel uygulamalardan farklı olarak, saha uygulamalarında daha sık sorun yaşandığı tespit edilen alanlara odaklanmakta ve yalnızca Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsamaktadır.

Bu kapsam sınırlılığı nedeniyle, rehberde yer alan standartlar tüm hizmet alanlarını değil, belirli ve öncelikli hizmet alanlarını hedef alacak şekilde geliştirilmiştir. Bu yönüyle rehber, sağlık hizmetlerinin genel değerlendirme sistematiklerinden ziyade, uygulamada öncelikli müdahale gerektiren alanlara yönelik kalite iyileştirme sürecini desteklemeyi amaçlayan, sınırlı kapsamlı ve hedef odaklı bir içerik sunmaktadır.

Rehber, değerlendirme süreçlerinin etkinliğini artırmak ve sağlık tesislerinde kalite iyileştirme kültürünü desteklemek amacıyla sade ve sistematik bir yapıda hazırlanmıştır. Her değerlendirme başlığında; amaç, ölçütler, rehberlik açıklamaları ve dikkat edilmesi gereken noktalar açık bir şekilde sunulurken, değerlendiricilerin odaklanmasını kolaylaştırmakta ve olası sorunların önceden öngörülmesine katkı sağlamaktadır. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi ve İl Değerlendirme Komisyonu üyelerinin değerlendirme süreçlerinde kullanabilecekleri bu kaynak, uygulayıcılara standartlara dayalı, sistematik bir bakış açısı kazandırmayı ve değerlendirme faaliyetlerinde birlik, tutarlılık ve standardizasyon sağlamayı hedeflemektedir.

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Rehberi, sağlık hizmet sunum süreçlerinin sistematik şekilde değerlendirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Rehberde toplam 29 standart yer almakta olup, bunlar 1 çekirdek, 2 opsiyonel ve 26 normal standart olarak sınıflandırılmıştır. Standartlar aracılığıyla sağlık tesislerinde hizmet kalitesinin artırılması, kurumların kendi hizmet süreçlerini analiz edebilmesi, gelişmeye açık alanların belirlenmesi ve mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması hedeflenmektedir. Ayrıca rehber; değerlendirme sürecine katılan ekipler için uygulama esaslarını netleştirmekte, dikkat edilmesi gereken temel noktaları açıklamakta ve kalite iyileştirme çalışmalarına yön vermektedir. Böylece kurumlarda standartlara dayalı bir kalite kültürü oluşturulması ve kurumsal öğrenmenin desteklenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmanın, sağlık tesislerinin öz değerlendirme süreçlerine katkı sunmasını ve değerlendirici ekipler için faydalı bir kaynak olmasını temenni eder; sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmaya yönelik yapılacak çalışmalarda başarılar dileriz.

1.SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI

1.1. Temel Dayanak ve Kapsam

Sağlık tesislerinin değerlendirilmesinde kullanılan standartlar, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenir. Bu kapsamda:

- Sağlık tesisi değerlendirme standart setleri,
- Rehber dokümanlar,
- Gösterge setleri,
- Kontrol listeleri,

ilgili Genel Müdürlük birimleri tarafından hazırlanır ve Bakanlık/Genel Müdürlük web sayfasında yayımlanır.

Dayanak

25.05.2025 tarihli E-11045126-010.04-277164390 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Değerlendirme ve Geliştirilmesine Dair Yönetmelik Madde 5- (3) Sağlık tesisi değerlendirme standart setlerinin hazırlanması, değerlendirme süreci ve sağlık tesisi değerlendiricilerinin belirlenmesine ilişkin tüm iş ve işlemler Genel Müdürlükçe belirlenir.

1.2. Standart Rehberinin Hazırlanma Gerekçesi

Bu rehber, sağlık tesislerinde verilen hizmetlerin kalitesini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak, kaynakların etkin ve verimli kullanımını desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Poliklinik, laboratuvar, acil servis, ameliyathane, doğumhane, yoğun bakım ve müdahale odaları gibi kritik hizmet alanlarında yürütülen süreçlerin sistematik şekilde değerlendirilmesini, izlenmesini ve sürekli iyileştirilmesini amaçlar. Standartlar; hizmet sunumundaki farklılıkları azaltmak, ortak bir kalite dili oluşturmak ve kurumların kendi performanslarını izleyebileceği ölçütler sunmak için geliştirilmiştir. Her bir standart, ilgili birimin etkinliğini artıracak değerlendirme ölçütleri, rehberlik açıklamaları ve uygulamada dikkat edilmesi gereken noktaları içermektedir. Bu yönüyle rehber, sağlık tesisi değerlendirme standartları uygulama süreçlerinde yol gösterici bir kaynak niteliği taşımaktadır.

2.2. DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE GÖREVLİ YAPILAR VE ROLLER

2.1. Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı/Genel Müdürlük)

- Ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin kalite, verimlilik ve sürdürülebilirliğini artırmak için sağlık tesisleri değerlendirme standartları ile değerlendirme süreçlerine yönelik politika ve yöntemlerini belirler.
- İl değerlendirme komisyonları ve sağlık tesislerinden gelen raporları SDS (Sağlık Tesisleri Değerlendirme Sistemi) üzerinden alır, izler ve analiz eder.
- Yılda iki kez çevrimiçi toplantılar düzenleyerek illerle koordinasyon sağlar, kararların uygulanmasını takip eder.
- Yeni standartların belirlenmesi, mevcut standartların güncellenmesi ve sağlık tesisleri değerlendirme standartları ile değerlendirme süreçlerine yönelik rehberlik sağlanması hususlarında yükümlüdür.

2.2. İl Değerlendirme Komisyonu

- İl genelinde sağlık tesislerinin değerlendirme süreçlerini planlar, koordine eder ve uygular.
- Değerlendirme takvimine göre her sağlık tesisinde en az 3, en fazla 5 kişilik ekipler görevlendirilerek yerinde değerlendirmeler yapar.
- İl bazında yapılan değerlendirmelerin raporlanmasını sağlar ve merkez teşkilata bildirir.
- Sağlık tesislerinden gelen öz değerlendirme raporlarını inceler ve eksiklikler için gerekli iyileştirme faaliyetlerini takip eder.
- Sağlık kurumlarına yönelik eğitim faaliyetleri düzenler ve rehberlik hizmeti vererek kurumları yönlendirir.

2.3. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi

- Kurum içerisinde öz değerlendirmelerin gerçekleştirilmesinden sorumlu birimdir.
- Sağlık tesisinin iç organizasyon yapısına göre başhekimlik tarafından oluşturulur.
- Öz değerlendirme süreçlerini yürütür, eksiklikleri tespit eder ve ilgili birimlerle birlikte çözüm üretir.
- Kurum hedef göstergelerini hesaplar, sağlık tesisleri değerlendirme standartlarının uygulanmasını sağlar.
- İl değerlendirme komisyonuna düzenli raporlama yapar ve eğitim süreçlerini planlar.
- Şehir hastanelerinde her başhekimliğe ait ayrı bir komite oluşturularak kendi bünyesinde koordinasyon sağlanır.

3. DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE SIKLIĞI

Değerlendirme süreci, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve geliştirmek amacıyla üç aşamalı bir yapıda yürütülmektedir.

3.1. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi (Öz Değerlendirme)

- Sağlık tesislerinde yer alan değerlendirme komiteleri tarafından yürütülür.
- İlgili standart setleri esas alınarak yılda altı kez (Ocak, Mart, Mayıs, Temmuz, Eylül, Kasım) öz değerlendirme gerçekleştirilir.
- Öz değerlendirme sonuçları, Sağlık Tesisi Değerlendirme Sistemi (SDS) üzerinden detaylı şekilde raporlanır ve puanlandırılır.

Komite Üyeleri; başhekim /başhekim yardımcısı, idari ve mali işler müdürü veya müdür yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü veya müdür yardımcısı ile dahili, cerrahi ve temel tıp branşlarından birer sorumlu hekim, eğitim hemşiresi, istatistik birimi, bilgi yönetim birimi, klinik mühendislik hizmetleri birimi, eczacılık hizmetleri birimi, biyomedikal depo birim, iş sağlığı güvenliği birimi, teknik servis atölyesi birimlerinde görevli sorumlu personel ve sağlık tesisi değerlendirme sorumlusundan oluşur. Kalite destek hizmetleri müdürü ve teknik hizmetler müdürü bulunan sağlık tesislerinde ilgili müdürler komiteye dahil edilir. Gerekli durumlarda ilgili birim/alandan sorumlu personel komite toplantılarına katılım sağlar.

3.2. İl Değerlendirme Komisyonu

- İl değerlendirme komisyonu tarafından yılda üç kez (ocak, mayıs, eylül) sağlık tesislerinde yerinde değerlendirme yapılır.
- Değerlendirme süreci, SDS üzerinden raporlanır ve puanlandırılır.

Komisyon üyeleri, kamu hastane hizmetleri başkanı ya da bu görevin bulunmadığı illerde ilgili başkanın başkanlığında; sağlık hizmetleri başkanı, destek hizmetleri başkanı, il değerlendirme sorumlusu ve ilgili birim sorumlularından oluşur. İlgili birimler arasında il sağlık müdürlüğü bünyesindeki bilgi sistemleri, hastane eczacılık ve stok, tıbbi cihaz planlama ve klinik mühendislik ile mali hizmetler birimleri yer alır. Gerektiğinde, ilgili birim veya alandan sorumlu personel de komisyon toplantılarına katılır.

3.3. Bakanlık Değerlendirme Ekipleri (Merkezi Değerlendirme)

- Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen merkezi değerlendirme ekipleri tarafından yerinde değerlendirme yapılır, raporlanır ve puanlanır.
- Merkezi Değerlendirme ekibi en az 4 kişiden oluşur.
- Merkezi değerlendirmeler haberli ve habersiz değerlendirme olarak planlanır.
- Merkezi Değerlendirme ekibi ilde görevli olduğu süre içinde habersiz değerlendirmeler gerçekleştirir. Haberli değerlendirmeler değerlendirme sabahı ilgili il değerlendirme sorumlusuna bilgi vererek yapılır.
- Habersiz değerlendirmeler, poliklinik ve acil serviste habersiz değerlendirme gözlem formu değerlendirme unsurlarına göre yapılır. Değerlendirme sonuçları SDS üzerinden Bakanlığa iletilir.
- Haberli Değerlendirmeler, sağlık tesisi değerlendirme standartları doğrultusunda yapılır ve rapor SDS'ye kaydedilir.

4. STANDARTLARIN YAPISI

Her standart aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

- Standart
- Amaç
- Değerlendirme Ölçütleri
- Rehberlik (Uygulama Kılavuzu)

4.1. Standartların Kullanımı

Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili rehberlikleri ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

4.2. Standartların Uygulanmasına Yönelik Yol Haritası

Sağlık tesislerinde sürekli iyileştirme yaklaşımı doğrultusunda, standartların etkili biçimde uygulanabilmesi için yapılandırılmış ve katılımcı bir süreç yürütülmelidir. Bu süreçte aşağıdaki adımlar yol gösterici olacaktır.

Standartların uygulanması, yalnızca değerlendirme birimlerinin ya da belli kişilerin sorumluluğu değildir; bu süreç, tüm yöneticilerin, ilgili birim sorumlusu doktor ve çalışanların ortak sorumluluğu olup, etkin bir sahiplenme ve güçlü bir ekip çalışması gerektirir.

4.3. Mevcut Durum Analizinin Gerçekleştirilmesi

Analiz etmek; bir konu, olay, süreç, durum ya da veri setini sistemli ve ayrıntılı bir şekilde inceleyerek, anlamak, neden-sonuç ilişkilerini ortaya koymak, mevcut durumu değerlendirmek ve geliştirmeye yönelik çıkarımlar yapmak anlamına gelir. Hastanede verilen hizmet süreçlerinden elde edilen çıktılar, örneğin hasta memnuniyet oranı, laboratuvar sonuç verme süreleri, randevuya uyum oranı, ameliyat sonrası enfeksiyon oranı gibi verilerdir. Bu verilerin analiz edilmesi, hastane yönetimi açısından kaliteyi izleme, sorunları tespit etme ve sürekli iyileştirme sağlama sürecinin temel parçasıdır.

a. Verileri Analiz Etmek Ne Demek?

Örnek analizler:

- Aylık poliklinik hasta memnuniyet skorlarının ortalaması ve değişim grafiği
- Beklenen çekim süresi (ör: BT çekim süresi) ile gerçekleşen sürelerin karşılaştırılması
- Yoğun bakım mortalite oranının yıllık hedefle kıyaslanması

b. Analizleri İncelemek Ne Demek?

Örneğin:

- Hasta bekleme süresi 15 dakikayı geçtiyse, hangi günler bu artış yaşanmış? Hangi poliklinik, branş, hekim gün yoğunluk fazla olduğu sorgulanmalıdır.

c. Uygunsuzluklar için Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Başlatmak Ne Demek?

- Elde edilen analiz sonuçlarında hedefin altında kalan veya risk içeren durumlar varsa, o konuyla ilgili bir iyileştirme süreci başlatmaktır.

Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Örnekleri:

- Hasta memnuniyetinde düşüş varsa personel iletişim eğitimi başlatmak
- BT sonuç süresi uzamışsa cihaz bakım takvimi güncellemesi yapmak
- İlaç iade oranı yüksekse kliniklere ilaç kullanım eğitimi verilmesi

d. Başlatılan Faaliyetleri Takip Etmek Ne Demek?

- Alınan aksiyonun işe yarayıp yaramadığını izlemek, yapılan işlemlerin gerçekleşip gerçekleşmediğini kontrol etmektir.

Takip süreci:

- Faaliyet sorumlusu ve süresi belirlenmeli
- Faaliyetin gerçekleştirilmesi sonrası tekrar analiz yapılmalı
- Hedefe ulaşılmış mı, kontrol edilmeli

ÖRNEK:

Konu: Yoğun Bakımda MR, BT, USG Randevu Gün Sürelerinin Analizi

a. Toplanan Veri

Yoğun bakım hastaları için istenen MR, BT ve USG işlemlerinde, randevu verilen tarih ile çekimin gerçekleştiği tarih arasındaki gün farkı (bekleme süresi) kayıt altına alınır.

Hasta	İşlem Türü	Randevu Verilen Gün	Çekim Tarihi	Gün Farkı
H1	MR	01.07.2025	03.07.2025	2 gün
H2	BT	02.07.2025	02.07.2025	0 gün
H3	USG	01.07.2025	04.07.2025	3 gün

Veri Toplama Dönemi:

Aylık ya da haftalık olarak düzenli aralıklarla toplanmalıdır.

b. Veri Analizinin Amacı:

Yoğun bakım hastalarının kritik durumu nedeniyle görüntüleme tetkiklerinde oluşan bekleme sürelerinin tespit edilmesi, sürecin etkinliğinin değerlendirilmesi ve gerekirse iyileştirme yapılmasıdır.

Analiz Göstergeleri:

- Ortalama bekleme süresi (gün farkı ortalaması)
- En uzun bekleme süresi
- Aynı gün içinde çekilen tetkiklerin oranı
- %90'lık zaman dilimi içinde işlem tamamlanan hasta oranı

Örnek Analiz Sonuçları:

- MR için ortalama bekleme süresi: 2,5 gün
- BT için ortalama bekleme süresi: 1 gün
- USG için ortalama bekleme süresi: 3 gün
- Aynı gün yapılan işlemlerin oranı: %40
- %90'lık dilimde tamamlanan tetkik oranı: %60

Hedef: Kritik hastalar için görüntüleme işlemleri en geç 1 gün içinde tamamlanmalıdır.

c. Analiz İncelemesi

İncelemeyi Gerçekleştiren Kişiler / Birimler:

- Yoğun Bakım Ünitesi Birim Sorumlu Doktoru
- Radyoloji Ünitesi Birim Sorumlu Doktoru
- Yoğun Bakım Ünitesi ve Radyoloji Ünitesi Sorumlu Başhekim Yardımcıları

İnceleme Soruları:

- Bekleme süresinin uzun olduğu tarihlerde sistematik bir sorun (örneğin cihaz arızası, yoğunluk, personel eksikliği) yaşanmış mı?
- MR, BT veya USG cihazlarının bakım veya kullanım dışı kaldığı günler olmuş mu?
- Yoğun bakım hastalarının tetkik istem süreci zamanında ve doğru şekilde başlatılmış mı?
- Radyoloji birimi istemleri zamanında karşılayabilmiş mi?
- Yoğun bakım önceliği için herhangi bir triyaj algoritması ya da önceliklendirme uygulanıyor mu?
- Önceki analizlerle karşılaştırıldığında sürede iyileşme var mı? yok mu?

Tespit edilen kök neden:

USG talepleri manuel iletiliyor, HBYS'den takip edilemiyor. Hafta sonları işlemler yapılmıyor.

d. Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet

Hedef: Yoğun bakım hastaları için tetkik süresi ≤ 1 gün

Faaliyetler:

- Randevu önceliklendirme algoritmasının güncellenmesi
- Cihaz ve personel kapasitesinin yeniden planlanması
- Yoğun bakım ile radyoloji arasında iletişim ve koordinasyonun artırılması
- HBYS sisteminde istem – randevu – çekim süreci arasındaki zamanların otomatik izlenmesi

Faaliyet Takibi**Ne zaman izlenecek?**

- Belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin etkisini değerlendirmek amacıyla 1 ay sonra aynı analiz tekrar edilir.

Örnek Sonuç:

USG için ortalama bekleme süresi 3 günden 1,2 güne düştü. Aynı gün yapılan tetkik oranı %25'ten %60'a yükseldi.

Yorum:

- Kısmi iyileşme sağlandı. Özellikle hafta sonu yapılan tetkiklerde yetersizlik sürüyor.
- Bu sorunun çözümü için ilave faaliyet planı oluşturuldu.

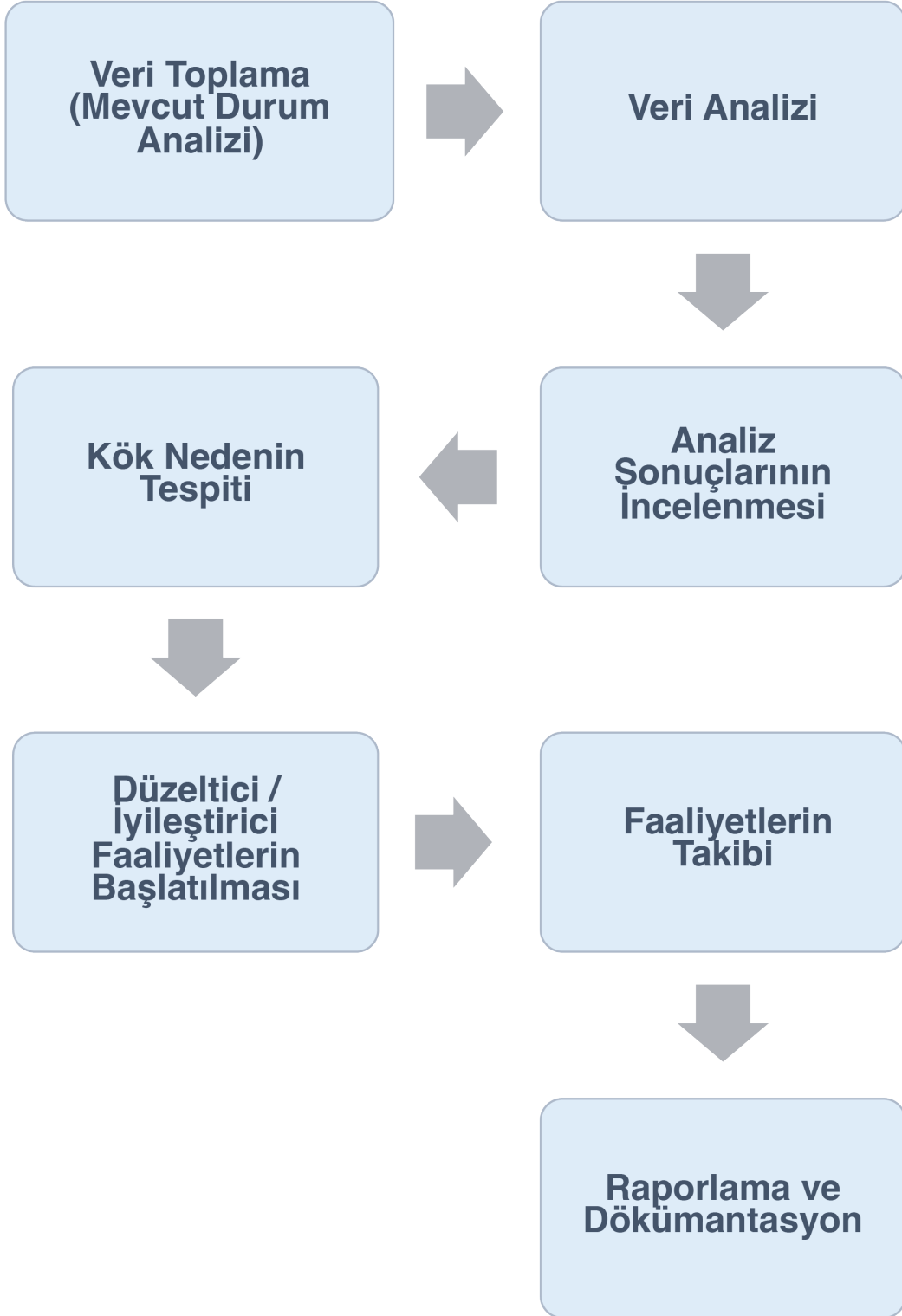
e. Dökümantasyon ve Raporlama

- Tüm analizler, faaliyetler ve takip sonuçları raporlanır.
- Faaliyet Formu, Kök Neden Analizi Formu ve Gözlem Formları düzenlendi.
- HBYS sistemine iyileştirme kayıtları eklendi.

Uygulama Algoritması

Aşağıdaki algoritma, yöneticiler için sade ve sistematik bir çerçeve sunar.

Hizmet Verisi Analiz Ve İyileştirme Algoritması



Aylık olarak, birim sorumlusu hekimler tarafından gerekli analizler yapılmalı; birim içinde çözülebilen sorunlar yerinde giderilmeli, çözülemeyen sorunlar için ise sorumlu kişi belirlenerek termin süresi tanımlanmalı ve Düzeltici–İyileştirici Faaliyet (DİF) başlatılmalıdır.

Açılan DİF'lerin, en geç iki ay içerisinde ilgili birim sorumlusu hekim tarafından değerlendirilerek kapatılması beklenmektedir.

İki ay sonunda kapatılamayan DİF'lere ilişkin gerekçeler, ilgili birim sorumlusu hekim tarafından araştırılmalı; sorunun birim içerisinde çözülememesi hâlinde konu, Başhekim ve Komite ile yapılacak toplantıda ele alınmalıdır.

İki ayda bir, birim sorumlusu hekimler ve komite üyelerinin katılımıyla, önceki iki aya ait tüm analiz sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla Başhekim başkanlığında toplantı yapılmalıdır.

Toplantı sonucunda, birim sorumlusu hekimler tarafından iletilen ve birim içerisinde çözülemeyen alanlara yönelik iyileştirme çalışmaları, Komite ve Başhekim tarafından planlanmalı ve koordine edilmelidir.

Sağlık tesisinde çözülemeyeceği kanaatine varılan sorunlar, Komite tarafından yazılı kanıtlarla belgelenmeli; Komite Sonuç Raporu'nda belirtilerek SDS Komite Sonuç Raporu olarak sisteme yüklenmelidir.

Sağlık tesisi yöneticileri ve çalışanlar sorumlu oldukları standartlara yönelik mevcut durum analizi yapmalıdır.

Bu analiz sırasında aşağıdaki başlıklar temel alınarak değerlendirme yapılmalıdır:

4.3.1. Dokümantasyon Durumu

- Standarda ilişkin mevcut olan politika, prosedür, talimat, kayıt ve formlar nelerdir?
- Hangi dokümanların eksik olduğu veya güncellenmesi gerektiği belirlenmeli midir?

4.3.2. Eğitim Durumu

- Standart kapsamında personele daha önce verilmiş eğitimler nelerdir?
- Hangi konularda yeni veya tekrarlayıcı eğitimlere ihtiyaç duyulmaktadır?

4.3.3. Süreç İyileştirme İhtiyacı

- Standart kapsamında mevcut süreçler etkili çalışıyor mu? (veri doğruluğu, veri girişleri sorunları, cihazların HBYS entegrasyonu vb.)
- Hangi süreçlerde iyileştirme yapılması gerekmektedir (örneğin randevu yönetimi, hasta yönlendirme, hasta bilgilendirme vb.)

4.3.4. Fiziksel Ortam ve Kaynaklar

- Standardın gerekliliklerini karşılayacak fiziksel altyapı, ekipman, personel veya teknik cihaz ve donanımlar mevcut mu?
- Gerekli olan fiziksel veya teknik düzenlemeler nelerdir?

4.4. Kaynak İhtiyacının Belirlenmesi

Mevcut durum analizinin sonuçları doğrultusunda, standartların uygulanması için gerekli olan aşağıda yer alan kaynaklar detaylandırılmalıdır:

- İnsan kaynağı
- Malzeme ve cihaz
- Finansal kaynak
- Zaman ve iş gücü planlaması

4.5. Uygulama Aşaması ve Süreç İzleme

Belirlenen ihtiyaçların karşılanmasını takiben, standartların tam olarak uygulanmasına yönelik faaliyetler başlatılır. Bu süreçte:

- Gerekli eğitimler verilir.
- Dokümanlar tamamlanır ve yürürlüğe alınır.
- Süreçler ve uygulamalar iyileştirilerek standartlara uyumlu hale getirilir.
- Fiziksel ve teknik düzenlemeler tamamlanır.

Ayrıca uygulamaların izlenmesi, değerlendirilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için periyodik öz değerlendirmeler, performans göstergeleri ve kalite değerlendirme raporları kullanılarak sürekli izleme yapılmalıdır.

STANDARTLARIN UYGULANMASI

01
Standart

Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

1.1. MHRS'den alınan randevuların muayene sayıları ve randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

1.2. MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

1.3. Mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

1.4. MHRS'ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olması hedeflenmelidir. MHRS'ye esas polikliniklerdeki tüm hekimler için en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın cetvellerinin tanımlanarak aktifleştirilmesi gerekmektedir.

1.5. MHRS’de 15 günlük cetvelde % 80 doluluğu olan branşlar takip edilmeli, bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

1.6. Aktif bekleyen talep sayıları günlük takip edilmelidir.

1.7. MHRS’ ye girilen aksiyonlara uyum ve istisnaların uygunluğu hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.

1.8. Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmelidir.

1.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri randevu verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

MHRS’ye esas polikliniklerde görev yapan tüm hekimler için hizmet sunumunun kesintisiz, öngörülebilir ve erişilebilir şekilde yürütülebilmesi amacıyla en az 30 günlük tanımlı çalışma cetvellerinin bulunması esastır. Bir sonraki aya ait hekim çalışma cetvelleri, ilgili ayın en geç 10’una kadar MHRS üzerinden tanımlanarak aktif hâle getirilmelidir. Bu sürecin takibi; poliklinik hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısı, MHRS birim sorumlusu ve ilgili yöneticiler tarafından sağlanır.

MHRS’de randevu arz ve talep dengesinin korunması amacıyla, 15 günlük randevu cetvellerinde doluluk oranı %80 ve üzeri olan branşlar düzenli olarak izlenmelidir. Bu branşlarda bekleyen randevu talebi oluşmaması için ilave randevu planlaması, mesai dışı hizmet sunumu veya hekim planlamasında düzenleme gibi gerekli önlemler değerlendirilerek uygulanmalıdır. MHRS sisteminde aktif bekleyen talep sayıları günlük olarak takip edilmeli, bekleme oluşan branş ve hekimler için neden analizi yapılarak gerekli düzenlemeler planlanmalıdır.

MHRS sistemine girilen tüm aksiyonlar (cetvel kapatma, azaltma, kısıtlama vb.) mevzuata uygunluk, gerekçelendirme ve süre yönünden hastane yönetimi tarafından izlenmeli; aksiyonlara uyum ve tanımlanan istisnaların uygunluğu düzenli olarak kontrol edilmelidir. Ek ödemeye esas puanların MHRS’de kullanılan aksiyon kodlarıyla uyumlu olması sağlanmalı, bu kapsamda performans verileri ile MHRS kayıtları karşılaştırılarak olası uygunsuzluklar tespit edilmeli ve gerekli düzeltici–iyileştirici faaliyetler yürütülmelidir.

Poliklinik hizmetlerinin etkinliğinin ölçülmesi amacıyla; MHRS üzerinden alınan randevulara ait gerçekleşen muayene sayıları ve randevuya gelme oranları (randevu sadakati), MHRS dışı hasta muayene sayıları ile mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazında düzenli olarak analiz edilmelidir. Bu analizler, hizmet sunumunun dengeli ve verimli yürütülmesine yönelik karar alma süreçlerini destekler.

Tüm poliklinik hizmetlerine ilişkin randevu verme süreleri ve MHRS performans verileri; başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir değerlendirilmelidir. Değerlendirmeler, sonraki ayın ilk yedi günü içerisinde önceki iki aya ait veriler üzerinden yapılmalı; randevu doluluk oranları, bekleyen talepler, hekim bazlı performans ve MHRS aksiyon uyumları analiz edilerek gerekli görülen alanlarda planlama, kapasite artırımı ve süreç iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Bu sistematik yaklaşım, poliklinik hizmetlerinde erişilebilirliği artırır, kaynak kullanımını dengeler ve sağlık tesisinde sürdürülebilir kaliteyi destekler.

Standardın Amacı

- Poliklinik hizmetlerinde MHRS randevu yönetiminin etkinliğini ölçmek
- Hasta erişimini ve hizmet sürekliliğini güvence altına almak
- Randevu arz ve talep dengesinin sağlanıp sağlanmadığını değerlendirmek
- Hekim çalışma cetvellerinin planlı ve zamanında oluşturulmasını izlemek
- Randevu sadakat oranlarını takip ederek hasta davranışlarını analiz etmek
- Bekleyen randevu taleplerinin erken tespit edilmesini sağlamak
- MHRS aksiyonlarının mevzuata ve tanımlı kurallara uygunluğunu değerlendirmek
- Ek ödeme ve performans uygulamaları ile MHRS kayıtları arasındaki uyumu kontrol etmek
- Kaynakların dengeli ve verimli kullanımını desteklemek
- Veriye dayalı karar alma ve sürekli iyileştirme kültürünü güçlendirmek

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Poliklinik hizmetlerinde randevu yönetiminin planlı ve öngörülebilir şekilde yürütülmesini sağlar.
- Hasta randevularına erişimi kolaylaştırır, bekleme sürelerinin azalmasına katkı sunar.
- Randevu sadakat oranlarının izlenmesiyle hasta davranışlarına yönelik iyileştirme yapılmasına imkân tanır.
- Hekim ve poliklinik bazlı kapasite planlamasının objektif verilere dayalı yapılmasını sağlar.
- MHRS aksiyonlarının mevzuata uygun ve şeffaf şekilde uygulanmasını destekler.
- Ek ödeme ve performans uygulamalarında adalet ve doğruluk sağlar.
- Bekleyen randevu taleplerinin azaltılmasıyla hasta memnuniyetini artırır.
- Kaynakların dengeli ve verimli kullanılmasına katkı sunar.
- Yönetimin karar alma süreçlerini güçlendirir.
- Poliklinik hizmetlerinde sürdürülebilir kalite ve sürekli iyileştirme kültürünü destekler.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Çalışma Cetvelleri:

MHRS Verileri:

- Randevu alanların muayeneye gelme oranı (randevu sadakati) düzenli analiz edilmelidir.

MHRS dışı muayenelerin izlenmesi

- MHRS dışı gerçekleştirilen muayeneler kayıt altına alınmalı ve gerekçeleri değerlendirilmelidir.
- Bu muayenelerin randevu erişimini olumsuz etkilememesine dikkat edilmelidir.
- Yoğun polikliniklerde hekim/oda sayısına göre mesai dışı hizmet planlaması yapılmalıdır.
- Gönüllülük esasına dayalı hekim desteği sağlanmalı, personel planlaması buna göre güncellenmelidir.

Mesai dışı muayene analizleri

- Mesai dışı muayenelerin süreklilik arz edip etmediği izlenmelidir.
- Planlama eksikliğinden kaynaklanan mesai dışı yükler için düzenleme yapılmalıdır.

Örnek Tablo

HEKİM MUAYENE SAYILARI						
Branş Adı	Hekim Adı	İLGİLİ AY:				
		MHRS üzerinden alınan randevulu muayene sayıları	MHRS dışı hasta muayene sayıları	Mesai dışı muayene sayıları	Toplam muayene sayısı	Randevu Sadakat Oranları
A Branşı	X Hekim					
	Y Hekim					
					
A Branşı Toplam/Ortalama						
B Branşı	X Hekim					
	Y Hekim					
					
B Branşı Toplam/Ortalama						
.....					
.....					
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)						

Randevu sadakat oranı: Gerçekleşen Randevu Sayısı/ Alınan Randevu Sayısı



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

1.1/1.2/1.3	MHRS Muayene Sayıları / Randevu Sadakat Oranları / MHRS Dışı - Mesai Dışı - Devam Eden Muayene Sayıları Takip Tablosu 01.12.2025 - 31.12.2025									
	Branş - Hekim	Toplam Randevu Kapasitesi	Alınan Randevu Sayısı	Gerçekleşen	Sadakat Oranı	Gerçekleşmeyen	MHRS Esas Poliklinik Muayene Sayısı	MHRS Dışı Poliklinik Muayene Sayısı	Mesai Dışı Poliklinik Muayene Sayısı	Devam Eden MHRS Muayene Sayısı
Aile Hekimliği - Dr										
Aile Hekimliği - Dr										
Branş Toplam										
Branş - Hekim	Toplam Randevu Kapasitesi	Alınan Randevu Sayısı	Gerçekleşen	Sadakat Oranı	Gerçekleşmeyen	MHRS Esas Poliklinik Muayene Sayısı	MHRS Dışı Poliklinik Muayene Sayısı	Mesai Dışı Poliklinik Muayene Sayısı	Devam Eden MHRS Muayene Sayısı	
Algoloji - Dr										
Branş Toplam										
Branş - Hekim	Toplam Randevu Kapasitesi	Alınan Randevu Sayısı	Gerçekleşen	Sadakat Oranı	Gerçekleşmeyen	MHRS Esas Poliklinik Muayene Sayısı	MHRS Dışı Poliklinik Muayene Sayısı	Mesai Dışı Poliklinik Muayene Sayısı	Devam Eden MHRS Muayene Sayısı	
Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr										
Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr										
Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr										
Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr										
Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr										
Branş Toplam										
Genel Toplam										

30 günlük çalışma cetvelleri

- Tüm hekimler için 30 günlük çalışma cetvelleri eksiksiz tanımlanmalıdır.
- Cetvellerin ayın 10'una kadar MHRŞ'de aktif hâle getirildiği kontrol edilmelidir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Çalışma Cetveli

Arayış: Sırala: Temelde: Değiştirilen Oranla: Değiştirilen Saatte:

Tam gün göster

Bugün Geri İleri

Şubat 23 – Mart 01

Hafta Ay

23 Pzt	24 Sal	25 Çar	26 Per	27 Cum	28 Cmt	01 Pzr
06:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Anestezoloji Zaman Aralığı: 23/02/2020 08:00-23/02/2020 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 24/02/2020 08:40-24/02/2020 12:00	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 25/02/2020 08:40-25/02/2020 12:00	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 26/02/2020 08:40-26/02/2020 12:00	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 27/02/2020 08:40-27/02/2020 12:00	06:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Hafta Sonu Tabii Zaman Aralığı: 28/02/2020 08:00-28/02/2020 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29	06:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Hafta Sonu Tabii Zaman Aralığı: 01/03/2020 08:00-01/03/2020 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29
12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 23/02/2020 08:00-23/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 24/02/2020 08:40-24/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 25/02/2020 08:40-25/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 26/02/2020 08:40-26/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 27/02/2020 08:40-27/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 28/02/2020 08:00-28/02/2020 17:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 01/03/2020 08:00-01/03/2020 17:00
13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 23/02/2020 13:00-23/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 24/02/2020 13:00-24/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 25/02/2020 13:00-25/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 26/02/2020 13:00-26/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 27/02/2020 13:00-27/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 28/02/2020 13:00-28/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 01/03/2020 13:00-01/03/2020 16:40

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Çalışma Cetveli

Arayış: Sırala: Temelde: Değiştirilen Oranla: Değiştirilen Saatte:

Tam gün göster

Bugün Geri İleri

Şubat 23 – Mart 01

Hafta Ay

23 Pzt	24 Sal	25 Çar	26 Per	27 Cum	28 Cmt	01 Pzr
06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 23/02/2020 08:00-23/02/2020 12:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 24/02/2020 08:40-24/02/2020 12:00	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 25/02/2020 08:00-25/02/2020 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 26/02/2020 08:00-26/02/2020 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29	06:40 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 27/02/2020 08:40-27/02/2020 12:00	06:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Hafta Sonu Tabii Zaman Aralığı: 28/02/2020 08:00-28/02/2020 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29	06:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Hafta Sonu Tabii Zaman Aralığı: 01/03/2020 08:00-01/03/2020 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MİHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTAHANESİ Klinik: Başın ve Sine Cerrahisi Müesseye No: 06.01.2020 13.34.29
12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 23/02/2020 08:00-23/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 24/02/2020 08:40-24/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 25/02/2020 08:40-25/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 26/02/2020 08:40-26/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 27/02/2020 08:40-27/02/2020 12:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 28/02/2020 08:00-28/02/2020 17:00	12:00 - 13:00 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 01/03/2020 08:00-01/03/2020 17:00
13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 23/02/2020 13:00-23/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 24/02/2020 13:00-24/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 25/02/2020 13:00-25/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 26/02/2020 13:00-26/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 27/02/2020 13:00-27/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 28/02/2020 13:00-28/02/2020 16:40	13:00 - 14:40 Cetvel Tipi: Hekim Akademi: Müayene Zaman Aralığı: 01/03/2020 13:00-01/03/2020 16:40

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Çalışma Cetveli

Todak Cetvel İşlenilen Çalışma Planı Güncelle İstisna Giriş

Kurum: 4726 - ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ
Cetvel Tipi: Hekim
Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi

Hekim: CENGİZ KARA
Muayene Yeri: Muayene Yeri Seçiniz...

🔍 Sorgula 🔄 Yenile 🚫 İşlenmiş Cetvel Sil ✅ Cetvel Sonlandır

Bugün Geri İleri Tam gün göster Mart 02 - 08 Hafta Ay

02 Paz	03 Sal	04 Çar	05 Per	06 Cum	07 Cum	08 Paz
08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Anesteziyoloji Zamansız Acilgözetim 04/03/2026 08:00-07/03/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat	08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Anesteziyoloji Zamansız Acilgözetim 04/03/2026 08:00-07/03/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat	08:00 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Muayene Zamansız Acilgözetim 04/03/2026 08:00-04/03/2026 12:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Muayene Yeri Klinik: Muayene Yeri Kapak: Kapat	08:00 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Muayene Zamansız Acilgözetim 04/03/2026 08:00-04/03/2026 12:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Muayene Yeri Klinik: Muayene Yeri Kapak: Kapat	08:00 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Muayene Zamansız Acilgözetim 04/03/2026 08:00-04/03/2026 12:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Muayene Yeri Klinik: Muayene Yeri Kapak: Kapat	08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Hafta Sonu Tabii Zamansız Acilgözetim 07/03/2026 08:00-07/03/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat	08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Hafta Sonu Tabii Zamansız Acilgözetim 07/03/2026 08:00-07/03/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Çalışma Cetveli

Todak Cetvel İşlenilen Çalışma Planı Güncelle İstisna Giriş

Kurum: 4726 - ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ
Cetvel Tipi: Hekim
Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi

Hekim: CENGİZ KARA
Muayene Yeri: Muayene Yeri Seçiniz...

🔍 Sorgula 🔄 Yenile ✅ Değişiklikleri Onayla 🚫 Değişikliklerden Vazgeç

Bugün Geri İleri Tam gün göster Ocak 26 - Şubat 01 Hafta Ay

26 Paz	27 Sal	28 Çar	29 Per	30 Cum	31 Cum	01 Paz
08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Anesteziyoloji Zamansız Acilgözetim 26/01/2026 08:00-26/01/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat	08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Anesteziyoloji Zamansız Acilgözetim 27/01/2026 08:00-27/01/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat	08:00 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Muayene Zamansız Acilgözetim 28/01/2026 08:00-28/01/2026 12:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Muayene Yeri Klinik: Muayene Yeri Kapak: Kapat	08:00 - 12:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Muayene Zamansız Acilgözetim 28/01/2026 08:00-28/01/2026 12:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Muayene Yeri Klinik: Muayene Yeri Kapak: Kapat	08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Geceyi Gözetim Zamansız Acilgözetim 30/01/2026 08:00-30/01/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat	08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Hafta Sonu Tabii Zamansız Acilgözetim 31/01/2026 08:00-31/01/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat	08:00 - 17:00 Cetvel Tipi: Hekim Abonelik: Hafta Sonu Tabii Zamansız Acilgözetim 01/02/2026 08:00-01/02/2026 17:00 Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ Hekim: CENGİZ KARA Muayene Yeri: Beyin ve Sinir Cerrahisi Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi Kapak: Kapat


%80 doluluk oranı takibi


- 15 günlük MHRS cetvellerinde %80 ve üzeri doluluk gösteren branşlar düzenli izlenmelidir.
- Bu branşlarda ilave randevu planlamaları zamanında yapılmalıdır.

1.5		MHRS 15 Günlük Cetvelde %80 Doluluğu Olan Branş Oranı Takip Tablosu (%) 01.01.2026 - 31.01.2026		
Formül		İlgili dönemde MHRS'de %80 dolu olan branş sayısının MHRS'de cetvel açan branş sayısına oranını ifade etmektedir.		
A: MHRS Randevusu 15 günlük cetvelinde %80 Üstü Doluluğu Olan Branş Sayısı		18		
B: Toplam MHRS' si Olan Branş Sayısı		40		
(A/B)*100		45,00		
Sıra	Branş Adı	Toplam Randevu	Toplam Kota	Oran
1	Aile Hekimliği - Dr.....	474	756	62,70%
2	Aile Hekimliği - Dr.....	512	882	58,05%
Branş Toplamı		986	1638	60,20
Sıra	Branş Adı	Toplam Randevu	Toplam Kota	Oran
1	Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr.....	387	388	99,74%
2	Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr.....	532	536	99,25%
3	Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr.....	475	498	95,38%
4	Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr.....	507	537	94,41%
5	Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr.....	176	212	83,02%
6	Beyin ve Sinir Cerrahisi - Dr.....	348	488	71,31%
Branş Toplamı		2425	2659	91,20
Genel Toplam		53623	69735	76,90

Aktif bekleyen talep takibi

- Aktif bekleyen talep sayıları günlük izlenmelidir.
- Bekleme oluşan branş ve hekimler için neden analizi yapılmalıdır.
- Uygun planlama yapılarak bu taleplerin muayeneye dönüştürülmesi sağlanmalıdır.

