



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELERİ  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

# HASTANELERDE YÖNETİCİ TAKİP EKRANLARI

DR. Ali ÇINAR  
28 Temmuz 2021





- Yönetici takip ekranları niçin var?
- Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları
- Sahada en sık karşılaşılan değerlendirme hataları
- Bölüm bazında yönetici takip ekranları

# Yönetici takip ekranları niçin var?





## Yönetici takip ekranları niçin var?

- Yöneticinin oturduğu yerden birçok sürece hakim olmasını sağlar
- Sağlık tesisinde olan anlık değişimleri sayısal olarak görme imkanı
- Tablolara bakarak geçmiş verilerle karşılaştırma imkanı
- Anlık veya ileriye yönelik planlama yapma imkanı sunar
- Verilerin analizi ile olumlu veya olumsuz sonuçları görme imkanı sunarak yapılacak iyileştirmelerle kontrol sağlanır





# Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları

- Ne zaman değerlendirelim
- Kimlerle görüşelim
- Ekranları değerlendirmek için nasıl bir ortam hazırlayalım
- Görüşme esnasında dikkat edilecek hususlar
- Ne kadarlık zaman dilimini değerlendirelim
- Sahadaki uygulamalarla ekranların uyumunu nasıl karşılaştıralım
- Bölümlerde yönetici takip ekranlarını nasıl değerlendirelim



# Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları

## Ne zaman değerlendirelim?

- Verilerin saha ile uyumu önemli o sebeple eğer **1 günlük** bir değerlendirme ise **sabah saha gezisi** ile başlayıp **öğleden sonra YTE** değerlendirilmeli.
- Çünkü yöneticiler hem sahayı bizimle gezmek, hem de YTE leri birlikte değerlendirmek istiyorlar.



## Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları

- Eğer **iki günlük** bir program düzenlenmişse **ilk gün saha gezisi** yapılmalı
- **İkinci gün** tüm gözlemci ekibinin katılımı ile **YTE** ler değerlendirilmelidir.





# Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları

- **Kimlerle görüşelim**
- Muhattabımız **1.** olarak **yöneticiler**
- YTE ni değerlendirirken **hangi tablo hangi hastane yöneticisini ilgilendiriyorsa** mutlaka o kişiyle görüşerek verileri değerlendirelim
- YTE ni değerlendirirken kimler sorumlu sorusuna **GENEL DEĞERLENDİRME soru : 2 bölümünde yer alan tabloya** bakarak karar verebiliriz.
- Her bölümün sorumluları, hekimler, gerekirse çalışanları
- Hasta ve yakınları
- Salonda YTE ile **ilgisi olmayan gereksiz kişilerin bulunmamasına** özen göstermeliyiz
- Sistemde yaşanabilecek sorunların çözümü için **bilgi işlem personelinin** de hazır bulunması işleri kolaylaştıracaktır.



# Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları

## Görüşme üslubumuz nasıl olmalı:

- Temel kriterimiz; sadece eksikleri tespit etmeye gelmediğimizi Sağlık Bakanlığı'nın sahada **yol gösterici ve eğitici rolünün** olduğunu, değerlendirdiğimiz sağlık kuruluşuna anlatmalıyız



- **İletişim dilini** iyi kullanmalıyız.
- Kesinlikle **sorgulayıcı tarzda** olmamalı



- Biz **müfettiş değiliz**, hesap sormak için gitmedik
- Eksikleri tespit ettikten sonra **nasıl olması gerektiği** anlatılmalı



## Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları

- İlgili **yöneticilerinden** tablolarında uygunsuzluklar ortaya çıktığı dönemlerde bu konu ile ilgili **neler yaptıklarını ve yapılanların kayıtlarını** göstermelerini istemeliyiz.



## Nasıl bir ortamda görüşelim:

- Gözlemci ekibinin ve hastane yöneticilerinin ekranları birlikte görebileceği, **verilerin bir projeksiyon yardımı ile ekrana yansıtıldığı bir salon veya masa başı** en ideal değerlendirme ortamıdır.

## Ne kadarlık zaman dilimini değerlendirelim?

- Değerlendirmede temel kriter YTE üzerinde ne kadar **çok örneklem** bakarsak o kadar doğru sonuçlara ulaşırız.
- Rehberde **yeni eklenen tablolar da rehberin yayınlandığı tarihten itibaren** girilmesi gereken veriler değerlendirilmeli
- Önceki yıllarda da rehberde olan tablolar **2021 yılı ocak ayından itibaren** değerlendirilmeli



