



SISOFT HEALTHCARE INFORMATION SYSTEMS
SISOFT SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ

**VERİMLİLİK
DEĞERLENDİRME REHBERİ
HASTANE**

DEĞİŞİKLİK NO	TARİH	YAYIN VE DEĞİŞİKLİK İÇERİĞİ	DEĞİŞİKLİĞİ YAPAN
0	07.05.2018	İlk yayın	Oğuz SELVİ

BÖLÜMLER

POLİKLİNİK

SORU: Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim için poliklinik odası oluşturulmuş mu?

SIRA : 5
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.5.2 Branş/Klinik kullanımına ait poliklinik oda sayısının doktor sayısına oranı yönetim tarafından takip edilmelidir.

BAKINIZ	HBYS > Kalite İndikatör Raporları > Hekim > Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Veri Toplama Formu
NOT	Raporun sağlıklı çalışabilmesi için mutlaka Hastane ve Tarih seçimi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

yapan her bir branş/klinik için asgari olarak aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi klinisyen hekim sayısı, poliklinik oda sayısı ve branş/klinik kullanımına ayrılan poliklinik odası oranları hesaplanmalı, yeni poliklinik odası açıldığında, yeni klinisyen hekim göreve başladığında tablo güncellenmeli ve yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

Uzman hekim sayısı fazla olan hastanelerde aşağıdaki tablonun yönetici tarafından değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı			
Poliklinik Yapan Branş/Klinik	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*
Genel Cerrahi			
Ortopedi			
KBB			
.....			

**Bu oran klinisyen hekim sayısı / poliklinik oda sayısı şeklinde hesaplanır.*

SORU: Polikliniklerde hastaların ortalama muayene süreleri ölçülüyor mu? (A ve B rolündeki hastanelerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 7
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.7.1. Tüm polikliniklerde yapılan muayene sayısı ve ortalama muayene süresi ölçülmeli, yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile değerlendirilerek gerekli ise iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

BAKINIZ	Hastane İstatistikleri > Hastane İstatistikleri sekmesinden istenilen tarih filtreleri girilerek muayene sayılarına erişilebilir
----------------	--

SORU: Poliklinik hizmetlerine geç başlama bildirimi yapılıyor mu?

SIRA : 8
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.8.1. Görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirimi SMS ile ilgili kişilere yapılmalıdır.

BAKINIZ	Kontrol Paneli > Sistem Durumu > Zamanlanmış Görevler
NOT	Yukarıdaki modül üzerinden Doktor Bildirim Taskı ve Sms Gönderim Taskının çalıştırılması yeterlidir.Program Parametreleri ekranından belirlenen Mesai Başlangıç Saatine göre gecikme süreleri belirlenmektedir.* Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_islemleri_modulu_kullanim_klavuzu.pdf

AÇIKLAMA:

Görevli personelin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirimi SMS ile ilgili kişilere yapılmalıdır.

Bu bildirim ilgili hekime, ilgili Klinik/Branş İdari Sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısına SMS ile yapılmalıdır.

Örneğin;

Sağlık tesisi tarafından poliklinik başlama saati 08:30 olarak kabul edilmiş, ilgili poliklinikte muayene bekleyen kayıtlı hasta var ve halen muayeneye başlanmamış ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi ilgili hekime: “Bugün saat 08:31 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:40 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi Klinik/Branş İdari Sorumlusuna: “Bugün saat 08:41 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:50 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi İlgili Başhekim Yardımcısına: “Bugün saat 08:51 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

SORU: Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, EKO, odyoloji, ürodinami, ESWL, SFT vb.) yapılan ilk ve son işlem zamanının ve işlem sayısının takibi SBYS’ den yapılıyor mu?

SIRA : 9
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.9.1. Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, EKO, odyoloji, ürodinami, ESWL, SFT vb.) yapılan ilk ve son işlem zamanı ve sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

BAKINIZ **Yönetici Takip Ekranı > Süre Analizi > Poliklinik Çalışma**

P.9.2. Sağlık tesisi tarafından belirlenen ilk işlem zamanında gecikme olması durumunda sorumlu hekime veya personele SMS ile uyarı mesajı gönderilmelidir

BAKINIZ

- **Salon Tanımları > Hastane Ünite Tanımları > İşleme Başlama Süresi**
- **Salon Tanımları > Hastane Ünite Tanımları > Sorumlu Personel**
- **Salon Tanımları > Hastane Ünite Tanımları > Başhekim Yardımcısı**

NOT

İlk İşleme Başlama Süresi program parametrelerinde bulunan mesai başlangıç saatine ek olarak eklenecek dakikayı belirlemektedir. Uç birimler ve kan alma birimi için kullanıma başlama zamanını bu alana göre hesaplayıp ilgili sorumlu kişilere SMS ile bilgilendirme yapılmaktadır.