 **T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

 Merkezi Sağlık Kurumları Sistemi

Klinik Bazlı Aktif Talep Listesi

DEĞİŞİK HASTANESİ

Toplam Aktif Talep Sayısı: 924

Klinik Adı	Toplam Sayısı
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	1
İç Hastalıkları (Dahiliye)	12
İmmünoloji ve Allerji Hastalıkları	54
Sağlık Kurulu Erişkin	1
Göğüs Hastalıkları	19
Perinataloji	192
Tabii Onkoloji	1
Genel Cerrahi	1
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	9
Ortopedi ve Travmatoloji	49
Algoloji	45
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	15
Gastroenteroloji Cerrahisi	12
Nöroloji	24
Geleneksel Tıbbi Uzmanlık Tıp Ünitesi	7
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	8
Kadın Hastalıkları ve Doğum	63
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	1
Gastroenteroloji	200
Kardiyoloji	8
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	10
Beyin ve Sinir Cerrahisi	25
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	27
Göz Hastalıkları	140

MHRS | Randevu Al
MHRS Randevu Al | T.C. Sağlık Bakanlığı | Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere, semt polikliniklerine ve aile sağlık merkezlerine MHRS üzerinden randevu oluşturun.
mhrs.gov.tr

Sn. Başhekim, Hastanenizde 924 adet aktif talep beklemektedir. Klinik bazında talep sayılarını görmek için <https://mhrs.gov.tr/v/#/v/1d50b2ec-2fe3-446f-a6d5-3f78778ebeeef> tıklayınız. Talep bilgilerinin detaylarını görmek için <https://mhrs.gov.tr/kurum> tıklayınız. B002 09:37

Talep Listeleme

Kurum: 4726 - ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ | Randevu Türü: Randevu Türü Seçiniz...

Klinik: Klinik Seçiniz | Hekim: Hekim Seçiniz | Muayene Yeri: Muayene Yeri Seçiniz

Hasta T.C. Kimlik No: Hasta T.C. Kimlik No | Talep Durumu: Uygun randevu bekleniyor | Başlangıç Zamanı: 20.01.2026 | Bitiş Zamanı: 01.03.2026

Talep Geçerlilik Süresi Bugün Doldu

Aile Hekimi Tarafından Oluşturulan Talepler

Yüksek Riskli Gebeliğe Özelikle Vatandaşların Talepleri

Özelikle Kadınlar İçin Yüksek Riskli Gebeliği

Aile Hekimliği Talepleri

Riskli gebeliği

R. Muayene Talep Listeleme

A. Çihaz Talep Listeleme

Kurum Adı	Klinik Adı	Muayene Yeri	Hekim Ad Soyad	Talep Tarihi	Telefon Numarası	Vatandaş TC	Vatandaş Ad Soyad	Vatandaş Yaş	Talep Durumu	Yönlendirilecek klinik	Talep Başlangıç Tarihi	Talep Bitiş Tarihi	Detay	Sİ
ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ	Prenatoloji			11-01-2026 19:49				31	Uygun randevu bekleniyor		11-01-2026 19:49	26-01-2026 19:49		
ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ	Prenatoloji			08-01-2026 13:06				27	Uygun randevu bekleniyor		08-01-2026 13:06	23-01-2026 13:06		
ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları			20-01-2026 10:28				34	Uygun randevu bekleniyor		20-01-2026 10:28	04-02-2026 10:28		

Talep Listeleme

Kurum: 4726 - ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ | Randevu Türü: Randevu Türü Seçiniz...

Klinik: Klinik Seçiniz | Hekim: Hekim Seçiniz | Muayene Yeri: Muayene Yeri Seçiniz

Hasta T.C. Kimlik No: Hasta T.C. Kimlik No | Talep Durumu: Uygun randevu bekleniyor | Başlangıç Zamanı: 20.01.2026 | Bitiş Zamanı: 01.03.2026

Talep Geçerlilik Süresi Bugün Doldu

Aile Hekimi Tarafından Oluşturulan Talepler

Yüksek Riskli Gebeliğe Özelikle Vatandaşların Talepleri

Özelikle Kadınlar İçin Yüksek Riskli Gebeliği

Aile Hekimliği Talepleri

Riskli gebeliği

Kurum Adı	Klinik Adı	Muayene Yeri	Hekim Ad Soyad	Talep Tarihi	Telefon Numarası	Vatandaş TC	Vatandaş Ad Soyad	Vatandaş Yaş	Talep Durumu	Yönlendirilecek klinik	Talep Başlangıç Tarihi	Talep Bitiş Tarihi	Detay	Sİ
ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ	Gastroenteroloji							58	Uygun randevu bekleniyor		05-01-2026 12:16	20-01-2026 12:16		
ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ	Prenatoloji							19	Uygun randevu bekleniyor		05-01-2026 11:38	20-01-2026 11:38		
ÇANAKKALE MEHMET AKIF ERSOY DEVLET HASTANESİ	İmmünoji ve Allerji Hastalıkları							35	Uygun randevu bekleniyor		05-01-2026 10:27	20-01-2026 10:27		

901 - 922 - 923 < 1 90 91 92 93 >

1.6	MHRS Aktif Bekleyen Talep Günlük Takip Tablosu									
	05.01.2026		06.01.2026		07.01.2026		08.01.2026		09.01.2026	
	TALEP BEKLEYEN HASTA SAYISI	TELEFON İLE ARANARAK DAVET EDİLEN HASTA SAYISI	TALEP BEKLEYEN HASTA SAYISI	TELEFON İLE ARANARAK DAVET EDİLEN HASTA SAYISI	TALEP BEKLEYEN HASTA SAYISI	TELEFON İLE ARANARAK DAVET EDİLEN HASTA SAYISI	TALEP BEKLEYEN HASTA SAYISI	TELEFON İLE ARANARAK DAVET EDİLEN HASTA SAYISI	TALEP BEKLEYEN HASTA SAYISI	TELEFON İLE ARANARAK DAVET EDİLEN HASTA SAYISI
Kula Hekimliği	1	1								
Alkololoji		0					5			
Beyin ve Sinir Cerrahisi	11		22	2	5	5	12	2	10	
Çocuk Nörolojisi	1		1		1					
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları					5	5	8	8		
Çocuk ve Ergen Ruhi Sağlığı ve Hastalıkları										
Deri ve Zührevi Hastalıklar (Cildiye)	411	40	376		32	25	45	25	68	15
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	58		95		37		35		33	
Enfeksiyon Hastalıkları										
Genel Tıp ve Rehabilitasyon	2									
Genel Cerrahi			3	3	8	8	18	12	5	5
İntramüsküleroloji	108	10	79	10	47		30		28	
İşitme Hastalıkları	32				27		25		20	
İç Hastalıkları	22	10	74	8	31	20	12	2	10	5
İç Hastalıkları (Dahiliye)	7		5	5	11	11	10	3	8	8
İnfüzyon Hastalıkları	2		10		12		25		25	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	58		50		9		12		35	
Kalp Damar Cerrahisi										
Kardiyoloji	123	50	130	30	48	18	56	16	89	25
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	244		269		102					
Nöroloji	248	20	283	15	247	20	258	20	157	15
Ortopedi ve Travmatoloji	318		506		327		567		821	
Pancreatoloji	12		17		37		42		32	
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	9				5		15		22	
Uterji ve İmmünoloji			9		1	1				
Röntgenoloji	95				57		56		72	
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri)	25	5	42	10	8		25		26	
Sağlık Kurumu Çözümleri			3	3	4	4				
GENEL TOPLAM		136		86		117		88		73

MHRS aksiyonlarının uygunluğu

- Cetvel kapatma, azaltma veya kısıtlama aksiyonları mevzuata uygun olmalıdır.
- MHRS'ye girilen aksiyonların ve istisnaların uygunluğu kontrol edilmeli. Örneğin, ameliyat aksiyonu girilen cetvelde ameliyat yapılmış mı?
- Aksiyonların gerekçeleri kayıt altına alınmalı ve süreli uygulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı

4726 - ÇANAKKALE MEHMET AKİF ERSOY DEVLET HASTANESİ

Çalışma Cetveli

Tadilat Cetvel İşlemleri Çalışma Planı Gözetim **İstisna Giriş**

Kurum: ÇANAKKALE MEHMET AKİF ERSOY DEVLET HASTANESİ

Cetvel Tipi: Hekim Klinik: Beyin ve Sinir Cerrahisi

Aksiyon Tipi: Raporlu


İdari İzin: Eğitim: Afet: Raporlu: Heyet: Covid-19 Yoğun Bakım: Nöbet: Holbar: E-Posta Giriniz: 0 Telefon Numarası Giriniz:

İstisna Başvusu Seç

Belge Yükleme Zorunludur.

JPEG, PNG ve PDF türündeki dosyalar yüklenebilir. Dosya Boyutu en fazla 5 MB olmalıdır.

Cetvel Yürütme Ekle



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Bakanlığı

4726 - ÇANAKKALE MEHMET AKİF ERSOY DEVLET HASTANESİ

Çalışma Cetveli

🔍 Sorgula 🚫 Yenile


Bugün Geri İleri Tüm gün göster

Ocak 19 - 25

06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00
09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00
10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00

08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00
Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim
Muayene	Muayene	Muayene	Muayene	Muayene
Zaman Aralığı: 19/01/2026 08:40 - 19/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 20/01/2026 08:40 - 20/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 21/01/2026 08:40 - 21/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 22/01/2026 08:40 - 22/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 23/01/2026 08:40 - 23/01/2026 12:00

Not : Rapor bila tarihi itibarıyla istenilenin çalışmadığına dair bildirim yemurisi halinde gecik yapmamak üzere ödeneniz olacaktır. 10 günden uzun süreli raporlarda en az 10 gün olacak şekilde bildirim yapılması halinde değerlendirilmez. Cep telefonunu bilgisayar e-Devlet üzerinden veya Sosyal Güvenlik Merkezlerine basurarak statama kaydedilmesi halinde ödenim istemine dair SMS alabilirsiniz. Ödeneniz, tıbbi banka hesabınız veya ilgili banka subhesabınız, tıbbi banka hesabınız varsa PTT subhesabından alabilirsiniz.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Bakanlığı

4726 - ÇANAKKALE MEHMET AKİF ERSOY DEVLET HASTANESİ

Çalışma Cetveli

🔍 Sorgula 🚫 Yenile

Bugün Geri İleri Tüm gün göster

Ocak 19 - 25

06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00
09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00
10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40	13:00 - 16:40
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00

08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00	08:40 - 12:00
Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim	Çalışma Tipi: Hekim
Muayene	Muayene	Muayene	Muayene	Muayene
Zaman Aralığı: 19/01/2026 08:40 - 19/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 20/01/2026 08:40 - 20/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 21/01/2026 08:40 - 21/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 22/01/2026 08:40 - 22/01/2026 12:00	Zaman Aralığı: 23/01/2026 08:40 - 23/01/2026 12:00

Dr. Adı Soyadı: [Boş]

Uzmanı: [Boş]

Revizyon Nedenleri (Belirtilen): Sağlık Sorunları nedeniyle MHS kapatma (Mesaisiz)

Revizyon Tarihi (Hangi gün ve Saatler arasında değişiklik yapılacaktır belirtiniz): MHS kapatma 22.01.2026 Mesaisiz MHS kapatma 27.01.2026

Adı Soyadı: [Boş]
Tarih / İmza: [Boş]

1.7		MHRS Aksiyonlara Uyum Takip Tablosu 02.01.2026 - 02.01.2026													
Tarih	Branş	Hekim	Aksiyon	Saati	Ameliyat Sayısı	Anjiyo Sayısı	Bronkokopi Sayısı	Endoskopi Sayısı	Servis Hasta Sayısı	Yerunbakım Hasta Sayısı	TRSM Hasta Sayısı	Yanık Hasta Sayısı	Pollüsyon Hasta Sayısı	İzin / Rapor Belge	
02.01.2026	3199 - Algoloji	Dr.....	242 - Ameliyatta	08:00:00 - 17:00:00	7	0	0	0	0	0	0	0	14	Yok	
02.01.2026	2400 - Beyin ve Sinir Cerrahisi	Dr.....	242 - Ameliyatta	08:00:00 - 17:00:00	0	0	0	0	1	0	0	0	0	Yok	
02.01.2026	1910 - Cerrahi Onkoloji (Genel Cerrahi)	Dr.....	242 - Ameliyatta	08:00:00 - 17:00:00	2	0	0	2	4	0	0	0	5	Yok	
02.01.2026	1900 - Genel Cerrahi	Dr.....	242 - Ameliyatta	13:00:00 - 16:40:00	5	0	0	0	8	0	0	0	60	Yok	
02.01.2026	1100 - Kardiyoloji	Dr.....	243 - Anjiyo	14:00:00 - 17:00:00	0	0	0	0	2	0	0	0	39	Yok	
02.01.2026	1100 - Kardiyoloji	Dr.....	243 - Anjiyo	08:00:00 - 17:00:00	0	0	0	0	4	4	0	0	2	Yok	
02.01.2026	1900 - Genel Cerrahi	Dr.....	254 - Endoskopi	08:00:00 - 17:00:00	0	0	0	6	6	0	0	0	10	Yok	
02.01.2026	1900 - Genel Cerrahi	Dr.....	254 - Endoskopi	10:00:00 - 12:00:00	0	0	0	1	4	0	0	0	1	Yok	
02.01.2026	1000 - İç Hastalıkları	Dr.....	306 - Yıllık İzin	08:00:00 - 17:00:00	0	0	0	0	2	0	0	0	25	Yok	
02.01.2026	1000 - İç Hastalıkları	Dr.....	306 - Yıllık İzin	08:00:00 - 17:00:00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Var	
02.01.2026	1400 - Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.....	315 - Toplum Ruh Sağlığı	08:00:00 - 17:00:00	0	0	0	0	8	0	17	0	5	Yok	
02.01.2026	1900 - Genel Cerrahi	Dr.....	319 - Yanık Ünitesi	12:00:00 - 17:00:00	1	0	0	0	2	0	0	22	22	Yok	
02.01.2026	2400 - Beyin ve Sinir Cerrahisi	Dr.....	306 - Yıllık İzin	08:00:00 - 17:00:00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Yok	

1.7		MHRS İstisna Takip Tablosu 01.12.2025-31.12.2025															
Branş	Hekim	Ameliyatta	Eğitim	Geçici Görevli	Hastane Yöneticisi	Heyet	Holter	İdari Görev	İdari İzin	Kongre	Nobet	Nobet Ertesi İzni	Ölüm İzni	Özellikli Bölümde	Raporlu	Serviste	Toplam
Aile Hekimliği	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	232	0	254
Beyin ve Sinir Cerrahisi	Dr.....	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	0	96
Cerrahi Onkoloji (Genel Cerrahi)	Dr.....	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	0	42
Deri ve Zührevi Hastalıkları	Dr.....	0	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42
Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	224	0	224
Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	15
Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.....	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	0	0	0	41
Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84	0	84
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	62
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Dr.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6

Ek ödeme ve aksiyon kodu uyumu

- Ek ödemeye esas puanlar ile MHRS aksiyon kodlarının uyumu düzenli kontrol edilmelidir.

Ek Ödemeye Esas Puanların Aksiyon Kodlarına Uygunluğu Kontrol Örnekleri

Psikiyatride **702.700 Bireysel Psikoterapi** işleminin «hastane çalışma düzeni» ve SUT kodlarındaki açıklamalara göre «hekimin MHRS açmış olduğu günlerdeki hasta muayene süreleri» hesaplanarak fazla olduğu görülmüştür.

Psikiyatride **702.670 Aile Tedavisi** işleminin «hastane çalışma düzeni» ve SUT kodlarındaki açıklamalara göre «hekimin MHRS açmış olduğu günlerdeki hasta muayene süreleri» hesaplanarak fazla olduğu görülmüştür.

Psikiyatride **702.679 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi** işlemleri için ay içerisinde MHRS de çalışma cetvelleri aksiyonlarına bakılıp «TRSM aksiyonu olmayan günlerde» bu hizmetin girildiği görülmüştür.

Genel Cerrahide hekimin ilgili ay içerisinde günü MHRS cetvelinde «**Endoskopi aksiyonu**» olmadığı halde 56 hasta bakıp 7 Endoskopi hizmeti girildiği görülmüştür.

Beyin Cerrahisinde hekimin ilgili ay içerisinde günü MHRS cetvelinde «**Heyet aksiyonu**» olduğu halde 52 hasta bakıp; aynı zamanda 2 adet 3 saat süren A grubu ameliyat hizmeti girildiği görülmüştür.

Ürolojide ekimin günü raporlu olduğu ve MHRS de «**Rapor aksiyon**» görüldüğü halde ilgili gün 3 adet ameliyat hizmeti görünmektedir.

Yönetimsel değerlendirme ve iyileştirme

- Veriler iki ayda bir analiz edilmelidir.
- Değerlendirmeler ayın ilk yedi günü içinde yapılmalıdır.
- Alınan kararlar izlenmeli ve sonuçları takip edilmelidir.

02
Standart

Görüntüleme hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

2.1. Polikliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

2.2. Acil servisten istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

2.3. Kliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

2.4. Görüntüleme (MR, BT, USG) randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.

2.5. Görüntüleme (MR, BT, USG) randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.

2.6. Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporladığı (hizmet alımı dahil) görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları her bir görüntüleme için hekim bazlı analiz edilmelidir

2.7. Görüntüleme (MR, BT, USG) sonuç/rapor verme gün süreleri analiz edilmelidir.

2.8. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile görüntüleme hizmetleri randevu ve sonuç verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Görüntüleme hizmetlerinin (MR, BT, USG) randevu ve raporlanma süreleri başhekim yardımcısı koordinasyonunda düzenli olarak izlenmeli; klinik, poliklinik ve acil servis talepleri hekim ve branş bazlı analiz edilmelidir. Randevu ve sonuç verme gün sürelerinin takibinde cihaz verimliliğinde önemli olduğu için cihaz başına düşen iş yükü, çekim sayıları, çekim süreleri ve tekrar tetkik oranları üzerinden takip edilmeli, uzayan sürelerin nedenleri detaylı analizler ile değerlendirilerek gerekli aksiyonlar gecikmeksizin alınmalıdır. Mevcut görüntüleme kayıtlarının tekrarını önlemek amacıyla hekimlerin e-Nabız ve HBYS üzerindeki klinik karar destek sistemlerini etkin kullanmaları sağlanmalı, Radyolojik Tetkik İstem Periyodu Listesine yönelik eğitim ve bilgilendirmeler düzenlenmelidir. Hizmet alımları, cihaz kullanımı ve arıza süreçleri yakından izlenmeli; eksikliklerin giderilmesine yönelik temin ve onarım işlemleri hızla tamamlanmalıdır. Tüm süreçler bütüncül olarak değerlendirilerek görüntüleme hizmetlerinin kesintisiz, verimli ve kaliteli sunumu güvence altına alınmalıdır. Tüm veriler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek hekimlerle karşılaştırmalı olarak paylaşılmalı ve gerekli görülen alanlarda sürekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Standardın Amacı

- Görüntüleme tetkiklerine erişim süresini azaltmak
- Gereksiz veya tekrarlayan tetkiklerin önüne geçmek
- Randevu verme ve rapor sonuç sürelerini kısaltmak
- MHRS üzerinden randevu yönetimini etkinleştirmek
- Radyoloji uzmanlarının iş yükünü dengeli ve ölçülebilir hâle getirmek
- Süreçleri karar destek sistemleri ve E-Nabız üzerinden entegre biçimde izlemek
- Hizmet sunumunda süreklilik, kalite ve hasta güvenliği sağlamak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Branş ve hekim bazlı istem alışkanlıklarını izlemek ve rasyonel tetkik kullanımını desteklemek
- Randevu verme ve raporlama sürelerini izleyerek tanı süreçlerini hızlandırmak
- MHRS üzerinden randevu yönetimini güçlendirmek
- Radyoloji uzmanlarının iş yükünü dengeli ve ölçülebilir hâle getirmek
- Hizmet kapasitesini veriye dayalı planlamak ve hasta memnuniyetini artırmak

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Görüntüleme Tetkik İstemlerinin Analizi

- Poliklinik, acil servis ve kliniklerden istenen MR, BT ve USG tetkikleri branş ve hekim bazında analiz edilmelidir.
- Bu analizler; yoğunluk, tekrar oranları ve klinik ihtiyaçlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.
- Amaç hekimleri sınırlamak değil, doğru ve rasyonel görüntüleme kullanımını desteklemektir.

Örnek Tablo:

MR VE BT TETKİK SAYILARI									
Branş Adı	Hekim Adı	AY:							
		Poliklinikten istenen MR tetkiki sayısı	Acil Servisten istenen MR tetkiki sayısı	Kliniklerden istenen MR tetkiki sayısı	Toplam istenen MR tetkiki sayısı	Poliklinikten istenen BT tetkik sayıları	Acil Servisten istenen BT tetkik sayısı	Kliniklerden istenen BT tetkik sayısı	Toplam istenen BT sayısı
A Branşı	X Hekim								
	Y Hekim								
								
A Branşı Toplam/Ortalama									
B Branşı	X Hekim								
	Y Hekim								
								
B Branşı Toplam/Ortalama									
.....								
.....								
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +.....)									

USG TETKİK SAYILARI					
Branş Adı	Hekim Adı	AY:			
		Poliklinikten istenen USG tetkik sayıları	Acil Servisten istenen USG tetkik sayısı	Kliniklerden istenen USG tetkik sayısı	Toplam istenen USG Tetkik sayısı
A Branşı	X Hekim				
	Y Hekim				
				
A Branşı Toplam/Ortalama					
B Branşı	X Hekim				
	Y Hekim				
				
B Branşı Toplam/Ortalama					
.....				
.....				
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)					

▮ Radyoloji ünitesinde yapılan USG dahil edilmelidir.

Randevu Yönetimi ve MHRS Kullanımı

- MR, BT ve USG randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.
- Randevu verme gün süreleri düzenli olarak izlenmeli, hedef sürelerle karşılaştırılmalıdır.
- Yoğunluk yaşanan alanlarda kapasite ve planlama gözden geçirilmelidir.

Örnek Tablo

MR VE BT RANDEVU VERME GÜN SÜRELERİ						
AY:						
Tetkik Adı	MR Randevu Verme Hedef Gün Süresi	BT Randevu Verme Hedef Gün Süresi	Sağlık tesisi MR Randevu verme gün süresi	Hizmet alımı (kamu sağlık tesisleri dahil)MR Randevu verme gün süresi	Sağlık tesisi BT Randevu verme gün süresi	Hizmet Alımı (kamu sağlık tesisleri dahil) BT Randevu verme gün süresi
MR						
BT						

▮ İş günü olarak hesaplanacaktır.

▮ Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokollerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir

USG RANDEVU VERME GÜN SÜRESİ		
OCAK AYI		
Tetkik Adı	Hedef randevu verme gün süresi	Randevu verme gün süresi
Abdominal USG		
Meme USG		
Tiroit USG		
Renkli Doppler USG		

İş günü olarak hesaplanacaktır.

Örnek

MR, BT ve USG görüntüleme işlemlerine ait randevu verme gün sürelerinin analiz edilmesi ve sağlık tesisi tarafından belirlenen hedef süre ile uyumun izlenmesi

Mevcut Durumun Değerlendirilmesi

- Görüntüleme cihazlarına ait randevular MHRS sistemine aktarılmaktadır.
- Ancak randevu verme gün sürelerinin sistematik analizi ve hedef sürelerle düzenli karşılaştırması yapılmamaktadır.

Hedeflenen Durum

- MR, BT ve USG randevularının MHRS'ye eksiksiz aktarılması,
- Randevu verme gün sürelerinin HBYS üzerinden izlenmesi,
- Elde edilen verilerin GÖREN hedefleri ile karşılaştırılarak kabul edilebilir aralıkta tutulması.

Planlama ve Uygulama Süreci

- MR, BT ve USG cihazları hem HBYS hem de MHRS sisteminde cihaz bazında tanımlanmalıdır.
- MHRS entegrasyonu tamamlanarak verilen randevuların HBYS üzerinden izlenmesi sağlanmalıdır.
- Randevu gün süreleri düzenli olarak raporlanmaya başlanmalıdır.

Tespit Edilen Sorunlar ve Değerlendirme

- MR ve BT çekimlerinde hizmet alımı kapsamında 24 saat kesintisiz çalışma olması nedeniyle, randevu gün süreleri takvim günü esas alınarak analiz edilmelidir.
- USG işlemlerinde ise yalnızca hafta içi mesai saatlerinde hizmet verilmesi nedeniyle, randevu gün süresi hesabının iş günü üzerinden yapılması sağlanmalıdır.

Sonuç

- BT randevu gün süreleri, hekimlerle yapılan planlamalar sonucunda hedef aralığa çekilmiştir. Ancak:
- Koroner Anjiyo BT işlemlerinde, görüntü kalitesini artırmak amacıyla hastaların nabız değerlerinin 60–70/dk aralığında olması gerekmekte, bu nedenle kardiyoloji uzmanı reçetesi ile en az 3–5 gün beta bloker kullanımı zorunlu olmaktadır.
- Bu durum sağlık tesisimizin randevu verme hedef değeri olan 3 günün aşılmasına neden olmaktadır.

- Bu husus bölüm sorumlu doktor yaptığı analiz sonucunda fark edilerek, başhekim, bölüm sorumlu doktorları ve komite ile yapılan toplantıda ele alınmıştır.

Radyoloji uzmanlarının raporlama yükü

- Radyoloji uzmanlarının (hizmet alımı dâhil) raporladığı MR, BT ve USG tetkik sayıları hekim bazlı analiz edilmelidir.
- İş yükü dengesizlikleri için planlama yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

RAPORLANAN RADYOLOJİ TETKİK SAYISI				
Radyoloji Hekim Adı Soyadı	MR	BT	USG	Toplam Tetkik Sayısı
X Hekim				
Y Hekim				
....				
Hizmet Alımı (kamu sağlık tesisleri dahil) Yapılan Kurum Hekimi 1				
Hizmet Alımı (kamu sağlık tesisleri dahil) Yapılan Kurum Hekimi 2				
Toplam Tetkik Sayısı				

Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokollerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir.

Ultrasonografik Tetkik Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan, Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) Genel Uygulamalar-Girişimler Listesinin F Ultrasonografik Tetkikler Başlığı Altındaki 803.310 ile 803.861 Kodları Arasındaki İşlemleri,

BT Tetkik Sayısı: Radyoloji Uzmanı Tarafından Raporlanan Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) Genel Uygulamalar-Girişimler Listesinin 8.3.1. Bilgisayarlı Tomografi (BT Başlığı Altındaki R100000 ile R102290 Kodları Arasındaki İşlemleri,

MR Tetkik Sayısı: Radyoloji Uzmanı Tarafından Raporlanan Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) Genel Uygulamalar-Girişimler Listesinin 8.3.2. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) Başlığı Altındaki R103000 ile R104870 Kodları Arasındaki İşlemleri,

Sonuç / rapor verme süreleri

- Görüntüleme tetkiklerine ait sonuç ve rapor verme süreleri tetkik bazlı analiz edilmelidir.
- Gecikmelere neden olan süreçler tespit edilerek iyileştirme yapılmalıdır.

MR VE BT SONUÇ VERME GÜN SÜRELERİ

AY:						
Tetkik Adı	MR Sonuç verme hedef gün süresi	BT Sonuç verme hedef gün süresi	Sağlık tesisi MR sonuç verme gün süresi	Hizmet alımı (kamu sağlık tesisleri dahil) MR sonuç verme gün süresi	Sağlık tesisi BT sonuç verme gün süresi	Hizmet alımı (kamu sağlık tesisleri dahil) BT sonuç verme gün süresi
MR						
BT						

İş günü olarak hesaplanacaktır.

Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokollerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir.

USG SONUÇ VERME GÜN SÜRESİ

OCAK AYI		
Tetkik Adı	Hedef sonuç verme gün süresi	Sonuç verme gün süresi
Abdominal USG		
Meme USG		
Tiroit USG		
Renkli Doppler USG		

Radyoloji ünitesinde yapılan USG dahil edilmelidir. İş günü olarak hesaplanacaktır.

Yönetimsel değerlendirme ve iyileştirme

- Görüntüleme hizmetlerine ait randevu ve rapor süreleri iki ayda bir değerlendirilmelidir.
- Değerlendirmeler, sonraki ayın ilk yedi günü içerisinde yapılmalıdır.
- Tespit edilen sorun alanları için düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

03
Standart

Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

3.1 Laboratuvar tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

3.2 Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.

3.3 Laboratuvar sonuç verme süreleri test bazlı analiz edilmelidir.

3.4 Dış laboratuvara gönderilen numunelerin belirlenen zamanda laboratuvara teslimi ve belirlenen zamanda sonuçlarının bildirimine dair gerekli takip yapılmalıdır.

3.5 Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile laboratuvar hizmetleri randevu ve sonuç verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Laboratuvar tetkik istemleri hekim ve branş bazında düzenli olarak analiz edilmeli; karşılaştırmalı raporlarla gereksiz tetkik taleplerinin azaltılmasına yönelik farkındalık oluşturulmalı ve akılcı laboratuvar test rehberleri kapsamında eğitimler düzenlenmelidir. Tetkik sonuç verme süreleri test bazında izlenmeli, gecikmelerin nedenleri başhekim koordinasyonunda değerlendirilerek gerekli iyileştirme aksiyonları alınmalıdır. Dış laboratuvara gönderilen numunelerin zamanında teslimi ve sonuç bildirimleri etkin şekilde takip edilmelidir. (Sağlık tesisinden çalışılmak üzere başka bir kurum laboratuvarına gönderilen her tetkik dış laboratuvar numunesi olarak kabul edilmeli ve takibi standartta ifade edildiği takip edilmelidir). Laboratuvar sonuç verme süresinde hedef değerden sapma olamaması için Cihaz başına düşen iş yükü, çalışma süresi ve verimlilik düzenli izlenmeli; cihaz eksiklikleri, hizmet alımları, cihaz kullanımı ve arıza süreçleri yakından takip edilerek gerekli temin ve onarım işlemleri gecikmeksizin yürütülmelidir. Hekimlerin e-Nabız sistemini etkin kullanması ve HBYS üzerindeki klinik karar destek sistemlerinden yararlanması sağlanmalıdır. Tüm bu veriler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla değerlendirilmeli, hekimlerle karşılaştırmalı olarak paylaşılmalı ve ihtiyaç duyulan alanlarda sürekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Standartın Amacı

- Laboratuvar tetkik istemlerini branş ve hekim bazında izleyerek, hekimlerin istem alışkanlıklarını iyileştirerek, rasyonel test kullanımını teşvik etmek
- Laboratuvar cihaz ve insan kaynağının etkin kullanılmasını sağlayarak, Laboratuvar sonuç verme sürelerini kısaltarak tanı ve tedavi süreçlerini hızlandırmak
- Dış laboratuvara gönderilen numunelerin zamanında ve güvenli şekilde yönetilmesini sağlamak
- Hizmet süreçlerini ölçülebilir hâle getirerek kaliteyi artırmak
- Sürekli izleme ve geri bildirim yoluyla iyileştirme kültürü oluşturmak

Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Tetkik istemlerinde veri temelli yönetim sağlanır.
- Hekimlerin test istem alışkanlıkları objektif verilerle değerlendirilir.
- Gereksiz tetkiklerin önüne geçilerek kaynak kullanımı optimize edilir.
- Hekimler arası karşılaştırma ve farkındalık ile klinik süreçlerde iyileşme sağlanır.
- Sonuçların zamanında verilmesi hasta güvenliğini ve klinik memnuniyeti artırır.
- E-Nabız ve HBYS entegrasyonu sayesinde süreç dijitalleşir ve izlenebilirlik artar.
- Dış laboratuvar süreçlerinin kontrol altına alınmasıyla hizmet sürekliliği sağlanır.
- Yönetimin karar alma süreçleri güçlenir, kalite göstergeleri iyileşir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Branş ve Hekim Bazlı Tetkik Analizi

- Laboratuvar tetkik sayıları branş ve hekim bazında düzenli olarak analiz edilmelidir.
- Elde edilen veriler karşılaştırmalı şekilde değerlendirilerek hekimlerle paylaşılmalıdır.
- Amaç denetim değil; farkındalık oluşturmak ve doğru test kullanımını teşvik etmektir.
- * **Tetkik sayısı:** Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) BİYOKİMYA başlığı altında bulunan L100000 ile L107600 kodları arasındaki biyokimya işlemlerini ve MİKROBİYOLOJİ başlığı altında bulunan 912000- 912330 kodları arasındaki işlemlerini kapsar.

Biyokimya ve Mikrobiyoloji Tetkik Sayısı										
Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen hekimin adı ve soyadı	OCAK			ŞUBAT			TOPLAM		
		Tetkik sayısı	Hasta Sayısı	Hasta başına istenen tetkik sayısı	Tetkik Sayısı	Hasta Sayısı	Hasta başına istenen tetkik sayısı	Tetkik Sayısı	Hasta Sayısı	Hasta Başına İstlenen Tetkik Sayısı
A Kliniği	XHekim									
A Kliniği	Y Hekim									
A Kliniği Toplam (Ortalama)										
B Kliniği	ZHekim									
B kliniği	Q Hekim									
B Kliniği Toplam /Ortalama										
.....									
.....									
Genel Toplam /Ortalama										
A (Kliniği+B Kliniği)										

***Tetkik sayısı:** Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) BİYOKİMYA başlığı altında bulunan L100000 ile L107600 kodları arasındaki biyokimya işlemlerini ve MİKROBİYOLOJİ ve PARAZİTOLOJİ başlığı altında bulunan 912000- 912330 kodları arasındaki işlemlerini kapsar.

Ayaktan Hasta Başına Düşen Laboratuvar Tetkik Sayısı								
	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM/ORTALAMA		
	Mesai içi	Mesai dışı	Mesai içi	Mesai dışı	Mesai içi	Mesai dışı	Mesai içi	Mesai dışı
Ayaktan Hasta Başına Düşen Laboratuvar Tetkik Sayısı								

Ayaktan Hasta Başına Düşen Laboratuvar Tetkik Sayısı= Toplam ayaktan hastaya yapılan laboratuvar tetkik sayısı (acil hariç) / Toplam ayaktan hasta sayısı (acil hariç)

Mesai dışı ayaktan hasta başına düşen laboratuvar tetkik sayısı sağlık tesisinde 17:00 ile 08:00 saatleri arasında gerçekleşen toplam ayaktan hastaya yapılan laboratuvar tetkik sayısı (acil hariç) / Toplam ayaktan hasta sayısı (acil hariç) sayısını ifade eder.

Toplam ayaktan hastaya yapılan laboratuvar tetkik sayısı (acil hariç) : İlgili dönemde ayaktan başvuru yapan (acil servis hariç) hastalara uygulanan toplam laboratuvar tetkik sayısını ifade eder.

Toplam ayaktan hasta sayısı (acil hariç) : İlgili dönemde ayaktan başvuru yapan (acil servis hariç) hasta sayısını ifade eder.

Tetkik Tekrarları ve Uygunsuz İstemler:

- Aynı hastaya aynı tetkik tekrar isteniyor ise nedenleri araştırılmalıdır.
- Gerekirse karar destek sistemleri ile uyarı mekanizmaları kurulmalıdır.

E-Nabız ve HBYS Desteği:

- Daha önce yapılmış testlerin sistemden kontrol edilmesi teşvik edilmelidir.
- Bu süreçte e-Nabız ve HBYS karar destek modülleri aktif kullanılmalıdır.

Eğitim ve Farkındalık:

Hekimlere akılcı test istemi konusunda düzenli bilgilendirme yapılmalı, rehberler yaygınlaştırılmalıdır.

Laboratuvar Sonuç Verme Süreleri:

- Sonuç verme süreleri test bazlı olarak izlenmeli ve hedef sürelerle karşılaştırılmalıdır.
- Gecikmeye neden olan süreçler tespit edilerek iyileştirici önlemler alınmalıdır.
- Gecikmeler varsa örnek taşıma, cihaz kapasitesi, personel yetersizliği gibi nedenlere göre iyileştirme yapılmalıdır.
- Laboratuvar cihazları, kit kullanımı ve personel iş yükü dengeli dağıtılmalıdır.
- Gereksiz tetkik yükü, diğer hastaların tetkik sonuçlanma süresini olumsuz etkileyebilir

Örnek Tablo:

Laboratuvar sonuç çıktısında tetkikin istem zamanı, numune alma zamanı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı zaman tarih ve saat olarak belirtilmelidir.

LABORATUVAR TETKİKİ NUMUNE SONUÇ VERME SÜRESİ			
Tetkikler	Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Hedef Süre (dakika)	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Hedef Süre (dakika)	Laboratuvar Tetkiki Numune Sonuç Verme Süresi
Hemogram			
Glukoz			
BUN			
Kreatinin			
Amilaz			
SGOT			
SGPT			
Direkt Bilirubin			
İndirekt Bilirubin			
Sedimentasyon			
INR			
PTZ			
.....			

Biyokimya sonuç raporunda ilgili zamanları içeren örnek rapor aşağıda belirtilmiştir.

Örnek Tablo:

.....Hastanesi Biyokimya Sonuç Raporu			
Adı Soyadı		İstemi Yapan Birim	
TC Kimlik No (Kısıtlı)		İstemi Yapan Doktor	
Doğum Tarihi		Numune Türü	
Cinsiyeti		Tetkik İstem Zamanı	:19.02.2025 14:30:45
İşlem/Dosya/Protokol Numarası		Numune Alma Zamanı	:20.02.2025 08:35:42
Rapor Numarası		Numune Kabul Zamanı	:20.02.2025 08:42:35
		Onay Zamanı	:20.02.2025 11:13:02

Dış Laboratuvar Süreçlerinin Yönetimi

- Dış laboratuvara gönderilen numunelerin belirlenen sürede teslimi sağlanmalıdır.
- Sonuçların zamanında bildirilip bildirilmediği düzenli olarak takip edilmelidir.
- Aksaklıklar kayıt altına alınarak ilgili birimlerle koordinasyon sağlanmalıdır.

DIŞ LABORATUVAR TETKİKİ NUMUNE ALMA- GÖNDERİM VE NUMUNE KABUL- SONUÇ VERME SÜRESİ				
Tetkikler	AY:			
	Numune Alma-Gönderim ile Dış (Laboratuvara (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul Arasındaki Hedef Süre (dk)	Numune Alma-Gönderim ile Dış Laboratuvar (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul Arasındaki Ortalama Süre (dk)	Dış Laboratuvar (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Hedef Süre (dk)	Dış Laboratuvar (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Ortalama Süre (dk)
.....				
.....				
.....				
.....				

Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokollerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir.

Yönetimsel Değerlendirme ve Sürekli İyileştirme Süreçleri

Laboratuvar hizmetlerine ait randevu, tetkik istemi ve sonuç verme süreleri; iki ayda bir, başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla değerlendirilmelidir. Değerlendirmeler, sonraki ayın ilk yedi günü içerisinde önceki iki aya ait veriler üzerinden yapılmalı; tespit edilen sorun alanları için süreç iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Bu yaklaşım, laboratuvar hizmetlerinin yalnızca izlenmesini değil, aynı zamanda sürekli gelişimini ve kurumsal kalite kültürünün güçlenmesini sağlar.

04
Standart

Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 4.1. Acil serviste hekim ve sağlık personeli görevlendirmesi gün içerisinde hasta yoğunluğu dikkate alınarak yapılmalıdır.
- 4.2. Acil serviste hastaların müşahede alanında kalış süresi analiz edilmelidir.
- 4.3. Acil serviste 8 saat üzeri bekleyen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.
- 4.4. Acil serviste konsültasyon gerçekleştirme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 4.5. Acil serviste istenilen görüntüleme hizmetlerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.
- 4.6. Acil serviste istenilen laboratuvar tetkiklerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.

4.7. Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.

4.8. Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak analiz edilmelidir.

4.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile hasta bekleme süreçleri ve süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır

Rehberlik

Acil servise yeşil, sarı ve kırmızı alanlara yapılan başvurular; 08.00–16.00, 16.00–24.00 ve 24.00–08.00 zaman dilimleri dikkate alınarak HBYS üzerinden izlenmeli ve saatlik yoğunluk analizleri başhekim koordinasyonunda ilgili sorumlu hekim tarafından değerlendirilmelidir. Yoğunluğun yüksek olduğu zaman dilimlerinde hizmet kapasitesini artırmak amacıyla hekim, hemşire, laborant, görüntüleme, temizlik ve güvenlik personeli planlaması yapılmalı; uzun resmî tatil dönemleri için ilave personel desteği sağlanmalıdır. Acil servise başvuran hastaların ilk kayıt, muayene, müşahedeye giriş ve çıkış zamanları HBYS’de ayrı ayrı kayıt altına alınmalı; servise veya yoğun bakıma yatışı planlanan hastaların işlemleri önceliklendirilerek yatış süreçleri hızlandırılmalıdır. Yatak doluluğu yüksek branşlarda “yakın” ve “diğer branş” yatak listeleri HBYS’de tanımlanmalı ve yatışlar en uzun süredir boş olan yataktan başlayacak şekilde sistematik olarak yürütülmelidir. Acil serviste 8 saati aşan bekleme süreleri; laboratuvar numune alma ve sonuçlanma süreleri, görüntüleme çekim ve raporlama süreleri ile konsültasyon süreçleri açısından analiz edilmeli; beklemeyi artıran unsurlar için gerekli iyileştirici önlemler gecikmeksizin uygulanmalıdır. Tedavi reddi formları hasta bilgileri, başvuru zamanı, tanı ve ilgili hekim bazında değerlendirilmelidir. Tüm veriler branş ve hekim bazlı izlenerek yönetsel karar süreçlerinde kullanılmalı ve gerektiğinde iyileştirme aksiyonları alınmalıdır. Tüm bu veriler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla değerlendirilmeli, hekimlerle karşılaştırmalı olarak paylaşılmalı ve ihtiyaç duyulan alanlarda sürekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Standardın Amacı

- Acil Serviste hasta bakım süreçlerini hızlandırmak, bekleme sürelerini azaltmak ve hizmet kalitesini artırmaktır.
- Hasta yoğunluğuna göre personel planlaması yapılması, müşahede alanında kalış sürelerinin izlenmesi,
- Uzun süre bekleyen hastalar için önleyici tedbirler alınması,
- Konsültasyon ve tetkik süreçlerinin zamanında tamamlanması ve hasta memnuniyetinin artırılması hedeflenmektedir.
- Ayrıca hasta hakları kapsamında değerlendirilen tedavi red formlarının analiz edilmesiyle riskli alanların tespit edilmesi amaçlanır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hasta bekleme süreleri kısalır, hasta devir hızı artar.
- Personel planlaması daha verimli hale gelir, yoğun saatlerde hizmet aksaması önlenir.
- Yatış ve transfer süreçleri düzenlenir, hastaların ilgili branşlara daha hızlı devri sağlanır.
- Acil servis kullanımının istatistiksel olarak takibi ve yönetimi kolaylaşır.
- Gereksiz yoğunluk önlenerek hizmet kapasitesi artırılır.
- İyileştirme alanları daha net görünür ve hedefe yönelik müdahaleler yapılabilir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Acil Servise Başvuru Yoğunluğu:

- 08:00–16:00, 16:00–24:00 ve 24:00–08:00 saat dilimlerinde acil servise yapılan başvuru sayıları günlük olarak HBYS üzerinden takip edilmelidir.