## Yönetici takip ekranlarını değerlendirme esasları

### Sahadaki verilerle ekranların uyumunu nasıl karşılaştıralım?

- Öncelikle Sağlık Bakanlığı tarafından gözlem ekiplerine verilen **bilgi notları ile YTE ekranlarındaki verilerin uyumu** değerlendirilmeli
- **Hasta ve yakınları ile yapılan görüşmeler** (SMS ulaşıp ulaşmadığı vb.)
- **Birimlerdeki kayıtlar** (örneğin nöbet listeleri, randevu defter kayıtları, tetkik sonuç raporları üzerindeki değerler vb.)
- **Saha gözlemi** esnasındaki kanaatimiz
- **SBYS kayıtları** (SMS raporları)





- **YTE** nin kurulup kurulmadığına
- Ekranlarda bulunan **verilerin doğru hesaplanıp hesaplanmadığı**na
- Verilerin bizlere verilen **bilgi notları ile uyuşup uyuşmadığı**na

- **Ekran verileri ile sahadaki uygulamaların birbirleri ile uyumlu olup olmadığına**
- Tablolarda yer alan bazı verilerin açıklamalar kısmındaki **SUT kodları** kullanılarak oluşturulup oluşturulmadığı
- **YTE ler belirlenen periyotlarla analiz edilmeli** bu analizler mutlaka üst yönetimin yapacağı toplantıda değerlendirilmeli ve yapılan **iyileştirmeler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlar gözlemci tarafından görülmelidir.**

## Puanlama:

- YTE **kurulmamışsa**
- Tablolarda **veriler eksikse**
- YTE lerde **veriler hatalı** veya sahadaki uygulamalarla uyuşmuyorsa
- YTE lerin belirlenen periyotlarla **analizleri yapılmamışsa**
- Uygunsuzluklar karşısında yönetici herhangi bir **düzeltilici faaliyet** gerçekleştirmemiş veya yaptığı faaliyeti **belgelerle kanıtlayamıyorsa**
- Yönetici ekranlara **hakim değil** sadece bilgi işlemci biliyorsa
- Yönetici YTE değerlendirme **toplantısına katılmamışsa**
- Saha gezisi esnasında **bölüm sorumlusu** kendisine ait ekranları açamıyor ve bilgi sahibi değil ise
- **HAYIR** olarak değerlendirilmelidir.

# YTE nin değerlendirilmesinde en sık hata yapılan ekranlar ve hata sebepleri



- SORU: Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim için poliklinik odası oluşturulmuş mu? (Şehir hastaneleri ve A grubu hastanelerde değerlendirilir.)

### Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı

Poliklinik Yapan Branş/Klinik	OCAK-ŞUBAT-MART-NISAN			MAYIS- HAZİRAN-TEMMUZ-AĞUSTOS			EYLÜL-EKİM-KASIM-ARALIK		
	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*
Genel Cerrahi	3	3	1						
Ortopedi	5	4	<b>0.8</b>						
KBB									
Kardiyoloji	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0.8</b>						

Güncelleme Tarihi: Yönetici İmza

*\*Bu oran ilgili branş-klinikteki poliklinik oda sayısı / ilgili branş-klinikteki klinisyen hekim sayısı şeklinde hesaplanır.*

## • Tablonun amacı:

- Uzman hekim sayısı fazla olan hastanelerde tablonun yönetici tarafından değerlendirilmesi özellikle MHRS’de yoğun talep olan branşlarda planlama yapma imkanı sağlar

## Dikkat edilecek noktalar !

- Ücretsiz izin, doğum izni, askerlik gibi uzun süreli izinde olanlar tabloya dahil edilmeyecektir.
- Gözlemci sağlık tesisini gözlemleyerek fiziki alan yeterli olduğu halde oda açılmamışsa **olumsuz** olarak değerlendirilmelidir
- **Fiziki alan yetersizse yine HAYIR olarak değerlendirilmelidir.**
- Poliklinik odası oranı belirlenirken anestezi ve reanimasyon uzmanları ile acil tıp uzmanları için ayrılan odalar hesaplama dahil edilmez
- **En sık karşımıza çıkan ve karar vermekte zorlandığımız konu bazı branşlarda dönüşümlü çalışan hekimler. Örneğin kardiyoloji branşında 5 hekim var her ay bir hekim anjiyo için görevlendirilmiş ve poliklinik yapmıyorsa 5 tane poliklinik açmaya gerek var mı?**
- Cevap: Nöbet listeleri incelenir eğer sürekli bu şekilde bir çalışma planı var ve 5 poliklinik açmaya ihtiyaç yoksa **EVET** kabul edilir.

Oran 1 in altında ise **HAYIR** kabul edilir.

## • SORU: Polikliniklerde muayene bekleme süresi ölçülüyor mu?

### Poliklinik Muayene Bekleme Süresi Yönetici Takip Ekranı

Klinik/Branş	OCAK	ŞUBAT	Branş Ortalama Muayene Bekleme Süresi (dakika)
Genel Cerrahi	40	<b>70</b>	55
Ortopedi	35	25	30
.....			
.....			
.....			