AÇIKLAMA:

Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, EKO, odyoloji, ürodinami, ESWL, SFT, laboratuvarlar vb. tetkik alanlarında ilk ve son işlemin yapıldığı zaman ile işlem sayısı SBYS' den izlenebilmeli ve en az aşağıda verilen tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde "Yönetici Takip Ekranı" oluşturulmalıdır.

..... Ayı Tetkik İşlemlerinin Başlangıç-Bitiş Zamanı ve İşlem Sayısı Raporu*

GÜNLER	Zaman/İşlem Sayısı	Tetkik Birimleri					
		Kan Alma	SFT	EKG	Direkt Grafi	USG	Diğer
1	İlk işlem zamanı						
	Son işlem zamanı						
	İşlem sayısı						
2	İlk işlem zamanı						
	Son işlem zamanı						
	İşlem sayısı						
...	İlk işlem zamanı						
	Son işlem zamanı						
	İşlem sayısı						
31	İlk işlem zamanı						
	Son işlem zamanı						
	İşlem sayısı						

*Acil serviste hizmet veren tetkik birimleri hesaplamaya dahil edilmeyecektir. Birden fazla kan alma, ekg ya da direkt grafi vb. birimler var ise her birim için bu veriler ayrı ayrı takip edilecektir.

Sağlık tesisi tarafından tetkik birimlerinin her biri için birimin mesaiye başlayış zamanı SBYS'de tanımlanmalıdır.

Tetkik birimlerinde ilk işleme başlayış zamanı aşıldığında ilgili sorumlu personele ve sonrasında başhekim yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilmelidir.

Örneğin,

Kan alma biriminde saat 8:00'de yapılması gereken ilk işlem 08:15'de gerçekleşmedi ise ilgili laboratuvar sorumlusuna, saat 08:30'da halen gerçekleşmedi ise ilgili başhekim yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilmelidir.

Kan alma birimi başlama saati bilgisi ilgili laboratuvar sorumlusuna: "Bugün saat 08:15 itibariyle Merkez Bina Kan Alma Birimi tetkik kabul işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize"

Kan alma birimi başlama saati bilgisi ilgili başhekim yardımcısına: "Bugün saat 08:30 itibariyle Merkez Bina Kan Alma Birimi tetkik kabul işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize"

Örnekte verilen mesaj gönderme aralıkları 15 dakika olarak belirlenmiş olup, bu aralık süresi sağlık tesisi tarafından kendi dinamiklerine göre değiştirilebilir.

Gözlemciler, SBYS'de Yönetici Takip Ekranı" oluşturulup-oluşturulmadığını ve birimlerde mesaiye geç başlama durumlarında ilgili personele SMS ile uyarı mesajı gönderilip-gönderilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Sağlık tesisindeki tetkiklerin (USG, MR, BT, EEG, EMG, EKO, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp, Uyku Laboratuvarı vb.) randevu verme sürelerinin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 10
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.10.1. USG tetkiki için randevu verme süresi en fazla 3 iş günü olmalıdır.

BAKINIZ	Kurumun teknik ve personel yeterliliğine göre bu madde karşılanabilir.
----------------	---

P.10.2. MR tetkiki için randevu verme süresi en fazla 10 iş günü olmalıdır.

BAKINIZ	Kurumun teknik ve personel yeterliliğine göre bu madde karşılanabilir.
----------------	---

P.10.3. BT tetkiki için randevu verme süresi en fazla 10 iş günü olmalıdır.

BAKINIZ	Kurumun teknik ve personel yeterliliğine göre bu madde karşılanabilir.
----------------	---

P.10.4. EMG tetkiki için randevu verme süresi en fazla 20 iş günü olmalıdır.

BAKINIZ	Kurumun teknik ve personel yeterliliğine göre bu madde karşılanabilir.
----------------	---

P.10.5. EEG tetkiki için randevu verme süresi en fazla 20 iş günü olmalıdır.