Örnek Tablo:

ACİL SERVİS BAŞVURU SAYISI										
AY:										
GÜNLER	Saatler									Günlük Toplam Başvuru Sayısı
	08-16			16-24			24-08			
	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	
1										
2										
...										
...										
31										
Aylık Toplam Acil Servis Başvuru Sayısı										

Personel ve Kaynak Yönetimi:

- Başvuru yoğunluğu analiz edilerek, en yoğun zaman diliminde personel sayısı artırılmalıdır. Acil servis çalışanlarının mesai planlaması, kapasite ve yoğunluğa göre ayarlanmalıdır. Acil servis yeşil, sarı, kırmızı alan başvuru sayılarının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak, acil servis başvuru yoğunluğunun fazla olduğu zaman dilimi belirlenmeli, bu yoğunluğu azaltacak düzenlemeler yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır. Acil servis çalışma sisteminde en yoğun zaman dilimindeki hizmeti güçlendirebilmek için yoğun olan saatlerde görevli personel (hekim, hemşire, laborant, röntgen teknisyeni, temizlik personeli, güvenlik personeli vb.) sayısının artırıldığı bir çalışma sistemi oluşturularak personel desteği sağlanmalıdır.

Hasta Bekleme Süreçleri:

- Acil Serviste İlk kayıt, muayene, müşahedeye giriş ve çıkış zamanları ayrı ayrı HBYS 'de kayıt altına alınmalıdır.

ACİL SERVİS MÜŞAHEDEDE KALIŞ SÜRESİ			
AY:			TOPLAM
Müşahedede Kalış Süresi			

- 8 saat üzeri bekleyen hastaların nedenleri analiz edilmeli, gecikme nedenleri (laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon) ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

ACİL SERVİSTE 8 SAAT VE ÜZERİ KALAN HASTA SAYISI			
AY:			TOPLAM
Acil Serviste 8 Saat ve Üzeri Kalan Hasta Sayısı			

Konsültasyon ve Tetkik Süreleri

Branş ve hekim bazlı konsültasyon süreleri izlenmeli ve uzayan süreler için ilgili birimlerle iyileştirme planı yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

ACIL SERVİS KONSÜLTASYON GERÇEKLEŞTİRME SÜRESİ					
Branş	Hekim Adı Soyadı	AY:			
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dk)		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dk)	
		Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
A Branşı	X Hekim				
A Branşı	Y Hekim				
A Branşı	.....			
A Branşı Ortalama					
B Branşı	Z Hekim				
B Branşı	Q Hekim				
B Branşı	.....			
B Branşı Ortalama					
.....				
.....				
.....				
Genel Ortalama (A Branşı+B Branşı+.....)					

Görüntüleme ve laboratuvar sonuç verme süreleri analiz edilmeli, kritik testler ve acil çekimlere öncelik verilmelidir.

Örnek Tablo:

ACIL SERVİS GÖRÜNTÜLEME TETKİKİ SONUÇ VERME SÜRESİ		
AY:		
Tetkik Adı	Hedef Süre	Acil Servis Görüntüleme Tetkiki Sonuç Verme Süresi
MR		
BT		
USG		

Örnek Tablo:

ACIL SERVİS LABORATUVAR TETKİKİ SONUÇ VERME SÜRESİ		
Tetkik Adı	Hedef Süre	Acil Servis Laboratuvar Tetkiki Sonuç Verme Süresi
Hemogram sonuç verme süresi		
Glukoz sonuç verme süresi		
Amilaz sonuç verme süresi		
CK-MB sonuç verme süresi		
Troponin-I sonuç verme süresi		
Troponin-T sonuç verme süresi		
Diğer		

Yatış ve Transfer Süreçleri

- Servise veya yoğun bakıma yatışı planlanan hastaların işlemleri öncelikli yapılmalıdır.
- HBYS üzerinde, ilgili kliniklere öncelikli yatış için “yakın” ve “diğer branş” listeleri başhekimlikçe tanımlanmalı ve sistematik yerleştirme sağlanmalıdır.

Tedavi Red Formlarının Analizi:

Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgileri, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak düzenli analiz edilmelidir. Bu sayede tedavi reddi nedenleri ve sayıları izlenebilir.

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

İki ayda bir, önceki iki aya ait tüm acil servis performans verileri analiz edilerek değerlendirme toplantısı yapılmalı, gecikme nedenlerine ilişkin aksiyon planları oluşturulmalıdır.

05
Standart

Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği artırılmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 5.1. Ameliyat randevuları MHRS üzerinden (acil vakalar hariç) verilmelidir
- 5.2. Mesai içi ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 5.3. Mesai dışı ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 5.4. Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatların başlangıç ve bitişleri ile ameliyat (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS’ de izlenebilmelidir.
- 5.5. İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatların kök neden analizi yapılmalıdır.
- 5.6. Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılmalıdır.
- 5.7. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile ameliyathane hizmetlerinin etkinliği iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Bu standart; ameliyathane hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, izlenmesi ve sürekli iyileştirilmesine yönelik ölçütleri kapsar. Ameliyat randevularının dijital ortamda yönetilmesi, ameliyathane masalarının etkin ve verimli kullanılması, vaka aralarındaki bekleme sürelerinin azaltılması, iptal ve erteleme nedenlerinin sistematik olarak analiz edilmesi ve elde edilen verilerin yönetsel kararlara yansıtılması standardın temelini oluşturur. Bu yaklaşım, hasta güvenliğini artırmayı, kaynak kullanımını optimize etmeyi ve ameliyathane hizmetlerinde sürdürülebilir kaliteyi sağlamayı amaçlar.

Sağlık tesisinde ameliyat randevularına ilişkin manuel uygulamalar kaldırılarak, acil vakalar hariç tüm ameliyat randevuları MHRS üzerinden planlanmalıdır. Ameliyat randevularının geç verilme nedenleri; hastane yoğunluğu ve bekleme listeleri, hekim ve ameliyathane kapasitesi, malzeme temini, teknik altyapı ve hastaya bağlı nedenler dâhil olmak üzere analiz edilmelidir. Mesai içi ve mesai dışı gerçekleştirilen ameliyat sayıları branş ve hekim bazında izlenmeli, mesai dışı ameliyathanelerin planlama kaynaklı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ameliyathane masalarının etkin kullanılması için ameliyathanelerde anestezi başlangıç ve bitiş saatleri ile vakalar arası bekleme sürelerinin (temizlik vb.) tespiti yapılmalıdır. Hastanın ameliyathaneye alınma saati, ameliyat bitiş saati, uyandırılma odasına alınma saati ve ameliyathaneden çıkış saati gibi sürelerin kaydı HBYS üzerinden mümkünse hasta bilekliğinden barkod okuma şeklinde yapılmalıdır. Özellikle temizlik, hazırlık ve ekip değişimine bağlı bekleme süreleri analiz edilerek verimliliği düşüren unsurlar tespit edilmelidir. Mesai saatleri içerisinde düşük verimlilikle çalışan kliniklere ait ameliyat masaları, yoğun şekilde çalışan kliniklerin kullanımına açılmalı; sürekli geç başlayan veya geç biten ameliyathane salonları için planlama, personel, süreç ve fiziki koşullara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyathaneler (lokal ameliyathaneler dâhil) branş ve hekim bazında izlenmeli ve kök neden analizleri gerçekleştirilmelidir. Hasta kaynaklı nedenler (preoperatif hazırlığın tamamlanamaması, hastanın ameliyata gelmemesi vb.) ile ameliyathane işleyişinden kaynaklanan nedenler (ameliyat sürelerinin uzaması, steril malzeme uygunsuzluğu, teknik aksaklıklar vb.) ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Bu analizler doğrultusunda, vaka günlerinde ameliyathane odalarını verimsiz kullanan birimlerin günleri; randevu süreleri uzun olan ve kaynakları etkin kullanan birimlere devredilerek kapasite dengesi sağlanmalıdır. Başhekim başkanlığında, ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilerek, gerekli düzenlemeler yapılmalı ve sürekli iyileştirme sağlanmalıdır.

Standart Amacı

- Ameliyat randevularını planlı ve erişilebilir şekilde yönetmek
- Ameliyathane kaynaklarının (ameliyat salonu, personel, malzeme) etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak,
- Mesai içi ve mesai dışı ameliyat dağılımını izlemek
- Ameliyat masalarının kullanım sürelerini optimize etmek
- İptal ve erteleme nedenlerini azaltmak
- Veriye dayalı sürekli iyileştirme kültürü oluşturmak

Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Ameliyat masalarının, ameliyathane ekipmanlarının ve personelin etkinliği artar.
- Bekleme sürelerinin azalması, ameliyat iptallerinin düşmesi hasta memnuniyetine doğrudan etki eder.
- Gecikmelerin ve ameliyat dışı bekleme sürelerinin azalması sayesinde mesai içi iş yükü dengelenir.
- Hekim ve branş bazında karşılaştırmalar yapılarak klinik performans objektif değerlendirilir.
- Verilerle yönetilen sistem sayesinde aksaklıklar zamanında tespit edilerek çözüm üretilebilir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Ameliyat Randevu Yönetimi

- Acil vakalar hariç olmak üzere tüm ameliyat randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.
- Randevu planlamaları branşların iş yükü ve ameliyathane kapasitesi dikkate alınarak yapılmalıdır.

5.1 Ameliyat MHRS Randevuları Takip Tablosu							
A Kliniği							
Sıra No	Doktor Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Planlanan Ameliyat	Randevu Verme Tarihi	Ameliyat Tarihi Saati	Randevu Gün Süresi	MHRS No
B Kliniği							
Sıra No	Doktor Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Planlanan Ameliyat	Randevu Verme Tarihi	Ameliyat Tarihi Saati	Randevu Gün Süresi	MHRS No

5.1 / 5.2 / 5.3 Ameliyat MHRS Randevuları / Mesai İçi, Mesai Dışı Ameliyat Sayıları / Ameliyat MHRS Randevuları Takip Tablosu						
A Kliniği						
Sıra	Doktor	Mesai İçi Ameliyat	Mesai Dışı Ameliyat	MHRS Gönderilen Ameliyat Sayısı	MHRS Gönderilmeyen Ameliyat Sayısı	Toplam Ameliyat Sayısı
B Kliniği						
Sıra	Doktor	Mesai İçi Ameliyat	Mesai Dışı Ameliyat	MHRS Gönderilen Ameliyat Sayısı	MHRS Gönderilmeyen Ameliyat Sayısı	Toplam Ameliyat Sayısı

Örnek:

Ameliyat Randevularının MHRS Üzerinden Verilmesi (Acil Vakalar Hariç)

Sorun

- Ameliyat randevularının MHRS'ye geç gönderilmesi veya ameliyata çok kısa süre kala sisteme tanımlanması nedeniyle ameliyat randevu gün sürelerinin HBYS ve MHRS'de gerçeği yansıtmadığı tespit edilmiştir.
- Bu durum özellikle bazı ameliyat randevularının HBYS'de 0 gün veya 1 gün olarak görünmesine, ancak fiiliyatta hastaların uzun süre ameliyat beklemesine neden olmaktadır.

Bu nedenle;

- Ameliyat randevu gün süreleri doğru ölçülememekte,
- Branş ve hekim bazlı analizler sağlıklı yapılamamakta,
- Bekleme sürelerinin izlenebilirliği gerçeği yansıtmamaktadır.

Sorunun Tespiti Esnasında Mevcut Durum

Sorunun tespiti sırasında aşağıdaki durumlar gözlemlenmiştir:

- Hastalar, poliklinik muayenesi sonrasında ameliyat için manuel hekim ajandalarına kaydedilmekte,
- Ameliyat tarihi hastaya sözlü olarak bildirilmekte,

MHRS kaydı ise:

- Ya ameliyat tarihinden bir gün önce yatış sırasında ya da ameliyat günü yapılmaktaydı.

Bu nedenle:

- HBYS ve MHRS üzerinde ameliyat randevu gün süresi 1 gün veya 0 gün olarak görünmekteydi.
- Ancak hastanın fiilî bekleme süresi haftalar hatta aylar olabilmekteydi.
- Randevuların takibi amacıyla ameliyathane sekreterliği görevlendirilmiş olsa da, sekreter tarafından da randevuların son anda MHRS'ye gönderildiği tespit edilmiştir
- Her hekimin kendi ajandasını kullanması sebebiyle, merkezi takip yapılamamış, hastane yönetimi tarafından sağlıklı veri analizi gerçekleştirilememiştir.

Sorunun Tespiti Sonrası Çözümüne Yönelik Alınması Gerekenler

Sorunun giderilmesi ve sürecin standardize edilmesi amacıyla aşağıdaki önlemler alınmıştır / alınması planlanmıştır:

- Ameliyat randevularının ilk poliklinik muayenesinde oluşturulacaktır.
- Hekim ve hastanın uygunluğu doğrultusunda ameliyat randevusu, muayene sonrası HBYS üzerinden oluşturulacaktır.

Eş zamanlı MHRS bildirim

- HBYS'de oluşturulan ameliyat randevularının, bekletilmeden aynı anda MHRS'ye gönderilmesi sağlanacaktır.
- Manuel ajanda kullanımının sonlandırılması
- Hekimlere yönelik bilgilendirme yapılarak manuel ajanda kullanımının süreç dışına çıkarılması hedeflenmiştir.

Yetki ve sorumlulukların netleştirilmesi

- Ameliyathane sekreterliği yalnızca takip ve kontrol görevi üstlenecektir.
- Randevu oluşturma ve MHRS'ye gönderme sorumluluğu hekimin poliklinik sürecinde tamamlanacaktır.

Yazılım ve sistem düzenlemeleri

HBYS üzerinde yapılan yazılım düzenlemeleri ile:

- Ameliyat randevu gün süreleri,
- Branş ve hekim bazlı bekleme süreleri hem hastane yönetimi hem de Bakanlık tarafından izlenebilir hale getirilmiştir.

Düzeltilici ve İyileştirici Faaliyetler (DİF)

- Hekimlere düzenli bilgilendirme yapılmış,
- Süreçten sapmalar için DİF başlatılmıştır.

Sonuç

- Ameliyat randevularının ilk muayenede oluşturulması ve eş zamanlı olarak MHRS'ye gönderilmesi yönünde süreç standardize edilmiştir.
- Ameliyat masaları, hastanenin ruhsatına esas 15 ameliyat masası olacak şekilde MHRS ve HBYS'de birebir uyumlu tanımlanmıştır.

Yapılan düzenlemeler sayesinde:

- Ameliyat randevu gün süreleri gerçek bekleme sürelerini yansıtacak şekilde sistemlere yansımaktadır.
- SDS 5.1 ölçütü kapsamında ameliyat randevu gün süreleri branş ve hekim bazlı izlenebilir hale gelmiştir.

Mesai İçi ve Mesai Dışı Ameliyat Analizi

- Mesai içi ve mesai dışı gerçekleştirilen ameliyat sayıları branş ve hekim bazında analiz edilmelidir.
- Mesai dışı ameliyatların nedenleri değerlendirilerek planlama kaynaklı sorunlar tespit edilmelidir.

AMELİYAT SAYISI VE GRUPLARI											
AY:											
Branşlar	Hekim Adı Soyadı	Ameliyat Grubu*								Toplam Ameliyat Sayısı	
		A		B		C		D ve E		Mesai İçi	Mesai Dışı
		Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı		
A Kliniği	X Hekim										
	Y Hekim										
A Kliniği / Branş Toplam											
B Kliniği	Z Hekim										
	Q Hekim										
B Kliniği / Branş Toplam											
.....										
.....											
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)											

*Ameliyat grupları Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan "Girişimsel İşlemler Listesi" ne göre tanımlanmalıdır.

*Bir cerrahın sadece ameliyathanede yaptığı ameliyatlar dikkate alınmalıdır.

HBYS Kullanımı ve Zaman Kayıtları

- Ameliyatla ilgili tüm zamanlar (hasta alınma, kesi, bitiş, uyandırma, çıkış) HBYS üzerinden izlenmelidir.
- Mümkünse barkod sistemiyle hasta bilekliği üzerinden zaman damgası alınmalıdır.

Örnek Tablo:

AMELİYATHANE VAKALAR ARASI BEKLEME SÜRESİ									
Vakalar	Ameliyat Masası 1			Ameliyat Masası 2			Ameliyat Masası 3		
	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)
1. Vaka	08:15	08:45	30			-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40						
3. Vaka									
.....									
.....									

■ Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.

■ Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

■ 1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak raporlanmalıdır.

Örnek Tablo:

SALON NO	PAZARTESİ	SALI	ÇARŞAMBA	PERŞEMBE	CUMA
1	Ortopedi				
2	Ortopedi				
3	Gastrocerrahi	Cerrahi Onkoloji	Genel Cerrahi		
4	KBB	Plastik Cerrahi	Göğüs Cerrahisi		Plastik Cerrahi
5	Genel Cerrahi - KBB				
6	Genel Cerrahi				
7	Üroloji				
8	Üroloji	Kadın Doğum	Üroloji	Cerrahi Onkoloji	Üroloji
9	Göz				
10	Beyin Cerrahi				
11	Kalp ve Damar Cerrahisi				
12	Çocuk Cerrahi	Jinekolojik Onk.	Jinekolojik Onk.	Çocuk Cerrahi	Kadın Doğum
13	Kadın Doğum	Jinekolojik Onk.	Kadın Doğum	Jinekolojik Onk.	Kadın Doğum
14	Acil Sectio				
15	Algoloji		KVC	Diş	Algoloji

■ Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.

■ Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

■ 1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak raporlanmalıdır.

5.4 Ameliyat Başlangıç Bitiş ve Vaka Arası Bekleme Süresi Takip Tablosu										
	SALON 1			SALON 2			.....	SALON 15		
	Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre	Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre	.....	Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre
	01.08.2025			01.08.2025				01.08.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka			*				.....		
3. vaka			**				.....		
4. vaka			***				.....		
5. vaka			****				.....		
Tolam Vaka Sayısı										
	02.08.2025			02.08.2025				02.08.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka							.....		
3. vaka							.....		
5. vaka							.....		
6. vaka							.....		
Tolam Vaka Sayısı										
	03.08.2025			03.08.2025				03.08.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka							.....		
3. vaka							.....		
Tolam Vaka Sayısı										
* 1. vakanın bitişi ile 2. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										
** 2. vakanın bitişi ile 3. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										
*** 3. vakanın bitişi ile 4. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										
**** 4. vakanın bitişi ile 5. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										

Sorun

Ameliyathane salonlarına ait giriş-çıkış saatlerinin ve vaka başlangıç-bitiş zamanlarının sistemsel olarak kaydedilmemesi nedeniyle;

- Salon kullanım oranları hesaplanamamaktadır.
- Vaka arası süreler izlenememektedir.
- Temizlik, havalandırma ve enfeksiyon kontrol süreçlerinin yeterliliği değerlendirilememektedir.

Sorunun Tespiti Esnasında Mevcut Durum

Sorunun tespiti sırasında aşağıdaki durumlar gözlemlenmiştir:

- Ameliyathanede toplam 15 ameliyat salonu bulunmakta olup, salonlar hafta içi 5 günlük planlama kapsamında branşlara tanımlıdır.
- Günlük planlamaya göre hastalar boş salonlara alınmakta ancak:
 - Salonlara giriş-çıkış kayıtları tutulmamaktadır.
 - Vaka başlangıç ve bitiş saatleri HBYS'ye sistemsel olarak girilmemektedir.

Bu nedenle:

- Salon kullanım oranları hesaplanamamakta,
- Vaka arası süreler ölçülememekte ve analiz edilememektedir. İlk yazılım düzenlemeleri ve veri girişleri sonrasında yapılan analizlerde ise:
 - Aynı salonda aynı anda birden fazla hasta kaydı,
 - Bir hasta salondan çıkmadan yeni hasta girişi yapılmış gibi görünen kayıtlar,
 - Negatif süreler (-8 dk, -10 dk gibi) tespit edilmiştir.

Yerinde yapılan değerlendirmelerde;

- Salonların branş bazlı tanımlı olması nedeniyle; hastaların fiilen ameliyat olduğu salon yerine, kendi branşına tanımlı salon üzerinden veri girişi yapıldığı belirlenmiştir.

Sorunun Tespiti Sonrası Çözümüne Yönelik Alınması Gerekenler

Veri giriş standardının belirlenmesi

- Hastanın fiziken ameliyat olduğu salon üzerinden vaka başlangıç ve bitiş kayıtlarının yapılması gerektiği personele anlatılmıştır.

Veri giriş yöntemi

- Bileklikten barkod okutma yöntemi değerlendirilmiş ancak süreci uzatacağı öngörüldüğünden uygulanmamıştır.
- Mevcut ameliyat işlem formlarında yer alan anestezi başlangıç ve bitiş saatleri esas alınarak HBYS'ye veri girişi yapılması kararlaştırılmıştır.

Eğitim ve yetkilendirme

- Ameliyathane sekreterliğine gerekli eğitimler verilmiş,
- Vaka başlangıç ve bitiş saatlerinin tek noktadan ve standart şekilde sisteme girilmesi sağlanmıştır.

HBYS yazılım düzenlemeleri

- HBYS'de yapılan yazılım düzenlemeleri ile:
 - Vaka başlangıç ve bitiş saatleri görünür hale getirilmiştir.
 - Verilerin analiz edilebilirliği sağlanmıştır.
- Diğer sağlık tesisleri ile yapılan değerlendirmelerde:
 - Vaka arası süre yerine yalnızca vaka süresinin izlendiği görülmüştür.
 - HBYS yazılımının SDS rehberi doğrultusunda revize edilmesi gerektiği firmaya bildirilmiştir.
- Doğru salon üzerinden yapılan veri girişleri ile:
 - Vaka arası süreler gerçekçi ve güvenilir şekilde ölçülmeye başlanmıştır.
 - Salon kullanım oranları ve verimlilik analizleri yapılabilir hale gelmiştir.
- Yapılan analizlerde:
 - Göz ameliyat salonu ve Çocuk Cerrahisi salonunda vaka arası sürelerin daha kısa olduğu tespit edilmiştir.
- Bu durumun;
 - Göz ameliyatlarında preoperatif pupil dilatasyonunun serviste yapılması,
 - Çocuk cerrahisinde sünnet vakalarının yoğunluğu ve açlık süresini uzatmama gereği nedeniyle olduğu değerlendirilmiştir.
- Vaka arası temizlik süreleri:
 - EKK Komitesi gündemine alınmış,
 - Ameliyathane SDS toplantılarına EKK hekimi/hemşiresi davet edilerek, süre analizleri multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmeye başlanmıştır.

Ameliyat İptal/Erteleme Analizi

- İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatlara için kök neden analizi yapılmalıdır.
- İptal ve Ertelemenin Nedenleri; hasta, hekim, ekipman veya planlama kaynaklı nedenler ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Örnek Tablo:

İPTAL EDİLEN VE ERTELENEN AMELİYAT SAYISI			
Branş Adı	Hekim Adı Soyadı	Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısı	Ameliyatı Ertilenen veya İptal Edilen Toplam Hasta Sayısı
A Kliniği	X Hekimi		
	Y Hekimi		
A Kliniği / Branş Toplam			
B Kliniği	Z Hekimi		
	Q Hekimi		
B Kliniği / Branş Toplam			
Genel Toplam (A Kliniği + B Kliniği+....)			

Örnek Tablo:

5.5 İptal Edilen Ertilenen Ameliyat Takip Tablosu – Veri Toplama						
Tarih	Hasta Adı Soyadı	Klinik Adı	Doktor Adı Soyadı	SUT Kodu	Ameliyat Adı	İptal Nedeni

Örnek Tablo:

5.5 İptal Edilen ve Ertilenen Ameliyat Takip Tablosu - Analiz								
Birim Adı	Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısı	İptal ve Erteleme Nedenleri					Ameliyatı Ertilenen veya İptal Edilen Toplam Hasta Sayısı	Ameliyatın Ertilenme veya İptal Oranı**
		Malzeme Yokluğu	Preop Hazırlığının Tamamlanmaması	Hastanın Ameliyata Gelmemesi	Listede Bulunan Ameliyatların Süresinin Uzaması	Diğer Nedenler		
Toplam								

06
Standart

Koroner Anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 6.1.** Koroner anjiyografi randevuları (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden takip edilmelidir.
- 6.2.** Her bir anjiyografi odasında yapılan anjiyoların başlangıç ve bitiş süreleri ile anjiyo (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.
- 6.3.** ST Elevasyonlu Miyokart Enfarktüsü (STEMI) tanısı olarak Primer Perkütan Koroner Girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi analiz edilmelidir.

6.4. Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmelidir.

6.5. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile koroner anjiyografi hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımı için işlemler planlanmalı, izlenmeli ve analiz edilmelidir. Bu amaçla randevular, gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen vakalar hekim bazında takip edilerek iptal veya erteleme nedenleri kaydedilmelidir. Anjiyo odalarının kullanım verimliliği, odaların işleme başlangıç ve bitiş saatleri ile vakalar arası bekleme süreleri dikkate alınarak değerlendirilmeli, hasta anjiyo odasına giriş ve çıkış saatleri mümkünse hasta bilekliği barkod sistemi ile HBYS' ye kaydedilmelidir. Hekim ve klinik bazlı analizlerle odaların verimsiz kullanıldığı süreler tespit edilip iyileştirme adımları uygulanmalıdır. Cihaz arızaları yakından takip edilmeli, onarımlar hızla tamamlanmalı ve cihaz eksikliği durumunda temin süreci başlatılmalıdır. STEMI tanısı almış ve PKG planlanan hastalarda kapı-balon süreleri izlenmelidir. Tüm veriler başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve sorumlular tarafından değerlendirilerek hekimlerle karşılaştırmalı olarak paylaşılmalı ve ihtiyaç duyulan alanlarda sürekli iyileştirme çalışmaları yürütülmelidir.

Standardın Amacı

- Anjiyografi odalarının kapasitesini ve kullanımını optimize etmek,
- İşlem sürelerini azaltmak, bekleme ve boş kalma sürelerini minimize etmek,
- Planlanan işlemlerin gerçekleştirilme oranlarını artırmak, iptal ve ertelemeleri azaltmak,
- Acil vakalarda kapı-balon süresini azaltarak hasta yaşam kalitesini artırmak,
- Kaynakların verimli kullanılmasını temin etmek ve sağlık hizmet kalitesini artırmaktır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Oda kullanım verimliliği artar, boş geçirilen zamanlar azaltılır.
- Cihaz arızaları ve iptal nedenleri sistemli şekilde izlenerek hızlı müdahale sağlanır.
- Hekim ve klinik bazlı performans değerlendirmesi yapılabilir.
- Kaynakların adil ve etkin dağılımı mümkün hale gelir.
- Acil müdahalelerde başarı oranı artar, komplikasyon ve ölüm riski azalır.
- Randevu sistemi ve hasta akışı daha etkin planlanabilir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Randevu Yönetimi ve Takibi

- Acil dışı koroner anjiyografi randevuları MHRS üzerinden takip edilmelidir.
- Randevu sisteminde yaşanan iptaller ve ertelemeler düzenli analiz edilerek kök nedenlerine ulaşılmalıdır.
- Randevu yönetimi ve takibi; HBYS ve MHRS üzerinden entegre yürütülmelidir.

Koroner anjiyografi hizmetlerinin yönetimi, hastanenin kapasitesi, anjiyografi oda sayısı, insan gücü ve vaka türlerine göre yapılandırılmalıdır. Özellikle zaman yönetimi, veri analizi, cihaz güvenliği ve performans değerlendirilmesi sistematik bir şekilde yürütülmelidir.

Örnek Tablo 1:

The screenshot displays a software interface for managing an angiography service. The main area shows a calendar from January 26 to February 1. Each day's cell contains a grid of patient appointments, including patient ID, name, and room number. A detailed view of January 27 shows a list of appointments with columns for patient ID, name, room, and status. A 'Randevu Detay' (Appointment Detail) window is open, showing patient information (Name: Mustafa T.C. Kızılkaya, ID: 19072028) and appointment details (Room: 1907-2028-0908, Date: 19.01.2028, Time: 15:00). The interface also includes a sidebar with navigation options and a top navigation bar with the hospital name 'Saglik Bakanligi' and the service name '4726 - CANAKALE MEDNET ANJİYO SERVİS DEĞERLENDİRİLMİŞİ'.

6.1	Anjiyo MHRS Randevu Takip Tablosu 01.12.2025 - 31.12.2025
A: MHRS Bildirilen Hasta	247
B: MHRS Bildirilmeyen Hasta	22
C: Toplam Randevu	269
D: Mhrs Bildirim Oranı (A/C)*100	% 91,82

6.1	Anjiyo MHRS Randevu Takip Tablosu 01.12.2025 - 31.12.2025					
Sıra	Hekim Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tetkik	İstem Tarihi	Randevu Zamanı	MHRS No
1				16.12.2025	17.12.2025 09:20 - 09:40	3HKZ41A
2				17.12.2025	17.12.2025 09:40 - 10:00	3HL10G7
3				03.12.2025	17.12.2025 10:00 - 10:20	3HLDJ6T
4				09.12.2025	17.12.2025 10:40 - 11:00	3HLLNU9
5				09.12.2025	17.12.2025 11:00 - 11:20	3HLMN3M
6				17.12.2025	17.12.2025 11:20 - 11:40	3HLOYVF

Örnek Tablo 2:

6.1 Anjiyografi Randevu MHRS Takip Tablosu – Veri Toplama						
Sıra No	Hekim Adı Soyadı	Tetkik Adı	Hasta Adı Soyadı	İstem Tarihi	Randevu Zamanı	MHRS no

6.1 Anjiyografi Randevu MHRS Randevu Analiz Takip Tablosu- Analiz	
MHRS Bildirilen Randevu	
MHRS Bildirilmeyen Randevu	
Toplam Randevu	
MHRS Bildirim Oranı	

Anjiyografi Odası Kullanımı

- Anjiyografi odası kullanımı süre bazlı izlenmelidir.
- Anjiyografi başlangıç ve bitiş saatleri ile işlemler arası bekleme süreleri HBYS üzerinden anlık izlenebilmelidir.
- Bekleme süreleri mümkünse hasta bilekliğinde yer alan barkod okutularak HBYS' ye kaydedilmesi sağlanmalıdır.

Örnek Tablo 3:

ANJİYO ODASI VAKALAR ARASI BEKLEME SÜRESİ									
Vakalar	Anjiyo Odası 1			Anjiyo Odası 2			Anjiyo Odası 3		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (dk)***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)
1. Vaka	08:15	08:45	30			-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40						
3. Vaka									
.....									
.....									

6.2 Anjiyografi Vaka Arası Bekleme Süresi Takip Tablosu					
Tarih	İşlem Sırası	Hasta Adı Soyadı	İşlem Başlama Saati	İşlem Bitiş Saati	Bekleme Süresi
01.01.2026	1. Vaka				
	2. Vaka				
	3. Vaka				
	4. Vaka				
02.01.2026	1. Vaka				
	2. Vaka				
	3. Vaka				
	4. Vaka				
	5. Vaka				
	6. Vaka				
03.01.2026	1. Vaka				
	2. Vaka				
	3. Vaka				
	4. Vaka				

TARİH	İŞLEM SIRA	HASTA ADI SOYADI	ANJİYO ÜNİTESİ		
			İŞLEM BAŞLAMA SAATİ	İŞLEM BİTİŞ SAATİ	BEKLEME SÜRESİ
05.12.2025	1. Vaka	HA. BO..	06:50:00	07:50:00	0
	2. Vaka	İS. ÖZ..	08:15:00	08:25:00	25
	3. Vaka	İS. ÖZ..	08:26:00	08:40:00	1
	4. Vaka	FE. YA..	09:00:00	09:10:00	20
	5. Vaka	FE. YA..	09:11:00	09:20:00	1
	6. Vaka	ÜN. YA..	09:25:00	09:35:00	5
	7. Vaka	ME. TA..	09:45:00	09:55:00	10
	8. Vaka	ME. TA..	09:56:00	10:05:00	1
	9. Vaka	GÜ. İŞ..	10:15:00	10:25:00	10
	10. Vaka	MA. CA..	10:45:00	10:55:00	20
	11. Vaka	MA. CA..	10:56:00	11:05:00	1
	12. Vaka	FA. ES..	11:20:00	12:30:00	15
	13. Vaka	ME. KÜ..	13:50:00	14:00:00	80
	14. Vaka	ME. KÜ..	14:01:00	14:30:00	1
	15. Vaka	AB. ÖN..	16:00:00	16:05:00	90
	16. Vaka	AB. ÖN..	16:06:00	16:10:00	1
	17. Vaka	İL. AR..	17:00:00	17:15:00	50
	18. Vaka	RE. PA..	18:15:00	18:30:00	60
	19. Vaka	RE. PA..	18:31:00	18:40:00	1
	20. Vaka	ZÜ. KÜ..	20:40:00	20:50:00	120
	21. Vaka	ZÜ. KÜ..	20:56:00	21:15:00	6

Kapı-Balon Süresi

- ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü (STEMI) tanısı olarak Primer Perkütan Koroner Girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi (acil servise giriş ile balonun koroner arterde şişirilmesi arasındaki süre) düzenli analiz edilmelidir.
- Kapı-balon süresindeki uzamalara neden olan süreçler (laboratuvar, görüntüleme, personel kaynaklı vb.) belirlenerek düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

Örnek Tablo 4:

6.3 ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsünde (STEMI) Kapı-Balon Süresi Analizi							
Sıra No	Hata Adı Soyadı	Doktor Adı Soyadı	Hizmet Adı	Tanı Bilgileri	Acil Servise Geliş Zamanı	İşlem Zamanı	Süre

Sorun

- STEMI tanısı ile PKG uygulanan hastalarda; acil servise giriş zamanı ile balonun şişirilme zamanı HBYS' de birlikte ve standart şekilde kayıt altına alınamadığından kapı-balon süresi hesaplanamamakta, izleme, analiz ve iyileştirme faaliyetleri yürütülememektedir.
- Bu durum, STEMI hastalarında zaman kritik klinik performans göstergelerinin izlenmesini engellemektedir.

Sorunun Tespiti Esnasında Mevcut Durum

STEMI tanısı ile PKG planlanan hastalarda;

- Acil servise geliş zamanı HBYS' de kayıtlıdır ancak balonun şişirilme saati HBYS' de tanımlı bir alan olmadığı için sisteme girilememektedir.
- Bu nedenle, kapı-balon süresi hesaplanamamakta, sürelerin kabul edilebilir sınırlar içinde olup olmadığı değerlendirilememektedir.
- Ayrıca ilk veri analizlerinde, balon işlemi yapılan bazı hastaların tanılarının, göğüs ağrısı, Akut Koroner Sendrom (AKS), solunum sıkıntısı gibi ön tanı olarak kaldığı tespit edilmiştir.
- Acil serviste girilen ön tanının, anjiyografi işlemi sonrası ana tanıya dönüştürülmediği belirlenmiştir. Bu durum, STEMI hasta verilerinin doğru şekilde raporlanmasını ve analiz edilmesini engellemiştir.

Sorunun Tespiti Sonrası Çözümüne Yönelik Alınması Gerekenler

Sorunun giderilmesi ve kapı-balon süresinin izlenebilir hale getirilmesi amacıyla aşağıdaki çalışmalar yapılmıştır:

- Kapı-balon işlem saatinin kayıt altına alınması kardiyoloji hekimleri ile toplantılar yapılarak, anjiyografi sırasında tüm ekibin işlem odasında bulunması nedeniyle, balon saatinin eş zamanlı HBYS girişinin mümkün olmadığı değerlendirilmiştir.
- Bu nedenle; manuel anjiyografi işlem formları revize edilerek, balon ve stent işlem saatlerinin salon içinde kayıt altına alınması sağlanmıştır.

HBYS yazılım düzenlemeleri;

- Manuel formlarda kayıt altına alınan balon ve stent saatlerinin HBYS'ye girilebilmesi için yazılım düzenlemeleri yapılmıştır.
- STEMI tanısı için kullanılacak ICD tanı kodları ile, balon ve stent işlemlerine ait SUT hizmet kodları kardiyoloji hekimleri ile birlikte belirlenmiştir.

Acil servisten giriş yapan,

- Belirlenen ICD tanı kodlarına sahip, ilgili SUT kodları ile işlem yapılan hastaların HBYS üzerinden raporlanabilmesi için yazılım talebi oluşturulmuştur.
- Tanı giriş süreçlerinin standardizasyonu sağlanmıştır.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda; acil serviste girilen ön tanının, işlemi gerçekleştiren hekim tarafından ana tanıya dönüştürülmesi gerektiği konusunda mutabakata varılmıştır. Bu konuda ilgili hekimlere bilgilendirme yapılmıştır.

Sonuç

- Yapılan yazılım ve süreç düzenlemeleri ile, STEMI hastalarında acil servise giriş zamanı ile balon şişirme zamanı HBYS'de kayıt altına alınabilir hale gelmiştir. Kapı-balon süreleri hesaplanarak analiz edilebilmiştir.
- Ön tanı-ana tanı uyumsuzlukları giderilerek, STEMI hasta verilerinin doğru ve eksiksiz raporlanması sağlanmıştır.
- Kapı-balon süreleri düzenli olarak izlenerek, kabul edilebilir sınırların üzerinde olan vakalar tespit edilebilmekte, gerekli durumlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılabilmektedir.

Örnek Tablo 5:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ		ICD KODLARI		HİZMET KODLARI				
✓	I21.0 Ön duvar akut transmuralmiyokard enfarktüsü	✓	700.880 Perkütantransluminal koroner anjiyoplasti, tek damar, balon					
✓	I21.1 Alt duvar akut transmuralmiyokard enfarktüsü	✓	700.890 Perkütantransluminal koroner anjiyoplasti, ilave her damar için					
✓	I21.2 Akut transmuralmiyokard enfarktüsü, diğer yerlerin							
✓	I21.3 Akut transmuralmiyokard enfarktüsü, tanımlanmamış yerlerin							
6.3	ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü (STEMI) Tanısı Alarak Primer Perkütan Koroner Girişim (PKG) Planlanan Hastalarda, Kapı-balon Süresi Takip Tablosu							
Sıra	Hasta Adı Soyadı	Doktor	Hizmet Adı	Tanı Bilgileri	Acil Servise Geliş Zamanı	İşlem Zamanı	Süre	Geliş Şekli
1								
2								
3								
4								

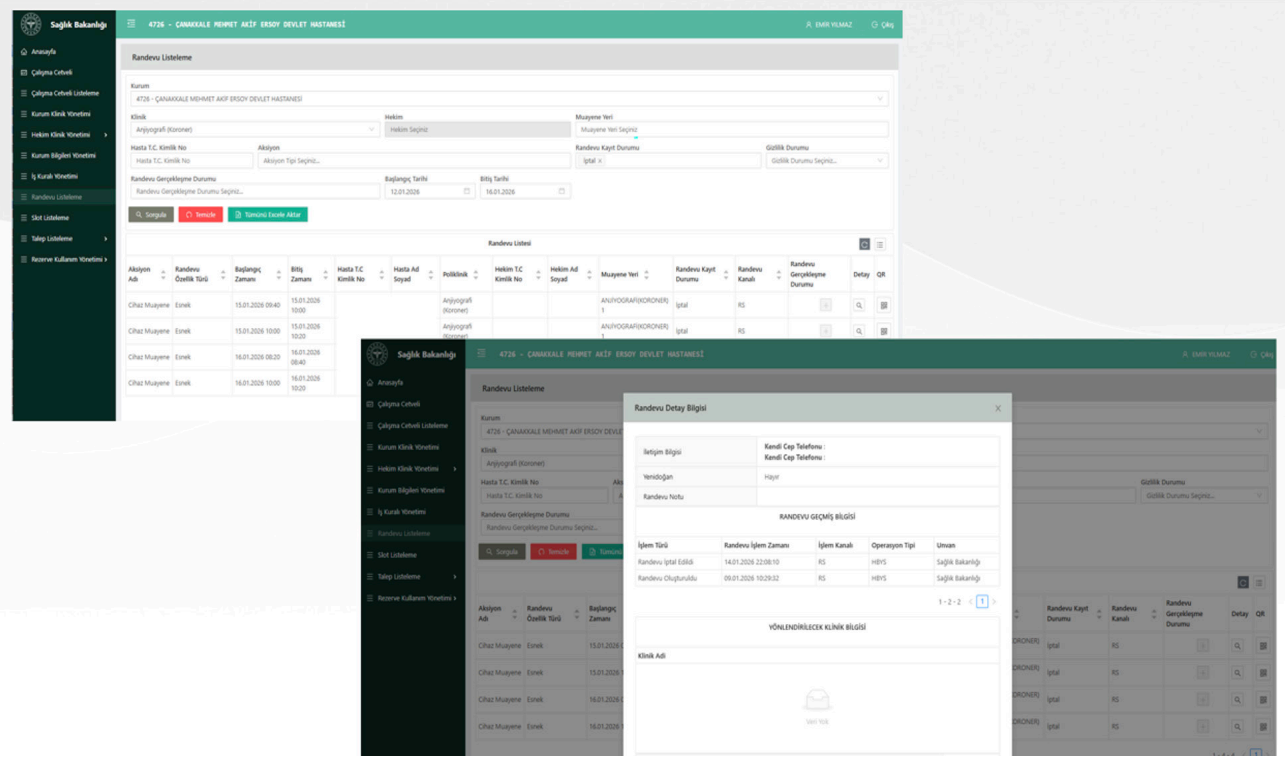
HASTA					
Süreç	Saat	Süre	Toplam Süre	Açıklama	Toplam Süre
Acil Servis Kayıt Zamanı				Hastanın acil serviste kardiyoloji hekiminin görmesine karar verilen süre	...DK
Acil Servis Muayene Zamanı					
Acil Servis Müşahade Başlangıç Zamanı					
Kardiyoloji Konsültasyonu İstem					
Acil Serviste Kardiyoloji Doktoru Muayene Zamanı				Hastanın kardiyoloji hekimi değerlendirdikten sonra koroner anjiyografi işlemi yapılmasına karar verilen ve anjiyo birimine teslim edilen süre	...DK
Anjiyo istem yapılma zamanı					
Anjiyo Birimine Kabul Zamanı					
Anjiyo İşlem Başlama Saati				Hastanın anjiyo birimine geldikten sonra balon yapılma zamanı	...DK
Balon Zamanı					
İşlem Bitiş Zamanı					

Anjiyografi İptal ve Erteleme İşlemleri

- Her iptal ve erteleme işlemi HBYS' ye nedenleri ile birlikte kaydedilmelidir.
- Hasta, hekim veya cihaz kaynaklı nedenler ayrıştırılarak kök neden analizleri yapılmalıdır.