- Her hasta için SBYS üzerinden hastanın ilk kayıt zamanı ile muayene zamanı arasındaki zaman farkı alınarak muayene bekleme süresi ölçülmelidir. İlgili branşın bekleme sürelerinin toplamı, ilgili branşta muayene edilen toplam hasta sayısına bölünerek ilgili branş için ortalama muayene bekleme süresi belirlenmelidir.

- **Muayene süresi hekimin hasta muayene ekranının açtığı an (hastayla karşılaştığı an) ile muayenin sonlandığı süre arasındaki farktır.**

Örnek: Ocak ayında Genel Cerrahi polikliniğinde **500** hasta muayene edilmiş ise;

- Genel cerrahi polikliniğinde ortalama muayene bekleme süresinin hesaplanması:
- 1.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: **5** dakika
- 2.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı : **15** dakika
- 3.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: **25** dakika
- 4.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: **10** dakika

500. hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: **40** dakika

- 500 hastanın; hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı toplamı: **15000** dakika
- Ocak ayı genel cerrahi polikliniği ortalama poliklinik bekleme süresi= **15000 / 500 = 30** dakika

**YTE muayene bekleme süresi uzun olan poliklinikler için hastane üst yönetiminin yaptığı çalışmalar gözlemlenmelidir. «Bu süre ne kadar uzun olmalıdır.» Sorusuna verilecek cevap; ortalaması **1** saati geçerse hastane yönetimi çalışma yapmamışsa **HAYIR** olarak değerlendirilmelidir.**



- **SORU: Polikliniklerde hastaların ortalama muayene süreleri ölçülüyor mu? (Şehir Hastaneleri ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir)**

#### Poliklinik Muayene Süresi Yönetici Takip Ekranı

Branş	Poliklinik Adı	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM	
		Toplam Muayene Edilen Hasta Sayısı*	Ortalama Muayene Süresi**	Toplam Muayene Edilen Hasta Sayısı*	Ortalama Muayene Süresi**	Toplam Muayene Edilen Hasta Sayısı*	Ortalama Muayene Süresi**
A Branşı	Poliklinik 1						
	Poliklinik 2						
	.....						
A Branşı Toplam/Ortalama							
B Branşı	Poliklinik 1						
	Poliklinik 2						
	.....						
B Branşı Toplam/ Ortalama							
.....	.....						
.....	.....						
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)							

- **\*\*Ortalama Muayene Süresi (dakika) =**  
• 
$$\frac{\text{toplam ög\le tatili \u00e7ıkarılmı\u015f aylık poliklinik \u00e7alı\u015fa s\u00fcresi}}{\text{İlgili ayda muayene edilen poliklinik hasta sayısı}}$$
- *Bu form\u00fclde bahsi ge\u00e7en “**ög\le tatili \u00e7ıkarılmı\u015f aylık \u00e7alı\u015fa s\u00fcresi**” a\u015fağıdaki \u00f6rnekte verildiği \u015fekilde hesaplanmalıdır. \u00d6rneğin; A polikliniğinin 01.02.2018 tarihinde;*
- *Polikliniđe ba\u015flama zamanı (ilk hastanın muayene edildiği zaman): 08:35*
- *Poliklinik biti\u015f zamanı (son hastanın muayene edildiği zaman): 16.25*
- *Sağlık tesisi tarafından poliklinik mesai saati belirlenmeli, son mesai saatinden (\u00f6rneğin saat 17:00) sonraki sisteme kaydedilen hastalar hesaplamada dikkate alınmamalıdır.*
- *G\u00fcnl\u00fck \u00e7alı\u015fa saati: 16.25 - 08:35= 7.50 saat*
- *Ög\le tatili sağlık tesisi tarafından 1.30 olarak belirlenmi\u015f ise,*
- *A polikliniğinde ög\le tatili \u00e7ıkarılmı\u015f **01.02.2018 tarihi i\u00e7in g\u00fcnl\u00fck** \u00e7alı\u015fa s\u00fcresi: 7.50 – 1.30 = 6.20 saat x 60 dakika = 380 dakika olarak hesaplanır.*

- *Her gün için ayrı ayrı olmak üzere öğle tatili çıkarılmış günlük çalışma süreleri hesaplanır, bulunan süreler toplanarak öğle tatili çıkarılmış **şubat ayı için aylık çalışma süresi bulunur.***
- *Şubat ayı için; Aylık çalışma süresinin şubat ayında muayene edilen hasta sayısına bölünmesi ile ortalama muayene süresi bulunur.*
- Sağlık tesisinde bu hesaplamaların yapılmasındaki amaç, ortalama muayene süresi kısa olan branşların tespit edilmesi ve yönetim tarafından mümkünse ortalama muayene süresi yeterli olmayan bu branşlar için branştaki doktor sayısı yeterli ise ek poliklinik odasının açılmasının sağlanması ve/veya diğer önlemlerle muayene sürelerinin makulleşmesidir.