BAKINIZ	Kurumun teknik ve personel yeterliliğine göre bu madde karşılanabilir.
----------------	---

P.10.6. Mamografi, Endoskopi, Uyku Laboratuvarı vb. tetkikler için sağlık tesisi tarafından randevu verme süresi belirlenmelidir.

BAKINIZ	Randevu Seans modülünden randevu süreleri tanımlanabilir.
----------------	--

AÇIKLAMA:

Randevular SBYS üzerinden verilmelidir. Randevu defterleri kullanılmamalıdır. Tetkik randevuları için hedef süreler, Bakanlıkça verilen USG, MR, BT, EEG, EMG dışındaki tetkikler için sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve Bakanlıkça belirlenen ve sağlık tesisinin kendi dinamiklerine göre belirlediği hedef süreler SBYS’de tanımlanmalıdır. Bu sürelerin aşılması durumunda ilgili personele uyarı mesajları gönderilmelidir.

Kamu Özel İşbirliği Modeli ile yönetilen sağlık tesislerinde “yapım işleri ile ürün ve hizmetlerin temin edilmesi işi” sözleşme hükümlerinde bahsi geçen hedef süreler SBYS’de tanımlanmalı ve randevular randevular bu sürelere uygun verilmelidir. Bu sürelerin aşılması durumunda ilgili personele uyarı mesajları gönderilmelidir.

Randevu sürelerinin tespiti için, SBYS' de her bir hasta için tetkik istem zamanı ile tetkikin gerçekleştiği zamanın girilebileceği alanlar oluşturulmalıdır.

Her bir hasta için tetkikin istem zamanı ile tetkikin gerçekleşme zamanları arasındaki geçen süre ölçülmeli, en sık tekrarlanan randevu süresi(mod) ile en uzun randevu süresi hesaplanmalıdır.

Örneğin,

Ayın 1’ inde 6 hastaya Endoskopi randevusu,

1. hastaya 4 iş günü
2. hastaya 4 iş günü
3. hastaya 5 iş günü
4. hastaya 10 iş günü
5. hastaya 4 iş günü
6. hastaya 5 iş günü sonrasına verildi ise;
Sağlık tesisinin endoskopi randevu süresinin hesaplanmasında, en sık tekrar eden değer (4 iş günü) randevu süresi olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak ayın 1'i için;
Sağlık tesisinin en uzun endoskopi randevu verme süresi 10 iş günü
Sağlık tesisinin en sık tekrar eden randevu süresi 4 iş günüdür.

SORU: Sağlık tesisinde hazırlık gerektiren işlemler için (Endoskopi, EMG, BT, MR, Nükleer Tıp, Uyku Laboratuvarı, Eforlu EKG, Holter v.b.) hastalara bilgilendirme uyarısı yapılıyor mu?

SIRA : 11
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.11.1. Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler için hastalara randevu zamanı ile ilgili SMS ile ön bilgilendirme yapılmalıdır.

BAKINIZ	Hasta Sms Gönderim > Şablon > Tetkik Randevu Hatırlatma
NOT	Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_islemleri_modulu_kullanim_klavuzu.pdf

P.11.2. Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler için hastalara varsa yapmaları gereken ön hazırlıklar ile ilgili SMS ile ön bilgilendirme yapılmalıdır.

BAKINIZ	Hasta Sms Gönderim > Şablon > Tetkik Randevu Hatırlatma
NOT	Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_islemleri_modulu_kullanim_klavuzu.pdf

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından, hastaya randevu tarihinden 1 önceki akşam saat 20:00'de randevu zamanı ile ilgili yapılacak bilgilendirmede; tetkikin yapılacağı gün ve hastanın hastanede olması gereken saat, işlemin yapılacağı bölüm, kat bilgileri bulunmalıdır.

Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler (EMG, endoskopi, nükleer tıp uygulamaları, uyku bozukluğu testleri, biyopsiler, BT, MR vb.) için hastalara yapmaları gereken ön hazırlıklar varsa ikinci bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme; hastanın işlem öncesi aç kalıp kalmayacağı, sürekli kullandığı ilaçlar ve alerji yaptığı bilinen ilaçlar konusunda hekimini bilgilendirmesi ve kan sulandırıcı, kanama artırıcı vb. ilaçlar kullanıyorsa işlemden kaç gün önce kesilmesi gerektiği, tetkik için kullanması gereken ilaçlar varsa kullanım şekli ve zamanını kapsamalıdır.