İPTAL EDİLEN VE ERTELENEN ANJİOGRAFİ SAYISI			
Hekim Adı Soyadı	Liste İle Anjiyo Odasına Bildirilen Hasta Sayısı	Gerçekleşen Anjiyografi Sayısı	Anjiyografisi Ertelenen veya İptal edilen toplam hasta sayısı*
X Hekimi			
Y Hekimi			
Z Hekimi			
...			

*Anjiyografisi ertelenen veya iptal edilen hasta sayısı her bir neden için ayrı ayrı kayıt edilecektir.



Örnek Tablo 6:



6.4 Koroner Anjiyo Randevusu İptal Edilen - Ertelenen Hasta Oranı Takip Tablosu 01.11.2025 - 31.11.2025	
A: Koroner Anjiyo Randevusu İptal Olan Hasta Sayısı	9
B: Toplam Koroner Anjiyo Randevulu Hasta Sayısı	163
(A/B)*100	% 5,52

6.4 Koroner Anjiyo Randevusu İptal Edilen - Ertelenen Hasta Oranı Takip Tablosu 01.11.2025 - 31.11.2025							
Sıra	Hekim Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tetkik	İstem Tarihi	Randevu Tarihi	İptal Tarihi	İptal Nedeni
1			P700810 - Selektif koroner anjiyografi	06.11.2025	11.11.2025 08:20:00	10.11.2025	Hasta Mhrs üzerinde randevusunu iptal etti
2			P700810 - Selektif koroner anjiyografi	18.11.2025	20.11.2025 08:00:00	18.11.2025	Hasta Mhrs üzerinde randevusunu iptal etti
3			P700810 - Selektif koroner anjiyografi	21.11.2025	26.11.2025 09:40:00	25.11.2025	CİHAZ ARIZASI
4			P700810 - Selektif koroner anjiyografi	20.11.2025	26.11.2025 09:00:00	25.11.2025	CİHAZ ARIZASI
5			P700810 - Selektif koroner anjiyografi	17.11.2025	26.11.2025 08:40:00	25.11.2025	CİHAZ ARIZASI

6.4 Anjiyografi İptal Erteleme Takip Tablosu - Veri Toplama

Sıra No	Randevu Tarihi	Branş	Hekim Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tetkik Adı	İstem Tarihi	İptal Edilen Randevu Tarihi	İptal Nedeni

6.4 Koroner Anjiyo Randevusu İptal Olan Hasta Oranı Takip Tablosu - Analiz

Koroner Anjiyo Randevusu İptal Olan Hasta Sayısı	
Toplam Koroner Anjiyo Randevulu Hasta Sayısı	
Koroner Anjiyo Randevusu İptal Olan Hasta Oranı	

Örnek Çalışma:

Sorun

- Mevcut durum; koroner anjiyografi randevuları HBYS üzerinden standart bir şekilde oluşturulmamaktadır.
- Bu nedenle; planlanmış olup iptal edilen veya ertelenen hastalar sistemsel olarak izlenememektedir. İptal ve erteleme nedenleri kayıt altına alınamadığı için analiz yapılamamaktadır.
- Yapılan incelemelerde; anjiyografi randevularının yalnızca MHRSde görünmesinin yeterli olduğu düşünülerek bazı randevuların hasta işleme geldiği anda HBYS'de oluşturulduğu tespit edilmiştir.
- Bu uygulama sonucunda; HBYS kayıtlarında iptal veya erteleme yokmuş gibi bir görünüm oluşmuştur. Gerçek süreç verileri ile sistem verileri arasında uyumsuzluk meydana gelmiştir.

Sorunun Tespiti Sonrası Çözümüne Yönelik Alınması Gerekenler

Sürecin izlenebilir ve analiz edilebilir hale getirilmesi amacıyla aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır:

- Randevu oluşturma sürecinin standardizasyonu sağlanmıştır.
- Poliklinik muayenesi sonrasında koroner anjiyografi istemlerinin HBYS üzerinden oluşturulması sağlanmıştır.
- Randevuların, işlem günü değil poliklinik aşamasında oluşturulması gerektiği standart hale getirilmiştir.

HBYS – Anjiyografi (Görüntüleme) Modülü Entegrasyonu

- Oluşturulan randevuların, HBYS üzerinden Anjiyografi (Görüntüleme) Modülü' ne yansıtılması sağlanmıştır.

Bu sayede;

- Ünitelerin insan gücü ve malzeme planlaması yapılabilir hale gelmiştir.
- İptal ve erteleme kayıtlarının sisteme yansıtılması sağlanmıştır.
- Planlama sonrası iptal veya erteleme olması durumunda ilgili zaman diliminin başka bir hasta için kullanılabilmesi sağlanmıştır.
- Hastane veya hasta tarafından yapılan iptal ve ertelemelerin (MHRS üzerinden yapılanlar dâhil) doğrudan HBYS' ye yansıtılması sağlanmıştır.

Yazılım ve Süreç Düzenlemeleri

- Anjiyografi randevularının, poliklinikten oluşturulması, MHRS' ye gönderilmesi, aynı anda HBYS Anjiyografi Modülü' ne aktarılması için gerekli yazılım çalışmaları tamamlanmıştır.
- Hekim ve ilgili personele süreç hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Sonuç

- Koroner anjiyografi randevuları HBYS üzerinden standart şekilde oluşturulabilir hale gelmiştir.
- Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen işlemler, hasta bazlı, hekim bazlı, kök nedenleri ile birlikte izlenebilir ve analiz edilebilir hale gelmiştir.
- Elde edilen veriler, ilgili hekimlerle birlikte değerlendirilerek, iptal ve erteleme nedenlerine yönelik iyileştirici faaliyetler planlanabilmekte, insan gücü, zaman ve malzeme kullanımında verimlilik artışı sağlanmaktadır.
- Sürecin poliklinik aşamasında başlatılması ile HBYS kayıtları ile fiilî uygulama arasındaki uyumsuzluk giderilmiştir.

Verilerin Analizi ve İyileştirme Süreci

- Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticilerin katılımı ile her iki ayda bir anjiyo hizmetleri verileri analiz edilmelidir.
- Hekim bazlı veriler karşılaştırmalı paylaşılmalı ve gerekli durumlarda iyileştirme planları başlatılmalıdır.

07

Standart

Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

7.1. Endoskopi ve kolonoskopi işlem listeleri (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden yapılmalıdır.

7.2. Endoskopi ve kolonoskopi randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.

7.3. Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen endoskopi ve kolonoskopi sayısı hasta/ hekim bazlı analiz edilmelidir.

7.4. İlk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ile vakalar arasındaki süre, HBYS üzerinden izlenebilmelidir.

7.5. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile endoskopi ve kolonoskopi hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Endoskopi ve kolonoskopi işlemlerinin zamanında, planlı ve kaynakların verimli kullanılarak yürütülmesi amacıyla randevular düzenli olarak analiz edilmeli; gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen işlem sayıları hekim ve klinik bazlı izlenmelidir. Her işlemin ilk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ve iki vaka arasındaki süreler HBYS üzerinden takip edilmelidir. Endoskopi ve kolonoskopi odalarının kullanım etkinliği değerlendirilerek verimsiz kullanılan zaman dilimleri kaynakları etkin kullanan birimlere yönlendirilmelidir. Cihaz arızaları yakından izlenmeli, onarım süreçleri gecikmeksizin tamamlanmalı ve cihaz eksikliği durumunda temin süreçleri başlatılmalıdır. Elde edilen veriler karşılaştırmalı olarak değerlendirilerek sürekli iyileştirme sağlanmalıdır.

Standardın Amacı

- Endoskopi ve kolonoskopi işlemlerinin planlı, zamanında ve verimli şekilde yapılmasını sağlamak,
- İptal ve erteleme oranlarını azaltarak hasta memnuniyetini yükseltmek ve klinik süreci aksatmadan sürdürmek,
- Oda ve cihaz kullanımında maksimum verim sağlamak,
- Hekim ve klinik performansını nesnel verilere dayalı olarak değerlendirmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Randevu yönetimi iyileşir, MHRS üzerinden planlama sayesinde randevu süreleri kısalır, randevuya erişim artar.
- İlk–son vaka saatleri ve vaka araları izlenerek zaman kayıpları azaltılarak işlem sürekliliği ve verimliliği sağlanır.
- Hasta ve hekim bazlı analizler ile tekrar eden sorunlar tespit edilerek iptal ve ertelemeler kontrol altına alınır.
- Hekim performansı objektif değerlendirilir. Karşılaştırmalı verilerle adil ve şeffaf bir değerlendirme yapılır.
- Süreçlerin kayıt altına alınması, denetimlerde kurumu güçlendirir, yönetsel riskler azalır
- Düzenli analiz ve toplantılar ile aksayan alanlar için iyileştirme çalışmaları başlatılarak sürekli iyileşme kültürü desteklenir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Randevu ve Planlama

- Acil vakalar dışında tüm işlemlerin MHRS üzerinden planlanıp planlanmadığı,
- Randevu verme sürelerinin düzenli olarak analiz edilip edilmediği,
- Analiz sonuçlarının yönetimle paylaşılıp paylaşılmadığı,
- Yoğunluk yaşanan dönemler için önlem alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

7.1	Endoskopi MHRS Randevu Takip Tablosu 01.12.2025 - 31.12.2025
A: MHRS Bildirilen Hasta	477
B: MHRS Bildirilmeyen Hasta	27
C: Toplam Randevu	504
D: Mhrs Bildirim Oranı (A/C)*100	% 94,64

7.1	Endoskopi MHRS Randevu Takip Tablosu 01.12.2025 - 31.12.2025					
Sıra	Hekim Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tetkik	İstem Tarihi	Randevu Zamanı	MHRS No
1			Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	03.11.2025	10.11.2025 12:10 - 12:30	3GKNN2U
2				04.11.2025	10.11.2025 12:10 - 12:30	3GMFKGG
3				04.11.2025	10.11.2025 13:30 - 13:50	3GM3UH8
4				04.11.2025	10.11.2025 13:30 - 13:50	3GMKYRZ
5				10.11.2025	10.11.2025 14:10 - 14:30	3GT2MLS
6				10.11.2025	10.11.2025 14:30 - 14:50	3GTIC54

7.1 Kolonoskopi MHRS Randevu Takip Tablosu						
Sıra	Doktor	Tetkik	Hasta	İstem Tarihi	Randevu Zamanı	MHRS No

7.1 Kolonoskopi MHRS Randevu Analiz Takip Tablosu	
A: MHRS Bildirilen Randevu	
B: MHRS Bildirilmeyen Randevu	
C: Toplam Randevu	
D: MHRS Bildirim Oranı (A/C)*100	

Örnek Tablo 1:

ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ RANDEVU VERME GÜN SÜRESİ				
AY:				
Tetkik Adı	Endoskopi Hedef Randevu Verme Gün Süresi	Kolonoskopi Hedef Randevu Verme Gün Süresi	Endoskopi Randevu Verme Gün Süresi	Kolonoskopi Randevu Verme Gün Süresi
X Hekimi				
Y Hekimi				
Z Hekimi				
.....				

7.2	Endoskopi Randevu Verme Süresi 3 (Üç) Günün Üzerinde Olan Hasta Oranı Takip Tablosu 01.12.2025 - 31.12.2025
A: Endoskopi Randevu Verme Süresi 3 (Üç) Günün Üzerinde Olan Hasta Sayısı	363
B: Toplam Endoskopi Randevulu Hasta Sayısı	576
(A/B)*100	63,02
Endoskopi Randevu Verme Hedef Gün Süresi	3 gün
Endoskopi Randevu Verme Ortalama Gün Süresi	6,52

7.2	Endoskopi MHRs Randevu Takip Tablosu 01.12.2025 - 31.12.2025						
Sıra	Hekim Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tetkik	İstek Tarihi	Randevu Tarihi	İstek Randevu (Takvim Günü)	İstek Randevu (İş Günü)
1			Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	03.11.2025	25.11.2025	22	16
2			Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	03.11.2025	13.11.2025	10	8
3			Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	03.11.2025	13.11.2025	10	8
4			Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	03.11.2025	12.11.2025	9	7
5			Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	03.11.2025	25.11.2025	22	16

7.2 Endoskopi Randevu Verme Süresi 3 (Üç) Günün Üzerinde Olan Hasta Oranı (%)

NOT: Bu veri ilgili dönemde tetkiklerin istem tarihinden ileriye doğru randevu tarihleri arasında tarama yaparak hesaplanmıştır. (Randevu Verme)

A: ENDOSKOPİ Randevu Verme Süresi 3 (Üç) Günün Üzerinde Olan Hasta Sayısı	.....
B: Toplam ENDOSKOPİ Randevulu Hasta Sayısı	.....
(A/B)*100	.....
A: ENDOSKOPİ Randevu Verme Süresi 3 (Üç) Günün Üzerinde Olan Tetkik Sayısı	.....
B: Toplam ENDOSKOPİ Randevulu Tetkik Sayısı	.....
(A/B)*100	.....
ENDOSKOPİ Randevu Verme Hedef Gün Süresi	.....
ENDOSKOPİ Randevu Verme Ortalama Gün Süresi	.....
NOT: Bu Veri İlgili Dönemde Çekimi Gerçekleşen Hastalarda Geriye Doğru Tarama Yapararak Hesaplanmıştır. (Randevu Gerçekleşme)	
A: Endoskopi Randevu Verme Süresi 3 (Üç) Günün Üzerinde Olan Hasta Sayısı(Gerçekleşen)	.....
B: Toplam Endoskopi Randevulu Hasta Sayısı (Gerçekleşen)	.....
(A/B)*100	.....
A: Endoskopi Randevu Verme Süresi 3 (Üç) Günün Üzerinde Olan Tetkik Sayısı (Gerçekleşen)	.....
B: Toplam Endoskopi Randevulu Tetkik Sayısı (Gerçekleşen)	.....
(A/B)*100	.....
Endoskopi Randevu Verme Hedef Gün Süresi	.....
Endoskopi Randevu Verme Ortalama Gün Süresi	.....

7.2 Endoskopi Randevu Verme Takip Tablosu – Veri Toplama

Sıra No	Hasta Adı Soyadı	Tetkik Adı (Endoskopi)	Birim	İstek Tarihi	Randevu Tarihi	İstek Randevu (İş Günü)	İstek Randevu (Takvim Günü)

Örnek Çalışma

Sorun

Mevcut Durum; poliklinik sonrası hastalar endoskopi ünitesine yönlendirilmektedir. Randevular uzun süre manuel ajandalar üzerinden planlanmış ve takip edilmiştir.

Bu nedenle:

- Randevu gün süreleri sistem üzerinden izlenememiştir.
- Uzayan randevular dijital verilerle tespit edilememiştir.
- Süreç, sözlü teyitler ve haftalık kontroller ile takip edilmeye çalışılmıştır.
- Manuel girişler nedeniyle randevu süreleri gerçeği yansıtmamıştır.

Ne Planlanmalı?

Amaç; endoskopi ve kolonoskopi randevularının tamamının MHRS ortamda planlanması, izlenmesi ve analiz edilmesidir.

Bu kapsamda;

- Endoskopi ve kolonoskopi cihazlarının MHRS' de tanımlanması,
- Randevuların; poliklinik sonrası HBYS üzerinden oluşturulması, otomatik olarak MHRS' ye aktarılması,
- Randevu sürelerinin; HBYS ve MHRS üzerinden izlenebilir olması, iş günü ve takvim günü bazında analiz edilmesi,

- Hedef sürelerin belirlenmesi (endoskopi 3 gün, kolonoskopi 10 gün),
- Hedef sürenin üzerinde kalan randevuların düzenli olarak analiz edilmesi planlanmıştır.

Uygulama ve İzleme

- Randevular manuel ajanda yerine HBYS üzerinden oluşturulmaktadır.
- HBYS yazılım düzenlemeleri ile randevu süreleri otomatik analiz edilmektedir.
- Uzayan randevular düzenli olarak SDS toplantılarında değerlendirilmekte ve kararlar alınmaktadır.
- Yapılan analizlerde, bazı hastaların hem endoskopi hem kolonoskopi randevusu olduğu görülmüştür. Kolonoskopi işlemlerinin, endoskopi randevu sürelerini anlamlı şekilde etkilemediği tespit edilmiştir.

Tespit Edilen Sorunlar

- Manuel Ajanda Kullanım; randevular işlem günü sisteme girildiği için süreler uzun görünmüştür. Personele eğitim verilmiş, manuel kullanım büyük ölçüde azaltılmıştır.
- Hekim Kaynaklı Faktörler; yoğunluk ve işlem tercihleri nedeniyle bazı randevular hedef süreyi aşmıştır.
- Hasta ve Hizmet Planlaması; hastaların ileri tarih talebi ve işlem günü planlaması uzamalara neden olmuştur.

Sonuç

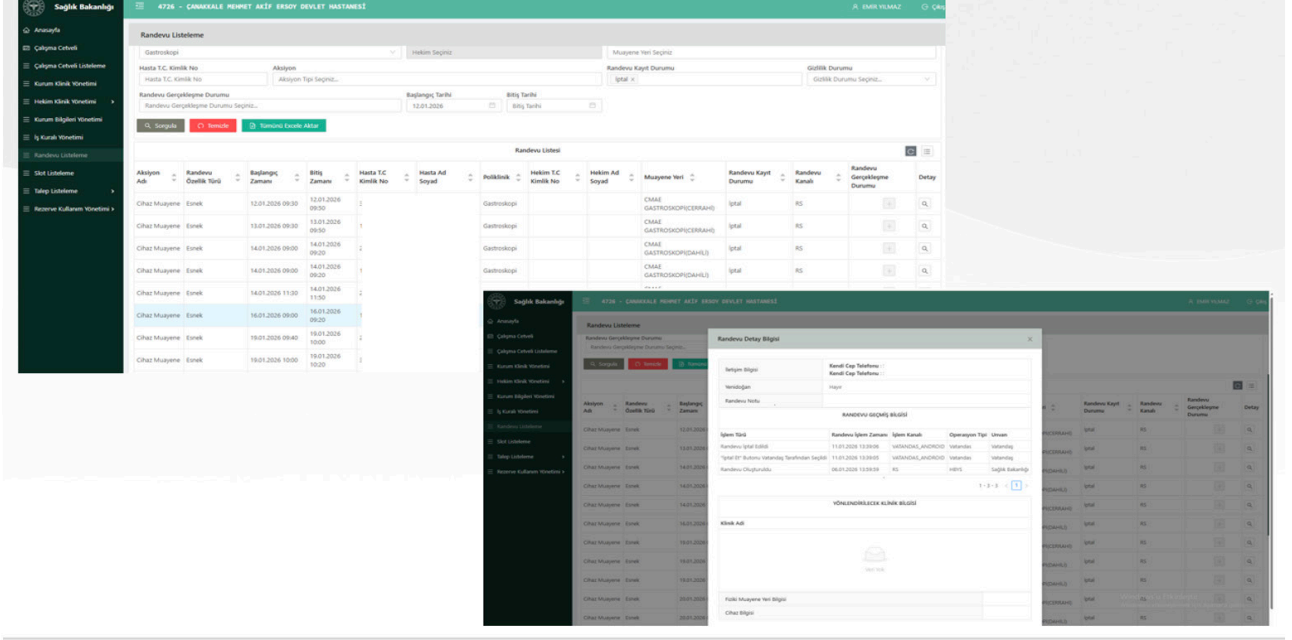
- Randevu süreçleri dijital ve izlenebilir hâle gelmiştir.
- Uzayan süreler objektif verilerle tespit edilebilmektedir.
- Gerektiğinde ek mesai, süreç iyileştirmeleri uygulanmaktadır.
- Hasta erişimi, planlama kalitesi ve hizmet süreleri kontrol altına alınmıştır.
- Endoskopi ve kolonoskopi randevularının HBYS–MHRS entegrasyonu ile yönetilmesi hem çalışanlar hem hastalar için daha şeffaf, ölçülebilir ve sürdürülebilir bir sistem sağlamıştır.

İşlem Gerçekleşme Durumu

- Gerçekleşen, iptal edilen ve ertelenen işlemlerin kayıt altına alınıp alınmadığı,
- Bu verilerin hasta ve hekim bazında ayrıştırılarak analiz edilmesi,
- İşlemlerde sürekli iptal/erteleme görülen durumlar için neden analizi yapılması önemlidir.

Örnek Tablo 2:

İPTAL EDİLEN VE ERTELENEN ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ SAYISI						
Hekim Adı Soyadı	Liste İle Endoskopi Odasına Bildirilen Hasta Sayısı	Liste İle Kolonoskopi Odasına Bildirilen Hasta Sayısı	Gerçekleşen Endoskopi Sayısı	Gerçekleşen Kolonoskopi	Endoskopisi Ertelenen Veya İptal Edilen Toplam Hasta Sayısı	Kolonoskopisi Ertelenen Veya İptal Edilen Toplam Hasta Sayısı
X Hekimi						
Y Hekimi						
Z Hekimi						
...						



Örnek Tablo 3:

7.3 Endoskopi Randevusu İptal Olan / Ertelenen Hasta Sayıları – Veri Detay Formu								
Sıra	Randevu Tarihi	Branş	Hekim Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tetkik Adı	İstem Tarihi	İptal Edilen Randevu Tarihi	İptal Nedeni

7.3 Endoskopi Randevusu İptal Olan / Ertelenen Hasta Oranı - Analiz	
Endoskopi Randevusu İptal Olan / Ertelenen Olan Hasta Sayısı	
Toplam Endoskopi Randevulu Hasta Sayısı	
Endoskopi Randevusu İptal Olan / Ertelenen Hasta Oranı	

7.3	Endoskopi Randevusu İptal Edilen - Ertelenen Hasta Oranı Takip Tablosu 01.11.2025 - 31.11.2025	
A: Endoskopi Randevusu İptal Edilen - Ertelenen Hasta Sayısı	43	
B: Toplam Endoskopi Randevulu Hasta Sayısı	447	
(A/B)*100	% 9,61	

7.3	Endoskopi Randevusu İptal Edilen - Ertelenen Hasta Oranı Takip Tablosu 01.11.2025 - 31.11.2025						
Sıra	Hekim Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tetkik	İstem Tarihi	Randevu Tarihi	İptal Edilen - Ertelenen Tarihi	İptal - Erteleme Nedeni
1			701550 - Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	20.10.2025	03.11.2025	30.10.2025	Hasta Mhrs üzerinde randevusunu iptal etti
2			701550 - Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	22.10.2025	03.11.2025	27.10.2025	ANESTEZİ DR ONAY VERMEDİ
3			701550 - Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	17.10.2025	04.11.2025	21.10.2025	KARDİYOLOJİ DR ONAY VERMEDİ
4			701550 - Özofagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi + biyopsi	23.10.2025	04.11.2025	03.11.2025	Üst solunum hastalığı olan hastanın randevusu iptal edildi tedavi sonrası randevusu tekrar verilecek

Örnek Çalışma

Sorun

Mevcut Durum

Endoskopi ve kolonoskopi randevuları HBYS üzerinden bütüncül şekilde planlanmamakta bu nedenle planlanan, gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen işlemler ile iptal/erteleme nedenleri düzenli olarak izlenememektedir. İptal ve ertelemeler hasta, hekim ve klinik bazında analiz edilememekte bu sebeple sistemsel ve standart bir takip mekanizmasının olmaması; kaynak yönetimi, verimlilik ve iyileştirme çalışmalarını olumsuz etkilenmektedir.

Hedeflenen Durum

- Endoskopi ve kolonoskopi randevularının tamamının HBYS üzerinden oluşturulması, iptal ve ertelemelerin sisteme kaydedilmesi ve nedenlerinin standart seçeneklerle girilmesi hedeflenmiştir.
- Gerçekleşen, iptal edilen ve ertelenen işlemlerin hasta ve hekim bazında analiz edilebilir hâle getirilmesi amaçlanmıştır.
- Elde edilen analiz sonuçlarına göre ilgili birimlerle iyileştirici faaliyetlerin planlanması ve insan gücü, zaman ve malzeme kullanımının optimize edilmesi hedeflenmiştir.

Planlama ve Uygulama

- Poliklinik sonrası endoskopi ve kolonoskopi randevuları HBYS üzerinden oluşturulmakta ve endoskopi modülüne yansıtılmaktadır.
- İptal veya erteleme durumlarında, boşalan ünite ve insan gücü dinamik şekilde başka hastalar için kullanılmaktadır.
- Tüm iptal ve erteleme nedenleri eksiksiz ve standart tanımlar kullanılarak sisteme girilmektedir.
- Personele yönelik tekrar eğitimler verilmiş ve veri girişleri standart hâle getirilmiştir.

Veri Entegrasyonu

HBYS üzerinden oluşturulan randevular MHRS'ye entegre şekilde aktarılmaktadır. Hastaların MHRS üzerinden yaptığı iptaller otomatik olarak HBYS'ye yansımaktadır. Böylece tüm randevu, iptal ve erteleme işlemleri tek sistem üzerinden izlenebilir hâle gelmiştir.

Tespit Edilen Sorunlar

Manuel planlama; önceki dönemde kullanılan manuel ajandalar, iptal ve erteleme analizlerinin sağlıklı yapılmasını engellemiştir.

Hatalı veri girişi; iptal ve erteleme nedenlerinin eksik veya standart dışı girilmesi analiz süreçlerini olumsuz etkilemiştir. Verilen eğitimler ve standartlaştırma çalışmaları ile veri giriş hataları büyük ölçüde giderilmiştir.

Genel Değerlendirme

- Endoskopi ve kolonoskopi randevuları gerçek tarihleri üzerinden HBYS ve MHRS'de kayıt altına alınmaktadır.
- Gerçekleşen, iptal edilen ve ertelenen işlemler hasta ve hekim bazında izlenebilir ve analiz edilebilir hâle gelmiştir.
- Elde edilen veriler, insan gücü planlaması, salon kullanımı ve malzeme yönetiminde etkin şekilde kullanılmaktadır.

Zaman Yönetimi ve Süre İzleme

- İlk vaka başlama saati ve son vaka bitiş saatinin HBYS üzerinden izlenebilir olması,
- Vakalar arasındaki sürelerin makul ve standartlara uygun olup olmadığı,
- Gecikme veya uzun ara süreler için gerekçelerin değerlendirilmesi gerekir.

İlk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ve vakalar arasındaki bekleme süreleri HBYS üzerinden izlenmeli; böylece işlem odalarının kullanım verimliliği takip edilmelidir.

Örnek Tablo 5:

ENDOSKOPI ODASI VAKALAR ARASI BEKLEME SÜRESİ						
Vakalar	Endoskopi Odası 1			Endoskopi Odası 2		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (dk) ***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)
1. Vaka	08:15	08:45	-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40			
3. Vaka						
.....						
.....						

*Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.

**Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

***1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak raporlanmalıdır.

KOLONOSKOPİ ODASI VAKALAR ARASI BEKLEME SÜRESİ

Vakalar	Kolonoskopi Odası 1			Kolonoskopi Odası 2		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (dk)***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)
1. Vaka	08:15	08:45	30			-
2. Vaka	09:25	12:05	40			
3. Vaka						
.....						
.....						

*Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.

**Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

***1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak raporlanmalıdır.

Endoskopi ve Kolonoskopi Bekleme Süresi Takip Tablosu

	CMAE KOLONOSKOPİ(CER RAHİ)			CMAE KOLONOSKOPİ(DA HİLİ)			.....	CMAE GASTROSKOPİ(DAHİLİ)		
	Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre	Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre		Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre
	01.08.2025			01.08.2025				01.08.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka			*				.....		
3. vaka			**				.....		
4. vaka			***				.....		
5. vaka			****				.....		
Toplam Vaka Sayısı										
	02.08.2025			02.08.2025				02.08.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka							.....		
3. vaka							.....		
5. vaka							.....		
6. vaka							.....		
Toplam Vaka Sayısı										
	03.08.2025			03.08.2025				03.08.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka							.....		
3. vaka							.....		
Toplam Vaka Sayısı										
* 1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki süre hesaplanmalı										
** 2. vakanın bitiş saati ile 3. vakanın başlangıç saati arasındaki süre hesaplanmalı										
*** 3. vakanın bitiş saati ile 4. vakanın başlangıç saati arasındaki süre hesaplanmalı										
**** 4. vakanın bitiş saati ile 5. vakanın başlangıç saati arasındaki süre hesaplanmalı										

7.4	Endoskopi ve Kolonoskopi Bekleme Süresi Takip Tablosu									
	KOLONOSKOPI (CERRAHI)			KOLONOSKOPI (DAHİLİ)			.....	GASTROSKOPI (DAHİLİ)		
	Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre	Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre		Vaka Başlangıç Saati	Vaka Bitiş Saati	Vaka Arası Süre
	01.11.2025			01.11.2025				01.11.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka			*				.....		
3. vaka			**				.....		
4. vaka			***				.....		
5. vaka			****				.....		
Toplam Vaka Sayısı										
	02.11.2025			02.11.2025				02.11.2025		
1. vaka							.....		
2. vaka							.....		
3. vaka							.....		
5. vaka							.....		
6. vaka							.....		
Toplam Vaka Sayısı										
* 1. vakanın bitışı ile 2. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										
** 2. vakanın bitışı ile 3. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										
*** 3. vakanın bitışı ile 4. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										
**** 4. vakanın bitışı ile 5. vakanın başlangıcı arasındaki süre hesaplanmalı										

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

- Başhekim başkanlığında iki ayda bir düzenli toplantı yapıp yapılmadığı,
- Toplantıların, takip eden ayın ilk 7 günü içinde gerçekleştirilmesi,
- Önceki iki aya ait verilerin karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi,
- Toplantı sonuçlarının kayıt altına alınması,
- Gerekli görülen alanlarda iyileştirme faaliyetlerinin başlatılması ve takibinin yapılması beklenir.

08

Standart

Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

8.1. Gebelik süreci doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve anne adaylarına danışmanlık hizmeti vermek ve normal doğumu teşvik etmek üzere ebe polikliniği ve gebe okulu açılmalıdır.

8.2. Gebe okuluna başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezaryen, ölü doğum vb.) takibi yapılmalıdır.

8.3. Doğum hizmeti sunulan hastaneler, anne dostu ve bebek dostu hastane olmalı ve süreçlerine yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.

8.4. TDL alanları (Travay, Doğum, Lohusa) ile doğumhaneler etkin şekilde kullanılmalı; doğum sayıları dikkate alınarak, travay süresince her gebe için birebir ebe desteği sağlayacak şekilde yeterli sayıda ebe istihdamı sağlanmalıdır.

8.5. Ebelerin eşlik ettiği normal doğum sayıları analiz edilmelidir.

8.6. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılan normal doğum, primer sezaryen sayıları analiz edilmelidir.

8.7. Sezaryen endikasyonları, özellikle Robson 1 ve 2. gruplar temel alınarak, her ay düzenli analiz edilmelidir.

8.8. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizler yapılarak sonuçlar ilgili hekim ve ebelerle değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Doğum hizmetlerinin kaliteli, güvenli ve anne-bebek dostu bir yaklaşımla sunulmasını ve bu hizmetlerin sürekli olarak izlenip değerlendirilmesini kapsar. Ebe polikliniği ve gebe okulu gibi destekleyici yapıların kurulması, normal doğumun teşviki, sezaryen oranlarının analiz edilmesi, doğum öncesi bilgilendirme süreçlerinin güçlendirilmesi ve doğumhanelerin personel ve fiziki kapasite açısından etkin kullanılmasını sağlar.

Sağlık tesislerinde izlenen gebeler, bilimsel kanıtlar ve tıbbi endikasyonlar doğrultusunda normal doğuma yönlendirilmeli; anne ve yeni doğan sağlığını korumak, sezaryen oranlarını ulusal ve uluslararası hedeflerle uyumlu düzeyde tutmak amacıyla gebelere doğum yöntemleri hakkında doğru ve anlaşılır bilgilendirme yapılmalı ve doğuma hazırlık programları yürütülmelidir. Normal doğum tercihleri desteklenmeli, sağlık personeli bilgilendirme süreçlerini standartlara uygun şekilde yürüterek normal doğumun güvenli bir seçenek olduğunu vurgulamalıdır.

Tıbben gerekli sezaryen doğumlara ilişkin sapmalar Robson sınıflamasına göre (özellikle Robson 1 ve 2) izlenmeli ve analiz edilmelidir. Doğuma son üç ayı kalan her gebe için sürekli ebelik bakımı başlatılmalı; danışmanlık hizmetlerinin sunulabileceği ebe poliklinikleri sağlık tesisine başvuran gebe sayısı göz önüne alınarak oluşturulmalıdır. Gebelerin doğum yapacakları alanları tanımaları, doğumhane ekibiyle tanıştırmaları ve tanıştırdıkları ebe ekibinden bir üyenin doğum sürecine eşlik etmesi sağlanmalıdır. Tüm uygulamalar düzenli olarak izlenmeli, değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yürütülmelidir.

Standardın Amacı

- Normal doğumu teşvik etmek ve sezaryen oranlarını azaltmak,
- Anne ve yeni doğan sağlığını korumak,
- Doğuma hazırlık süreçlerini iyileştirmek,
- Ebe desteğini artırarak birebir doğum takibi sağlamak,
- Doğumhane kaynaklarının verimli kullanımını sağlamaktır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Doğum hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği artar.
- Hasta memnuniyeti yükselir, sezaryen oranları azalır.
- Anne dostu ve bebek dostu unvanlarının kazanılmasıyla kurumsal prestij yükselir.
- Normal doğuma yönlendirme sayesinde tıbbi endikasyon dışı sezaryen uygulamaları önlenir.

- Doğuma hazırlık süreci güçlenir; anne adayları kendilerini daha güvende hisseder.
- Doğum sürecine eşlik eden ebe sayısı artar; komplikasyon riski azalır.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Ebe Polikliniği ve Gebe Okulu

Tesis bünyesinde ebe odası veya ebe polikliniği açılmalı; gebe takibi yapan ebeler görevlendirilmelidir. Gebe okulu, gebelere doğuma hazırlık eğitimi verecek şekilde organize edilmelidir.

Eğitim Alan Gebelerin Doğum Şekli

Gebe okuluna katılan her gebeye ait doğum tipi (normal, sezaryen, ölü doğum vb.) HBYS üzerinden takip edilmelidir.

Bu veriler, eğitimlerin etkinliğini gösteren kritik bir göstergedir.

Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri

Anne dostu ve bebek dostu hastane belgelendirmesi için gerekli kalite ve uygulama adımları başlatılmalıdır. Emzirme danışmanlığı, ten tene temas, doğum sonrası bakım gibi uygulamalar yerleştirilmelidir.

Anne Dostu ve Bebek Dostu Hastane uygulaması, sağlık tesisleri için zorunlu olmayıp gönüllülük esasına dayanan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve UNICEF tarafından desteklenen kalite ve hizmet geliştirme programıdır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından teşvik edilmekte olup, hastaneler başvuru yaparak belirlenen standartları sağlamaları hâlinde “Anne Dostu Hastane” ve “Bebek Dostu Hastane” unvanı alabilmektedir. Yasal bir zorunluluk değildir, hastaneler, kendi hizmet kapasitesi, personel yeterliliği ve kurumsal hedefleri doğrultusunda bu standardı uygulamaya alabilir.

TDL Alanlarının ve Ebelerin Etkin Kullanımı

Örnek Tablo 1:

EBE BAŞINA DÜŞEN NORMAL DOĞUM SAYISI			
Ebe Adı Soyadı	OCAK		
	Toplam normal doğum sayısı	Ebenin gerçekleştirdiği / eşlik ettiği normal doğum sayısı	Ebe başına düşen normal doğum sayısı
.....			
.....			
.....			

Travay-Doğum-Lohusa (TDL) alanları doğum sayısına uygun olarak düzenlenmeli, her gebe için doğum boyunca birebir ebe desteği sağlanmalıdır. Ebelerin çalışma planları buna göre yapılmalı, eksik personel tespiti halinde il sağlık müdürlüğü ile iş birliği sağlanmalıdır.

Doğum Şekli ve Sezaryen Endikasyonları Analizi

Normal doğum, primer sezaryen ve endikasyonları uzman bazlı analiz edilmelidir. Özellikle Robson 1 ve 2 gruplarındaki sezaryen oranları ay ay takip edilmeli, endikasyon dışı artışlar araştırılmalıdır.

Örnek Tablo 2:

DOĞUM SAYILARI						
AY	Normal Doğum Sayısı		Primer Sezaryen Sayısı		Toplam Doğum Sayısı	
Hekim /Adı Soyadı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
X Hekim						
Y Hekim						
.....						
Toplam Ortalama						

! **Primer sezaryen oranı (%) = (Primer sezaryen sayısı / Toplam doğum sayısı) X100

! Çoğul doğumlar tek sayılır.Ölü doğumlar hesaplamaya dahil edilmelidir.

! Müdahaleli doğumlar toplam sayıya dahil edilecek.

Gebe ile ebe eşleştirilmesi ve doğum alanlarının tanıtılması

Doğuma üç ay kala gebeye, doğum yapacağı alan gezdirilmeli, doğumhane ekibi tanıtılmalı ve süreci yönetecek ebe önceden belirlenmelidir. Bu yaklaşım, doğum korkusunu azaltır, doğum sürecinin güvenli geçmesine katkı sağlar.

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme süreçleri

İki ayda bir, başhekim başkanlığında tüm veriler hekim ve ebelerle karşılaştırmalı şekilde değerlendirilmelidir. Gerekğinde doğumhane ekip eğitimleri, çalışma düzeni, cihaz ve alan iyileştirmeleri gibi önlemler alınmalıdır.

09
Standart

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

9.1. Hasta yakınlarına ilk başvuruda; hastanın klinik durumu, tedavi süreci, yoğun bakım ziyaret kuralları ve olası sevk durumu hakkında gerekli bilgilendirme eksiksiz şekilde yapılmalıdır.

9.2. Bilgilendirmelerin kim tarafından ne zaman, nerede, nasıl, ne şekilde ve kimlere yapılacağı belirlenmelidir.

9.1. Hasta yakınlarına ilk başvuruda; hastanın klinik durumu, tedavi süreci, yoğun bakım ziyaret kuralları ve olası sevk durumu hakkında gerekli bilgilendirme eksiksiz şekilde yapılmalıdır.

9.2. Bilgilendirmelerin kim tarafından ne zaman, nerede, nasıl, ne şekilde ve kimlere yapılacağı belirlenmelidir.

9.3. Hasta yakınları günlük (hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil) bilgilendirilmelidir.

9.4. Yoğun bakım üniteleri ziyaret kuralları ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenerek, hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.

9.5. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyaretine dair kayıtlar tutulmalıdır.

9.6. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile yoğun bakım bilgilendirme süreçleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Yoğun bakıma kabul edilen her hasta için, hasta yakınlarına ilk başvuruda hastanın mevcut klinik durumu, uygulanan ve planlanan tedavi süreci, yoğun bakım ziyaret kuralları ve olası sevk durumu hakkında eksiksiz bilgilendirme yapılmalıdır. İlk bilgilendirme, hastanın yoğun bakıma kabulünü takiben mümkün olan en kısa sürede, tercihen ilk 24 saat içinde gerçekleştirilmelidir. Bu bilgilendirme sorumlu hekim veya yetkilendirilmiş sağlık personeli tarafından yapılmalıdır.

Sağlık tesisi, hasta yakınlarının bilgilendirilmesine ilişkin süreci yazılı olarak tanımlamalıdır. Bu tanımlamada; bilgilendirmenin kim tarafından yapılacağı, hangi zamanlarda gerçekleştirileceği, nerede ve hangi yöntemle yapılacağı ile bilgilendirmenin kimlere yapılacağı açıkça belirtilmelidir. Bilgilendirme, hastanın yasal temsilcisine veya birinci derece yakınına yapılmalı, gerekli hallerde belirlenen tek bir hasta yakını üzerinden yürütülmelidir.

Hasta yakınları, hafta sonu ve resmî tatiller dâhil olmak üzere her gün düzenli olarak bilgilendirilmelidir. Günlük bilgilendirmeler, hastanın klinik durumundaki değişiklikleri kapsmalı ve belirlenen saat aralıklarında yapılmalıdır. Bilgilendirme yüz yüze veya zorunlu hallerde telefon yoluyla gerçekleştirilebilir.

Yoğun bakım ünitelerine ilişkin ziyaret kuralları sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve yazılı hale getirilmelidir. Ziyaret kuralları; ziyaretçi sayısı, ziyaret süresi, ziyaret saatleri, hijyen ve enfeksiyon kontrol önlemleri ile ziyaretçilerin uyması gereken kuralları içermelidir. Bu kurallar hasta yakınlarına sözlü olarak bildirilmeli ve ayrıca yoğun bakım girişlerinde görünür şekilde ilan edilmelidir. Ziyaretlere ilişkin planlama, hasta güvenliği ve yoğun bakım koşulları dikkate alınarak yapılmalıdır.

Hasta yakınlarının bilgilendirilmesine ve ziyaretlere ilişkin tüm süreçler kayıt altına alınmalıdır. Bilgilendirme kayıtlarında; bilgilendirmenin tarihi, saati, bilgilendirmeyi yapan sağlık personelinin adı ve bilgilendirilen hasta yakınının kimliği yer almalıdır. Ziyaret kayıtlarında ise ziyaretçinin adı, ziyaret tarihi ve saati bulunmalıdır. Bu kayıtlar hasta dosyasında veya elektronik bilgi yönetim sisteminde muhafaza edilmelidir.