-





## Dikkat !

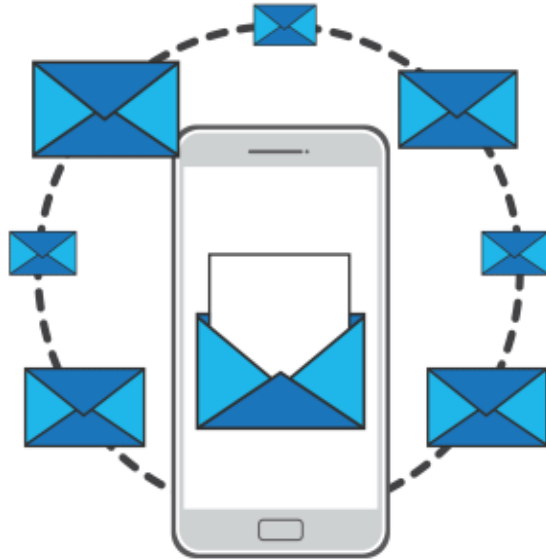
Bu YTE yi değerlendirirken poliklinik geç bařlama raporu incelenmelidir.

..... AYI POLİKLİNİK GEÇ BAřLAMA RAPORU																																
POLİKLİNİK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOPLAM
DAHİLİYE 1	08:37	08:40				08:35	08:36			08:42				08:43		08:54						09:27						09:28		08:39	10	
DAHİLİYE 2												08:37				08:54			08:39		08:37											4
DAHİLİYE 3		14:12						08:54					08:39															08:37			4	
G.CERRAHİ 1	08:59	08:45	08:50			08:56	08:39								08:38						08:39									08:54	8	
G.CERRAHİ 2						10:36													08:37			08:54					08:39				4	
ÜROLOJİ	08:35	08:39				08:54			08:42						08:42																	5
CİLDİYE	08:38													08:39								08:39								08:37	4	
KARDİYOLOJİ			08:37			09:13			08:38							08:37													08:39			5
KADIN DOğUM	08:58					08:44		08:42						08:37		08:39				08:54	08:37						08:39		08:54	9		
ÇOCUK HAST.		08:38												08:54																		2

En sık geç açılan poliklinikten başlayarak yapılan düzeltici faaliyetler incelenmelidir.

# Önemli!

- Poliklinik geç başladığı zaman önce **ilgili hekime** sonra **klirik idari sorumlusuna** yine açılmazsa ilgili **başhekim yardımcısına** uyarı mesajının gidip gitmediği bilgisi saha ile uyumluluk ve teyit açısından ilgili kişilerle görüşülerek kontrol edilmelidir.



- **SORU: Sağlık tesisindeki tetkiklerin (USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb.) randevu verme sürelerinin takibi yapılıyor mu?**

..... Yılı Tetkik Randevu Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı					
Tetkik Adı	Hedef Süre	OCAK	ŞUBAT	.....	ARALIK
USG	3 iş günü				
MR	10 iş günü				
BT	10 iş günü				
EMG	20 iş günü				
EEG	10 iş günü				
Odyoloji*	... iş günü				
Mamografi*	... iş günü				
Endoskopi*	... iş günü	<b>5</b>			
Nükleer Tıp*	... iş günü				
Diğer .....					



**Dikkat!** En sık hata yapılan tablolardan 1 tanesidir.

• Hata sebepleri:

1-Hesaplamaların **iş günü** yerine **normal gün** üzerinden yapılması

2-Odyoloji , mamografi, endoskopi, Nükleer tıp gibi tetkiklerde **hastane idaresi makul süre** belirlemez.

3- Tabloya yazılan değerler **mod** hesabına göre değil ortalama süreler baz alınarak hesaplanıp yazılmıştır.

4- SBYS kullanılmadan **randevu defterleri** üzerinden randevuların verilmesi

Mod hesabını nasıl yapalım?

## • Mod hesabını endoskopi için yapalım

Örneğin,

- Ayın 1' inde 6 hastaya endoskopi işlemi yapılmış ise;
- 1. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
- 2.hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
- 3.hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 5 iş günü,
- 4.hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 10 iş günü,
- 5.hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
- 6.hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 5 iş günüdür.

4

4

5

10

4

5

- Sağlık tesisinin endoskopi istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki sürenin hesaplanmasında, en sık tekrar eden değer (4 iş günü) olduğundan randevu gerçekleşme süresi olarak kabul edilmelidir.