Örnek 1: (Randevu hatırlatma mesajı)

“Sayın Ahmet GÜZEL, 17.12.2017 perşembe günü hastanesinde saat 08:30’da endoskopi randevunuz bulunmaktadır. Randevu saatinden 15 dk. önce Merkez Bina 1. kat endoskopi ünitesinde hazır bulunmanız gerekmektedir. (Not: Kısa süreli gecikmeler olabilir). Bilgilerinize”

Örnek.2. (Randevu hatırlatma mesajı)

“Sayın Ahmet GÜZEL, 08.11.2017 tarihinde saat 13:30 daHastanesinde HOLTER randevunuz vardır. Randevu saatinden 15 dk. önce F Blok HOLTER biriminde bulunmanız gerekmektedir. (Not: Kısa süreli gecikmeler olabilir). Bilgilerinize”

Örnek.3. (Ön hazırlık hatırlatma mesajı)

“Sayın Ahmet GÜZEL, 15.02.2018 tarihinde saat 08:30`da Hastanesinde Endoskopi randevunuz vardır. İşlem öncesi en az 8 saat aç olmanız gerekmektedir. Bu nedenle gece 12:00` dan sonra hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz. Kanama artırıcı, kan sulandırıcı ve ağrı kesici ilaçlar kullanıyorsanız işlemden bir hafta önce lütfen doktorunuzla iletişime geçiniz.”

SORU: Sağlık tesisinde MR ve BT tetkiklerinin sonuç verme sürelerinin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 12
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.12.1. SBYS' de her bir hasta için çekimin gerçekleştiği zaman ve rapor onay zamanının girilebileceği alanlar tanımlanmalıdır.

BAKINIZ Radyoloji Sonuç Giriş ekranında istenilen alanlar mevcuttur.

P.12.2. MR çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.

BAKINIZ Kurumun teknik ve personel yeterliliğine göre bu madde karşılanabilir.

P.12.3. BT çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.

BAKINIZ Kurumun teknik ve personel yeterliliğine göre bu madde karşılanabilir.

P.12.4. Sağlık tesisinde MR ve BT tetkiklerinin sonuç raporlarının yazım süresi aşıldığında ilgili uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

BAKINIZ İstenilen SMS sistem ve şablonu kısa süre içerisinde yapılacaktır.

P.12.5. Sağlık tesisinde MR ve BT tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi hastalara SMS ile bildirilmelidir.

BAKINIZ Salon Tanımları > Sms Tanımı

NOT

Girilen ekranda Onayda Hastaya SMS Gönderilsin seçeneği işaretli olmalıdır.

AÇIKLAMA:

SBYS' de her bir hasta için çekimin gerçekleştiği zaman ve rapor onay zamanının girilebileceği alanlar tanımlanmalıdır. Her bir hasta için görüntüleme tetkikine ait çekim ve raporlama zamanları arasındaki geçen süre hesaplanmalıdır. Bakanlık tarafından belirlenen süreler aşıldığında ilgili uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Örnek:

Sağlık tesisinin belirlediği rapor yazma süresi aşıldığında ilgili uzman hekime; “Sn. Dr. Ayşe Subaşı 27402847 işlem numaralı LEYLA EROL isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 3 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize.”

İlgili uzman hekime SMS ile gönderildikten 1 gün sonra sonuç halen çıkmadıysa klinik idari sorumlusuna; “LEYLA EROL isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 4 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize”

İlgili klinik idari sorumlusuna SMS ile gönderildikten 1 gün sonra sonuç halen çıkmadıysa başhekim/ sorumlu başhekim yardımcısına; “LEYLA EROL isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 5 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize”

Sağlık tesisinde MR, BT, EEG vb. tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi hastalara SMS ile bildirilmelidir.

Örnek;

“Sayın FATMA TÜRKELİ, 30.10.2017 tarihinde Hastanesinde çektiğiniz olduğunuz tomografi sonucunuz çıkmıştır. Alo 182 den ya da www.mhrs.gov.tr adresinden muayene olduğunuz polikliniğe randevu alarak muayene zamanınızı belirleyebilirsiniz. Sağlıklı günler dileğiyle.”

Gözlemciler, yukarıda bahsi geçen tetkikler için sonuç verme süre hesaplamalarının yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp-yapılmadığını ve tetkik randevu hedef sürelerinin aşılması durumlarında ilgili personele SMS ile uyarı mesajı gönderilip-gönderilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları Bakanlık hedeflerine uygun mu?