Yoğun bakım bilgilendirme ve ziyaret süreçleri, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir değerlendirilmelidir. Değerlendirme, izleyen ayın ilk yedi günü içerisinde, önceki iki aya ait veriler üzerinden yapılmalıdır. Bu kapsamda bilgilendirme kayıtlarının düzenliliği, ziyaret uygulamaları ve hasta yakınlarından gelen geri bildirimler analiz edilmelidir. Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalı ve yapılan çalışmalar kayıt altına alınmalıdır

Standardın Amacı

- Hasta yakınlarının yoğun bakım sürecine dair net, zamanında ve düzenli bilgi edinmesini sağlamak,
- Ziyaret ve bilgilendirme uygulamalarını standardize etmek,
- Sağlık profesyonelleri ve hasta yakını arasındaki iletişimi güçlendirmek,
- Bilgilendirme süreçlerini şeffaf ve denetlenebilir hale getirmek,
- Hasta yakınlarının güven duygusunun güçlendirilmesi hasta/hasta yakını memnuniyeti sağlamak,
- Kriz anlarında iletişim kazalarını azalmak,
- Klinik karar verme süreçlerinde hasta yakını ile uyum içinde ilerlemektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanan stres, öfke ve kaygılar azalır ve hasta yakını memnuniyetinde artış olur.
- İletişim kaynaklı hatalar azalır; sevk, ölüm ya da prognozda bozulma gibi süreçler yönetilebilir hale gelir.
- Bilgilendirme ve ziyaret prosedürlerinin yazılı ve standart olması sayesinde kaotik durumlar engellenir.
- Süreç netliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltır, güvenli ortam sunar. Kayıtların tutulması ve analiz edilmesi ile sürekli gelişim sağlanabilir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

İlk başvuruda bilgilendirme; hasta yoğun bakıma kabul edildiğinde ilk 24 saat içinde hasta yakını bilgilendirilmelidir.

Bilgilendirme;

- Hastanın mevcut klinik durumunu, uygulanan planlanan tedavi sürecini, yoğun bakım ziyaret kuralları ile olası sevk durumu ve koşullarını kapsamalıdır.
- Bilgilendirme tercihen sorumlu hekim tarafından yapılmalıdır. Bilgilendirme yapan personel kendisini tanıtmalı, yaka kartı kullanılmalıdır.

Bilgilendirme Sürecinin Tanımlanması; hastane tarafından yazılı bir düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenlemede:

- Kim bilgilendirir? (Sorumlu hekim, yoğun bakım sorumlu hemşiresi vb.)
- Ne zaman bilgilendirme yapılır? (İlk kabul, günlük, klinik değişiklikte)
- Nerede yapılır? (Yoğun bakım görüşme alanı vb.)
- Nasıl yapılır? (Yüz yüze, telefonla)
- Kimlere yapılır? (Birinci derece yakını/vasisi) açıkça tanımlanmalıdır.

Düzenli (Günlük) Bilgilendirme

- Hasta yakınları her gün, hafta sonu ve resmî tatiller dahil olmak üzere bilgilendirilmelidir.
- Bilgilendirme saatleri ve yöntemi belirlenmeli; verilecek bilginin kapsamı açıkça tanımlanmalı ve bilgilendirme bu çerçevede yapılmalıdır. Sürecin mümkün olduğunca standartlaştırılması sağlanmalıdır.

Ziyaret Kuralları ve Planlama

Yoğun bakım ziyaret kuralları yazılı hale getirilmeli, (ziyaretçi sayısı, süresi, hijyen kuralları vb.) ziyaret planlaması yapılmalı ve hasta yakınlarına açıkça bildirilmelidir. Kurallar görünür alanlarda ilan edilmelidir.

Kayıt ve Takip

- Bilgilendirme kayıtları (tarih, saat, bilgilendiren kişi, bilgilendirilen kişi) tutulmalıdır. Özellikle hasta sevki, prognozun değişmesi, entübasyon, yoğun tedavi gereksinimi gibi kritik süreçlerde yapılan bilgilendirmeler ayrıntılı biçimde belgelenmelidir.
- Ziyaret kayıtları (ziyaretçi adı, tarih, saat) tutulmalıdır. Kayıtlar tercihen hasta dosyasında veya HBYS' de yer almalıdır.

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

- Hasta bilgilendirme ve ziyaret süreçlerine ilişkin istatistiksel veriler düzenli olarak kayıt altına alınmalı ve analiz edilmelidir. Bu analizler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek, gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Elde edilen değerlendirme sonuçları ilgili sağlık personeli ile paylaşılmalı ve süreçlerin sürekli olarak geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Yoğun bakımda yatan hastaların hasta yakınlarına yönelik ilk ve günlük bilgilendirmelerin tanımlı bir süreçle, düzenli olarak yapıldığı ve kayıt altına alındığının gösterilmelidir. Bu kriterin doküman, kayıt ve uygulama ile birlikte karşılanması standardın sağlandığını gösterir.

10

Standart

Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

10.1. Yoğun bakım ünitelerinde yatak doluluk oranı analiz edilmelidir.

10.2. Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlar analiz edilmeli ve yoğun bakım ünitelerinde uzamış yatışların önlenmesi amacıyla, belirli periyotlarla (haftalık) yerinde endikasyon değerlendirmeleri yapılmalıdır.

10.3. Yoğun bakımda kullanılan monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız'a veri gönderimi takip edilmelidir.

10.4. Yoğun bakım ünitelerinde hasta değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler HBYS üzerinden yapılmalıdır.

10.5. Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanmaları analiz edilmelidir.

10.6. Yoğun bakım ünitelerinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar analiz edilmelidir.

10.7. Yoğun bakım hastalarının evde sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak amacıyla, sosyal çalışmacılar kapsamlı ve koordineli bir şekilde gerekli müdahale ve yönlendirme çalışmalarını yürütmelidir.

10.8. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Yoğun bakım hizmetlerinin verimli, güvenli ve kaliteli yürütülmesini sağlamak amacıyla çeşitli performans göstergelerinin düzenli olarak izlenmesi ve analiz edilmesini içerir.

Yatak doluluk oranı, uzun süreli yatışlar, hastane enfeksiyonları, basınç yaralanmaları, dijital klinik ölçek kullanımı, cihazlardan e-Nabız'a veri gönderimi ve evde sağlık hizmetlerine entegrasyon süreçleri bu kapsamda değerlendirilmektedir. Yoğun bakım ünitelerine ait yatak doluluk oranları düzenli ve sistematik olarak izlenmeli, kapasite kullanımına ilişkin veriler HBYS üzerinden analiz edilmelidir. Sürekli yüksek doluluk oranlarının tespit edilmesi halinde, hasta akış süreçleri gözden geçirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlar izlenmeli, uzamış yatışlara neden olan faktörler analiz edilmelidir. Bu amaçla, haftalık periyotlarla yerinde endikasyon değerlendirmeleri yapılarak hastaların yoğun bakım ihtiyacının devam edip etmediği multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmelidir.

Yoğun bakımda kullanılan monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız sistemine veri gönderimi düzenli olarak takip edilmeli, veri aktarımında aksaklık tespit edilmesi durumunda ilgili teknik ve idari birimlerle koordinasyon sağlanarak gerekli düzeltici iyileştirici işlemler gerçekleştirilmelidir.

Hasta değerlendirme süreçlerinde kullanılan klinik ölçeklerin standart şekilde uygulanması sağlanmalı; bu ölçeklerin HBYS üzerinden elektronik ortamda kaydedilmeli ve izlenmelidir. Manuel uygulamalardan kaçınılmalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinde gelişen basınç yaralanmaları düzenli olarak izlenmeli ve analiz edilmelidir. Elde edilen veriler doğrultusunda koruyucu bakım uygulamaları gözden geçirilmeli ve riskli hasta grupları için önleyici tedbirler güçlendirilmelidir.

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar yoğun bakım özelinde izlenmeli, sürveyans sonuçları düzenli olarak değerlendirilmelidir. Enfeksiyon hızlarında artış tespit edilmesi halinde kök neden analizleri yapılarak gerekli iyileştirme ve eğitim faaliyetleri planlanmalıdır.

Yoğun bakım hastalarının taburculuk sonrası bakım sürekliliğini sağlamak amacıyla, uygun hastalar evde sağlık hizmetlerine yönlendirilmeli; bu süreç sosyal çalışmacılar tarafından kapsamlı ve koordineli şekilde yürütülmelidir. Sosyal, tıbbi ve bakım ihtiyaçları bütüncül olarak değerlendirilmelidir.

Tüm bu süreçlere ilişkin veriler; başhekim başkanlığında, ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir değerlendirilmelidir. Önceki iki aya ait veriler, toplantının yapıldığı ayın ilk yedi günü içerisinde analiz edilmeli; gerekli görülen durumlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanarak uygulamaya alınmalıdır.

Standardın Amacı

- Yoğun bakım yatak kapasitesini etkin ve adil biçimde kullanmak,
- Hasta bakım kalitesini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak,
- Uzun süreli yatışları önleyerek kaynak kullanımını optimize etmek,
- Enfeksiyon ve komplikasyon oranlarını azaltmak,
- Evde sağlık ve sosyal hizmet süreçlerini bütünleştirmek,
- Dijital takip ve performans analizleriyle iyileştirmeleri sistematik hale getirmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Yoğun bakım yataklarının daha çok hastaya erişimini sağlar.
- Hasta bakım süreçlerinde kalite ve süreklilik sağlanır.
- Yoğun bakım personelinin yükü dengelenir, hasta devir hızı artar.
- Yatan hasta süreleri kısaldığı için yatak sirkülasyonu artar.
- Enfeksiyon ve bası yarası gibi komplikasyonların azalması hem klinik hem maliyet avantajı sağlar.
- Sosyal hizmet ve evde bakım süreçleri sayesinde hasta taburculukları planlı ve güvenli hale gelir.
- e-Nabız ve HBYS entegrasyonu ile dijitalleşme artar, ulusal sağlık veri sistemleri güçlenir.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Yatak Doluluk Oranlarının Takibi

Her yoğun bakım ünitesinin doluluk oranı haftalık/aylık izlenmeli ve analiz edilmelidir. Elde edilen veriler; kapasite yönetimi, hasta akışının düzenlenmesi ve kaynak planlaması amacıyla kullanılmalıdır.

Uzun Süreli Yatışları Değerlendirin ve Endikasyon Toplantıları

Örnek Tablo 1:

YOĞUN BAKIMDA HEDEF SÜRENİN ÜZERİNDE YATAN HASTA SAYISI		
Yoğun Bakım Adı	AY:	
	Yoğun Bakım En Uzun Yatış Hedef Süre	Yoğun Bakım Hedef Süresinin Üzerinde Yatan Hasta Sayısı
3.Seviye KVC YB		
3.Seviye Nöroloji YB		
3.Seviye Reanimasyon YB		
2.Seviye Dahiliye Yoğun Bakım		
2.Seviye Çocuk YB		

- Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlar (belirlenen hedef değer üzerinde olanlar) periyodik olarak analiz edilmelidir.
- Yoğun bakım yatışlarının uygunluğunu, sürekliliğini ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla; başhekim tarafından görevlendirilen bir Endikasyon Değerlendirme Ekibi oluşturulmalıdır.

- Uzamış yatışların önlenmesi amacıyla, haftalık olarak yerinde endikasyon değerlendirmeleri yapılmalı; tıbbi gereklilik, klinik ilerleme ve alternatif bakım olanakları göz önünde bulundurulmalıdır.
- Uzamış yatışlara neden olan klinik, sosyal ya da organizasyonel engeller kaldırılmalıdır.
- Bu değerlendirmeler kayıt altına alınmalıdır.

Tıbbi Cihaz Verilerinin Takibi

Yoğun bakımda kullanılan monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız sistemine veri gönderimi düzenli olarak takip edilmeli, veri aktarımında aksaklık olması durumunda ilgili birimlere bildirim yapılmalıdır. Bu cihazlardan otomatik veri aktarımı sağlanmalı; veri aktarımı gerçekleşmeyen cihazlar için teknik müdahale yapılmalıdır. Veri bütünlüğü, e-Nabız istatistikleri açısından önemlidir.

Tüm Klinik Ölçeklerin HBYS Üzerinden Kullanımı

Yoğun bakım ünitelerinde hasta değerlendirmesinde kullanılan tüm ölçekler (APACHE, GKS, Braden vb.) Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu sayede verilerin izlenebilirliği ve standardizasyonu sağlanmalıdır. Klinik karar destek sistemleriyle entegrasyonu sağlanmalıdır.

Basınç Yaraları ve Enfeksiyonların Takibi

Örnek Tablo 2:

BASINÇ YARASI OLAN HASTA SAYISI									
Yoğun Bakım Adı	AY								
	3.Seviye KVC YB	3.Seviye Nöroloji YB Fazla	3.Seviye Reanimasyon YB	3.Seviye Yoğun Bakım	2.Seviye Dahiliye YB	2.Seviye Çocuk YB	2.Seviye Yoğun Bakım	Genel Ortalama(3.Seviye YB +2.Seviye YB +....)
Basınç yarası olan toplam hasta sayısı									
Basınç yarası gelişen toplam hasta sayısı									

Basınç Yarası Olan Toplam Hasta Sayısı = (İlk Defa Basınç Yarası Oluşan Hasta Sayısı + Mevcut Basınç Yarası Olan Hasta Sayısı + Yeni Basınç Yarası Açılan Hasta Sayısı + Evresi Artan Hasta Sayısı)

Basınç Yarası Gelişen Toplam Hasta Sayısı = (İlk Defa Basınç Yarası Oluşan Hasta Sayısı + Yeni Basınç Yarası Açılan Hasta Sayısı + Evresi Artan Hasta Sayısı)

İlk defa basınç yarası oluşan hasta sayısı : Yoğun bakıma kabulünde vücudunda hiç basınç yarası bulunmayan yatış süresi içinde ilk defa yara açılan hasta sayısını ifade eder.

Mevcut basınç yarası olan hasta sayısı : Yoğun bakıma kabulünde basınç yarası bulunan hasta sayısını ifade eder.

Yeni basınç yarası açılan hasta sayısı: Yoğun bakıma kabulünde basınç yarası mevcutken başka bir bölgede basınç yarası oluşan hasta sayısını ifade eder (Örneğin yoğun bakıma kabulünde sacrumda basınç yarası var iken yoğun bakımda yatarken trokanterde basınç yarası gelişmesi).

Evresi Artan Hasta Sayısı: Evresinde artış olan hasta sayısını ifade eder (Örneğin Evre II'den Evre III basınç yaralanmasının çıkması.)

Her bir yoğun bakım hastasında gelişen bası yarası hemşirelik bakım formlarına entegre edilmelidir. Oranlar birim bazlı analiz edilerek önleyici eylem planları oluşturulmalıdır.

Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar

Yoğun bakım ünitelerinde gelişen hastane kaynaklı enfeksiyonlar düzenli olarak analiz edilmeli; enfeksiyon oranları, etkenler ve risk faktörleri değerlendirilerek gerekli önleyici ve düzeltici faaliyetler planlanmalıdır.

Sosyal Hizmet Birimi ile Evde Sağlık Entegrasyonu

- Uzun süre yatan veya taburculuğa hazırlanan yoğun bakım hastalarının evde sağlık hizmetlerine entegrasyonu, sosyal çalışmacı koordinasyonunda planlanmalı ve yürütülmelidir.
- Yoğun bakım hastalarının evde sağlık hizmetlerine uygunluğunu sağlamak amacıyla, sosyal çalışmacılar tarafından hasta ve aileye yönelik kapsamlı değerlendirme, yönlendirme ve koordinasyon çalışmaları yapılmalıdır. Bu kapsamda hastalar, 'Hasta ve Aile Görüşme Formu' kullanılarak değerlendirilmelidir.
- Yapılan değerlendirme sonucunda gerekli görülmesi hâlinde, 'Sosyal İnceleme Raporu' hazırlanmasına yönelik süreç başlatılmalıdır.
- Evde bakım sürecinin sürdürülebilirliği için aile desteği, gerekli tıbbi cihaz ve malzeme temini ile bakım planlaması sosyal hizmet birimi koordinasyonunda organize edilmelidir.

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

- Başhekim başkanlığında, ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir toplantı yapılmalıdır. Toplantılar, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde gerçekleştirilerek önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir.
- Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalı ve izlenmelidir.

11

Standart

Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

11.1. Palyatif bakım kliniklerinde görev alan sağlık çalışanlarına alana özgü eğitimler verilmelidir.

11.2. Palyatif bakım kliniklerinde; diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı (Hasta ve Aile Görüşme Formu), psikolog hasta ve ailesini disiplinlerine ait değerlendirme ölçekleri ile değerlendirmek üzere ziyaret etmelidir.

11.3. Multidisipliner ekip toplantıları ayda en az bir kez yapılmalıdır.

11.4. Palyatif bakımda uzun süreli yatışlar analiz edilmelidir.

11.5. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Palyatif bakım kliniklerinde görev alan sağlık çalışanlarının, alana özgü bilgi ve becerilerini geliştirecek eğitimler düzenli olarak verilmelidir. Kliniklerde hasta ve ailelerinin bütüncül olarak değerlendirilmesi amacıyla multidisipliner ekipler oluşturulmalı; diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve psikolog gibi profesyoneller hastayı ve ailesini kendi disiplinlerine ait değerlendirme ölçekleri ile ziyaret etmelidir. Bu ekipler, hastanın fiziksel, psikososyal ve beslenme ihtiyaçlarını düzenli olarak takip etmeli ve ilgili notları HBYS üzerinden kayıt altına almalıdır. Multidisipliner ekip toplantıları, klinik bazında ayda en az bir kez gerçekleştirilerek hastaların durumları, tedavi ve bakım planları gözden geçirilmelidir. Palyatif bakımda uzun süreli yatışlar, nedenleri ve süreçleri açısından analiz edilmeli; bu analizler hasta bakımının etkinliği ve kaynak kullanımının optimizasyonu için kullanılmalıdır. Başhekim başkanlığında, ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir, izleyen ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler detaylı şekilde incelenmeli; tespit edilen eksiklikler veya iyileştirme fırsatları için gerekli düzenlemeler gecikmeksizin başlatılmalıdır. Bu süreçler, hem hasta bakım kalitesinin artırılmasını hem de palyatif bakım hizmetlerinin standartlara uygun ve sürekli iyileştirilebilir şekilde yürütülmesini garanti eder.

Standardın Amacı

- Palyatif bakım hizmetlerinde hasta ve aile odaklı, multidisipliner bir bakım modeli oluşturmak
- Sağlık çalışanlarının palyatif bakıma özgü bilgi ve becerilerini artırmak
- Hastaların yaşam kalitesini ve konforunu yükseltmek
- Uzun süreli yatışları analiz ederek gereksiz hastane kalışlarını azaltmak
- Hasta ve aile ihtiyaçlarına yönelik sürekli iyileştirme süreçleri oluşturmak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Kaliteli ve etkin palyatif bakım sunumu sağlanır.
- Ekip içi iletişim ve koordinasyon güçlenir; hastaya bütüncül yaklaşım artar.
- Eğitimli personelle hasta bakımının standardı yükselir.
- Uzun yatış süreleri azaltılarak hastane kaynakları daha etkin kullanılır.
- Hasta ve aile memnuniyeti artar; hastane itibarı güçlenir.
- Sağlık verilerinin sistematik izlenmesi ile aksiyon planları hızlı uygulanır.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Sağlık Çalışanlarına Alana Özgü Eğitimlerin Sürekliliği:

Palyatif bakım kliniklerinde sunulan hizmetlerin; hasta ve ailesini merkeze alan, multidisipliner, güvenli ve sürdürülebilir bir yaklaşımla yürütülmesi ve hizmet kalitesinin sürekli olarak geliştirilmesi hedeflenmelidir. Bu doğrultuda, palyatif bakımda görev yapan tüm sağlık çalışanlarına (hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, sosyal çalışmacı vb.) alanlarına özgü, güncel ve kapsamlı eğitimlerin düzenli olarak verilmesi önemlidir.

Bu eğitimler; palyatif bakımın amacı, felsefesi ve ilkeleri, etik ve yasal boyut, ağrı ve semptom yönetimi, dünyada palyatif bakım hizmetleri ve iyi uygulama örnekleri, Türkiye'deki mevcut durum ve planlamalar, multidisipliner ekip yaklaşımı, hasta değerlendirme ölçeklerinin kullanımı, hasta ve çalışan güvenliği, ekip çalışması ve palyatif bakım merkezlerinde enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi gibi konuları kapsamalıdır.

Bu kapsamda, palyatif bakım kliniklerinde görev yapan tüm sağlık çalışanlarına yönelik Temel Düzey eğitimler düzenli olarak gerçekleştirilmelidir. Temel Düzey eğitimlerin, palyatif bakım alanında faaliyet gösteren ilgili dernekler ve bu alanda deneyimli akademisyenler tarafından verilmesi sağlanmalıdır.

Eğitimin Adı ve Seviyesi:

Temel Düzey Palyatif Bakım Eğitimi

Eğitim İçeriği ve Modüller:

- Palyatif bakımın amacı, felsefesi ve temel ilkeleri
- Etik ve yasal boyutları
- Ağrı ve semptom yönetimi
- Dünyada palyatif bakım hizmetleri ve iyi uygulama örnekleri
- Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu ve planlamalar
- Multidisipliner ekip yaklaşımı
- Hasta değerlendirme ölçeklerinin kullanımı
- Hasta ve çalışan güvenliği, ekip çalışması
- Enfeksiyon kontrolü ve önleme yöntemleri
- Hasta değerlendirme süreçleri ve dokümantasyon

Eğitimi Veren Kurum/Kişi:

- Dernek veya sivil toplum kuruluşu adı
- Akademisyen veya eğitici adı ve unvanı

Eğitim Tarihi ve Süresi:

- Eğitim başlangıç ve bitiş tarihleri

Toplam Eğitim Süresi:

Verilecek eğitimlerde süre sınırlaması bulunmamaktadır.

Katılımcı Bilgileri:

- Katılımcı adı, unvanı ve çalıştığı kurum

Onay ve İmza:

- Eğitimi veren kurum yetkilisi veya akademisyen tarafından onay/kaşe

Alanında Uzman Akademisyen Nedir?

Palyatif bakım eğitimlerini verecek kişilerin; tıp, hemşirelik, sosyal hizmet veya ilgili sağlık bilimleri alanlarında lisans ve lisansüstü eğitim almış, palyatif bakım alanında deneyim sahibi ve bu alanda bilimsel veya klinik çalışmalar yürütmüş kişilerden oluşması gerektiği değerlendirilmektedir.

Alanında uzman eğitmenin sahip olması gereken asgari kriterler aşağıda belirtilmiştir:

- Akademik unvana (Dr. Öğr. Üyesi, Doçent veya Profesör) sahip olması,
- Palyatif bakım ve/veya yoğun bakım alanında belgelenmiş eğitime (sertifika, yüksek lisans, yan dal vb.) sahip olması,
- En az 3 yıl palyatif bakım veya yoğun bakım klinik deneyiminin bulunması,
- Erişkin eğitimi konusunda bilgi ve deneyim sahibi olması,
- Hizmet içi eğitim, seminer veya klinik eğitim verme ve klinik rehberlik deneyiminin bulunması,
- Eğitim vereceği konularda bilimsel çalışmalarının olması ve ulusal ve/veya uluslararası standartlara hâkim olması,

- Palyatif bakım alanında araştırma, klinik uygulama veya eğitim deneyimine sahip olması. Bu doğrultuda, palyatif bakım alanına özgü eğitimlerin, yukarıda belirtilen nitelikleri taşıyan alanında uzman akademisyenler veya yetkinliği belgelendirilmiş eğiticiler tarafından verilmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir.

Multidisipliner Ekip Ziyaret ve Değerlendirmeleri:

- Hasta ve ailesi, multidisipliner ekip tarafından kendi disiplinlerine özgü değerlendirme ölçekleri kullanılarak ziyaret edilmeli ve değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeler HBYS üzerinden takip edilmeli ve ekip üyeleri arasında koordinasyon sağlanmalıdır. Meslek disiplinleri yaptıkları değerlendirme sonucunda bir sorun saptamaları halinde, gerekli bakım planını hazırlamalı ve ziyaret sıklığını buna göre belirlemelidir. İlk yatışta ilgili disipline ilişkin bir sorun tespit edilmemiş olsa dahi, hasta ve yakınının durumunu yeniden değerlendirmek amacıyla 72 saatte bir ziyaret gerçekleştirilmelidir. Psikolojik ve sosyal destek bilgilerinin gizliliği korunarak erişim kısıtlamaları sağlanmalıdır.

Palyatif bakım, multidisipliner bir yaklaşıma dayanır. Bu nedenle sağlık tesisinde ilgili meslek disiplinlerine ait yeterli sayıda personel bulunması durumunda, palyatif bakım kliniklerinde tam zamanlı görevlendirme yapılmalıdır. Personel sayısının yetersiz olduğu hallerde ise hizmetin sürekliliğini sağlamak amacıyla kısmi zamanlı görevlendirme planlanmalıdır.

Profesyonel / Ekip Üyesi	Kullanacağı Ölçek / Araç	Kapsam / Amacı	Ölçeklerin Kullanım Sıklığı
Hekim	ESAS, VAS, BPI	Ağrı ve semptom değerlendirme, tedavi planlama	Her ziyaret / haftalık kontrol
	KPS, ECOG	Fonksiyonel durum ve performans takibi	Gerekirse veya aylık
Hemşire	ESAS, VAS	Ağrı, yorgunluk, bulantı, genel semptom izlemi	Her gün / her bakım turu
	Vital bulgular, klinik gözlem formları	Genel durum ve semptom takibi	Her gün
Psikolog	HADS, PHQ-9	Anksiyete ve depresyon değerlendirmesi	İlk yatış / İhtiyaca göre / Aylık
Diyetisyen	MNA, BMI, kilo takibi	Beslenme durumu değerlendirmesi, risk belirleme	İlk yatış / Haftalık / Aylık
Fizyoterapist	KPS, ECOG, hareket kapasitesi testleri	Fiziksel fonksiyon, mobilite ve güvenlik	İlk yatış / Haftalık / İhtiyaç halinde
Sosyal Çalışmacı	Hasta ve Aile Görüşme Formu, Sosyal Destek Anketleri	Sosyal, ekonomik ve bakım yükü değerlendirmesi	İlk ziyaret + İhtiyaca göre
Multidisipliner Ekip Toplantısı	Tüm yukarıdaki ölçeklerin sonuçları	Hastanın bütüncül değerlendirmesi ve bakım planı güncelleme	Ayda 1 kez veya kritik durumlarda

İ Ölçekler örnektir.

Ekip İçi Koordinasyon ve İletişim:

- Multidisipliner ekip üyeleri arasında etkili iletişim sağlanmalı, hasta bakımında bütüncül yaklaşım benimsenmeli ve hasta ile ailesinin yaşam kalitesini artıracak kararlar ortak alınmalıdır.

Düzenli Multidisipliner Toplantılar:

- Palyatif bakım ekibi, ayda en az bir kez toplanarak hastaların durumu, tedavi planları ve bakım süreçlerini gözden geçirmeli, sorunları tartışmalı ve çözümler üretmelidir. Her disiplinin hasta değerlendirilmesine yönelik kayıtları bulunmalıdır.

Uzun Süreli Yatışların Analizi:

•Palyatif bakımda uzun süre yatan hastalar düzenli olarak analiz edilmeli, bu durumun nedenleri ve bakım süreçleri detaylı olarak incelenmelidir. Bu analizler doğrultusunda evde sağlık hizmetleri gibi alternatif bakım modellerine geçiş planlanmalıdır.

Örnek Tablo:

PALYATİF BAKIMDA HEDEF SÜRENİN ÜZERİNDE YATAN HASTA SAYISI		
AY:	Palyatif Bakım En Uzun Yatış Hedef Süre	Palyatif Bakımda Hedef Süresinin Üzerinde Yatan Hasta Sayısı
Palyatif Bakım 1		
Palyatif Bakım 2		

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

• Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla her iki ayda bir, önceki iki aya ait veriler analiz edilmeli; tespit edilen sorunlar için gerekli iyileştirme çalışmaları zamanında başlatılmalıdır.

12
Standart

Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

12.1. Sağlık tesisinde il içi yapılan sevklerde her bir hasta için; sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için), sevk eden branş, sevk eden hekim, sevk edilen hastane, sevk edilen branş, sevk nedeni, sevke neden tanı kodu ve adı, sevk yöntemi bilgileri HBYS' de kayıt altına alınmalıdır.

12.2. Sağlık tesisinde il dışı yapılan sevklerde her bir hasta için; sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için), sevk eden branş, sevk eden hekim, sevk edilen il, sevk edilen hastane, sevk edilen branş, sevk nedeni, sevke neden tanı kodu ve adı, sevk yöntemi bilgileri HBYS' de kayıt altına alınmalıdır.

12.3. Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmelidir.

12.4. Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler; mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının, mesai saatleri dışında nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde yapılmalıdır.

12.5. Acil servisin 112 ile diğer sağlık tesislerinden aldığı sevk sayısı analiz edilmelidir.

12.6. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile yapılan sevkler iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Sağlık tesisinden yapılan il içi ve il dışı hasta sevklerinin mevzuata uygun, izlenebilir, güvenli ve kayıt altına alınmış şekilde yürütülmesini sağlamak, sevk süreçlerinin etkinliğini izlemek ve hizmet sunumunda sürekliliği temin etmektir. Bu kapsamda; sağlık tesisinde il içi yapılan sevklerde, her bir hasta için sevk sürecine ilişkin tüm bilgiler eksiksiz olarak Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden kayıt altına alınmalıdır. Bu bilgiler; sevk eden birim (acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler), sevk eden branş, sevk eden hekim, sevk edilen hastane, sevk edilen branş, sevk nedeni, sevke neden olan tanı kodu ve tanı adı ile sevk yöntemi bilgilerini kapsamalıdır.

Sağlık tesisinde il dışı yapılan sevklerde ise; il içi sevklerde yer alan bilgilere ek olarak sevk edilen il bilgisi de HBYS'ye kaydedilmelidir. İl dışı sevklerde veri girişinin eksiksiz yapılması, hasta güvenliği, sevk zincirinin izlenebilirliği ve üst yönetime yapılacak analizler açısından esas kabul edilmelidir. Sağlık tesisinden kurum dışına yapılacak tüm sevkler, hastanın klinik durumuna göre ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmelidir. Sevk kararının tıbbi gereklere dayandırılması ve hasta dosyasında kayıt altına alınması sağlanmalıdır.

Kurum dışı sevk süreçleri; mesai saatleri içerisinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının, mesai saatleri dışında ise nöbetçi idari şef hekimin bilgisi ve koordinasyonu dahilinde yürütülmelidir. Acil servisin 112 Komuta Kontrol Merkezi ve diğer sağlık tesislerinden aldığı sevk sayıları düzenli olarak izlenmeli ve analiz edilmelidir. Bu analizler; hasta yoğunluğu, kapasite planlaması ve hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla kullanılmalıdır. Tüm sevk süreçlerine ilişkin veriler; belirli periyotlarla (aylık/iki aylık) değerlendirilerek, eksik kayıtlar, uygunsuz sevkler veya süreç aksaklıkları tespit edilmelidir. Gerekli görülen durumlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanarak uygulamaya alınmalıdır. Başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek, gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Elde edilen değerlendirme sonuçları ilgili sağlık personeli ile paylaşılmalı ve süreçlerin sürekli olarak geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Standardın Amacı

- Sevk süreçlerinin şeffaf, düzenli ve kayıtlı yönetilmesini sağlamak
- Sevk gerekçelerini, tanıları ve yöntemlerini doğru kayıt altına alarak veriye dayalı analiz yapmak
- Sağlık kaynaklarının etkin kullanımı ve sevk zincirinde aksaklıkların önlenmesi
- Acil servis ve diğer birimler arasında koordinasyon ve iletişimi güçlendirmek

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Sevklerin doğru ve detaylı izlenmesi sayesinde hizmet kalitesi artar
- Sevk nedenlerine göre planlama ve kaynak yönetimi yapılabilir
- Hasta güvenliği ve memnuniyeti artar
- Kurumlar arası iletişim ve işbirliği gelişir, gereksiz sevklerin önüne geçilir
- Performans ve süreç iyileştirme çalışmaları sağlıklı verilere dayanır

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Sevk Kayıtlarının Eksiksiz ve Doğru Tutulması:

- Sevk işlemlerinde her hastaya ait sevk eden birim, branş, hekim bilgileri; sevk edilen il, hastane, branş ve sevk nedeni ile tanı kodu ve adı gibi bilgilerin HBYS sistemine eksiksiz, doğru ve zamanında kaydedilmesi sağlanmalıdır.

Örnek Tablo:

Sevk Analizleri					
AY:	Acil Servis	Yoğun Bakımlar	Poliklinikler	Yataklı Servisler	TOPLAM
Sevk Sayısı*					
İl İçi Sevk Sayısı					
İl Dışı Sevk Sayısı					
Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı					

! * **Sevk Sayısı** : Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden yapılan resmi sevk sayısı.

! **İl İçi Sevk Sayısı**: Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden il içine yapmış olduğu resmi sevk sayısı.

! **İl Dışı Sevk Sayısı**: Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden il dışına yapmış olduğu resmi sevk sayısı.

! **Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına)**: İlgili Bölümden Yapılan Toplam Sevk Sayısı X 1.000 / Toplam Muayene Sayısı

Sevk Sürecinin Yetkililerce Yönetilmesi:

- İl içi ve dışı sevkler sadece ilgili branş hekimleri tarafından gerçekleştirilmelidir.

Sağlık tesisinde kurum dışına (Başka bir hastane, sağlık kuruluşu veya il dışı bir merkeze) yapılacak hasta sevklerinin, mutlaka ilgili branşın uzman hekimi tarafından planlanıp onaylanması gerekmektedir. Örneğin, bir kardiyoloji hastasının başka bir hastaneye sevk edilmesi gerekiyorsa, bu kararı kardiyoloji branşından sorumlu hekim vermelidir. Sevk kararı, HBYS'e veya resmi sevk formuna branş hekiminin adı ve unvanıyla kaydedilir. Bu, tıbbi sorumluluk ve hasta güvenliği açısından önemlidir.

Kurum dışı sevkler mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının, mesai dışında ise nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde yapılmalıdır.

Sevk talebi HBYS'ye girildiğinde sistem otomatik olarak nöbetçi idari şefe bildirim gönderir (pop-up, e-posta veya uygulama bildirimi) veya Nöbetçi idari şef, talebi sistem üzerinden "görüldü" veya "onaylandı" olarak işaretleyebilir. Bu imzasız ama kayıtlı bir onay sağlar.

Örneğin bir hasta sevk edildiğinde:

- HBYS sistemi, sevk bilgilerini giren personele ve nöbetçi idari şefe küçük bir pop-up pencere ile gösterir.
- Bu pop-up üzerinde sevk edilen hasta, sevk nedeni ve onay gerekliliği gibi bilgiler yer alır.
- İdari şef bu pop-up'ı görür ve sistem üzerinden "görüldü", "onaylandı", "okundu" seçeneğinden biri ile kayıt tamamlanır.

Sevklerin Düzenli İzlenmesi ve Analizi:

• Acil servisin 112 ve diğer sağlık tesislerinden aldığı sevk sayıları ile sağlık tesisinden yapılan sevkler başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla her iki ayda bir analiz edilmelidir. Önceki iki aya ait veriler, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde değerlendirilmelidir.

Örnek Tablo:

ACIL SERVİSİN 112 İLE DİĞER SAĞLIK TESİSLERİNDEN ALDIĞI SEVK SAYISI	
	AY:
Acil Servisin 112 İle Diğer Sağlık Tesislerinden Aldığı Sevk	

İyileştirme Çalışmalarının Zamanında Başlatılması:

• Analizler sonucunda tespit edilen aksaklıklar veya iyileştirme gerektiren durumlar için gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler hızlıca başlatılmalıdır.

Kaynakların Etkin Kullanımı:

• Sevk verilerinin düzenli değerlendirilmesi sağlık kaynaklarının etkin kullanımı için kritik öneme sahiptir; bu nedenle sevk süreçlerinin her aşaması titizlikle yönetilmelidir.

Ekip İçi Koordinasyon:

• Başhekim, başhekim yardımcısı ve acil servis sorumlu hekimi arasında sevklerle ilgili sürekli iletişim ve koordinasyon sağlanmalıdır.

13

Standart

Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

13.1. Çalışanlardan görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimler alınmasına yönelik iletişim kanalları oluşturulmalıdır.

13.2. Hastane çalışanlarının hastane yöneticileri ile görüşme taleplerine ilişkin bir sistematik geliştirilmeli ve duyurulmalıdır.

13.3. Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimleri aylık olarak değerlendirilmelidir.

13.4. İlgili çalışanlara değerlendirme sonuçları ve alınan kararlara dair geri bildirim yapılmalıdır.

13.5. Çalışanların aidiyet duygularını ve motivasyonlarını artıracak faaliyetler planlanmalıdır.

13.6. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Sağlık tesislerinde çalışan memnuniyetini artırmak amacıyla yönetime erişimi kolaylaştıran etkili iletişim ve geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalı; çalışanların görüş ve önerileri düzenli olarak alınarak iyileştirme süreçlerine aktif katılımları sağlanmalıdır. Kurumun büyüklüğü ve personel yapısı dikkate alınarak yöneticiler ile çalışanların düzenli aralıklarla bir araya geldiği iç iletişim toplantıları planlanmalı, açık iletişim ortamı desteklenerek aidiyet duygusu, çalışan bağlılığı ve hizmet kalitesi sürdürülebilir biçimde güçlendirilmelidir. Çalışanların öneri, şikâyet ve görüşlerini iletebilecekleri ulaşılabilir sistemler oluşturulmalı; bu geri bildirimler düzenli aralıklarla analiz edilerek sonuçlar çalışanlarla paylaşılmalıdır. Ayrıca, iki ayda bir başhekim başkanlığında memnuniyet verileri değerlendirilmelidir. Örneğin; hastanenin büyüklüğü ve personel sayısına göre her ayın 3. çarşamba günü çalışan ve üst yönetimin bir araya geldiği iç iletişim toplantıları düzenlenebilir. Bu sayede açık iletişim ortamı sağlanarak hem hizmet kalitesini hem de çalışan bağlılığı güçlendirilmelidir. Başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek, gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Standardın Amacı

- Çalışanların yönetime kolay erişimini sağlamak
- Memnuniyet, motivasyon ve aidiyeti artırmak
- Açık iletişim ortamı oluşturarak sorunları erken tespit etmek
- Geri bildirimlerin yönetim kararlarına yansıtılmasını sağlamak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Çalışan bağlılığı ve iş tatmini artar
- Yönetimle iletişim güçlenir; sorunlara hızlı çözümler geliştirilir
- Hizmet kalitesi ve dolaylı olarak hasta memnuniyeti yükselir
- Kurumsal aidiyet ve ekip ruhu gelişir
- Verimlilik artar, iş gücü devri azalır

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Geri Bildirim Sistemleri Etkin Kurulmalıdır

- Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve memnuniyetlerini iletebilecekleri dijital (online anket, mobil uygulama vb.) ve fiziksel (öneri kutuları, formlar) kanallar oluşturulmalıdır.
- Bu sistemlerin erişilebilir, kolay kullanılabilir ve gizliliği koruyacak şekilde yapılandırılması sağlanmalıdır.

Çalışan Geri Bildirim Sisteminin Kurulması

- Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve memnuniyetlerini iletebilecekleri dijital (online anket, mobil uygulama vb.) ve fiziksel (öneri kutuları, formlar) kanallar oluşturulmalıdır.
- Bu kanalların kullanımına ilişkin yönergeler hazırlanmalı, çalışanlara açık ve anlaşılır şekilde duyurulmalıdır.

Yöneticiye Erişim Mekanizması

- Çalışanların yöneticilerle birebir görüşme talep edebileceği şeffaf ve adil bir sistem kurulmalı; taleplerin sistematik şekilde takibi sağlanmalıdır.
- Yöneticilere kolay ulaşım imkânı, kurumdaki güven iklimini güçlendirir.

Düzenli Geri Bildirimlerin Değerlendirilmesi

- Çalışanlardan alınan tüm geri bildirimler aylık olarak analiz edilmeli, tematik raporlar hâline getirilerek yönetim toplantılarında değerlendirilmelidir.
- Elde edilen bulgulara göre gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalı, her iki ayda bir gerçekleştirilen veriye dayalı analizlerle süreçler iyileştirilmelidir.

Geri Bildirimlerin Paylaşılması

- Yapılan değerlendirmelerin sonuçları çalışanlarla paylaşılmalı; bu sayede katılımcı yönetim anlayışı desteklenmelidir.
- Karar alma süreçlerine katkı sağlayan çalışanlara teşekkür edilerek kurumsal aidiyet artırılmalıdır.

Motivasyon Artırıcı Faaliyetler

- Memnuniyeti artırmak için; teşekkür belgeleri, iç iletişim toplantıları, sosyal etkinlikler, öneri yarışmaları, yıldönümü kutlamaları gibi uygulamalar planlanmalıdır.
- Her ayın belirli bir günü yapılacak iç iletişim toplantıları sayesinde çalışanlar ve yöneticiler düzenli olarak yüz yüze iletişim kuralmalıdır.

Veriye Dayalı İyileştirme

- Tüm süreçlerin sonuçları, başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir analiz edilmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
- İyileştirme kararları kurumsal hafızaya alınmalı ve sürdürülebilir şekilde uygulanmalıdır.

14
Standart

Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

14.1. Bina turları; başhekim ve başhekim tarafından belirlenen birim sorumlularının katılımı ile iki ayda bir yapılmalıdır. Gerekliğinde bu sıklık artırılabilir.

14.2. Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

14.3. Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksikliklere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

Rehberlik

Bina turları, sağlık tesisinin fiziki altyapısı ve hizmet işleyişi, personel ve hasta ziyaretleri, malzeme ve cihaz kullanımı, temizlik ve hijyen başta olmak üzere tüm alanları kapsayacak şekilde başhekim ve görevlendirdiği birim sorumluları tarafından en az iki ayda bir gerçekleştirilmelidir; ihtiyaç halinde sıklık artırılmalıdır. Turlar, yalnızca gözlem faaliyeti olarak değil, tesisin genel durumunun yerinde ve bütüncül değerlendirilmesini sağlayan bir yönetim aracı olarak yürütülmeli; tespit edilen eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmalı ve belirlenen uygunsuzluklara yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler zamanında başlatılarak süreç etkin şekilde işletilmelidir. Başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek, gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Standardın Amacı

- Sağlık tesisinin fiziki altyapısını, hizmet işleyişini, temizlik ve hijyen standartlarını bütüncül ve yerinde değerlendirmek.
- Eksiklikleri hızla belirleyip, etkin iyileştirme süreçleri ile değerlendirme ve geliştirmeyi güçlendirmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Fiziki koşulların güncel ve doğru değerlendirilmesiyle hasta ve çalışan güvenliği artar.
- Eksikliklerin hızlı giderilmesiyle hizmet kalitesinin sürekliliği sağlanır.
- Yönetim için somut, görsel ve yazılı veri kaynakları oluşturulur.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Bina Turu Planlaması ve Sıklığı

- Bina turları (ek hizmet binaları dahil), başhekim başkanlığında, belirlenen birim sorumlularının katılımıyla iki ayda bir düzenli olarak yapılmalı; ihtiyaç hâlinde bu sıklık artırılmalıdır.
- Tur takvimi önceden planlanmalı ve ilgili birimlerle paylaşılmalıdır.