..... Ayı Endoskopi Randevu Gerçekleşme Süre Takip Tablosu

Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	31	OCAK AYI
Randevu Gerçekleşme Süresi (mod hesabı):	<b>4</b>	3	5	5	6	5	5	6	7	8	7	5	5	8	6	5	5	6	7	6	<b>5</b>
En Uzun Randevu Gerçekleşme Süresi	<b>10</b>	15	9	15	13	12	16	15	13	13	14	<b>21</b>	13	18	19	20	12	10	9	13	<b>21</b>

Sonuç olarak ayın 1'i için;

- Sağlık tesisinin en sık tekrar eden randevu gerçekleşme süresi **4** iş günüdür.
- Sağlık tesisinin en uzun endoskopi randevu gerçekleşme süresi ise **10** iş günüdür.
- Ocak ayı için ise randevu gerçekleşme süresi en sık tekrar eden değer 5 olduğundan **5** iş günüdür.
- Bulduğumuz bu değeri ana tabloya yazarız
- Sağlık tesisinin en uzun endoskopi randevu gerçekleşme süresi **21** iş günüdür.

*Randevu gerçekleşme süresi (mod hesabı): Gün içerisinde en sık tekrar eden randevu gerçekleşme süresini,*

*En uzun randevu gerçekleşme süresi: Gün içerisinde gerçekleşen randevulardan en uzun randevu gerçekleşme süresini ifade eder.*

## SORU:Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları yönetim tarafından takip ediliyor mu?

E-reçete Kullanım Oranı						
YIL:				AY:		
Hekim Adı Soyadı	Branşı	E-Reçete Sayısı	Kağıt Reçete Sayısı		Toplam Reçete Sayısı	E-Reçete Oranı*
			Acil	Poliklinik (Ayaktan)		
Hasan	Acil	1250	70	0	1320	<b>1250 / 1320= 0.94</b>

\*E-Reçete Kullanım Oranı: E-Reçete Sayısı/Toplam Reçete Sayısıdır.

- Aşağıdaki tabloda istenen verilerin doğru toplanabilmesi için acil serviste düzenlenen kağıt reçetelere acil serviste yazıldığını belirten **“Acil”** kaşesi basılmalıdır.

# SORU: Sağlık tesisinde USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayılarının takibi yapılıyor mu?

Görüntüleme Tetkik Sayısı ve Oranları Yönetici Takip Ekranı \*

Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen Hekim Adı Soyadı	OCAK							ŞUBAT							YILLIK TOPLAM									
		USG		BT		MR		Ayaktan Başvuru Sayısı**		USG		BT		MR		Ayaktan Başvuru Sayısı**		USG		BT		MR		Ayaktan Başvuru Sayısı**	
		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
A Kliniği	X Hekim																								
A Kliniği	Y Hekim																								
A Kliniği Toplam/Ortalama																									
B Kliniği	Z Hekim																								
B Kliniği	Q Hekim																								
B Kliniği Toplam/Ortalama																									
.....	.....																								
.....	.....																								
.....																									
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)																									

\*Bu oranlar aşağıdaki şekilde hesaplanır:

USG Tetkiki İstem Oranı: İlgili Ayda İstem Yapılan USG Sayısı/ İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı



- **BT Tetkiki İstem Oranı** : İlgili Ayda İstem Yapılan BT Sayısı / İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı
- **MR Tetkiki İstem Oranı** : İlgili Ayda İstem Yapılan MR Sayısı / İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı
- **Ayaktan başvuru sayısı**: Normal poliklinik muayene işlemi için başvuru sayısıdır. (**Acil, Diyaliz, fizyoterapi vb. için başvurular dahil edilmeyecektir.**)
- **USG**: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin F Ultrasonografik Tetkikler başlığı altındaki **803.310** ile **803.861** kodları arasındaki işlemleri,
- **BT**: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin H Bilgisayarlı Tomografiler başlığı altındaki **803.870** ile **804.160** kodları arasındaki işlemleri,
- **MR**: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin I Manyetik Rezonans Görüntüleme başlığı altındaki **804.170** ile **804.510** kodları arasındaki işlemlerin sayısını ifade eder.
- Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin poliklinikten istemiş olduğu USG, MR, BT vb. görüntüleme tetkik sayıları, oranları ve **acil servis, diyaliz, fizyoterapi vb.** hariç olmak üzere ayaktan başvuru sayısı aylık olarak SBYS’de en az aşağıda tabloda yer alan tetkik ve bilgileri içeren “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
- USG tetkik sayısı hesaplanırken **803.602 kodlu “ultrason genel”** işlem kodu hesaplama dahil edilmeyecektir.