SIRA : 14
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.14.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı aylık olarak takip edilmeli ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

BAKINIZ **Doktor Reçete Sayıları raporu , istenilen raporu neredeyse karşılamaktadır.**

P.14.2. E-reçete şifresi SMS ile hastaya gönderilmelidir.

BAKINIZ	Sms Şablon Tanımı > Şablon Tipi > Reçete Verilen Hastayı Bilgilendirme
NOT	Sms Gönderilsin işaretli olmalıdır. Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_islemleri_modulu_kullanim_klavuzu.pdf

AÇIKLAMA:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü' nün aylık olarak İl Sağlık Müdürlüklerine gönderdiği e- reçete oranları sağlık tesisi yönetimi tarafından temin edilmeli ve sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı takip edilmelidir. Analiz sonuçları ile ilgili hastane yönetimi tarafından yapılan çalışmaların varlığı ve çalışma sonucuna yönelik yapılan düzenlemeler gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

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

E-reçete Kullanım Oranı						
YIL:			AY:			
Hekim Adı Soyadı	Branşı	E-Reçete Sayısı	Kağıt Reçete Sayısı		Toplam Reçete Sayısı	E-Reçete Sayısı / Toplam Reçete Sayısı
			Acil	Poliklinik (Ayaktan)		

E-reçete şifresi SMS ile hastaya gönderilmelidir.

Örnek bilgilendirme mesajı: “Sayın Ahmet GÜZEL 07.11.2018 tarihli reçetenizin numarası UIR6MS dır. Daha sonraki randevularınız için Alo 182 den ya da www.mhrs.gov.tr adresinden randevu alarak muayene zamanınızı belirleyebilirsiniz. Geçmiş olsun dileklerimizle. Hastanesi.”

SORU: Sağlık tesisinde MHRS kullanım oranı takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 15
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 15
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.15.2. Poliklinik odası girişlerinde bulunan hasta çağrı ekranında MHRS’den randevu alan hastanın MHRS randevulu olduğu belirtilmelidir.

BAKINIZ	Hasta randevulu ise hasta çağrı ekranında randevu bilgisi vermekteyiz.
----------------	---

P.15.3. İlk muayenesi yapılan hastanın, devam eden kontrol muayene randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.

BAKINIZ	Doktor Poliklinik ekranındaki Randevu butonuna tıkladığında , Poliklinik randevu ekranı açılmaktadır.Tarih ve saat dilimi seçildikten sonra Randevu butonuna tıklayarak devam eden ve kontrol muayene randevusu verilebilmektedir.
----------------	---

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

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

SIRA : 22
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.4.1. Sağlık tesisinde bulunan klinisyen hekimlerin ve branşların poliklinikten (acil servis hariç) istemiş olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları ve oranları aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

BAKINIZ | **Yönetici Takip Ekranı > Tetkik – Görüntüleme > Görüntüleme Sayıları**

LABORATUVAR HİZMETLERİ (BİYOKİMYA, MİKROBİYOJİ, PATOLOJİ)

SORU: Numunenin izlenmesine yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 23
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.1.1. Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

BAKINIZ	Gelen her numune barkod okuyucu ile Materyal Teslim ve Çıkış ekranından kabul edilir.
----------------	--

SORU: Sağlık tesisinde çalışılan laboratuvar tetkiklerinin takibi ve analizi yapıyor mu?

SIRA : 25
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.3.1. Her bir hekim için hasta başına düşen biyokimya ve mikrobiyoloji tetkik sayısı ile dış merkezlere gönderilen tetkik sayısı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

BAKINIZ	Tetkik ve hasta sayısı Laboratuvar İstatistikleri raporundan alınabilir.
----------------	---

L.3.3. Sağlık tesisi tarafından paket tetkikler (rutin biyokimya, acil biyokimya paneli gibi) kullanılmamalıdır. Tetkikler için süre ve sayı kısıtlama tanımları oluşturulmalıdır.

BAKINIZ	Hizmet Kart Tanım ekranından istenilen hizmet için süre ve sayı kısıtlaması yapılabilir.
----------------	---

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

SIRA : 26
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.4.1. Sağlık tesisi tarafından belirlenen sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri SBYS' de tanımlanmalıdır.

BAKINIZ	Laboratuvar Çalışma Programı ekranından sitoloji ve biyopsi hizmetlerinin sonuç verme sürelerinin tanımı yapılabilir.
----------------	--

L.4.2. Patoloji laboratuvarında numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat SBYS' de takip edilmelidir.