Kapsamlı ve Sistemik Gözlem

- Turlar, sadece fiziki yapıların değil; temizlik, hijyen, malzeme ve cihaz kullanımı, hasta ve çalışan güvenliği, yönlendirme sistemleri ve çevresel düzenlemeler gibi hizmet süreçlerinin de bütüncül bir biçimde değerlendirilmesini kapsamalıdır.
- Görsel ve yazılı gözlemler eş zamanlı yapılmalı, saha notları anında kayıt altına alınmalıdır.

Kayıt ve Raporlama

- Tespit edilen uygunsuzluklar, eksiklikler ve potansiyel riskler hem görsellerle belgelenmeli hem de standart formlar aracılığıyla yazılı olarak raporlanmalıdır.
- Her tur sonrası, gözlem bulguları ilgili birimlerle paylaşılmalı, yönetime sunulmalıdır.

Düzeltilici ve İyileştirici Faaliyetler (DİF)

- Tur sırasında tespit edilen her eksiklik için sorumlu kişi, çözüm süresi ve faaliyet planı açıkça belirlenmelidir.
- DİF süreçleri kalite yönetim birimiyle koordineli yürütülmeli; tekrar eden uygunsuzluklar için kök neden analizi yapılmalıdır.

Katılımcı ve Öğrenen Yaklaşım

- Bina turları sadece değerlendirme aracı olarak değil; eğitim, farkındalık ve kurumsal öğrenme aracı olarak görülmelidir.
- Katılımcı bir yaklaşımla, çalışan görüşlerine de yer verilerek sürece dahil edilmelidir.

15
Standart

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

15.1. Web sitesi güncel olmalıdır.

15.2. Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmeli ve bu birimde görev alacak personel hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitim almalıdır.

15.3. Kişisel temizlik alanlarının düzenli temizliği sağlanmalı; bu alanlarda sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve pedallı çöp kutusu bulundurulmalıdır.

15.4. Hastanedeki temizlik işlemleri düzenli olarak kontrol edilmeli; sorumlular, sorumlulukları ile kontrol yöntemi ve aralıkları net şekilde belirlenmelidir.

15.5. Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.

15.6. Hastaların kullandığı (poliklinikte aktif kullanılan) tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

15.7. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Sağlık tesislerinde hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla; bilgilendirme, karşılama, yönlendirme ve fiziksel ortam düzenlemelerine yönelik uygulamalar bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Hastanenin web sitesi güncel tutulmalı, hastaların doğru ve kolay erişilebilir bilgiye ulaşması sağlanmalıdır. Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin şekilde sunulmalı; bu birimde görev yapan personelin hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitilmiş olması sağlanmalıdır. Fiziksel alanların, özellikle tuvalet ve banyoların temizlik ve donanım açısından uygunluğu düzenli olarak kontrol edilmelidir. Temizlik hizmetlerine ilişkin sorumlular, kontrol yöntemleri ve kontrol aralıkları net olarak belirlenmelidir.

Bekleme alanları hasta potansiyeline uygun nitelik ve sayıda oturma alanı içerecek şekilde planlanmalı; hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunarak hasta güvenliği desteklenmelidir. Tüm bu uygulamalar kapsamında elde edilen veriler, başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir analiz edilmeli; gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılarak süreçlerin sürdürülebilir şekilde geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Standartın Amacı

- Hastaların sağlık tesisine başvuru ve hizmet alma süreçlerini kolaylaştırmak

- Hastane web sitesi, karşılama–danışma ve yönlendirme hizmetleri aracılığıyla doğru ve güncel bilgilendirme sağlamak
- Güvenli, temiz, düzenli ve konforlu bir fiziksel ortam oluşturmak
- Hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırmak
- Fiziksel alanlar ve destek hizmetlerine ilişkin süreçlerin düzenli izlenmesini ve iyileştirilmesini sağlamak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hasta memnuniyeti ve güven duygusu artar
- Hizmete erişim kolaylaşır, yönlendirme süreçleri etkinleşir
- Temiz, düzenli ve güvenli fiziksel ortam sağlanır
- Hasta güvenliği riskleri azalır
- Hizmet kalitesi ve kurumsal imaj güçlenir
- Fiziksel ortam ve destek hizmetleri izlenebilir ve sürdürülebilir hâle gelir
- Sorunlar erken tespit edilerek hızlı iyileştirme sağlanır.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

Bilgilendirme ve Dijital İçerik

- Hastane web sitesinin güncelliği düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- Güncellemeden sorumlu birimler ve kontrol periyotları belirlenmelidir.
- Web sitesinde yer alan bilgiler hasta odaklı, açık ve anlaşılır olmalıdır.

Karşılama, Danışma ve Yönlendirme Hizmetleri

- Karşılama ve danışma birimlerinde görev yapan personelin iletişim becerileri güçlü olmalıdır.
- Personelin hasta hakları, hasta sorumlulukları ve hasta memnuniyeti konularında aldığı eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Hasta yoğunluğuna göre yeterli sayıda personel görevlendirilmelidir.

Fiziksel Ortam ve Temizlik Hizmetleri

- Tuvalet ve banyoların temizlik ve donanım kontrolleri düzenli yapılmalıdır.
- Temizlik malzemelerinin sürekliliği sağlanmalı, eksiklikler gecikmeden giderilmelidir.
- Temizlik hizmetlerine ilişkin sorumluluklar ve kontrol yöntemleri yazılı olarak tanımlanmalıdır.

Bekleme Alanları

- Bekleme alanlarının kapasitesi hasta ve refakatçi sayısına uygun olmalıdır.
- Oturma alanlarının ergonomik, güvenli ve erişilebilir olması sağlanmalıdır.
- Alan düzenlemeleri hasta güvenliğini riske atmayacak şekilde yapılmalıdır.

Sabitlemenin Gerekli Olduğu Alanlar

Hastanelerde bazı alanlarda koltukların sabitlenmesi önleyici bir güvenlik önlemi olarak kabul edilir. Bu alanlar genellikle:

- Acil servis bekleme alanları
- Psikiyatri servisleri ve psikiyatri acil servisleri
- Madde bağımlılığı tedavi alanları
- Adli vaka kabul alanları
- Hasta yoğunluğu ve bekleme süresi yüksek olan poliklinik bekleme salonları

Bu tür alanlarda sabit olmayan koltuklar; fırlatılabilme, barikat olarak kullanılma, devrilme ve kalabalıkta kontrolsüz hareket etme gibi nedenlerle yaralanma riskini artırır.

Sabitlemenin Amacı

- Koltuk sabitlemesi, kişilerin birbirine doğrudan zarar vermesini önleyen bir yöntem değildir. Ancak;
- Koltukların araç olarak kullanılmasını engeller,
- Düşme ve çarpma kaynaklı kazaları azaltır,
- Alan düzenini korur,
- Acil durumlarda geçiş yollarının açık kalmasını sağlar.

Bu yaklaşım, hastanelerde uygulanan çevresel riskleri azaltma ve hasta güvenliği ilkeleriyle uyumludur.

Poliklinik Bekleme Alanları Neden Özeldir?

Poliklinik alanları;

- Farklı yaş ve sağlık durumundaki bireylerin bir arada bulunduğu,
- Tekerlekli sandalye, sedye ve ayakta bekleyen hastaların olduğu,
- Zaman zaman stres ve panik yaşanabilen alanlardır.
- Bu nedenle hafif, devrilebilir veya hareketli koltuklar; düşme, çarpma ve yaralanma riskini artırabilir.

Sabitleme yöntemine sağlık tesisi komitesi karar vermelidir.

Örnek: Poliklinikler için zemine ankrajlı modüler sıra koltuk sistemleri en uygun çözümdür. Bu sistem:

- Koltukların yerinden oynatılmasını önler,
- Devrilmeyi engeller,
- Alan düzenini korur,
- Temizlik ve bakım açısından pratiktir.

Sonuç olarak, poliklinik bekleme alanlarında kontrollü sabitleme, öngörülebilir risklere karşı gerekli ve uygun bir güvenlik önlemidir.

Hasta Güvenliği

- Polikliniklerde aktif kullanılan tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemlerinin çalışırılığı düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- Arıza ve aksaklıklara yönelik hızlı müdahale süreçleri tanımlanmalıdır.

Poliklinik Tuvaletlerinde Acil Çağrı Sisteminin Önemi

Poliklinik tuvaletleri; kapalı, mahrem ve zeminleri kaygan olabilen alanlar olması nedeniyle hasta güvenliği açısından yüksek riskli alanlar olarak değerlendirilir. Bu alanlarda yaşanabilecek düşme, bayılma, ani tansiyon değişiklikleri veya benzeri acil durumlar, yardım istenememesi halinde geç fark edilebilir ve müdahale gecikebilir.

Polikliniklerde yaşlılar, hamileler, engelli bireyler ve kronik hastalığı olan hastalar sıklıkla bulunduğu için, tuvalet kullanımı sırasında acil müdahale gerektiren durumlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle hastanın tek başına ve hızlı şekilde yardım isteyebilmesini sağlayan bir sistemin bulunması gereklidir. Hemşire çağrı sistemi; hasta güvenliğini artıran, acil müdahale

süresini kısaltan ve öngörülebilir risklere karşı alınmış makul bir önlem olarak kabul edilir. Sistem bulunmaması durumunda, müdahalenin gecikmesi kurumsal sorumluluk doğurabilir.

Hemşire çağrı sistemi yoksa, aynı işlevi gören bir acil yardım çağrı mekanizması mutlaka bulunmalıdır. Bu noktada önemli olan sistemin adı değil, işlevinin hasta acil durumuna hızlı ve doğrudan yanıt verebilmesidir.

En Uygun Alternatif

Poliklinik tuvaletleri için en uygun çözüm, sağlık personeline doğrudan alarm veren acil çağrı butonu sistemidir. Bu sistem;

- Tuvalet içinde kolay ulaşılabilir olmalı
- Oturur ve ayakta kullanıma uygun yükseklikte yerleştirilmeli
- Tercihen ipli/çekmeli veya geniş yüzeyli olmalı
- Sesli ve/veya ışıklı uyarı vermeli
- Düzenli olarak test edilip kayıt altına alınmalıdır

Panik butonları ise esas olarak güvenlik amaçlı olduğundan, tek başına hasta güvenliği için yeterli kabul edilmez; ancak **sağlık personeline** de alarm düşüyorsa destekleyici sistem olarak değerlendirilebilir.

Sonuç

Poliklinik tuvaletlerinde hemşire çağrı sistemi veya eşdeğer bir acil çağrı mekanizmasının bulunması;

- Hasta güvenliğini artırır
- Acil müdahaleyi hızlandırır
- Riskli hasta gruplarını korur
- Kurumun hukuki ve idari sorumluluğunu azaltır

Bu nedenle poliklinik tuvaletlerinde, sağlık personeline anında bildirim sağlayan bir acil çağrı sistemi bulundurulması gerekli ve iyi uygulama örneğidir.

Veri Analizi ve İyileştirme

- Hasta memnuniyeti, fiziksel ortam ve temizlik hizmetlerine ilişkin veriler düzenli olarak toplanmalıdır.
- Başhekim başkanlığında iki ayda bir yapılan değerlendirmelerde bu veriler analiz edilmelidir.
- Gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve izlenmelidir.

16
Standart

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

16.1. Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

16.2. Sağlık tesisinde mahremiyet her alanda sağlanmalıdır.

- 16.3.** Hastanede haşere, hırsızlık ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.
- 16.4.** Mutfak kokularının hastane hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- 16.5.** Gıdalar, uygun servis ısısı, kapalı sunum ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.
- 16.6.** Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- 16.7.** Tekerlekli sandalye ve sedye kullanımında hasta güvenliğini sağlayacak şekilde önlemler alınmalıdır.
- 16.8.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Bu standartlar; sağlık tesisinde hasta bakımının sunulduğu tüm alanlarda hasta güvenliğinin, mahremiyetinin ve konforunun sağlanması, çevresel risklerin kontrol altına alınması ve hizmetin güvenli koşullarda sürdürülmesi amacıyla uygulanır.

Hastane genelinde;

- Hasta yatakları, tekerlekli sandalye ve sedyeler gibi tıbbi donanımların hasta güvenliğine uygun olması,
- Mahremiyetin tüm klinik ve destek hizmet alanlarında korunması,
- Haşere, hırsızlık, su baskını gibi çevresel risklere karşı önlemler alınması,
- Gıda hizmetlerinin hijyen, servis ısısı ve sunum kurallarına uygun yürütülmesi,
- Hasta odalarında uygun havalandırma ve aydınlatma koşullarının sağlanması esas alınmalıdır.

Bu süreçler, yalnızca fiziki düzenlemelerle sınırlı kalmayıp düzenli izleme, kayıt, analiz ve iyileştirme yaklaşımı ile yürütülmelidir.

Amaç

- Hasta bakım süreçlerinde güvenli ve konforlu bir ortam oluşturmak,
- Hasta mahremiyetini koruyarak etik ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak,
- Çevresel ve fiziksel riskleri en aza indirmek,
- Gıda, temizlik ve çevre koşullarından kaynaklanabilecek sağlık risklerini önlemek,
- Hasta hareketliliği sırasında oluşabilecek düşme ve yaralanma risklerini azaltmak,
- Yönetim düzeyinde düzenli izleme ve sürekli iyileştirme kültürü oluşturmaktır.

Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hasta güvenliği ve konforu artar,
- Mahremiyet ihlallerinin önüne geçilir,
- Düşme, yaralanma ve çevresel kaynaklı olaylar azalır,
- Gıda güvenliği ve hijyen standartları güçlenir,
- Hasta bakım alanlarında sağlıklı, konforlu ve güvenli bir ortam sağlanır,

- Olası riskler erken tespit edilerek iyileştirici faaliyetler başlatılır,
- Hasta ve hasta yakını memnuniyeti artar.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Hasta Yataklarına (Ebat ve Güvenlik) Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Yataklar:
 - Yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatla, korkulukları sağlam, çalışır durumda, temiz ve hasarsız olmalıdır.
- Elektrikli yataklarda: Kumandalar çalışıyor ve elektrik kabloları güvenli olmalıdır.

Mahremiyetin Sağlanmasına Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Hasta muayene ve bakım alanlarında:
 - Perde, paravan veya kapı mevcut olmalı,
- Hasta bilgileri:
 - Üçüncü kişiler tarafından görülmemeli
- Refakatçi ve ziyaretçi düzeni mahremiyeti bozmamalıdır.

Haşere, Hırsızlık ve Su Baskını Önlemlerine Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Haşere ile mücadele:
 - Periyodik ilaçlama yapılmalı ve kayıtlar tutulmalıdır.
- Hırsızlığa karşı:
 - Kamera,
 - Kilit,
 - Güvenlik personeli sayısı yeterli olmalıdır.
- Su baskını riski olan alanlarda:
 - Drenaj,
 - Alarm,
 - Önleyici tedbirler alınmalıdır.

Mutfak Kokularının Hizmet Alanlarına Karışmasına Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Mutfak ve servis alanları:
 - Hasta bakım alanlarından fiziksel olarak ayrılmalı
- Havalandırma sistemi:
 - Etkin çalışmalı, koku olmamalıdır.

Gıda Dağıtım ve Hijyene Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Gıdalar:
 - Kapalı kaplarda taşınmalı,
 - Servis sırasında uygun ısı korunmalıdır.
- Dağıtım personeli:
 - Kişisel hijyen kurallarına uymalıdır.
- Gıda taşıma arabaları:
 - Temiz ve bakımlı olmalı ve servis sonrası kayıtlar tutulmalıdır.

Hasta Odalarında Havalandırma ve Aydınlatmaya Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Odalarda:
 - Doğal veya mekanik havalandırma yeterli olmalıdır.
 - Koku, nem olmamalıdır.
- Aydınlatma:
 - Yatak başında yeterli olmalı,
 - Gece aydınlatması hasta güvenliğini desteklemelidir.

Tekerlekli Sandalye ve Sedyeye Güvenliğine Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Tekerlekli sandalye ve sedyeler: Frenleri çalışmalı, emniyet kemerleri sağlam olmalıdır. Tekerlekli sandalye kontrol formu oluşturulmalıdır.

Örnek:

Tekerlekli Sandalye Kontrol Listesi Mekanik Durum

- Tekerlekler sağlam mı, rahat dönüyor mu?
- Lastikler (hava doluysa) uygun basınçta mı?
- Frenler iki tarafta da düzgün çalışıyor mu?
- Vida, somun ve bağlantılar gevşek mi?

Oturma & Destek

- Oturma minderi sağlam ve doğru yerleştirilmiş mi?
- Sırt dayanağı sabit mi?
- Kolçaklar sağlam ve kilitleri çalışıyor mu?
- Ayaklıklar sağlam, ayarlanabilir ve kilitli mi?

Güvenlik

- Emniyet kemeri (varsa) sağlam mı?
- Katlanma mekanizması düzgün çalışıyor mu?
- Keskin kenar, kırık parça var mı?

Temizlik & Hijyen

- Yüzeyler temiz ve kuru mu?
- Kan/vücut sıvısı kalıntısı var mı?
- Dezenfeksiyon yapılmış mı?

Sedye Kontrol Listesi

Mekanik & Yapısal

- Sedye gövdesi sağlam mı?
- Yükseklik ayar mekanizması çalışıyor mu?
- Sırt kısmı rahatça ayarlanabiliyor mu?
- Yan korkuluklar açılıp kilitleniyor mu?

Tekerlek & Fren

- Tekerlekler düzgün dönüyor mu?
- Fren sistemi sağlam mı?
- Düz zeminde sabit duruyor mu?

Güvenlik

- Emniyet kemerleri sağlam ve temiz mi?
- Kilit ve mandallar çalışıyor mu?
- Taşıma sırasında kayma riski var mı?

Temizlik & Hijyen

- Minder ve yüzeyler temiz mi?
- Dezenfeksiyon yapılmış mı?
- Tek kullanımlık örtü (varsa) hazır mı?

Ambulans Sedyesi Ekstra (Varsa)

- Hidrolik/pnömatik sistem çalışıyor mu?
- Ambulansa sabitleme kilidi sağlam mı?
- Taşıma kolları sağlam mı?

Periyodik İzleme ve İyileştirme

Dikkat Edilecek Hususlar

- Başhekim başkanlığında: İki ayda bir toplantı yapılmalıdır.
- Toplantılarda: önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir.
- Alınan kararlar: kayıt altına alınmalı ve iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.
- Sonuçlar; ilgili çalışanlarla paylaşılmalıdır.

17

Standart

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

17.1. Hastane girişlerine yakın konumda yerleşim planı bulunmalı; bina ve kat girişlerinde ana birimleri, acil çıkışları ve güvenlik ekipmanlarını gösteren okunabilir kroki ve yönlendirme işaretleri yer almalıdır.

17.2. Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

17.3. Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler vb. hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik gibi) bulunmamalıdır.

17.4. Hastane genelinin ve kritik birimlerin güvenlik kameraları ile izlenebilirliği sağlanmalıdır.

17.5. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizler yapılarak sonuçlar ilgili hastane çalışanları ile değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Sağlık tesisinde **fiziksel ortamın güvenli, erişilebilir ve yönlendirici şekilde düzenlenmesini**, hasta, çalışan ve ziyaretçilerin hastane içinde **kolay ve güvenli hareket edebilmesini** sağlamayı amaçlar.

Hastane genelinde;

- Yerleşim planları ve yönlendirme işaretlerinin açık ve anlaşılır olması,
- Tesis kaynaklı düşme risklerinin azaltılması,
- Hasta ve çalışan etkileşim alanlarının güvenli ve erişilebilir şekilde düzenlenmesi,
- Kritik alanlar dâhil olmak üzere hastanenin güvenlik kameraları ile izlenebilirliğinin sağlanması,
- Tüm bu süreçlerin düzenli olarak izlenmesi, analiz edilmesi ve iyileştirilmesi esas alınmalıdır. Bu kapsamda uygulamalar yalnızca fiziksel düzenlemelerle sınırlı kalmamalı; **yönetimsel takip, personel farkındalığı ve sürekli iyileştirme yaklaşımı** ile desteklenmelidir.

Amaç

- Hasta, çalışan ve ziyaretçilerin **fiziksel güvenliğini sağlamak**,
- Hastane içinde kaybolma, düşme ve yaralanma gibi riskleri azaltmak,
- Güvenli ve erişilebilir bir sağlık hizmeti sunmak,
- Hasta–çalışan iletişimini destekleyen, güven duygusu oluşturan hizmet alanları oluşturmak,
- Olası güvenlik risklerini erken tespit ederek önleyici tedbirlerin alınmasını sağlamak,
- Yönetim düzeyinde **veriye dayalı izleme ve iyileştirme** süreçlerini güçlendirmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hastane içi yön bulma kolaylaşır, hasta memnuniyeti artar,
- Tesis kaynaklı düşme ve yaralanma olayları azalır,
- Hasta ve çalışan arasında güvenli ve sağlıklı iletişim ortamı sağlanır,
- Güvenlik kameraları sayesinde olaylara hızlı müdahale ve geriye dönük değerlendirme yapılabilir,
- Riskler düzenli olarak izlenir ve iyileştirme çalışmaları sistematik hale gelir,
- Kurum genelinde güvenli fiziki ortam kültürü gelişir.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz

Yerleşim Planları ve Yönlendirme Sistemleri

Hastane girişlerine yakın alanlarda yerleşim planları bulunmalıdır.

- Bina ve kat girişlerinde;
- Ana birimler,
- Acil çıkışlar,
- Güvenlik ekipmanları okunabilir kroki ve yönlendirme işaretleri ile gösterilmelidir.

Tesis Kaynaklı Düşmelerin Önlenmesi

Hasta, çalışan ve ziyaretçilerin güvenliğini sağlamak amacıyla;

- Zemin,
- Merdiven,
- Rampa,
- Islak alanlar tesis kaynaklı düşmelere karşı güvenli hale getirilmelidir.

Hasta–Çalışan İletişim Alanlarında Fiziksel Bariyerlerin Kaldırılması

Vezneler hariç olmak üzere;

- Kayıt,
- Halkla ilişkiler,
- Danışma vb. hizmet noktalarında hasta ile çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik farkı vb.) bulunmamalıdır.

Güvenlik Kameraları ile İzlenebilirlik

- Hastane genel alanları ve kritik birimler; güvenlik kameraları ile izlenebilir olmalıdır.

Kamera sistemleri:

- Güvenliği artıracak,
- Olayların geriye dönük incelenmesini sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.

Periyodik İzleme, Analiz ve İyileştirme Süreci

Başhekim başkanlığında;

İlgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir toplantı yapılmalıdır.

Toplantılar:

- Takip eden ayın ilk 7 günü içinde,
- Önceki iki aya ait veriler analiz edilerek gerçekleştirilmelidir.

Analiz sonuçları:

- Hastane çalışanları ile paylaşılmalı,
- Gerekli görülen durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır

18

Standart

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

18.1. Acil çıkışlar her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve işlevsel olmalıdır.

18.2. Yangın önlemleri düzenli (yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın dolapları ve tüpleri) aralıklarla gözden geçirilmelidir.

18.3. Çatılar, yangın ve acil durum risklerine karşı belirli periyotlarla denetlenmelidir.

18.4. Jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynaklarının güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

18.5. Hastanede su ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalıdır.

18.6. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizler yapılarak sonuçlar ilgili hastane çalışanları ile değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Sağlık tesisinde fiziksel güvenliğin sağlanması, acil durumlara hazırlıklı olunması, kritik altyapıların kesintisiz çalışmasının temin edilmesi ve risklerin düzenli olarak izlenmesi amacıyla uygulanır.

Sağlık tesisleri;

- Acil çıkışlar,
- Yangın algılama ve söndürme sistemleri,
- Çatı ve bina güvenliği,
- Elektrik, jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynakları,
- Su ve medikal gaz sistemleri gibi tüm kritik altyapılarını her an çalışır, ulaşılabilir ve güvenli durumda tutmakla yükümlüdür.

Amaç

- Hasta, çalışan ve ziyaretçilerin can güvenliğini sağlamak,
- Yangın, elektrik kesintisi, su veya gaz kesintisi gibi acil durumlarda hizmet sürekliliğini temin etmek,
- Acil durumlara hızlı ve etkili müdahale edilebilmesini sağlamak,
- Olası riskleri gerçekleşmeden önce tespit ederek önlemek,
- Yönetim düzeyinde veriye dayalı karar alma ve iyileştirme süreçlerini güçlendirmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Acil durumlara hazırlık seviyesi artar,
- Tahliye, müdahale ve kurtarma süreçleri hızlanır,
- Yangın ve benzeri olaylarda can ve mal kaybı riski azalır,
- Kritik klinik hizmetlerin kesintiye uğrama olasılığı düşer,
- Tesis altyapısının güvenliği ve sürdürülebilirliği sağlanır,
- Kurum genelinde **güvenlik kültürü** oluşur.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Acil Durumlara Hazırlık

- Acil çıkış kapıları her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve açık tutulmalıdır.
- Tesisin herhangi bir noktasından maksimum 30 metre yürüyüş mesafesi ile bir acil çıkışa ulaşılabilir olmalıdır. (Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik).
- Engelli erişimi için acil çıkışlar, tekerlekli sandalye ve sedye ile ulaşılabilir olmalıdır. Rampalar veya uygun eğimli yollar bulunmalıdır.
- Yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın tüpleri ve dolapları düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Sağlık tesisinin yangın güvenliği açısından uygun olduğunu ve yangın riski taşıyan durumlara karşı gerekli tedbirlerin alındığını gösterir, İtfaiye Müdürlüğü Yangın Güvenliği Uygunluk Raporu olmalıdır.
- Başhekimlik ve teknik hizmetler birimi, belge geçerlilik tarihini HBYS veya iç kontrol sistemi üzerinden takip etmelidir. Yangın güvenliği uygunluk belgelerinin alınma sıklığı farklılık gösterebilir ancak yılda 1 kez periyodik denetim talep edilmelidir. Yangın güvenliği uygunluk belgeleri, tesislerde yapılan değişiklikler ve periyodik denetimlerde yenilenmelidir.



Yangın söndürme sistemleri (sprinkler – gazlı sistem)

Aktif söndürme sistemlerinin basınç, kapsama ve çalışabilirliği garanti altına alınmalıdır.

- Sprinkler başlıkları kapalı / tıkalı olmamalıdır.
- Su basıncı ve vana durumları kontrol edilmelidir.
- Gazlı sistemlerde tüp basınçları izlenmelidir.

Yangın Dolapları

Yangın dolapları erişilebilir, eksiksiz ve çalışır olmalıdır.

Her yangın dolabı için kontrol edilmelidir.

- Hortum sağlam mı?
- Lans var mı? (Yangın dolaplarında bulunan **yangın söndürme hortumunun ucuna takılan ve suyun yönünü, basıncını ve akış tipini ayarlayan aparat**tır.) Her yangın dolabında **bir lans olmalıdır.**
- Vana çalışıyor mu?
- Dolap önü kapalı mı?

Dolap önüne eşya konulması kritik uygunsuzluk sayılmalıdır.

Yangın Tüpleri (Portatif Söndürücüler)

Tüpler doğru yerde, doğru tipte ve dolu olmalıdır.

- Tüp tipi (ABC / CO₂) uygun mu?
- Basınç göstergesi yeşil mi?
- Mührü sağlam mı?
- Etiket güncel mi?
- Son dolum tarihi geçerli mi?

Yangın Söndürme ve Koruyucu Ekipman Dolabı Dolaplarda bulunması gereken başlıca ekipmanlar:

- Yangın tulumu veya yangına dayanıklı ceket
- Yangın eldiveni
- Baret veya koruyucu başlık
- Yangın maskesi veya solunum maskesi (dumanlı ortam için)
- Yangın ayakkabısı veya bot
- Acil durum feneri veya el lambası vb.

Her ekipman, kullanıma **hazır ve hasarsız olmalı**, düzenli olarak kontrol edilmelidir.

Her 50–100 metre aralıklarla veya her katta en az bir dolap bulundurulması önerilir.

Kritik Altyapının İşleyişi

- Jeneratörler, asansörler ve kesintisiz güç kaynakları güvenli şekilde çalışmalı ve bakım periyotlarına uygun şekilde izlenmelidir.
- Su ve medikal gaz sistemlerinde kesintisizlik sağlanmalı, alternatif senaryolar için planlama yapılmalıdır.

Hasta ve Çalışan Güvenliği

- Tesis kaynaklı düşme risklerini önlemek amacıyla zemin yapıları, geçiş alanları ve ıslak zeminlerin düzeni sürekli gözden geçirilmelidir.
- Kayıt, danışma gibi noktalar hasta ve çalışan arasında doğrudan iletişimi engellemeyecek şekilde planlanmalı; fiziksel bariyerler bulunmamalıdır (vezne alanları hariç).

Güvenlik ve İzlenebilirlik

- Hastane genel alanları ile özellikle kritik birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane çevresi vb.) kamera sistemleri ile izlenebilir olması sağlanmalıdır.
- Kamera sistemleri çalışır durumda tutulmalı ve kayıtların yedeklenmesi sağlanmalıdır.

Çatı ve Yapısal Alanların Değerlendirilmesi

Çatılar, sağlık tesisleri gibi kritik yapılar için yangın güvenliği ve acil durum yönetimi açısından son derece önemli alanlardır. Çatılar özellikle tahta (ahşap) malzeme kullanıldığında, yangına karşı daha fazla risk taşıyabilir. Bu durumda, sağlık tesisi yöneticilerinin yangın güvenliği, bakım ve periyodik denetim süreçlerini çok daha titiz bir şekilde yönetmesi gerekir.

Yangın İhbar ve Alarm Sistemlerinin Kurulması

- Erken yangın tespiti: Tahta çatılar, alev alabileceğinden, duman algılama sistemleri ve yangın alarm sistemleri önceden kurulmalıdır.
- Bölgesel alarm sistemleri: Yangın riski yüksek olan çatılar için bölgesel alarm sistemleri entegre edilmelidir. Bu, yangın tespiti durumunda diğer alanlarda da anında uyarı verir.

Yangına Dayanıklı Malzeme Uygulamaları

- Çatının üzerine yangına dayanıklı malzemeler uygulanmalıdır. Özellikle ahşap malzeme, alev almayı kolaylaştırabilir, bu yüzden çatının tahta kısımlarına yangına dayanıklı spreyle veya boyalar kullanılabilir.
- Alev geciktirici kimyasallar, Ahşap çatılar için yangın geciktirici spreyle kullanmak, yangının hızla yayılmasını engelleyebilir.

Yangın Söndürme Ekipmanlarının Bulundurulması

- Tahta çatılarda herhangi bir yangın riski ortaya çıktığında anında müdahale yapılabilmesi için yangın söndürme cihazları (portatif yangın tüpleri, yangın kovaları vb.) çatıda kolayca erişilebilir olmalıdır.
- Eğer yangın riski çok yüksekse, sprinkler sistemleri ya da yangın su hatları gibi aktif yangın söndürme sistemleri kurulmalıdır.

Periyodik Denetimler ve Bakım

- Tahta çatılar, yangın riski açısından daha hassas olduğundan, çatının durumu düzenli olarak periyodik denetimlerle kontrol edilmelidir.

Bu kontrollerde:

- Ahşap malzemenin dayanıklılığı ve kuruluk durumu kontrol edilmelidir. Ahşap zamanla nem alabilir ve çürüyebilir; bu da yangın riskini artırır.
- Çatının bütünlüğü gözden geçirilmelidir. Çatıda herhangi bir deformasyon, hasar veya çatlaklar varsa, bu bölgelere özel bakım yapılmalıdır.

Yüksek Riskli Alanlar İçin Öncelikli Denetim

- Yangın riski taşıyan alanlar (ısıtma sistemleri, elektrik tesisatları, havalandırma kanalları) sıkça denetlenmelidir.
- Ayrıca, yapısal riskler (çürüyen, kırılan ya da zarar gören tahta alanlar) da periyodik olarak kontrol edilmeli ve yenilenmelidir.

Denetim Raporları ve Kayıtlar

Yapılan her denetim, ayrıntılı bir raporla kayıt altına alınmalıdır. Bu raporlar, yangın güvenliği açısından alınan tedbirlerin izlenebilirliğini sağlar. Yangın güvenliği raporları, bakım raporları ve görevli personel bilgilerinin sistem üzerinde güncel tutulması önemlidir.

Acil Durum Yönetimi ve Eğitim

- Acil durum eylem planları, çatının yapısal özelliklerine göre özelleştirilmelidir. Yangın gibi acil durumlar için, tahta çatılarda hızla yayılan yangına karşı hızlı tahliye planları oluşturulmalıdır.
- Tahliye yolları ve acil çıkışlar netleştirilmeli, tahliye süreçleri tüm personel için belirli aralıklarla tatbikatlarla test edilmelidir.

Acil Durum Ekipmanları

Yangın söndürme cihazları, ilk yardım kitleri ve yangın alarm sistemleri her kat ve odada bulunmalı ve her personelin erişebileceği noktalarda olmalıdır.

Yapısal Güçlendirme ve Yenileme

Tahta çatılar zamanla zayıflayabilir ve yangına karşı daha savunmasız hale gelebilir. Bu nedenle, yapısal güçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Çatıdaki tahta malzemelerin yenilenmesi gerektiğinde, yangına dayanıklı malzemelerle değiştirilmesi sağlanmalıdır.

Yalıtım ve Hava Sirkülasyonu

Yalıtım malzemeleri yangın geçişini engellemek için dikkatle seçilmelidir. Ayrıca, çatılarda doğal hava sirkülasyonu sağlanarak, fazla ısının birikmesi engellenmelidir.

Çatı Kontrol Formu (Sadece Örnektir)

a. Yapısal Durum Değerlendirmesi

Kontrol Kriteri

- Tahta elemanlarda çürüme yok
- Taşıyıcı elemanlarda deformasyon yok
- Çatı kaplaması sağlam
- Nem / su sızıntısı yok
- Yalıtım malzemeleri sağlam

Ahşap çatılarda nem ve çürüme yüksek yangın riski oluşturur.

b. Yangın Güvenliği Değerlendirmesi (Kritik)**Kontrol Kriteri**

- Yangına dayanıklı kaplama uygulanmış
- Alev geciktirici kimyasal kullanımı
- Duman / ısı dedektörü mevcut
- Yangın alarm sistemine entegre
- Portatif yangın söndürücü mevcut
- Elektrik tesisatı izole ve güvenli

c. Elektrik Ve Mekanik Tesisat Kontrolleri**Kontrol Kriteri**

- Açıkta kablo bulunmuyor
- Kablo izolasyonları sağlam
- Isı kaynağına yakın ahşap yok
- Havalandırma kanalları güvenli

Periyodik İzleme ve İyileştirme Süreci

- Başhekim başkanlığında ilgili birimlerle iki ayda bir toplantılar yapılmalı; elde edilen bulgular analiz edilerek sonuçlar hastane çalışanları ile paylaşılmalıdır.
- İyileştirme ihtiyacı görülen alanlarda derhal düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalı, uygulama süreci izlenmelidir.

19

Standart

Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ****19.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırın HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TAKİP TABLOSU																				
YIL:										AY:										
Günler	*ÇKYs Kodu	*Kurum Adı	*Depo Adı	*Taşınır Kodu	*Sicil No	Künye No	*Cihaz	*Marka	*Model	*Edinim Yılı	*Biyomedikal Tür	*Biyomedikal Tanım	*Branş	*Yer	*Fiyat	*Cihaz Durum	*Cihaz Durum Detayı	*Zimmet	*Değerlendirme	*Değerlendirme Detay
1																				
2																				
.....																				
31																				
Toplam																				

* Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır.

19.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırların (hizmet alımı dahil) aktif, pasif ve arızada kalma sürelerinin takibi HBYS üzerinden yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TABLOSU 2														
YIL:							AY:							
Günler	Sözleşme kapsamında olmayan		Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olmayan		Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olmayan		Sözleşme kapsamında olan		Toplam Biyomedikal Envanter Sayısı	
	Aktif Cihaz Sayısı	Aktif Cihaz Oranı	Aktif Cihaz Sayısı	Aktif Cihaz Oranı	Pasif Cihaz Sayısı	Pasif Cihaz Oranı	Pasif Cihaz Sayısı	Pasif Cihaz Oranı	Arızalı Cihaz Sayısı	Arızalı Cihaz Oranı*	Arızalı Cihaz Sayısı*	Arızalı Cihaz Oranı	Sözleşme kapsamında	Sözleşme kapsamında olan
1														
2														
.....														
31														
Toplam														

Aktif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi aktif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

Aktif Cihaz Oranı: Cihaz durumu aktif olan biyomedikal dayanıklı taşınırların toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki biyomedikal dayanıklı taşınır depodaki toplam biyomedikal dayanıklı taşınır miktarı X100

Pasif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi pasif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

Pasif Cihaz Oranı: Cihaz durumu pasif olan biyomedikal dayanıklı taşınırların toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki biyomedikal dayanıklı taşınır depodaki toplam biyomedikal dayanıklı taşınır miktarı X100

Arızalı Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi arızalı olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

Arızalı Cihaz Oranı: Cihaz durumu arızalı olan biyomedikal dayanıklı taşınırların toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki biyomedikal dayanıklı taşınır depodaki toplam biyomedikal dayanıklı taşınır miktarı X100

Toplam Envanter Sayısı: Sağlık tesisinde MKYS'deki Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depodaki toplam envanter miktarını ifade eder.

Örnek Tablo:

SÖZLEŞME KAPSAMINDA OLAN BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TAKİP TABLOSU 1													
YIL:		AY:											
Sıra No	Hizmet Türü*	Başlangıç Tarihi*	Bitiş Tarihi*	Alım Yöntemi*	Firma*	Sözleşme Bedeli*	Biyomedikal Tür*	Biyomedikal Tanım*	Künye No*	Periyot (Ay)*	Yıl İçindeki Arıza Sayısı*	Son Arıza Geçiş Tarihi*	Aktif Çalışma Oranı**
1													
2													
.....													
Toplam													

*Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Teknik Hizmet Yönetim Ekranı'nda yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır.

**Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır.

Örnek Tablo:

BİYOMEDİKAL HİZMET ALIM TABLOSU 1A							
YIL:				AY:			
Günler	Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olan		Toplam Biyomedikal Hizmet Alım Envanter
	Aktif Cihaz Sayısı*	Aktif Cihaz Oranı**	Pasif Cihaz Sayısı***	Pasif Cihaz Oranı****	Arızalı Cihaz Sayısı***	Arızalı Cihaz Oranı****	
1							
2							
.....							
31							
Toplam							

*Aktif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi aktif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

****Aktif Cihaz Oranı:** Cihaz durumu aktif olan biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınırın toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki toplam biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınır miktarı X100

*****Pasif Cihaz Sayısı:** Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi pasif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

****** Pasif Cihaz Oranı:** Cihaz durumu pasif olan biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınırın toplamı/ Sağlık tesisinde MKYS'deki toplam biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınır miktarı X100

*******Arızalı Cihaz Sayısı:** Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi arızalı olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

******* Arızalı Cihaz Oranı:** Cihaz durumu arızalı olan biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınırın toplamı / Sağlık tesisinde MKYS'deki toplam biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınır miktarı X100

*******Toplam Biyomedikal Hizmet Alımı Envanter Sayısı:** Sağlık tesisinde MKYS'deki Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında toplam envanter miktarını ifade eder.

Biyomedikal Hizmet Alım Tablosu 1A, Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) kapsamındaki sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.

Örnek Tablo:

BİYOMEDİKAL HİZMET ALIM TABLOSU 1B	
YIL:	AY:
Günler	*Toplam Biyomedikal Hizmet Alım Envanter Sayısı
1	
2	
.....	
31	
Toplam	

***Toplam Biyomedikal Hizmet Alım Envanter Sayısı:** Sağlık tesisinde MKYS'deki Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında toplam envanter miktarını ifade eder.

Biyomedikal Hizmet Alım Tablosu 1B; Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) kapsamı dışındaki sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.

Örnek Tablo:

AKTİF, PASİF VE ARIZALI BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR (HİZMET ALIM) DAHİL TAKİP TABLOSU 1A															
TARİH:		GÜN/AY/YIL:													
Sıra Nu	Marka	Model	Künye No	Biyomedikal Tür	Biyomedikal Tanım	Branş	Yer	Cihaz Durumu	Cihaz Durum Detay	Yıl İçindeki Arıza Sayısı	Son Arıza Geçiş Tarihi	Aktif Gün Sayısı	Pasif Gün Sayısı	Arızalı Gün Sayısı	Aktif Çalışma Oranı
::															
1															
2															
::															
31															
Toplam															

Aktif, pasif ve arızalı biyomedikal dayanıklı taşınır (hizmet alım dahil) takip tablosu 1A; Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) kapsamındaki sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.

AKTİF, PASİF VE ARIZALI BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TAKİP TABLOSU 1B															
TARİH:		GÜN/AY/YIL:													
Sıra Nu	Marka	Model	Künye No	Biyomedikal Tür	Biyomedikal Tanım	Branş	Yer	Cihaz Durumu	Cihaz Durum Detay	Yıl İçindeki Arıza Sayısı	Son Arıza Geçiş Tarihi	Aktif Gün Sayısı	Pasif Gün Sayısı	Arızalı Gün Sayısı	Aktif Çalışma Oranı
.....															
1															
2															
.....															
31															
Toplam															

*Aktif,pasif ve arızalı biyomedikal dayanıklı taşınır takip tablosu 1B; Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Kapsamı dışındaki sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.

19.3. Hastanedeki tüm cihazların periyodik bakım, kalibrasyon ve kontrolleri düzenli ve planlı şekilde yürütülmelidir.

19.4. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Hastane yöneticileri, biyomedikal cihazların Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerindeki kayıtları ile fiili envanter durumunu düzenli aralıklarla karşılaştırmalı; cihazların konumu, kullanım durumu, aktif-pasif ve arıza sürelerini sistem üzerinden izleyerek tam izlenebilirlik sağlamalıdır. Biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmet oranları takip edilmeli; Kayıt Tescil Sistemi (KTS) kapsamında KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) ile, şehir hastanelerinde ise SBYS/Tesis Yönetim Sistemi ve MKYS entegrasyonu üzerinden gerçek zamanlı veri güncelliği sağlanmalıdır. Cihazların bakım ve kalibrasyonları planlı şekilde yürütülmeli; sağlık çalışanlarına cihazların güvenli ve etkin kullanımına yönelik düzenli eğitimler verilmelidir. Hizmet alımı ve demirbaş cihaz kullanımları sürekli izlenmeli, arıza ve onarım süreçleri gecikmeksizin tamamlanmalı; cihaz eksikliği durumunda temin süreçleri ivedilikle başlatılmalıdır. Tüm envanter ve kullanım süreçleri denetlenebilir şekilde kayıt altına alınmalı; başhekim başkanlığında düzenli analizler yapılarak hasta güvenliği ve hizmet sürekliliğini güçlendirecek gerekli iyileştirme çalışmaları zamanında uygulanmalıdır.