## • SORU: Numunenin izlenmesine yönelik düzenleme yapılmış mı?

Tetkikler	..... Ayı							
	Laboratuvar Tetkiki Numune Kabul ve Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı							
	Numune Laboratuvara Arasındaki (dakika) *	Alma Hedef Süre	ile Kabul Süre	Numune Laboratuvara Arasındaki (dakika)	Alma Ortalama Süre	ile Kabul Süre	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Hedef Süre (dakika)*	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Ortalama Süre (dakika)
Hemogram								
Glukoz								
BUN								
Kreatinin								
Amilaz								
SGOT								
SGPT								
Direkt Bilirubin								
İndirekt Bilirubin								
Sedimentasyon								
INR								
PTZ								
.....								

\* Hedef süreler sağlık tesisi tarafından belirlenecektir.

Bu bir yönetici takip ekranı değil. Hastalara verilen sonuç çıktı raporu. Önceki ekranın verilerininin anlamlı ve saha ile uyumlu olması için ; gözlemci saha gezisi esnasında evrak çıktısı veya bilgisayar üzerinden sonuç raporlarını birçok örneklem üzerinden incelemeli raporlar üzerinde bu bilgilerin doğru olduğunu teyit etmelidir.

.....Hastanesi Biyokimya Sonuç Raporu

Adı Soyadı		İstemi Yapan Birim	
TC Kimlik No (Kısıtlı)		İstemi Yapan Doktor	
Doğum Tarihi		Numune Türü	
Cinsiyeti		Tetkik İstem Zamanı	:19.02.2019 14:30:45
İşlem/Dosya/Protokol Numarası		Numune Alma Zamanı	:20.02.2019 08:35:42
Rapor Numarası		Numune Kabul Zamanı	:20.02.2019 08:42:35
		Onay Zamanı	:20.02.2019 11:13:02



## SORU: Sağlık tesisinde çalışılan patoloji tetkiklerinin sonuç verme sürelerinin takibi ve analizi yapılıyor mu?

Patoloji Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı				
TETKİK ADI*	OCAK	ŞUBAT	.....	.....
Ortalama sitolojik materyaller sonuç verme süresi	<b>3</b>			
Ortalama 1. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 2. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 3. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 4. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				

\* Tıbbi işlemler yönergesinin ekinde bulunan Girişimsel İşlemler Listesinin Patoloji başlığı altında bulunan: Sitolojik materyaller: 909.210 ile 909.360, 1. düzey histopatolojik inceleme: 909.410 ile 910.200, 2. düzey histopatolojik inceleme: 910.220 ile 910.620, 3. düzey histopatolojik inceleme: 910.640 ile 910.910, 4. düzey histopatolojik inceleme: 910.930 ile 911.100 kodları arasındaki girişimsel işlemleri ifade eder. İlgili ayda tetkik sonuç verme süresi tetkikin istem tarihine göre hesaplanacaktır.

- Patoloji laboratuvarına kabul edilen her bir sitolojik materyal incelemesi için numunenin patoloji **sonuç raporunun onaylandığı zaman** ile **patoloji laboratuvarına kabul edildiği zaman** arasındaki süre hesaplanır. İlgili ayda her bir numune için bulunan bu süreler toplanır ve o aydaki toplam patoloji laboratuvarına kabul edilen numune sayısına bölünerek sağlık tesisinin ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresi bulunur.
- 
- Örnek; Ocak ayı sitolojik materyal sonuç verme süresinin hesaplanması:
  - 1. numune sonuç verme süresi: 6 iş günü
  - 2. numune sonuç verme süresi: 3 iş günü
  - 3. numune sonuç verme süresi: 5 iş günü
  - 4. numune sonuç verme süresi: 2 iş günü
  - .....
  - .....
  - .....
  - 100. numune sonuç verme süresi: 4 iş günü
  - Toplam sitolojik materyal sonuç verme süresi: 300 iş günü
  - Ocak ayı ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresi = **300/100= 3** iş günü olarak hesaplanır.



## Sonucu Geç Verilen Patoloji Raporu Yönetici Takip Ekranı \*

YIL:	AY: OCAK																				
Patoloji Uzmanı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	...	TOPLAM
HASAN.....		1	1			12	18							2	2	2	1				39
AHMET.....	4	2					1	15		1				4		5					32
MEHMET.....	1	4	3			1	3		1				1	3	3	1	4			3	28
.....	9		1			1	1	1	1				8	2						1	25
.....						3		2	6											8	19
.....																5	7				12
.....	2	4	1					1													8
.....															1						1
TOPLAM	16	11	6			17	23	19	8	1			9	11	6	13	12			12	164

\*Tabloda belirtilen rakamlar, patoloji rapor yazım süresi aşıldığında ilgili patoloji uzmanına gönderilen toplam SMS sayısını gösterir



## SORU: Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?

Yataklı Servis İstatistikleri Yönetici Takip Ekranı									
YIL: .....					AY:.....Haziran.....				
SERVİS	Yatak Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Olan Hasta Sayısı	7 Gün İçinde Aynı Kliniğe/Servise Yeniden Yatan Hasta Sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Hemşire Sayısı *	Hemşire Düşen Sayısı	Başına Hasta
Genel Cerrahi	5	15	15	2	%40	3	5	3	
KBB	5	25	25	0		5	5	5	
Ortopedi	5	15	10	1		3	5	3	
Beyin Cerrahisi	5	10	10	0		2	5	2	
.....									
.....									
<b>TOPLAM SAYI/ORTALAMA</b>	20	65	60	3	%43		5	13	

- En çok yapılan hata özellikle BCD grubu hastanelerde karşımıza çıkmaktadır. Bu hastanelerde birçok branş hastası ortak serviste yatar.