BAKINIZ	Laboratuvar Süre Analiz Form ekranından Salonu Patoloji , Fark kısmını ise 1 yapıp sorguladığımızda Materyal Kabul Zamanı ve Onay Zamanları takip edilebilir.
----------------	--

L.4.3. Belirlenen sitoloji ve biyopsi sonuç verme süresinin aşılması halinde ilgili patoloji uzmanına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

BAKINIZ	<ul style="list-style-type: none">• Sms Şablon Tanımı > Şablon Tipi > Patoloji Raporu Süre Aşım Uyarısı• Salon Tanımları > Hastane Ünite Tanımları > Sorumlu Personel• Salon Tanımları > Hastane Ünite Tanımları > Başhekim Yardımcısı
NOT	<ul style="list-style-type: none">• Sms Gönderilsin işaretli olmalıdır.• Yukarıdaki alanlardan ise SMS atılacak olan personeller tanımlanmalıdır.• Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_islemleri_modulu_kullanım_klavuzu.pdf

L.4.5. Hastaya patoloji sonuç raporunun hazır olduğuna dair SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

BAKINIZ	Salon Tanımları > Sms Tanımı
NOT	Girilen ekranda Onayda Hastaya SMS Gönderilsin seçeneği işaretli olmalıdır.

SORU: Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı? (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)

SIRA : 27
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.5.1. Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari;

- İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane ya da laboratuvarın adı,
 - Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık değeri,
 - Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı,
 - Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat,
- Patoloji hasta sonuç çıktısında yukarıdaki maddelere ilave olarak;
- Klinisyen ön tanısı, sonucun yorumu açısından önemli klinik bilgiler
 - Raporu yazanın adı soyadı,
 - Numunenin türü ve alındığı vücut bölgesi,
 - Makroskopik bulgular,
 - Varsa kasette yazan numara ve materyalden kaç blok alındığı bilgileri yer almalıdır.

BAKINIZ

Tetkik Gözlem ekranından istenilen bilgilere ulaşılabilir.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar hasta sonuç çıktısı üzerinden istenilen tüm kriterlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir. Numune servis veya poliklinikte alınıyorsa barkod o sırada alınmalı ve numune kabının üzerine yapıştırılmalıdır. Numunenin alındığı ve laboratuvara kabul edildiği zaman aralığı test sonucunu etkilemektedir. Bu süre bize aynı zamanda preanalitik sürecin kontrol edilmesinde yönlendirici olacaktır. Laboratuvar sonuç verme sürelerine uyum bu alandan izlenebildiği için acil yapılan testlerde dahil olmak üzere sonucun onaylandığı tarih ve saat mutlaka hasta sonuç raporunda yer almalıdır.

ACİL SERVİS

SORU: Sağlık tesisinde acil servis başvuru sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 33
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.6.1. Sağlık tesisine yapılan yeşil, sarı, kırmızı alan ve toplam acil servis başvuru sayı ve oranları aylık olarak analiz edilmelidir.

BAKINIZ **Yönetici Takip Ekranı > Başvurular > Acil**

AS.6.2. Yoğunluğu azaltmak için acil servise başvuran yeşil, sarı ve kırmızı alan hasta sayısının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak en yoğun zaman dilimlerinde uygun sayıda personel desteği sağlanmalıdır. (A ve B rolü hastanelerde değerlendirilecektir).

BAKINIZ **Yönetici Takip Ekranı > Başvurular > Acil**

AS.6.3. Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

BAKINIZ **Yönetici Takip Ekranı > Başvurular > Acil**

AÇIKLAMA:

Acil servise yeşil, sarı ve kırmızı alanlara günlük başvuru sayıları, **saat dilimleri** göz önüne alınarak SBYS üzerinden en az aşağıda verilen “Acil Servis Aylık Başvuru Sayısı Takip Tablosu”nda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturularak takip edilmelidir.

Acil servis başvuru yoğunluğu hesaplanırken, acil servis başvuru oranı için; acil servise başvuran toplam hasta sayısının, sağlık tesisine yapılan toplam başvuru sayısına oranı esas alınmalıdır. Acil servis yeşil ve sarı alan başvuru oranları için ise, acil servise başvuran yeşil ve sarı alan hasta sayılarının acil servise başvuran toplam hasta sayısına oranı esas alınmalıdır.