Standardın Amacı

Cihazların maksimum verimle, güvenli ve sürekli kullanılmasını sağlamak; hasta güvenliği, hizmet sürekliliği ve maliyet etkinliğini artırmak.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Cihaz arızalarının erken tespiti ve hızlı onarımı ile hizmet kesintilerinin önlenmesi.
- Gereksiz cihaz temini ve israfın engellenmesi.
- Hasta ve çalışan güvenliği ile hizmet kalitesinin yükseltilmesi.
- Kurumsal verimlilik ve mali yönetimin güçlendirilmesi.
- Cihazların zimmet oranlarının yükseltilmesi.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

HBYS Üzerinden Cihazların İzlenebilirliği

- Tüm biyomedikal cihazlar (hizmet alımıyla kullanılanlar dahil), HBYS sistemine eksiksiz şekilde kaydedilmeli ve envanterdeki fiili durumla düzenli olarak karşılaştırılmalıdır.
- Cihazın adı, konumu, kullanım durumu yeri ve cihaz ve sorumlu personel bilgileri sistemde açıkça tanımlı olmalıdır.

Cihaz Durumlarının Etkinliği

- Cihazların aktif kullanım, pasif bekleme ve arıza süreleri HBYS üzerinden takip edilmeli; süreklilik arz eden arızalar için erken uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
- Arızalı cihazlara yönelik bildirim, onarım, test ve tekrar kullanıma alma aşamaları sistemde şeffaf şekilde izlenmelidir.

Eğitim ve Bilgilendirme Faaliyetleri

- Sağlık çalışanlarına cihaz kullanımı ve temel bakım prosedürlerine ilişkin hizmet içi eğitimler düzenli aralıklarla verilmelidir.
- Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar klinik mühendislik hizmet birimlerinde olmalıdır.
- Arızalı cihaz sayısı fazla olan birimler analiz edilerek kullanıcı eğitimleri tekrarlanmalıdır.

Demirbaş ve Hizmet Alımı Takibi

- Kamu Özel İşbirliği kapsamındaki sağlık tesislerinde hizmet alımı ile kullanılan cihazların performans ve arıza kayıtları ayrı olarak takip edilmeli, yüklenici firmaların sorumlulukları ve geri dönüş süreleri konusunda tıbbi sarf depo tarafından süreç net olarak belirlenmelidir.
- Kamu Özel İşbirliği kapsamının dışındaki sağlık tesislerinde hizmet alımı ile kullanılan cihazların envanter kayıtları ayrı olarak takip edilmeli, yüklenici firmaların sorumlulukları ve geri dönüş süreleri konusunda tıbbi sarf depo tarafından süreç net olarak belirlenmelidir.
- Demirbaş cihazların bakım-onarım ve kalibrasyon (biyomedikal metroloji) planları düzenli yapılmalı, periyodik bakımlar ve kalibrasyona dair dokümanlar kayıt altına alınmalıdır.

Eksikliklerin Tespiti

- Cihaz eksikliği veya işlev bozukluğu tespit edilen birimlerde, temin ve onarım süreçleri hızla başlatılmalı, gerekirse ilgili birimlerle koordinasyon sağlanarak geçici çözümler uygulanmalıdır.

Cihaz ve Malzeme Güvenliği

- Tüm tıbbi cihaz ve teknik donanımın periyodik bakım ve kalibrasyon süreçleri planlı şekilde yürütülmelidir.
- Bu bakımların ve kalibrasyonların (biyomedikal metroloji) kayıtları tutulmalı ve yetkili kişilerce onaylanmalıdır.

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

- Başhekim başkanlığında ilgili yöneticilerle birlikte iki ayda bir analiz toplantısı yapılmalı; önceki iki aya ait cihaz kullanım, arıza ve envanter verileri değerlendirilmelidir.
- Bu toplantılar neticesinde tespit edilen riskler için düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalı, alınan önlemlerin etkisi takip edilmelidir.

20
Standart

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

20.1. İhtiyaç tespit komisyonu kurulmalı (yılda bir) ve etkin çalışması sağlanmalıdır.

20.2. Sağlık tesisinde servis, klinikler ve ara depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok ve HBYS miktar ve miad uyumu kontrolü yapılmalıdır.

20.3. Özellikle birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir.

SERVİS İLAÇ DEPOSU						
Birim Adı	İlaç Jenerik Adı	İlaç Adı	İlaç Stok Miktarı	İlaç Stok Tutarı	5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük İlaç Tüketim Tutar Ortalaması*
Acil Servis	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	(İlgili Birimin Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birimin Toplam İlaç Tutarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu						
Diyaliz Deposu						
Görüntüleme Deposu						
Anestezi Deposu						
Servis Eczanesi *						
Diğer						
.....						
TOPLAM	-	-	Toplam İlaç Miktarı	Toplam İlaç Tutarı	-	-

Servis İlaç Deposu (Ekran Detayı)

Servis İlaç Deposu -2						
Birim Adı	İlaç Jenerik Adı	İlaç Adı	Mevcut İlaç Stok Miktarı	Mevcut İlaç Stok Tutarı	5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük İlaç Tüketim Tutar Ortalaması*
Acil Servis	2	-	652	347,58	740	391,67
	Parasetamol 500 mg tb	-	525	210	600	240
		Örnek-1 500 mg tb	300	120	-	-
		Örnek-2 500 mg tb	100	38,75	-	-
		Örnek-3 500 mg tb	125	51,25	-	-
	Hiyosin-N-butilbromür	-	127	137,58	140	151,67
		Örnek-4	127	137,58	-	-

İlgili birimlerde ilk defa kullanılacak ilaçlar için 5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı/Tutarı dikkate alınmayacaktır.

İlgili birimlerde zorunlu olarak belirli adetlerde bulundurulması gereken ilaçlar için 5 günlük tüketimi miktar/tutar ortalaması baz alınmayacaktır. Bu ilaçlar için belirlenen maksimum stok adetleri belirtilecektir.

5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı ve Tutarı hesaplaması sadece jenerik bazında yapılacaktır.

SERVİS TIBBİ SARF MALZEME DEPOSU						
Birim Adı	Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı**	Tıbbi Sarf Malzeme Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı	5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması*
Acil Servis	-	-	(İlgili Birim Toplam Miktarı)	(İlgili Birim Toplam Tutarı)	(Toplam5 Günlük Tüketim Miktarı)	(Toplam5 Günlük Tüketim Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu						
Diyaliz						
Görüntüleme Deposu						
Anestezi Deposu						
Diğer						
TOPLAM	-	-	Tüm Birimler İçin Toplam Miktar	Tüm Birimler İçin Toplam Tutar	-	-

Servis Tıbbi Sarf Malzeme Deposu (Ekran Detayı)

SERVİS TIBBİ SARF MALZEME DEPOSU						
Birim Adı	Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı**	Tıbbi Sarf Malzeme Adı***	Stok Miktarı	Stok Tutarı	5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması*
Yoğun Bakım Servisi	-	-	1.180	6.140,62	1380	7.351,3
	İnfüzyon Pompa Seti Tek Yollu	-	500	5.810	600	6.972
		Örnek-1	300	3.486		
		Örnek-2	200	2.324		
		...				
	Nazogastrik Sonda Lateks No 16	-	200	116	230	133,4
		Örnek-3	150	87	-	-
		Örnek-4	50	29	-	-
		...				

*5 günlük tüketim miktar/tutar ortalaması; Ürün bazında ilgili birimin geçmiş 60 günlük tüketim miktarından ve tüketim tutarından ilgili ürünün 5 günlük tüketim ortalamaları belirlenir. Bu ortalamalar sadece malzeme tanımı başlığı için hesaplanır ürün bazında hesaplanmaz. (Sağlık tesisinin ihtiyacına göre tüketim ortalaması hesaplanacak özellikli ürünler belirlenebilir)

** Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı: Aynı tanıma sahip olan tıbbi sarf malzemeleri tek başlık altında göstermelidir. MKYS'de yer alan tıbbi sarf malzeme tanımını ifade eder.

*** Tıbbi Sarf Malzeme Adı: HBYS'de tanımlı malzeme adını ifade eder. Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için medikal depo ve özellikli birimlerde (acil servis, yoğun bakım, ameliyathane vs.) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketim hızları takip edilir.

20.4. Sağlık tesisinde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS’de takibi yapılmalıdır.

MİADI YAKLAŞAN İLAÇ				
Depo/Birim Adı	İlaç Adı*	Stok Miktarı	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Eczane	-	(İlgili Birime Ait Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam İlaç Tutarı)	-
İlaç Depo				
Acil Servis				
Yoğun Bakım-1 Servisi				
Yoğun Bakım-2 Servisi				
Ameliyathane				
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu				
Diyaliz				
Görüntüleme Deposu				
Anestezi Deposu				
Diğer				

* MKYS’de tanımlı ilaç adını ifade etmektedir.

Miadi Yaklaşan İlaç (Ekran Detayı)

MİADI YAKLAŞAN İLAÇ - 2					
Depo/Birim Adı	İlaç Adı*	Stok Miktarı	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi	
Eczane	-	120	1.027,9	-	
	Örnek-1 500 mg Tablet	70	802,9	04.09.2025	
	Örnek-2 1000 mg Flakon	50	225	11.09.2025	
Acil Servis	-	...	...	-
	Örnek-3 ...	...	...	...

MİADI YAKLAŞAN TIBBİ SARF MALZEME				
Depo/Birim Adı	Malzeme Adı	Stok Miktar	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Tıbbi Sarf Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutarı)	-
Acil Servis				
Yoğun Bakım-1 Servisi				
Yoğun Bakım-2 Servisi				
Ameliyathane				
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu				
Diyaliz				
Görüntüleme Deposu				
Anestezi Deposu				
Diğer				
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar	-

*Bu ekranlarda sadece miadı 6 aydan daha az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler görülmelidir.

** MKYS'de tanımlı ilaç adını ifade etmektedir.

20.5. Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için HBYS uyarı vermelidir.

20.6. Sağlık tesisinde belirlenen birim ve kliniklerde (ameliyathane, pediatri,yenidoğan yoğun bakım, palyatif bakım, radyoloji birimi ve kemoterapi üniteleri vb.) kısmi doz bildiriminin uygunluğu kontrol edilmelidir. (miligram /mililitre/adet uyumu)

Kısmi Doz İmha							
Birim Adı	Gün/Ay/Yıl/Tarih Aralığı						
	İlaç Jenerik Adı*	İlaç Adı*	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz Miktarı	Doz Birimi (mg, IU)	İmha Edilen Doz Tutarı**	Birim Edilen İmha Tutarı
Acil Servis	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	-	-	-	(İlgili Birimin Toplam İmha Edilen Tutarı)	
Yoğun Bakım-1 Servisi							
Yoğun Bakım-2 Servisi							
Yoğun Bakım-3 Servisi							
Ameliyathane							
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu							
Anestezi Deposu							
Çocuk Servisi							
Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi							
TPN Solüsyonu Dolum Ünitesi							
Aseptik İlaç Hazırlama Ünitesi							
Diğer							
Toplam						Toplam Tutar	

Kısmi Doz İmha (Ekran Detayı)

Kısmi Doz İmha Yönetici Takip Ekranı						
Birim Adı	Gün/Ay/Yıl/Tarih Aralığı					
	İlaç Jenerik Adı*	İlaç Adı*	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz Miktarı	Doz Birimi (mg, IU)	İmha Edilen Doz Tutarı**
Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi	2	-	-	-	-	254,69
	Trastuzumab 150 mg Flakon	-	-	35	mg	248,96
		Örnek-1 150 mg	Flakon	10	mg	71,13
		Örnek-2 150 mg	Flakon	25	mg	177,83
	Sisplatin 10 mg 20 ml IV Flakon	-	-	5	mg	5,73
		Örnek-3 10 mg 20 ml IV Flakon	Flakon	5	mg	5,73

! * MKYS'de adını ve ilaç tanımlı ilaç jenerik adını ifade etmektedir.

! ** İmha edilen doz tutarı ilaç birim fiyatı üzerinden hesaplanmalıdır.

20.7. Tüm kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları kontrol edilmelidir.

ORDER İADE ORANI							
Hekim Adı Soyadı	AY/YIL						
	Order Sayısı	Orderda Yer Alan Toplam İlaç Sayısı	Orderda Yer Alan Ortalama İlaç Sayısı	İlaç İade Edilen Order Sayısı	İade Edilen İlaç Sayısı	Order İade Oranı %	Orderda İade Edilen İlaç Oranı %
X Hekim	100	1200	12	20	180	20	15
Y Hekim							
.... Hekim							
Anestezi Yoğun Bakımı Toplam/Ortalama							
X Hekim							
Z Hekim							
.... Hekim							
Nöroloji Servisi Toplam/Ortalama							
.... Hekim							
.... Hekim							
..... Toplam/Ortalama							
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (Anestezi YB+ Nöroloji Servisi +.....)							

20.8. Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmelidir.

20.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin etkin, güvenli ve kontrollü yönetimini sağlamak amacıyla yılda en az bir kez ihtiyaç tespit komisyonu oluşturulmalı ve kararları kayıt altına alınmalıdır. Servisler, klinikler ve ara depolarda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin fiili stok miktarı ile HBYS kayıtları düzenli olarak karşılaştırılmalı; miat ve miktar uyumsuzlukları gecikmeksizin giderilmelidir. Özellikle birimlerde stok seviyeleri, jenerik bazında hesaplanan son 5 günlük tüketim miktarına göre izlenmeli; ilk kez kullanılan veya zorunlu minimum stok tutulan ürünler için belirlenen istisnalar yazılı olarak tanımlanmalıdır. Miadı yaklaşan ürünler HBYS üzerinden sistematik olarak takip edilmeli; kullanım süresi altı ay kalan ürünler için otomatik uyarı mekanizmaları aktif çalışır durumda olmalıdır. Belirlenen kliniklerde kısmi doz bildirimleri (mg / ml / adet uyumu) düzenli kontrol edilmeli, imha edilen doz tutarlarının doğru hesaplandığı doğrulanmalıdır.

Tüm kliniklerde iade oranları izlenmeli; faturalandırılabilir ürünlerin hasta üzerine zamanında ve doğru şekilde düşümü sağlanarak kullanım–faturalama uyumu güvence altına alınmalıdır. Tüm veriler başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir, izleyen ayın ilk yedi günü içerisinde analiz edilmeli; tespit edilen riskler, uygunsuzluklar ve verimsizlik alanları için gerekli iyileştirme faaliyetleri gecikmeksizin başlatılmalıdır.

Standardın Amacı

Bu standardın amacı; sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin ihtiyaç esaslı planlanmasını, servis ve klinik stoklarının fiili verilerle uyumlu şekilde izlenmesini, miat ve stok risklerinin erken tespit edilmesini, kısmi doz, iade ve faturalandırma süreçlerinin mevzuata uygun ve doğru yürütülmesini sağlamaktır. Ayrıca stokların gereksiz büyümesinin önlenmesi, kaynakların etkin kullanılması, hasta güvenliğinin korunması ve hizmet sürekliliğinin güvence altına alınması hedeflenmektedir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerinde stok fazlası ve miat kayıplarını azaltır.
- Servis ve klinik stoklarında fiili – sistem uyumunu güçlendirir.
- Özellikle birimlerde gereksiz stok tutulumunu önler.
- Miadı yaklaşan ürünlerin erken tespit edilmesini sağlar.
- Kısmi doz ve imha süreçlerinde mali kaybı minimize eder.
- İade ve faturalandırma süreçlerinde hata ve kaçak riskini azaltır.
- Kaynakların verimli kullanılmasını sağlar.
- Hasta güvenliğini güçlendirir.
- Denetimlerde güçlü ve izlenebilir kanıt üretir.
- Kurumsal şeffaflığı ve yönetsel karar kalitesini artırır.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

İhtiyaç Planlama ve Komisyon Yönetimi

- İhtiyaç tespit komisyonu oluşturulmalı; toplantı kararları yazılı olarak kayıt altına alınmalı ve alınan kararların uygulamaya yansımaları düzenli izlenmelidir.
- Komisyon üyeleri; klinik ihtiyaçları bilen hekimler, eczacı, depo yönetimi ve mali işler temsilcilerinden oluşturulmalıdır.
- Komisyonun karar alma etkinliği, tedarik sonuçları ve stok performansı üzerinden değerlendirilmelidir.

Stok Uyum Kontrolleri (HBYS – Fiili Stok)

- Depo ve kliniklerde bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin fiili miktar ve miat bilgileri HBYS kayıtları ile düzenli olarak karşılaştırılmalıdır.
- Kontroller periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- Tespit edilen uyumsuzlukların nedenleri analiz edilmeli ve düzeltici önlemler alınmalıdır.

Özellikli Birimlerde Stok Seviyesi Yönetimi (5 Günlük Tüketim)

- Medikal depodan özellikli birimlere yapılan ilaç ve sarf çıkışları Taşınır Mal Yönetmeliği esaslarına uygun olmalıdır.
- Özellikle birimlerdeki stok miktarları günlük ortalama tüketim ile uyumlu olmalıdır.
- Beş günlük tüketim seviyesini aşan stoklar tespit edilerek stok devir hızını artıracak önlemler alınmalıdır.
- Zorunlu minimum stok tutulması gereken ürünler değerlendirme dışında bırakılmalıdır.

Miat Takibi ve Erken Uyarı Sistemleri

- Miadı yaklaşan (6 ay veya daha az kalan) ilaç ve malzemeler için HBYS uyarı sistemleri aktif çalışmalıdır.
- Bu ürünlerin öncelikli kullanımı veya başka tesislere devri sağlanarak mali kayıplar önlenmelidir.

Kısmi Doz, Aseptik Hazırlama ve İade Yönetimi

- Özellikle kemoterapi, pediatri, yenidoğan yoğun bakım, radyoloji birimi ve palyatif bakım gibi alanlarda uygulanan kısmi doz bildirimleri HBYS ve klinik kayıtlarla uyumlu olmalıdır.
- Birim ve servislerde kısmi doz kullanıma konu olan ilaçların belirlenerek kullanılmayan ilaç dozunun israfının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla ilaçlar aseptik ortamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına” uygun olarak hazırlanmalıdır.
- İade oranı yüksek olan servis/klinikler belirlenmelidir. İade oranlarının düşürülmesi için ürünlerin iade nedenleri analiz edilmeli, gerekli düzenlemeler yapılarak önlemler alınmalıdır.

Faturalandırma ve Hasta Üzeri Düşüm Süreçleri

- Kullanılan tüm ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri hasta üzerine zamanında ve doğru şekilde düşülmelidir.
- HBYS üzerinde kullanıma bağlı otomatik düşüm ve faturalandırma modülleri etkin şekilde kullanılmalıdır.
- Fatura edilemeyen kullanımlar için denetim süreçleri işletilmelidir.

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

- Başhekim başkanlığında iki ayda bir veri analiz toplantıları yapılmalıdır.
- Son iki aya ait veriler değerlendirilmelidir.
- Sorunlu alanlar için eylem planları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

21
Standart

Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin eksikliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

21.1. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok miktarı ve miadı HBYS ve MKYS üzerinde görülen miad ve miktarla uyumlu olmalıdır.

21.2. Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS’de uyarı vermelidir.

Kritik Öneme Sahip İlaç Takip Tablosu

Birim Adı	İlaç Jenerik Tanımı	İlaç Adı	Mevcut İlaç Stok Miktarı	Kritik Stok Miktarı	60 Günlük Tüketim Miktarı
İlaç Deposu	Adrenalin 1 mg ampul	-	5000	4000	7000
		Örnek-1 1 mg Ampul	3000	-	-
		Örnek-2 1 mg Ampul	1000	-	-
		Örnek-3 1 mg Ampul	1000	-	-
	Alteplaz (plazminojen aktivatörü) 50 mg IV Flakon	-	20	10	25
		Örnek-4 50 mg Flakon	20	-	-

Kritik Öneme Sahip Tıbbi Sarf Malzeme Takip Tablosu

Birim Adı	Malzeme Tanımı	Malzeme Adı	Mevcut Tıbbi Sarf Stok Miktarı	Kritik Stok Miktarı	60 Günlük Tüketim Miktarı
Tıbbi Sarf Malzeme Deposu		-			
		Örnek-1		-	-
		Örnek-2		-	-
		Örnek-3		-	-
		-			
		Örnek-4		-	-

Kritik Öneme Sahip Laboratuvar Malzemesi Takip Tablosu

Birim Adı	Malzeme Tanımı	Malzeme Adı	Mevcut Laboratuvar Stok Miktarı	Kritik Stok Miktarı	60 Günlük Tüketim Miktarı
Depo	...	-			
		Örnek-1		-	-
		Örnek-2		-	-
		Örnek-3		-	-
	...	-			
		Örnek-4		-	-

21.3. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin MKYS tüketim bildirimlerinin uygunluğu kontrol edilmelidir.

21.4. Medikal depo kapsamında yer alan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketim doğrultusunda faturalandırılma uygunluğu kontrol edilmelidir.

21.5. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin hareket görmeyen miktarları HBYS’de uyarı vermeli ve stok tutarı takip edilmelidir. HBYS’den hareket görmeyen ilaç ve tıbbi sarf malzemeler incelemesi jenerik ve barkod üzerinden yapılmalıdır.

Hareket Görmeyen İlaç					
Depo /Birim Adı	Jenerik Tanımı	Barkod	İlaç Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı
İlaç Depo				İlgili Birime Ait Toplam Miktarı	İlgili Birime Ait Toplam Tutarı
Eczane					
Acil Servis					
Yoğun Bakım - 1 Servisi					
Yoğun Bakım - 2 Servisi					
Yoğun Bakım - 3 Servisi					
Ameliyathane					
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu					
Diyaliz					
Radyoloji Depo					
Anestezi Depo					
Diğer					
Toplam				Toplam Miktar	Toplam Tutar

Hareket Görmeyen İlaç (Ekran Detayı)

Hareket Görmeyen İlaç			
Depo/Birim Adı	İlaç Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı
Eczane	-	888	27.426,6
	Örnek -1 250 mg Tablet	500	21.335
	Örnek -2 750 mg Flakon	388	6.091,6
Acil Servis			

Hareket Görmeyen Tıbbi Sarf Malzeme			
Depo/Birim Adı	Malzeme Adı	Stok Adedi	Stok Tutarı
Tıbbi Sarf Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Adet)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Acil Servis			
Yoğun Bakım-1 Servisi			
Yoğun Bakım-2 Servisi			
Yoğun Bakım-3 Servisi			
Ameliyathane			
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu			
Diyaliz			
Görüntüleme Deposu			
Anestezi Deposu			
Diğer			
Toplam	-	Toplam Adet	Toplam Tutar

21.6. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok gün süresi takip edilmelidir.

21.7. Medikal depoda bulunan tekil takibi yapılan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin İTS/ ÜTS verisi ile fiili miktar uyumu kontrol edilmelidir. MKYS'de yapılan giriş /çıkış bildirimleri ile İTS/ ÜTS kayıtlarının uyumu kontrol edilmelidir.

İlaç						
İlaç Barkodu*	İlaç Stok Miktarı	İTS'de Yer Alan Tekil Kod Miktarı	Giriş Yapılan İlaç Miktarı	İTS Alma Bildirimi Yapılan İlaç Miktarı	Tüketim Yapılan İlaç Miktarı	İTS Verme Bildirimi Yapılan İlaç Miktarı
8699.....						
8681.....						
86.....						

*Tekil takip kapsamında yer alan ilaçlar listelenecektir. Tekil takip kapsamında yer almayan ilaçlar bu tabloda yer almayacaktır.

Tıbbi Sarf Malzeme						
Ürün Barkodu*	Ürün Stok Miktarı	ÜTS'de Yer Alan Tekil Kod Miktarı	Giriş Yapılan Ürün Miktarı	ÜTS Alma Bildirimi Yapılan Ürün Miktarı	Tüketim Yapılan Ürün Miktarı	ÜTS Verme Bildirimi Yapılan Ürün Miktarı
8699.....						
8681.....						
86.....						

*Tekil takip kapsamında yer alan ürünler listelenecektir. Tekil takip kapsamında yer almayan ürünler bu tabloda yer almayacaktır.

21.8. Kemoterapi ilaç hazırlama ve tüketim işlemleri mevzuata uygun gerçekleştirilmelidir.

21.9. Sağlık tesisleri tarafından ilaçların doğru endikasyonlarda kullanılması, Sağlık Uygulama Tebliği hükümlerine uygun hareket edilmesi ve akılcı ilaç kullanımı ilkelerine riayet edilmesi gerekmektedir.

21.10. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin fiili stok miktarı ve miat bilgileri, HBYS ve MKYS kayıtları ile düzenli olarak karşılaştırılmalı; uyumsuzluklar gecikmeksizin düzeltilmelidir. Minimum ve kritik stok seviyeleri sistem üzerinde tanımlanmalı ve bu seviyelere düştüğünde HBYS tarafından otomatik uyarı üretilmesi sağlanmalıdır. MKYS tüketim bildirimleri ile fiili tüketimler düzenli olarak kontrol edilmeli; tüketim verilerinin faturalandırma süreçlerine doğru ve eksiksiz yansıtıldığı doğrulanmalıdır.

Hareket görmeyen ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri HBYS üzerinden izlenmeli; jenerik ve barkod bazlı analizlerle stok devir hızı ve atıl stok riski takip edilmelidir. Stok gün süresi düzenli hesaplanarak miat riski ve fazla stok oluşumu önlenmelidir. Tekil takibi yapılan ürünlerde İTS/ÜTS verileri ile fiili stok uyumu sağlanmalı; MKYS giriş-çıkış bildirimleri düzenli kontrol edilmelidir. Kemoterapi ilaçlarının hazırlanması ve tüketimi mevzuata uygun şekilde yürütülmeli; ilaçların doğru endikasyonlarda kullanılması, Sağlık Uygulama Tebliği hükümlerine uyum ve akılcı ilaç kullanımı ilkeleri esas alınmalıdır. Tüm süreçler başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir, izleyen ayın ilk yedi günü içerisinde analiz edilmeli; tespit edilen riskler ve uygunsuzluklar için gerekli iyileştirme faaliyetleri gecikmeksizin başlatılmalıdır.

Standartın Amacı

Bu standart; medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin fiili stoklarının HBYS, MKYS ve İTS/ÜTS kayıtları ile uyumlu şekilde izlenmesini, minimum ve kritik stok seviyelerinin etkin yönetilmesini, hareket görmeyen ve miat riski taşıyan ürünlerin erken tespit edilmesini, tüketim ve faturalandırma süreçlerinin doğruluğunun sağlanmasını ve akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uygunluğun güvence altına alınmasını amaçlar. Ayrıca kemoterapi ilaçlarının mevzuata uygun hazırlanması ve kullanımı ile stok, tüketim ve mali verilerin düzenli analiz edilerek kaynakların verimli kullanılması, hasta güvenliğinin korunması ve kamu kaynaklarında kayıp-kaçağın önlenmesi hedeflenmektedir.

Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hasta güvenliğini artırır; miadı geçmiş, hatalı veya uygunsuz ilaç kullanımını önler.
- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerinde israfı azaltır, stok kayıplarını engeller.
- HBYS, MKYS ve İTS/ÜTS entegrasyonu sayesinde tam izlenebilirlik sağlar.
- Kritik stok seviyelerinin erken tespit edilmesini sağlayarak hizmet kesintilerinin önüne geçer.
- Faturalandırma ve tüketim uyumunu güçlendirerek mali kayıpları azaltır.
- Stok devir hızını optimize ederek depo yönetiminde verimlilik sağlar.
- Kamu kaynaklarının etkin ve doğru kullanılmasına katkı sunar.
- Akılcı ilaç kullanımı ve mevzuata uyumu güçlendirir.
- Risk yönetimini güçlendirerek kayıp, kaçak ve suistimal ihtimalini azaltır.
- Tedarik ve planlama süreçlerini öngörülebilir hâle getirir.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Stok Takibi ve Sistem Uyumu (HBYS – MKYS)

- Medikal depodaki fiili stok miktarları ve miat bilgileri ile HBYS kayıtları düzenli olarak karşılaştırılmalıdır.
- Periyodik stok sayımları eczacı tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- Fiili stok sayımları HBYS ve MKYS kayıtları ile birebir uyumlu olmalıdır.
- HBYS veri girişleri zamanında, doğru ve eksiksiz yapılmalıdır.
- Denetimlerde kullanılacak raporlar, ekran çıktıları ve tutanaklar sistematik şekilde arşivlenmelidir.
- Medikal Depodaki fiili stok miktarları ile HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) ve MKYS (Merkezi Kayıt Yönetim Sistemi) üzerinden takip edilen stok verilerini düzenli ve sistematik şekilde karşılaştırmalıdır. Stok verilerinin uyumlu olması, herhangi bir farkın olması durumunda hemen düzeltici önlemler alınması.

Minimum – Kritik Stok Seviyeleri ve Uyarı Sistemleri

- Her ürün için minimum ve kritik stok seviyeleri doğru şekilde tanımlanmalıdır.
- Bu seviyelere ulaşıldığında HBYS otomatik uyarı sistemleri devreye alınmalıdır.
- İlaçlar için tüm hesaplama ve uyarı işlemleri jenerik kodu bazında gerçekleştirilmelidir.
- Uyarılara bağlı olarak erken sipariş ve temin süreçleri planlanmalıdır.
- Sistem uyarılarının aktif çalıştığı periyodik olarak test edilmelidir.

Miat Yönetimi ve Öncelikli Tüketim

- Miat takibi otomatik uyarı sistemleriyle desteklenmelidir.
- Miadı yaklaşan ürünler öncelikli tüketim planına alınmalıdır.
- Miat kaynaklı kayıp riski düzenli analiz edilmelidir.

MKYS – Tüketim – Faturalandırma Uyum Kontrolleri

- MKYS tüketim bildirimleri ile fiili tüketim düzenli karşılaştırılmalıdır.
- Kullanılan malzeme ile faturalandırılan malzeme arasında tutarlılık sağlanmalıdır.
- Hasta bazlı ve/veya order ile onaylanan ürünlerin faturalandırma uygunluğu kontrol edilmelidir.
- Geriye dönük kontrol ve düzeltmeler yapılmalıdır.

Hareketsiz ve Fazla Stok Yönetimi

- Medikal depoda 2 ay, diğer birimlerde 15 gün hareket görmeyen ilaç ve tıbbi sarf malzemeler HBYS üzerinden uyarı verecek şekilde tanımlanmalı ve bu stokların finansal yük oluşturmalarına karşı önlem alınmalıdır.
- Hareketsiz ürünler jenerik ve barkod bazlı analiz edilmelidir.
- Ürünlerin hareket görmeme nedenleri analiz edilmelidir.
- Kullanılabilir ürünlerin başka birimlerde değerlendirilmesi veya devri sağlanmalıdır.
- İlaçlar için tüm hesaplama ve uyarı işlemleri jenerik kodu bazında gerçekleştirilmelidir.
- Yapılan değerlendirme ve devir işlemleri kayıt altına alınmalıdır.

Stok Gün Süresi ve Tedarik Planlaması

- Stok gün süresi MKYS verileri üzerinden düzenli hesaplanmalıdır.
- Tedarik planlaması tüketim hızına göre güncellenmelidir.

Tekil Takip (İTS / ÜTS) ve İzlenebilirlik

- Tekil takibi yapılan ürünlerde İTS (İlaç Takip Sistemi) ve ÜTS (Ürün Takip Sistemi) verileri ile fiili stok uyumu sağlanmalıdır.
- MKYS giriş-çıkış bildirimleri zamanında yapılmalıdır.
- Uyuşmazlık durumlarında ilgili birimlerle koordinasyon sağlanmalıdır.

Kemoterapi İlaç Hazırlama İşlemleri

- Kemoterapi ilaç hazırlama işlemi gerçekleştirilen sağlık tesislerinde hazırlama işlemi otomatik/robotik cihaz yardımı ile yapılıyorsa HBYS ile hazırlama cihazı arasında sistemsel entegrasyon olmalıdır. Hekim ilaç istemi sistemsel olarak aktarılması ve eczane birimi kontrolü akabinde hazırlama işlemi ve sonucuna ilişkin veri aktarımı entegrasyon aracılığıyla olmalıdır.
- Kullanılan ilaç miktarı kadar HBYS’de hastaya ilaç düşümü yapılmalıdır.

Kullanım Değerlendirme Komisyonu Çalışmaları

- Başhekim başkanlığında kurulan Kullanım Değerlendirme Komisyonu marifetiyle sağlık tesisi ilaç tüketim uygunluğu değerlendirilmeli, hatalı kullanımın önüne geçilmesi amacıyla iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmeli veya alternatif kullanım durumları değerlendirilmelidir.
- Bakanlık tarafından resmi bildirimle gönderilen ilaçlara ilişkin sağlık tesisi kullanım uygunluğu analizi gerçekleştirilmeli ve raporlanmalıdır.

Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- Kemoterapi ilaçları için uygulama prosedürlerinin yazılı olmalıdır.
- Endikasyonlara uygun kullanım ve dozaj hatası olmamalıdır.
- İlaç hazırlama ve uygulama süreci başta olmak üzere tüm süreçlerin belgelendirilmiş olmalıdır.
- İlaç kullanımı SUT hükümleri ve akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uygun izlenmelidir.
- Sterilizasyon ve güvenlik kuralları eksiksiz uygulanmalıdır.

Performans İzleme – Analiz – İyileştirme

- İlaç ve malzeme yönetimi süreçleri iki ayda bir, başhekim ve ilgili yöneticilerin katılımıyla analiz edilmelidir.
- Tespit edilen riskler ve uygunsuzluklar gecikmeksizin iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.

Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- İki aylık analizlerin zamanında yapılması.
- Risk analizlerinin doğruluğu ve düzeltici faaliyetlerin hızlıca başlatılması.
- İyileştirme faaliyetlerinin etkinliğinin takip edilmesi.

22
Standart

Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

22.1. Hasta başvurularında; kayıt işlem hatalarının ve eksikliğin tespiti, düzeltilmesi, yeni hataların engellenmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır.

22.2. Hastaya sunulan hizmetlerin eksiksiz ve zamanında hasta dosyasına girilmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Gelir kayıplarının önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

22.3. Ayaktan hasta, yatan hasta, günübirlik hasta, ilaç ve tıbbi malzeme gelirleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

HASTANE	AYAKTAN HASTA GELİRİ	Toplam Gelir İçinde Oranı (%)	YATAN HASTA GELİRİ	Toplam Gelir İçinde Oranı (%)	GÜNÜBİRLİK HASTA GELİRİ	Toplam Gelir İçinde Oranı (%)	İLAÇ GELİRİ	Toplam Gelir İçinde Oranı (%)	TIBBİ MALZEME GELİRİ	Toplam Gelir İçinde Oranı (%)	DiĞER GELİR	Toplam Gelir İçinde Oranı (%)

22.4. Branş bazlı gelirler analiz edilmelidir.**Örnek Tablo:**

BRANŞLAR	AYAKTAN HASTA GELİRİ	YATAN HASTA GELİRİ	GÜNÜBİRLİK HASTA GELİRİ	İLAÇ GELİRİ	TIBBİ MALZEME GELİRİ	DİĞER HASTA GELİRİ
Beyin Ve Sinir Cerrahisi						
Gastroenteroloji						
Genel Cerrahi						
Kardiyoloji						
Ortopedi ve Travmatoloji						
Radyasyon Onkolojisi						
.....						

22.5. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmalıdır.

22.6. MEDULA-Hastane sistemine SUT usul ve esasları doğrultusunda kaydedilemeyen/faturalandırılmayan hizmet bedellerine ait tutarların (manuel faturalandırılan) SGK toplam fatura tutarı içerisindeki payı analiz edilmelidir.

22.7. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Hastane yöneticileri, gelir artışına yönelik çalışmalardan önce, üretilen sağlık hizmetlerinde oluşabilecek gelir kayıplarının önlenmesini temel ilke olarak benimsemelidir. Bu doğrultuda; hasta kayıt doğruluğu, sunulan hizmetlerin eksiksiz ve zamanında hasta dosyasına ve ilgili bilgi sistemlerine girilmesi, faturalandırma, tahsilat ve gelir analizine ilişkin tüm mali süreçler düzenli olarak izlenmeli ve denetlenmelidir. Hastaya sunulan hizmetlerin eksik veya gecikmeli kaydedilmesinden kaynaklanabilecek gelir kayıplarının önlenmesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirler alınmalıdır.

Ayaktan hasta, yatan hasta ve günübürlük hasta hizmetleri ile ilaç ve tıbbi malzeme gelirleri; TDMS'ye esas gelir kırılımları doğrultusunda ve branş bazlı olarak düzenli aralıklarla analiz edilmelidir. Yapılan analizler, hizmet sunum hacmi ile elde edilen gelir arasındaki uyumun değerlendirilmesi ve olası kayıp alanlarının tespit edilmesi amacıyla kullanılmalıdır.

MEDULA-Hastane sistemine, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) usul ve esasları doğrultusunda kaydedilemeyen veya faturalandırılmayan hizmet bedellerine ait tutarların (manuel faturalandırılan işlemler) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) toplam fatura tutarı içerisindeki payı düzenli olarak analiz edilmelidir. Manuel faturalandırmaya neden olan süreçler belirlenerek sistemsiz, uygulamaya yönelik ve eğitim temelli iyileştirmeler planlanmalıdır. Tahsil edilemeyen fatura tutarları ile gerçek kişilerden olan alacaklar düzenli olarak takip edilmeli; bu tutarların nedenleri analiz edilerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler hayata geçirilmelidir.

Standart Amacı

Hastanenin gelir kayıtlarını ve kaynaklarını güvenli ve düzenli hale getirerek finansal sürdürülebilirliği sağlamaktır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Doğru kayıt ile üretilen hizmet eksiksiz biçimde gelire dönüştürülür.
- Gelirlerin hangi alanlarda hangi oranlarda sağlandığı analiz edilir ve bu analiz gelir artışı çalışmalarının birinci adımını oluşturur.
- Branş bazlı performans izlenir ve verimlilik artırılır.
- Tahsil edilemeyen fatura tutarları ve alacakların takibi sağlanarak gelir kayıplarının önüne geçilir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Kayıt Doğruluğu Süreçleri Güvence Altına Alınması

- Sağlık tesisi tarafından hasta başvurularında oluşabilecek kayıt hataları tanımlanmalıdır. Bu tanımlamaya göre hasta başvurularında yapılan kayıt hataları düzenli olarak analiz edilmeli, tekrar eden hataların kaynağı tespit edilerek gerekli eğitim ve düzeltici ve iyileştirici faaliyetler uygulanmalıdır.
- Kayıt personelinin provizyon süreçleri, eksik bilgi girişi, kimlik doğrulama gibi konularda yetkinliğinin artırılması hedeflenmelidir.

MEDULA sistemine giriş yapılamayan fatura işlemleri

Manuel faturalar, MEDULA sistemi herhangi bir teknik nedenden dolayı çalışmadığı durumlarda oluşturulan faturalardır. Bu fatura tutarları toplam hizmet tahakkukuna ve dolayısıyla ek ödemeye esas tutara da dahil edilmektedir. Bu nedenle manuel fatura tutarlarının yersiz artırılması usulsüz fatura düzenleme olarak değerlendirilmektedir. Manuel fatura kapsamındaki tutarların hastane yönetimince titizlikle takibi önem arz etmektedir. (TDMS kodu:120.05.01.03 Diğer SGK Kapsamındaki Alacaklar (Medula Sistemine Girişi Yapılamayan))

Hizmet Girişlerinin Tam ve Zamanında Yapılması

- Tüm poliklinik, acil ve yatan hasta hizmetlerinin zamanında ve eksiksiz şekilde HBYS'ye girilmesi sağlanmalı; girişlerin takibi sistematik olarak yapılmalıdır.
- Fatura kaçaklarını önlemek adına hizmet girişleriyle fatura karşılaştırmaları yapılmalı ve farklar hızla raporlanmalıdır.

Gelir Kalemleri Branş, Hekim ve Hizmet Türüne Göre Analiz Edilmesi

- Yatan, ayaktan, gününbirlik, ilaç ve medikal malzeme gelirleri düzenli olarak dönemsel değişimleri ile birlikte değerlendirilmelidir.
- Hekim bazlı ve branş bazlı gelir performansı analiz edilerek düşük performans gösteren alanlara yönelik hedef odaklı stratejiler belirlenmelidir.

Fatura ve Tahsilat Süreçleri

- Gerçek kişilerden alacakların takibi sıklaştırılmalı, nedenleri analiz edilmeli ve gecikmelerin azaltılması amacıyla süreçte yer alan tüm birimler bilgilendirilmelidir.
- Alacak takibiyle ilgili birimler arası koordinasyon sağlanarak takip sistemi güçlendirilmelidir.

Yönetimsel Değerlendirme ve İyileştirme

- Başhekim başkanlığında her iki ayda bir yapılan veri analizleri neticesinde mali süreçlerde aksayan yönler belirlenmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları hızla başlatılmalıdır.
- Gelir analiz sonuçları, ilgili yöneticilerle düzenli olarak paylaşılmalı ve ortak eylem planları oluşturulmalıdır.

Personel Eğitimi ve Sürekli Gelişim

- Hasta kayıt, provizyon ve faturalama süreçlerinde görevli personelin bilgi düzeyini artırmaya yönelik belirli aralıklarla eğitim programları düzenlenmelidir.
- Eğitimlerde özellikle SGK, özel sigorta ve diğer ödeme kurumu prosedürlerine uyum, geri ödeme kapsamı ve kodlama konularına ağırlık verilmelidir.

23

Standart

Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

23.1. Ana gider kalemlerinin (Personel, İlaç ve Tıbbi Malzeme, Hizmet Alım, İşletme ve Kanuni Yükümlükler) analizi yapılmalıdır.

Döner Sermaye Bütçesi giderlerini kapsar.

İlgili ayın hesapları sonraki ayın sonunda ancak kapanmakta ve TDMS'ye yansımaktadır. Dolayısıyla değerlendirmelerde en az bir ay önceki veriler değerlendirilir.