### Dikkat!

- Yataklar branşlara göre ayrılmış olmalıdır.
- Örneğin cerrahi servisinde 20 yatak olsun ve 5 hemşire çalışıyorsa bu hemşireler tüm hastalara hizmet vermektedir. **Hemşire sayısını bölemeyiz**



$$\text{Yatak doluluk oranı} = \frac{\text{ilgili dönemde toplam yatılan gün sayısı}}{\text{dönemde toplam gün sayısı} \times \text{yatak sayısı}} \times 100$$

Örneğin genel cerrahi servisinde haziran ayında yatan sayısı 15 ise yatılan gün sayısı 60 olsun. Dönemde gün sayısı 30 olduğuna göre

$$\text{YDO} = \frac{60}{30 \times 5} \times 100 = \% 40 \text{ olarak hesaplanır}$$

$$\text{Yatak devir hızı} = \frac{\text{Yatan hasta sayısı}}{\text{Yatak sayısı}} = \frac{15}{5} = 3$$



- Amaç: gereksiz ve endikasyonsuz hasta yatışının önüne geçmek
- En sık yapılan hata :Yönetim tarafından en kısa ve uzun yatış süreleri belirlenmiyor.





- Hasta başına gerçekleştirdiği ilk ziyaret zamanı: Günlük olarak sağlık personeli tarafından tıbbi tedavi veya bakım amacı ile ilk hastaya yapılan ziyaretin saatini ifade eder.
- Hasta ziyaretinin sonlandığı işlem zamanı : Aynı gün içerisinde sağlık personeli tarafından son hastaya yapılan ziyaretin saatini ifade eder
- **Dikkat!**
- Bu tablonun verilerinin doğru sonuçlar ortaya koyması için hasta ziyareti başlatıldığı ve sonlandırıldığı anda SBYS ye verilerin işlenmesi gerekmektedir.





Amaç yoğun bakımlara yatan hastaların takibini yaparak **endikasyonsuz yatışların** önüne geçmek

**Dikkat:** Tabloda bulunan her **yoğun bakım servisi** için en kısa ve en uzun yatış süreleri **ayrı ayrı** belirlenmiş olmalıdır.

- **1.YB.2.1.** Yoğun bakımlardan istenen konsültasyonların gerçekleşme süreleri her bir hekim ve branş için aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

..... Yoğun Bakım Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Yönetici Takip Ekranı					
Branş	Hekim Adı Soyadı	OCAK		ŞUBAT	TOPLAM
		Ortalama Gerçekleşme Süresi (dakika)	Konsültasyon	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)
A Branşı	X Hekim	1200			
A Branşı	Y Hekim	30			
A Branşı	.....				
A Branşı Ortalama					
B Branşı	Z Hekim				
B Branşı	Q Hekim				
B Branşı	.....				
B Branşı Ortalama					
.....	.....				
.....	.....				
GENEL ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI+.....)					

- Amaç: Konsültasyon istenen hastalara hekimlerin en kısa sürede ulaşmalarını temin ve takip etmek.
- Tablodaki verilerin doğruluğunu teyit etmek için gözlem esnasında mutlaka **hekimlerle görüşerek SMS ulaşıp ulaşmadığı** kontrol edilmelidir.
- Yine SMS raporları SBYS sisteminden kontrol edilmelidir.
- **Dikkat!**
- **En sık yapılan hata; hekim konsültasyondan sonra HBYS üzerinden işlemi kapatmadığı için süreler çok uzun oluyor.**



- \*Ameliyat grupları Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “**Girişimsel İşlemler Listesi**”ne göre tanımlanmalıdır.
- \*\*Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı; ilgili ayda toplam ameliyat sayısının sağlık tesisi toplam ameliyat masa sayısına bölünmesiyle hesaplanır.
- **Dikkat! Özellikle E grubu ameliyatlardan çoğu poliklinik şartlarında ameliyat masasına ihtiyaç olmadan yapılan operasyonlardır. Bu sebeple hastanelerde sanal ameliyat masaları oluşturulmaktadır. Bu yüzden ameliyathanedeki masa sayısı ile tablodaki masa sayıları uyuşmayabilmektedir.**



- **1.A.2.5** Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatların başlangıç ve bitişleri ile ameliyat aralarındaki vakalar arası bekleme süreleri (temizlik vb.) SBYS’ de izlenebilmeli, kayıt altına alınarak, aylık olarak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Ameliyat Salonları Kullanımı Yönetici Takip Ekranı									
Vakalar	Ameliyat Salonu 1			Ameliyat Salonu 2			Ameliyat Salonu 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		09:00	09:45		08:30	09:00	-
1. Vaka	09:25	12:05	40	09:30	10:05	-15	09:00	10:00	0
1. 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 değerlendirilmelidir.