Örnek Tablo:

GİDER KALEMLERİ	İlgili Ay Verisi 2025 Eylül (9 Aylık Toplam)	Toplam Gider İçindeki Oranı (%)	Önceki Yıl Verisi 2024 Eylül (9 Aylık Toplam)	Toplam Gider İçindeki Oranı (%)
PERSONEL GİDERİ				
İLAÇ, MED, LAB GİDERİ				
YATIRIM GİDERLERİ				
HİZMET ALIM GİDERİ				
KANUNİ YÜKÜMLÜLÜKLER				
İŞLETME GİDERLER				
TOPLAM GİDER				

23.2. Sağlık tesisinin işletme giderleri içinde yer alan elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

GİDER TAKİP	
GİDER TÜRÜ	AY
Medikal gaz	
Elektrik	
Su	
Yakıt	
Tıbbi ve tehlikeli atık	
Haberleşme (Telefon, internet vb.)	
Kira	
.....	
TOPLAM	

Haberleşme Giderleri; 740.03.05.02.01/Posta ve Telgraf Giderleri, 740.03.05.02.02/Telefon Abonelik ve Kullanım Ücretleri,740.03.05.02.03/Bilgiye Abonelik ve İnternet Erişimi Giderleri, 740.03.05.02.04/Haberleşme Cihazları Ruhsat ve Kullanım Giderleri, 740.03.05.02.05/Uydu Haberleşme Giderleri, 740.03.05.02.06/Hat Kira Giderleri,740.03.05.02.90/Diğer Haberleşme Giderleri

23.3. Personel nöbet, icap nöbeti ve fazla mesai ücretleri ile saatleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRÜNE BAĞLI PERSONEL FAZLAMESAI, NÖBET ÜCRETİ VB. İŞLEMLERİ					
Meslek Disiplini	Adı Soyadı	AY:			Toplam Maliyet
		Fazla Mesai	İcap Nöbeti	Nöbet	
Hemşire	X Hemşire				
	Y Hemşire				
Hemşire Ortalama					
Anestezi Teknisyeni	T Anestezi Teknisyeni				
	Z Anestezi Teknisyeni				
Anestezi Teknisyeni Ortalama					
.....				
.....				
Genel Ortalama (Hemşire + Anestezi Teknisyeni + ..)					

BAŞHEKİME BAĞLI PERSONEL FAZLA MESAI, NÖBET ÜCRETİ VB. İŞLEMLERİ					
Meslek Disiplini	Adı Soyadı	AY:			
		Fazla Mesai	İcap Nöbeti	Nöbet	Toplam Maliyet
Hekim	X Hekim				
	Y Hekim				
Hekim Ortalama					
Eczacı	T Eczacı				
	Z Eczacı				
Eczacı Ortalama					
.....				
.....				
Genel Ortalama (Hekim + Eczacı +..)					

İDARİ MALİ İŞLER MÜDÜRÜNE BAĞLI PERSONEL FAZLA MESAI, NÖBET ÜCRETİ VB. İŞLEMLERİ					
Meslek Disiplini	Adı Soyadı	AY:			
		Fazla Mesai	İcap Nöbeti	Nöbet	Toplam Maliyet
Memur	X Memuru				
	Y Memuru				
Memur Ortalama					
Sürekli İşçi	T Sürekli İşçi				
	Z Sürekli İşçi				
Sürekli İşçi Ortalama					
.....				
.....				
Genel Ortalama(Memur+Sürekli İşçi +..)					

Personel çalışma listelerinin hazırlanması, nöbet, fazla mesai, icap nöbet takip sistemi SBYS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir. Her üst yönetici (başhekim, idari ve mali hizmetler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü vb.) “Fazla Mesai, Nöbet Ücreti vb. İşlemleri takibini ayrı yapmalıdır.

Sistem dinamik yapıda olmalıdır. Sistem üzerinden mesai ve nöbet sayıları kontrol edilebilmelidir. İzin, rapor, nöbet ve fazla mesai dökümünün maaş tahakkuk dosyası için imzaya sunulan kısmı bu ekrandan çekilebilmelidir. Aynı zamanda SBYS'nin döner sermaye işlemleri modülünden personel hareketlerine ulaşılabilirdir. Personel çalışma listeleri, adaletli ve verimli olması yönünden yönetim tarafından raporlanmalıdır. Haftalık zorunlu çalışma sürelerinin tamamlanması sağlanmalı, bu süreyi aşan durumlar fazla mesai olarak raporlanmalıdır.

4 ve üzeri eczacı olan sağlık tesislerinde eczacılar için nöbet sistemi oluşturulmalıdır.

Fazla Mesai, Nöbet Ücreti vb. İşlemlere Esas Yönetici Takip Tablosu ;

- 400 yatak ve üzeri hastanelerde Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürüne,
- Şehir Hastanelerinde Destek ve Kalite Müdürü ile Teknik Hizmetler Müdürüne bağlı personeller için de oluşturulmalıdır.

23.4. Yatak başı ilaç ve tıbbi malzeme gideri, personel başı fazla mesai gideri, metrekare başına enerji gideri, yatılan gün başına tıbbi atık giderinin analizi yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

GİDER KALEMLERİ	İlgili Ay Verisi 2025 Eylül (9 Aylık Toplam)	Önceki Yıl Verisi 2024 Eylül (9 Aylık Toplam)
Yatak Başı İlaç ve Tıbbi Malzeme Gideri		
Personel Başı Fazla Mesai Gideri		
Metrekare Başına Enerji Gideri (Elektrik, Su, Yakacak)		
Yatılan Gün Başına Tıbbi Atık Miktarı		

23.5. Başhekim başkanlığında giderlerin iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizi yapılarak tasarruf alanları belirlenerek gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standart Amacı

Kaynakların etkili kullanımıyla giderleri azaltmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamaktır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Değişken giderler kontrol altına alınır ve sabit giderlerin hastane üzerinde baskı oluşturmasının önüne geçilir.
- Branş, işlem ve kişi bazlı parametrelerin karşılaştırma imkânı sağlanması ile giderlerin riskleri ölçülebilir.
- Fazla mesai ve personel giderleri optimize edilebilir.
- Giderlerin performansa etkisi görülerek önceliklendirme yapılır.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Giderlerin Performans İlişkisi

- Başta işletme ve hizmet alım gider kalemleri olmak üzere tüm gider kalemleri düzenli olarak analiz edilmeli, olası gider artışları ve israflar erken fark edilmelidir.
- Hasta başına ilaç ve sarf giderleri ile personel nöbet ücretleri gibi değişken harcamalar branş ve işlem bazında detaylandırılmalıdır.
- Gereksiz harcamaların önüne geçmek için erken uyarı sistemleri geliştirilmelidir.

Kurum Hedef Göstergelerinin Gider Bazında Takip Edilmesi

- İlgili aydaki gider kalemleri yıl başından itibaren kümülatif toplam olarak hesaplanıp, önceki yılın aynı dönemdeki toplamı ile karşılaştırılarak gider artış ve azalış miktarları tespit edilir.

- Artışı tespit edilen gider kalemlerinin alt kırılımlarında bu artışa neden olan esas sebepler bulunur.
- Yatak, personel ve metrekare başına düşen giderler sağlık tesisinin genel verimliliğini gösterecek biçimde periyodik olarak hesaplanmalıdır.
- Yatılan gün başına düşen tıbbi atık miktarı ve bununla ilgili maliyetler, çevresel sürdürülebilirlik açısından ayrıca izlenmelidir.

Riskli Alanların Belirlenmesi ve İyileştirme

- Başhekim başkanlığında, her iki ayda bir yapılan veri analizleri sonucunda riskli alanlar net olarak tespit edilmeli; bu alanlarda hızlı ve etkili aksiyon planları hazırlanmalıdır. Bilgi Paylaşımı ve İş Birliği
- Gider analizleri ve sonuçları, ilgili tüm birimlerle düzenli olarak paylaşılmalı, maliyetleri düşürmeye yönelik öneriler alınmalı ve çok disiplinli bir iyileştirme süreci yürütülmelidir.

24
Standart

Eğitim kliniği olan kliniklerde görevli akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri planlanmalı ve hizmet sözleşmeleri takip edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 24.1.** Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin aylık çalışma cetvellerindeki poliklinik listeleri (tarih, saat, poliklinik oda numarası, yeri, açılan MHRS kapasitesi) hazırlanmalıdır.
- 24.2.** Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin sayısı ve branş dağılımı poliklinik listesine eklenmelidir.
- 24.3.** Akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik listesi uyum durumu takip edilmeli, her ayın sonunda değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.
- 24.4.** Birlikte kullanım yönetmeliği kapsamında protokol imzalanan hastanelerde çalışan akademisyenlere (2547 sayılı kanun 38. Madde kapsamında görevlendirilenler dahil) hizmet sözleşmelerinin imzalatılması, imzalatılan hizmet sözleşmelerinin elektronik ortamda Uzmanlık Eğitimi Yönetimi Sistemi'ne (UEYS) yüklenmesi takip edilmelidir.
- 24.5.** Başhekim tarafından imzalatılan hizmet sözleşmesinde yer alan kriterlerin gerçekleştirilmesinin takibi yapılarak, değerlendirilmelidir.
- 24.6.** İmzalatılan hizmet sözleşmelerinin hedef kriterlerinin (bilimsel çalışmalar, eğitim faaliyetleri, sağlık hizmeti sunumu) İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile iletilmelidir.
- 24.7.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Hastane yöneticileri, eğitim kliniklerinde görev yapan akademik unvanlı tabiplerin poliklinik hizmetlerine ilişkin planlama süreçlerini yürütmeli; aylık çalışma cetvellerinin hazırlanmasını, hizmet sözleşmelerinin imzalanmasını ve UEYS sistemine yüklenmesini düzenli olarak takip etmelidir. Ayrıca sözleşmelere bağlı hedeflerin izlenmesi ve sonuçların İl Sağlık Müdürlükleri ile paylaşılması sağlanarak sağlık hizmetlerinin etkinliği, hasta memnuniyeti ve kurumsal verimlilik artırılmalıdır.

Standartın Amacı:

Bu standart, akademik kadroların sağlık hizmet sunumundaki rollerini netleştirerek, hizmet planlamasında şeffaflık sağlamak ve kurumsal performansı artırmak amacıyla oluşturulmuştur. Akademik personelin klinik katkılarının kayıt altına alınmasını ve hizmet sözleşmelerinin sistematik şekilde yürütülmesini hedefler.

Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Akademik kadronun poliklinik katkısı görünür hale gelir.
- Hizmet sözleşmelerinin takibi ile akademik performans ile klinik hizmet dengesi sağlanır.
- Sözleşmelerin UEYS'ye yüklenmesiyle mevzuat uyumu sağlanır.
- Kurum içi kaynak planlamasında doğruluk ve şeffaflık artar.

Standartı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Poliklinik Listelerinin Detaylı ve Güncel Tutulması

- Akademik unvanlı tabiplerin aylık çalışma cetvelleri, poliklinik tarih, saat, oda numarası ve MHRS kapasitesi gibi bilgileri eksiksiz içerecek şekilde titizlikle hazırlanmalıdır.
- Tabiplerin sayısı ve branş dağılımı poliklinik listesine net olarak yansıtılmalıdır.

Uyum Takibi ve Kayıtların Düzenli Güncellenmesi

- Akademik unvanlı tabiplerin poliklinik listesi ile çalışma planları arasındaki uyum düzenli olarak takip edilmeli, her ay sonunda değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.

Hizmet Sözleşmelerinin Eksiksiz ve Elektronik Takibi

- Protokol kapsamında birlikte çalışan akademisyenlerle hizmet sözleşmeleri imzalatılmalı, bu sözleşmeler elektronik ortamda UEYS sistemine zamanında yüklenmelidir.
- Hizmet sözleşmelerindeki kriterlerin gerçekleştirme durumu düzenli olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Hedef Kriterlerin Resmi Bildirimi

- Hizmet sözleşmeleri İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile zamanında iletilmelidir.

Periyodik Analiz ve Sürekli İyileştirme

- Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir toplanarak, önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir.
- Analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalı ve uygulanmalıdır.

25
Standart

Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

25.1. Poliklinik hastaları, hizmet süreci tamamlandıktan; servis hastaları ise taburcu olduktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.

25.2. Yoğun bakım hastalarının taburcu edilmesi veya sevk edilmesinden 48 saat sonra, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, hasta yakınları eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.

25.3. Yoğun bakımda 10 gün ve üzeri yatışı bulunan hastaların yakınları, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.

25.4. Görüşmelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda hasta ve hasta yakınlarının geri bildirimlerindeki uygulanabilir öneriler dikkate alınmalı ve buna dair kanıtlar bulunmalıdır. Kanıtlar geri bildirimlerin değerlendirildiğini ve buna dair standart önermeler oluşturulduğunu göstermelidir.

25.5. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Görüşmeleri yapacak kişiler, iyi iletişim becerilerine sahip olan, tercihen halkla ilişkiler konusunda temel düzeyde hizmet içi veya örgün eğitim almış kişilerden seçilmelidir. Görüşmeler sonucunda elde edilen geri bildirimler dikkatle analiz edilmeli; uygulanabilir öneriler dikkate alınmalı ve bu önerilerin değerlendirildiğine dair kanıtlar oluşturulmalıdır. Bu kanıtlar, geri bildirimlerin yalnızca alındığını değil, aynı zamanda standardize edilerek iyileştirme süreçlerine entegre edildiğini göstermelidir. Tüm bu süreçler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticilerle birlikte değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Görüşülen hasta veya yakınının yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu kayıt altına alınmalıdır.

Örnek sorular:

- Hastanemizden hizmet alırken ne tür zorluklar yaşadınız? En çok hangi bölüm veya aşamada zorluk yaşadınız? Bu zorlukları aşmak için önerileriniz nelerdir?
- Hastanemizde iyileştirilmesini istediğiniz hizmet var mı, bu konudaki önerilerinizi söyler misiniz?
- Bize iletmek istediğiniz başka bir husus var mıdır?

Standartın Amacı:

Hasta ve hasta yakınlarının hizmet deneyimlerinin öğrenilmesini sağlayarak, hasta odaklı hizmet yaklaşımını güçlendirmek ve geri bildirimler yoluyla kalite iyileştirme sürecine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hastane hizmet süreçlerinin hasta bakış açısıyla değerlendirilmesini sağlar.
- Hasta ve hasta yakınlarının önerileri ile süreçlerde iyileşme sağlanır.
- Kurumsal güven artar, hasta memnuniyet puanları iyileşir.
- Veriye dayalı iyileştirme kültürü gelişir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Eğitimli ve İletişimi Güçlü Personel

- Görüşmeleri yapacak personel, iletişim becerileri güçlü ve tercihen halkla ilişkiler veya benzeri alanlarda hizmet içi eğitim almış kişiler arasından seçilmelidir.

Zamanlama ve Kapsam

- Poliklinik hastaları ile servis ve yoğun bakım hastalarının yakınları, taburculuk veya sevk işleminden sonraki belirlenen zaman dilimlerinde (48 saat veya 10 gün üzeri yatış süresi) düzenli olarak telefonla aranmalıdır.

Kapsamlı ve Sistemik Veri Toplama

- Görüşülen hastaların ve hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu gibi demografik bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
- Standart sorular çerçevesinde hasta ve yakınlarının yaşadıkları zorluklar, beklentiler ve öneriler sistematik şekilde toplanmalıdır.
- Görüşme soruları açık uçlu ve yönlendirici olmayan nitelikte olmalıdır (örnek: "Hastanemizden hizmet alırken ne tür zorluklar yaşadınız?").

Örneklem seçilirken;

Örneklem, başhekim tarafından temsil edebilirliği sağlayacak büyüklükte belirlenmelidir. Poliklinik hasta sayısı ve poliklinik sayısı yüksek olan sağlık tesislerinde örneklem, hasta yoğunluğu ve poliklinik çeşitliliğini yansıtacak şekilde orantılı olarak artırılmalıdır.

Poliklinik Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi

Kapsam: Taburcu edildikten 48 saat sonra görüşme yapılmalıdır.

Örneklem Sayısı: Aylık toplam poliklinik hasta sayısının %1-2'si önerilir (hastane büyüklüğüne göre).

Seçim Yöntemi: Basit rastgele örnekleme veya sistematik örnekleme. (Örneğin her 50. hasta).

Dikkat Edilecek Nokta: Farklı branşlardan dengeli dağılım sağlanmalı.

Servis Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi Kapsam: Taburculuktan 48 saat sonra görüşme yapılmalıdır.

Örneklem Sayısı

Aylık toplam servis taburculuklarının %5-10'u görüşme için yeterli ve sürdürülebilirdir.

- Büyük hastanelerde bu oran %5'e yakın tutulmalı (örnek: 1000 taburculukta 50 hasta)
- Küçük/orta ölçekli hastanelerde %10'a kadar çıkarılabilir.

Seçim Yöntemi: Katmanlı Rastgele Örnekleme (en etkili yöntem)

- Servislerin türüne göre hasta dağılımı dengelenir.
- Her ana servisten (dahiliye, genel cerrahi, ortopedi, kadın doğum vb.) orantılı sayıda hasta seçilir. Örn: Dahiliye'den 20, Genel Cerrahi'den 15, Kadın Doğum'dan 10 vs.

Görüşme Planlaması

- Görüşmeler, eğitilmiş sağlık personeli (tercihen hasta hakları birimi veya tıbbi sekreter) tarafından yapılmalıdır.
- Standart görüşme formu kullanılmalıdır (memnuniyet, bilgilendirme, taburculuk sonrası bakım, ilaç kullanımı gibi sorular içermeli)

Yoğun Bakım Hasta Yakınları (Taburcu/Sevk Edilenler)

- **Kapsam:** Hasta sevkinden/çıkışından 48 saat sonra aranacak yakınlar.
- **Örneklem Sayısı:** Aylık toplam yoğun bakım çıkışlarının %20-30'u önerilir.
- **Seçim Yöntemi:** Katmanlı örnekleme (cerrahi YB, dahili YB, çocuk YB gibi alt gruplardan eşit oranlarda seçilebilir).

Yoğun Bakımda 10 Günden Fazla Yatan Hastaların Yakınları Kapsam: Uzun süreli YB hastalarının yakınları.

Örneklem Sayısı

- YB 10+ gün yatan hasta sayısının %30-50'si örneklem olarak alınabilir.
- Bu oran, hastane iş gücü ve kapasitesine göre ayarlanmalıdır.

Seçim Yöntemi

Katmanlı rastgele örnekleme önerilir:

Örnek:

Yoğun Bakımda 10+ Gün Yatan Hastalar için Örneklem Belirleme Hastane Verisi (1Aylık)

Yoğun Bakım Türü	10 Gün Üzeri Yatan Hasta Sayısı (Aylık)
Dahili YB	40
Cerrahi YB	20
Nörolojik YB	10
Toplam	70

Örneklem Oranına Göre Görüşülecek Hasta Yakını Sayısı

Oran	Görüşülecek Yakın Sayısı
%30	$70 \times 0.30 = 21$ kişi
%50	$70 \times 0.50 = 35$ kişi

Eğer hastanede görüşme yapacak 1-2 personel varsa; %30 örneklem uygundur.

Eğer güçlü bir hasta iletişim ekibi varsa ve zaman yeterliyse; %50 örneklem seçilebilir.

%30 Örneklem Dağılımı (21 Hasta Yakını)

YB Türü	10+ Gün Yatan	%30'u	Görüşülecek Sayı
Dahili YB	40	12	12 kişi
Cerrahi YB	20	6	6 kişi
Nörolojik YB	10	3	3 kişi

Geri Bildirimlerin Etkin Değerlendirilmesi

- Elde edilen geri bildirimler dikkatle analiz edilmeli, uygulanabilir öneriler belirlenmeli ve bu önerilere yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
- Bu süreçlerin tümü, somut kanıtlarla belgelenmeli ve sürekli gelişim kapsamında standartlara entegre edilmelidir.

Düzenli İzleme ve Raporlama

- Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir toplanarak önceki iki aya ait veriler değerlendirilmelidir.
- Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve hızla uygulamaya alınmalıdır.

26

Standart

Evde Sağlık Hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

26.1. Evde sağlık talepleri öncelik durumlarına göre sınıflandırılmalıdır.

26.2. Evde sağlık taleplerinin karşılanma süreci izlenmeli, hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmelidir.

26.3. Evde sağlık hastalarının tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır.

26.4. Evde sağlık hastalarının değerlendirilmesinde multidisipliner ekipler arasında etkin iletişim ve iş birliği ihtiyacı halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi vasıtasıyla görüntülü görüşme ile sağlanmalıdır.

26.5. İlk defa ziyareti gerçekleştirilecek hastaların ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi ve ilaçların kullanımına yönelik gerekli bilgilendirmelerin yapılması amacıyla, evde sağlık hizmetlerinde eczacılar aktif rol almalıdır. (İl sağlık müdürlüğü tarafından evde sağlık hizmetlerine eczacı görevlendirilen sağlık tesislerinde değerlendirilecektir, diğer sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)

26.6. Palyatif bakım yataklı servisi bulunan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.

26.7. Kronik yara bakım hizmeti sunulan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.

26.8. Hizmet süreci ve sonuçları HBYS üzerinden izlenebilmelidir.

26.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

• Evde sağlık talepleri öncelik durumlarına göre sınıflandırılmalı; taleplerin karşılanma süreci düzenli olarak izlenmeli ve hasta geri bildirimleri doğrultusunda hizmet süreçleri sürekli iyileştirilmelidir.

Standardın Amacı:

Evde sağlık hizmetlerinin hasta odaklı, hızlı, güvenilir ve sürekli sunulmasını sağlamak; taleplerin etkin şekilde alınması, önceliklendirilmesi ve yönetilmesi ile hasta güvenliğini artırmak ve hizmet verimliliğini geliştirmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Taleplerin hızlı ve organize şekilde karşılanması sayesinde hasta memnuniyeti artar.
- Disiplinler arası koordinasyon güçlenir.
- Dijital izlenebilirlik ve kalite takibi sağlanır.
- İlaç hatalarının ve ilaç etkileşimine bağlı komplikasyonların azaltılmasını sağlar.
- Palyatif ve yara bakım hizmetleriyle entegrasyon kurumu daha yetkin hale getirir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Hizmet Planlama ve Süreç İzleme

- Talep ve başvurular sonrası hastaların hizmet süreci, ilk değerlendirmeden tedavi takibine kadar düzenli olarak izlenmeli ve HBYS üzerinden belgelenmelidir.
- Evde sağlık hizmetleri hekimi hasta değerlendirmesinden sonra talep önceliklendirmeye ve hasta ziyaret sıklığına kendi karar verir.

Örnek: Grup 1.Yüksek Öncelikli (Planlı Ama Geciktirilemez)

- Ziyaret Süresi: 24–72 Saat
- Risk: Orta
- Evde Sağlık Ana Hedef Grubu

Dahil Olan Hastalar:

- Yatağa Bağımlı Kronik Hastalar
- Palyatif Bakım İhtiyacı Olanlar (Stabil)
- Yeni Taburcu Edilmiş, Komplikasyon Riski Olanlar
- İleri Evre Demans / Alzheimer
- Bası Yarası (Enfeksiyon Yok)
- Çoklu İlaç Kullanan (Polifarmasi)

Hizmet İçeriği:

- Düzenli Ev Ziyareti
- Multidisipliner Ekip
- Tedavi Planı

Grup 2 – Orta Öncelikli (Rutin, Planlı Bakım)

Ziyaret Süresi: 3–7 Gün

Risk: Düşük – Orta

Dahil Olan Hastalar:

- Stabil Hipertansiyon / Diyabet
- Kronik Hastalık Takibi (Koah Stabil)
- Sonda, Peg, Trakeostomi Bakımı
- Kronik Yara Bakımı (Stabil)
- İnme Sonrası Stabil Hastalar

Hizmet İçeriği:

- Planlı Bakım
- Periyodik Değerlendirme
- Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi Kullanımı

Grup 3 – Düşük Öncelikli (İzlem Ve Danışmanlık Ağırlıklı)

Ziyaret Süresi: 7–15 Gün

Risk: Düşük

Dahil Olan Hastalar:

- Mobil Ama Evden Çıkmakta Zorlanan Yaşlılar
- İlaç Eğitimi İhtiyacı Olanlar
- Beslenme Ve Bakım Danışmanlığı
- Basit Pansuman İhtiyacı Olanlar
- Psikososyal Destek İhtiyacı Olanlar

Hizmet İçeriği:

- Uzaktan Değerlendirme
- Telefon / Görüntülü Görüşme
- Gereklikçe Yüz Yüze Ziyaret

Bu sınıflandırma HBYS'ye tanımlanmalı, tüm talepler bu kodlarla sisteme girilmelidir.

Talep Karşılama Süreçlerinin İzlenmesi

Süreç Performans Göstergeleri Belirlenmeli

Yönetim tarafından ölçülebilir göstergeler tanımlanmalıdır:**Örnek:**

Gösterge	Hedef
Talep – ilk ziyaret süresi	≤ 72 saat
Zamanında hizmet oranı	≥ %90
İptal edilen ziyaret oranı	≤ %5

- Bu göstergeler HBYS rapor ekranlarında görünür olmalıdır.
- Aylık otomatik rapor alınmalıdır.

Tedavi Planlarının Takibi ve Düzenli Değerlendirme

- Evde sağlık hastalarının tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır.
- Standart tedavi planı zorunlu hale getirilmeli; her evde sağlık hastası için: tanı, ilaç listesi, bakım planı, kontrol sıklığı, sorumlu ekip vb. tedavi planında yer almalıdır.
 - Tedavi planları HBYS'de /Evde Sağlık Takip Sistemi görünür olmalıdır.
 - Kontrol tarihleri sistem tarafından hatırlatılmalıdır.
- Süreç boyunca hasta ve hasta yakını geri bildirimleri toplanmalı, bu geri bildirimler hizmet kalitesini artırmaya yönelik analizlerde kullanılmalıdır.

Hasta Geri Bildirimleri ve Sürekli İyileştirme

Evde sağlık taleplerinin karşılanma süreci izlenmeli, hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmelidir.

Sistemik Geri Bildirim Mekanizması Kurulmalı

- Telefon anketi
- SMS / dijital memnuniyet anketi
- Ev ziyareti sonrası kısa değerlendirme formu
- Şikâyetler kayıt altına alınmalı
- Tekrarlayan sorunlar için Düzeltici İyileştirici Faaliyet (DİF) başlatılmalıdır.

Multidisipliner Yaklaşım ve Uzaktan Hizmet

- Evde sağlık hizmetlerinde görevli ekipler arası iletişim ve iş birliği güçlendirilmelidir.
- Gerekli durumlarda Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi kullanılarak görüntülü görüşmelerle hasta değerlendirmesi yapılmalıdır.

Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi

İhtiyaç halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi aracılığıyla görüntülü görüşme yapılmalıdır.

Hangi Durumlarda Kullanılacağı Belirlenmeli

- Fiziksel ziyaret gerektirmeyen kontroller
- İlaç uyumu takibi
- Yara izlemi
- Taburculuk sonrası erken değerlendirme

Bakanlık onaylı sistem kullanılmalı, görüntülü görüşmeler HBYS'ye not düşülmeli ve hastaya uzaktan sağlık hizmet sunumu ile ilgili yapılan bilgilendirme kayıt altına alınmalıdır.

Multidisipliner Ekip İletişimi

- Hasta değerlendirmelerinde multidisipliner ekipler arasında etkin iletişim ve iş birliği sağlanmalıdır. Ekip Yapısı Yazılı Olarak tanımlanmalı (hekim, hemşire, eczacı, fizyoterapist, diyetisyen (gerekğinde) vb.)
- Haftalık kısa ekip toplantıları yapılmalı
- Kritik vakalar için ortak karar kaydı tutulmalı

Eczacıların Sürece Aktif Dahil Edilmesi

İlk kez ziyaret edilecek hastalarda ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi ve ilaçların doğru kullanımına yönelik bilgilendirme yapılması amacıyla eczacılar sürece aktif olarak dahil edilmelidir. İlk Ziyaretlerde Zorunlu Eczacı Değerlendirmesi

Yönetim kararıyla:

- İlaç etkileşim analizi
- Uygunsuz ilaç kullanımı tespiti
- Hasta / bakım veren eğitimi
- Eczacı değerlendirme formu oluşturulmalı
- Riskli durumlar hekime bildirilmelidir

Birimler Arası Entegrasyon

- Evde sağlık hizmeti sunan birimlerle eczacılık hizmetleri arasında entegrasyon sağlanmalı, hastaların ilaç tedavileri, etkileşim riskleri ve ilaç kullanım süreçleri birlikte planlanmalı ve izlenmelidir.
- Palyatif bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde evde sağlık hizmet birimiyle entegrasyon sağlanmalı, süreçler birlikte planlanmalıdır.

Palyatif ve Kronik Yara Hizmetleriyle Entegrasyon

- Palyatif bakım yataklı servisi bulunan ve kronik yara bakım hizmeti sunulan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon sağlanmalıdır.

Kurumsal Entegrasyon Protokolü Hazırlanmalı

- Palyatif servis
- Evde sağlık birimi
- Kronik yara bakım ekibi
- Hasta geçiş kriterleri tanımlanmalı
- Ortak bakım planı oluşturulmalı
- Konsültasyon süreci netleştirilmeli

Düzenli Analiz ve Sürekli İyileştirme

- Her iki ayda bir, önceki iki aya ait veriler analiz edilerek hizmetin performansı değerlendirilmelidir.
- Başhekim başkanlığında yapılan bu toplantılarda aksayan alanlar tespit edilmeli, gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulamaya alınmalıdır.
- Mesai saatleri dışında ve hafta sonlarında hizmet verebilme kapasitesi gözden geçirilmeli ve ihtiyaç durumuna göre düzenlemeler yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

27.1. Kurum hedef göstergeleri Başhekim tarafından takip edilmelidir.

Rehberlik

- Kurum hedef göstergeleri aylık olarak izlenmeli, analiz edilmeli ve raporlanmalıdır.
- Elde edilen sonuçlar doğrultusunda iyileştirme süreçleri planlanmalı, gerekli düzenlemeler uygulanarak performansın sürdürülebilir şekilde geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Standardın Amacı:

Kurum hedef göstergelerinin düzenli olarak değerlendirilmesiyle stratejik yönetim kararlarının veriye dayalı alınması, kaynakların daha etkin kullanılması ve kalite göstergelerinin iyileştirilmesidir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hedeflenen kaliteye ulaşma düzeyi görülür.
- Göstergeler yoluyla hizmetlerin güçlü ve zayıf yönleri ortaya konur.
- Kaynaklar daha doğru yönlendirilir.
- Gelişim ve kalite artışı sürekli hale gelir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Bakanlığımıza bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ek ödeme tutarlarının belirlenmesinde çarpan olarak kullanılacak **kurum hedef katsayısının** tespitine yönelik olarak hazırlanan göstergeler; Bakanlığımızın öncelik ve politikalarını destekleyici nitelikte olup, sağlık hizmeti sunum süreçlerinin iyileştirilmesine, memnuniyetin, kalite ve verimliliğin artırılmasına ve kaynakların etkin ve doğru kullanımına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Göstergeler, ihtiyaçlar ve öncelikli alanlar doğrultusunda **dönemsel olarak gözden geçirilecek** olup gerekli görülmesi hâlinde yeni öncelik alanlarına yönelik göstergeler sisteme dâhil edilerek sürekli gelişim sağlanacaktır.

Gösterge seti oluşturulurken, iyileştirilmesi en öncelikli hizmet alanlarına odaklanılmış; gösterge sayısı ise **yönetilebilirlik ve ölçülebilirlik ilkeleri** doğrultusunda optimum düzeyde tutulmuştur.

Kurum hedef göstergelerine ilişkin usul ve esaslar aşağıda belirtilmiştir:

- Kurum hedef göstergeleri, **GÖREN Sistemi** üzerinden oluşturulmaktadır.
- Kurum hedef göstergelerinin hesaplanmasına, veri kaynaklarına ve puanlama esaslarına ilişkin ayrıntılar,

GÖREN Sistemi Tanıtım Kılavuzunda yer almaktadır.

- Göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda ilgili gösterge değerlendirmeye alınmaz.
- Kurumların muafiyet taleplerine; Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü koordinasyonunda, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü temsilcilerinin üst düzey katılımıyla çalışmalarını sürdürmektedir.
- GÖREN Koordinasyon Kurulu, her ayın ilk haftasında toplanarak muafiyetlere ilişkin değerlendirmeleri sonuçlandırır.
- GÖREN gösterge analizi yapılırken sabitlenen son puan üzerinden yapılır. Örneğin; eğer değerlendirme Ocak ayında yapılıyorsa Kasım ayı GÖREN puanı analizi yapılır.

GÖREN Puanları sabitleme, kurum hedef puanı ve kurum hedef katsayısı olarak kullanma algoritması

GÖREN PUAN BELİRLENMESİ/SABİTLENMESİ



Önceki ayın GÖREN puanı ayın 1'inden itibaren SINA ekranlarında görülmeye başlar.



Ay ortasından sonra özellikle mali veriler geldikçe güncellenir.



Ayın 25'ine kadar kurumlar GÖREN puanlarına itiraz edebilir. İtirazlar ve muafiyet talepleri DYS üzerinden bildirilmelidir. 25 inden sonra gelen itirazlar kabul edilmez.



Ayın 25-30 arası GÖREN koordinasyon kurulu toplanır. İtiraz ve muafiyetler değerlendirilir.



Koordinasyon kurulu sonrası alınan kararlar gelecek ayın 5 ine kadar sisteme işlenir. Gelecek ayın 5'inde GÖREN puanı sabitlenir.



Ayın 5-10'u arası GÖREN puanı kurum hedef puanı ve katsayısı olarak kullanılır ve ek ödeme dairesine en geç ayın 10 unda iletilir.

Sisteme Entegrasyon ve Erişim

- Göstergeler, Bakanlık dijital veri sistemleri ve HBYS aracılığıyla toplanır; HBYS üzerinden Bakanlığa gönderilen verilerin doğruluğundan sağlık tesisi yöneticileri sorumludur.
- Kullanılan sistemlerde veri doğruluğu, güncellik ve bütünlük düzenli olarak kontrol edilir
- Sorumlulukların Belirlenmesi
- Her hedef gösterge için ilgili sorumlu birimler ve personeller net şekilde tanımlanmalı ve bilgilendirilmelidir.
- Göstergelerin izlenmesi ve raporlanmasına yönelik görev dağılımları yazılı hale getirilmelidir.

İyileştirme Odaklı Yaklaşım

- Hedef göstergelerde sapma tespit edildiğinde, buna yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler hızlıca planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Bu faaliyetlerin takibi yapılmalı, çıktılarına dair kanıt dosyaları oluşturulmalı ve izlenebilir hale getirilmelidir.

28
Standart

Klinik Rehber ve Protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

28.1. Klinik rehber ve protokollere erişim (eğitim, materyal, dijital erişim vb.) sağlanabilmelidir.

28.2. Hekimlere/sağlık çalışanlarına klinik rehber ve protokollerin kullanım amacı ve içeriği hakkında eğitimler verilmelidir.

28.3. Bakanlıkça veya hastane/ilgili branş tarafından belirlenen branş/hastalık bazlı klinik rehber ve protokollere uyum iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler esas alınarak değerlendirilmelidir.

Rehberlik

Klinik rehber ve protokollere uyumun artırılması amacıyla sağlık çalışanlarının rehberlere erişimi sağlanmalı, rehberleri etkin kullanmalarına yönelik farkındalık ve eğitim çalışmaları yürütülmelidir. Uyum düzeyi; klinik uygulamalar, klinik ziyaretler ve HBYS entegrasyonu üzerinden düzenli olarak izlenmeli ve analiz edilmeli, elde edilen veriler doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları planlanarak uygulanmalıdır. Klinik rehber ve protokollere SHGM Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı web sayfasından erişim sağlanmaktadır.

Standardın Amacı:

Klinik kararların bilimsel temellere dayanmasını sağlamak, hasta güvenliğini ve tedavi kalitesini artırmak için rehberlere uyum düzeyini izlemek ve geliştirmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Klinik uygulamalar standardize edilir.
- Hasta güvenliği artar.
- Tedavi hataları ve uygulama farklılıkları azalır.
- Klinik kararlar ulusal/uluslararası kılavuzlara dayanır.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Erişim Kolaylığı

- Klinik rehber ve protokollere tüm sağlık çalışanlarının dijital (HBYS, intranet, mobil uygulama) veya basılı materyal aracılığıyla ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
- Erişim sistemleri güncel tutulmalı, yeni başlayan ilgili personellere rehberlere ulaşım konusunda yönlendirme yapılmalıdır.

Eğitim ve Farkındalık

Klinik rehberlerin kapsamı, kullanım amacı ve uygulama yolları konusunda hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik düzenli eğitimler planlanmalıdır. Eğitimlerin içeriği güncel gelişmelerle uyumlu olmalı ve katılım kayıtları tutulmalıdır.

Uyumun İzlenmesi ve Analizi

- Klinik rehber ve protokollere uyum oranı, branş ve hastalık bazında analiz edilir. Uyum düzeyi; klinik uygulamalar, ilgili klinik ziyaretleri ve HBYS kayıtları üzerinden değerlendirilir.
- Klinik rehber ve protokollere uyum analiz sonuçları şeffaf biçimde paylaşılır ve düşük uyum gösteren birimlere yönelik geri bildirim sağlanır.

İyileştirme ve Geri Bildirim

Uyum düzeyi düşük çıkan birimler/birim grupları için hedefli tekrar eğitimleri ve rehber içerik hatırlatmaları yapılmalıdır. Klinik rehberlerin uygulanabilirliği konusunda sahadan gelen geri bildirimler dikkate alınmalı, gerekli revizyon önerileri üst yönetimle paylaşılmalıdır.

Mevzuata Uyum

Hastane tarafından kullanılan tüm klinik rehber ve protokoller, Bakanlıkça yayımlanan güncel rehberlerle tutarlı olmalı, çelişkili durumlar tespit edildiğinde gerekli güncellemeler zamanında yapılmalıdır. Klinik rehber ve protokollere SHGM Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı bağlantısı üzerinden erişim sağlanmalıdır.

Süreklilik ve Kalite

Hizmet sunumunda süreklilik esastır; sistem arızaları, bağlantı sorunları gibi teknik aksaklıklar için yedek çözümler planlanmalıdır. Uzaktan sağlık hizmeti veren personelin ilgili mevzuat ve sistem kullanımı konusunda düzenli eğitimi sağlanmalıdır.

Etik ve Hasta Odaklılık

Uzaktan sağlık hizmeti sunumunda hasta ve/veya yakınının bilgilendirilmesi ve süreçlerin etik ilkelere uygun olarak yürütülmesi sağlanmalıdır. Uzaktan değerlendirmeyle çözülemeyecek durumlar tespit edildiğinde hastanın yüz yüze hizmete yönlendirilmesi gerekmektedir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

29.1. Uzaktan sağlık hizmetleri verilmesine yönelik çalışmalar başlatılmalıdır. Bu kapsamda il sağlık müdürlükleri/ hastane başhekimlikleri sağlık bilişim alt yapısını kurarak hastane ve branş bazlı tescillerini yaparak klinik branşlarda uzaktan hasta değerlendirme sistemi (UHDS) vasıtasıyla hizmet sunumuna başlamalıdır.

29.2. Tüm görüşmeler, öneriler, tanı ve tedavi süreçleri HBYS üzerinde kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.

29.3. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile uzaktan sağlık hizmetlerinin etkin sunumu değerlendirilmeli, iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Rehberlik

Uzaktan sağlık hizmetleri; Sağlık Bakanlığı mevzuatına uygun olarak yetkilendirilmiş sağlık profesyonelleri tarafından sunulmalıdır. Hizmet sunumunda hasta mahremiyeti ve veri güvenliği esas alınmalı, uygun teknolojik altyapı sağlanarak hizmetin güvenli, etkin, kesintisiz ve izlenebilir şekilde yürütülmesi temin edilmelidir. Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi (UHDS) kullanımı desteklenmeli, tüm süreçler HBYS üzerinden kayıt altına alınmalı ve izlenebilirlik sağlanmalıdır. Veri güvenliğine yönelik teknik tedbirler ile yönetsel planlamalar oluşturulmalı, hizmet sunumu düzenli olarak izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirme faaliyetleri uygulanmalıdır.

Standardın Amacı

- Dijitalleşen sağlık hizmetlerine entegre olarak hasta erişimini kolaylaştırmak.
- Uzaktan sağlık uygulamalarında hizmet kalitesi ve hasta güvenliğini temin etmek.
- Uzaktan sağlık hizmetlerinin kayıt altına alınarak izlenebilir ve değerlendirilebilir olmasını sağlamak.
- Mevcut klinik branşlarda hekimlerin uzaktan konsültasyonlarını sistemli hale getirmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Coğrafi engeller ortadan kalkar, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan hastalara erişim sağlanır.
- Gereksiz fiziksel randevular azalır, zaman ve kaynak verimliliği sağlanır.
- Hasta, bulunduğu yerden sağlık hizmetine ulaşabilir, hasta memnuniyeti artar.
- HBYS altyapısı, veri güvenliği ve tele-sağlık entegrasyonu güçlenir.
- Yönetsel kararlar için veriye dayalı analiz ortamı oluşur.

Bu Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Altyapı ve Tescil Süreci

- Uzaktan sağlık hizmeti sunumuna başlamadan önce hastane ve klinik branş bazında Sağlık Bakanlığı mevzuatına uygun tescil işlemleri tamamlanmalıdır.
- Uzaktan hasta değerlendirme sistemi (UHDS) için gerekli bilişim altyapısı (güvenli bağlantılar, ses ve görüntü sistemleri) eksiksiz kurulmalıdır.

Kayıt ve İzlenebilirlik

- Tüm uzaktan sağlık görüşmeleri, tanı ve tedavi süreci ayrıntılarıyla birlikte Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden eksiksiz kaydedilmelidir.
- Uzaktan hasta sunumu öncesinde hasta/hasta yakını bilgilendirilir ve bilgilendirmenin yapıldığına dair sistem (HBYS bilgilendirme sistem kaydı) oluşturulur. Sürecin tüm aşamalarında mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uygunluk sağlanır.
- Görüşmelere dair verilerin mahremiyet ve kişisel veri güvenliği ilkelerine uygun biçimde korunması sağlanmalıdır.

Yönetişim ve İzleme

- Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticilerin katılımıyla düzenli olarak analiz toplantıları yapılmalı; her iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki iki aya ait veriler değerlendirilmelidir.
- Analiz sonuçları doğrultusunda eksiklikler için zamanında düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalı ve raporlanmalıdır.

Süreklilik ve Kalite

- Hizmet sunumunda süreklilik esastır; sistem arızaları, bağlantı sorunları gibi teknik aksaklıklar için yedek çözümler planlanmalıdır.
- Uzaktan sağlık hizmeti veren personelin ilgili mevzuat ve sistem kullanımı konusunda düzenli eğitimi sağlanmalıdır.

Etik ve Hasta Odaklılık

- Uzaktan sağlık hizmeti sunumunda hasta ve/veya yakınının bilgilendirilmesi ve süreçlerin etik ilkelere uygun olarak yürütülmesi sağlanmalıdır.
- Uzaktan değerlendirmeyle çözülemeyecek durumlar tespit edildiğinde hastanın yüz yüze hizmete yönlendirilmesi gerekmektedir.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026

Versiyon 2