- **Dikkat!**

- Veriler manuel olarak hatalı girildiğinde – **15** gibi anlamsız değerlerle sahada sık karşılaşılmaktadır.
- Veya poliklinik ortamında yapılan E gurubu işlemler SBYS üzerinden ameliyathanede bulunan masalar üzerine girilmektedir. Aynı anda ameliyat masasında da başka hasta ameliyat edildiğinden saatler karışmaktadır.
- Bir salonda 1. ameliyat biter bitmez aynı anda hasta alınıyorsa bekleme süresi **0** çıkar. Bu değer iki ameliyat arasında temizlik yapılmadığını gösterir ve anlamsızdır. **Olumsuz** olarak değerlendirilir.



## • SORU: Sağlık tesisinde sertifikalı çalışan personel sayısının takibi yapılıyor mu?

..... Yılı Hizmet Birim/Ünitelerinde Görev Yapan Sertifikalı Personel Yönetici Takip Ekranı \*

Birim/Üniteler	Çalışan Personel Sayısı	Görev Yaptığı Alan ile İlgili Sertifikalı Personel Sayısı	Sertifikalı Çalışan Personel Oranı
Yoğun Bakım			
Acil Servis			
Ameliyathane			
Palyatif Bakım			
Hemodiyaliz			
.....			
.....			
<b>TOPLAM SAYI/ORTALAMA</b>			

- **Dikkat!**
- Sık karşılaşılan hata
- Personel özlük biriminde, çalışanların görev yerleri tam olarak **SBYS ye girilmediğinden** ilgili birimde çalışmamasına rağmen sertifikası olan personelde bu tabloda gösteriliyor.
- Örneğin diyaliz sertifikası olan hemşire dahiliye kliniğinde çalışıyor fakat sertifikası var diye diyaliz biriminde hesaplanıyor

- **SORU: Atıkların miktar takibi yapıyor mu?**

### TIBBİ ATIK MİKTARININ PARAMETRELERE GÖRE ANALİZİ

	Ocak	Şubat	Mart	....	....	Aralık	Toplam
<b>Toplam Hasta Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı*</b>	0.125						
<b>Yatan Hasta Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı</b>	8.33						
<b>Dolu Yatak Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı</b>	1.58						
<b>Diyaliz Seans Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı</b>	1.5						

*\*Toplam hasta sayısı acil, yatan ve poliklinik hastalarını kapsar.*

150 yataklı bir hastanenin yatak doluluk oranı %70, 1 ayda üretilen tıbbi atık miktarı 5000 kg ve hastaneye gelen hasta sayısı 40000 olsun. İlgili ayda ise yatan hasta sayısı 600 olsun. Hastanenin aylık diyaliz tıbbi atık miktarı 500 kg ve seans sayısı da 200 olsun. Buna göre:

İlgili ayın tıbbi atık miktarı (kg)

**1- TOPLAM HASTA BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI**=-----

İlgili ayda toplam hasta sayısı (acil, yatan ve poliklinik)

5000

• **TOPLAM HASTA BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI** =----- = 0.125 kg

40000



ilgili ayın tıbbi atık miktarı (Kg)

**2- YATAN HASTA BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI** =-----

ilgili ayda toplam yatan hasta sayısı

5000

**YATAN HASTA BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI** =----- = 8,33 kg

600



İncelenen süredeki toplam tıbbi atık miktarı

-----  
İncelenen süredeki toplam dolu yatak sayısı

**3- DOLU YATAK BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI=**-----  
İncelenen süre

İncelenen süredeki toplam dolu yatak sayısı=  $(150 \times 70) / 100 = 105$

$$\text{DOLU YATAK BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI} = \frac{5000}{105} = 1.58 \text{ kg}$$

-----  
30



$$4- \text{DİYALİZ SEANS BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI} = \frac{\text{İlgili ayın diyaliz tıbbi atık miktarı}}{\text{İlgili aydaki diyaliz seans sayısı}}$$

$$\text{DİYALİZ SEANS BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI} = \frac{500}{200} = 1.5 \text{ kg}$$



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Verimli bir değerlendirme  
dönemi geçirmek dileğiyle

TEŞEKKÜRLER