Acil Servis Aylık Başvuru Sayısı Takip Tablosu

YIL:

AY:

Başvuru sayısı

GÜNLER	Saatler									GÜNLÜK TOPLAM BAŞVURU SAYISI
	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 Başvuru Sayısı										
Sağlık Tesisine Yapılan Toplam Başvuru Sayısı (Acil dahil)										
Aylık Başvuru Oranı										

Acil servise başvuran yeşil, sarı, kırmızı alan hasta sayısının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak, acil servis hasta yoğunluğunun fazla olduğu zaman dilimi belirlenmeli, bu yoğunluğu azaltacak düzenlemeler yapılmalıdır. 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.

Gözlemciler, SBYS'de Yönetici Takip Ekranı'nın oluşturulup-oluşturulmadığını, aylık olarak başvuru yoğunluğunun takip edilip-edilmediğini ve yoğun saatlerde uygun sayıda personel görevlendirilmesinin yapıp-yapılmadığını değerlendirilmelidir.

SORU: Acil serviste takip edilen hastaların servislere yatışlarında öncelik sağlanıyor mu?

SIRA : 34
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.7.1. Acil serviste kliniklere ve yoğun bakımlara yatış bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilmelidir.

BAKINIZ	Acil serviste ve yoğun bakımlarda yatış bekleyen acil hastalara yatak önceliği mevcuttur.
----------------	--

AÇIKLAMA:

Acil serviste yatış bekleyen hastalar için sağlık tesisi tarafından aşağıdaki konularda çalışma yapılıp yapılmadığı incelenmelidir.

Acil servislerde yaşanan yoğunluğun en önemli sebeplerinden biri; hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gereken hastaların ilgili klinik/branşlara uygun ve hızlı bir şekilde dağıtılamaması ve bu hastaların acil servislerde mevzuatta belirtilen süreden daha uzun süre beklemeleridir. Hastanelerde en öncelikli konuların başında acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin etkin ve sağlıklı biçimde sürdürülebilmesi gelir. Acil servisten yataklı servislere hasta yatış sürecinde yatış işlemini kolaylaştırmak ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla;

Acil serviste muayenesi gerçekleştirilen ve herhangi bir yataklı servise yatışı verilen hastaların yatış işlemlerinin öncelikli gerçekleştirilmesi için SBYS üzerinden o servise polikliniklerden başka hastanın yatırılmasına engel konulması önem arz etmektedir.

Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilmeli ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilmelidir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılmalıdır. Acil servisten kliniklere yatış için bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilmelidir. Acil servise akut bir rahatsızlık veya bir başka sağlık tesisinden acil olarak veya yatış amaçlı araçla sevk yoluyla gelmeyen hastaların yatış ve takibi kesinlikle yapılmamalıdır.

Acil serviste gözlem ve takip için 8 (sekiz) saatten uzun veya yatış kararı verildiği halde 4 (dört) saatten uzun yatan hastası bulunan klinikler için elektif koşullarda yeni hasta yatırılmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulmalıdır. Başka bir klinikte yatak olması durumunda bu yataklar acil serviste yatış için bekleyen hastaların kullanımına açılmalıdır. Acil serviste yatan veya ayakta gelen hastalar için ayrı bir laboratuvar veya görüntüleme merkezi olmayan durumlarda bu hastalar

için istenen tetkik, görüntüleme veya girişimlere öncelik verilerek bu işlemler yapılmadan elektif hasta alınmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulmalıdır.

Hastane bilgi sistemi tarafından elektif hastaların yatırılmasının engellenmesi; hastane bazında mevcut olan her branş için yakın ve diğer branş listesi başhekimliklerce oluşturulmalı, listenin SBYS'ye yüklenilmelidir. Bu liste çerçevesinde hasta yatışının SBYS tarafından en uzun süre boş kalan yakın branş yatağından başlamak üzere otomatik olarak gerçekleştirilmesi yolu kullanılmalıdır. Acil serviste yatış bekleyen hasta var iken mücbir durumlarda mevcut engel işleminin sadece başhekim ve/veya acil klinik idari sorumlusu tarafından geçici olarak ve sadece istisnai durum için nedeni belirtilerek kaldırılabilmesi; blokajın başhekim ve/veya acil klinik idari sorumlusu tarafından geçici olarak kaldırılması durumunda istisnai durum haricinde ilgili birimlerde diğer vakalar için yatış işlemi yapılamaması amacıyla gerekli tedbirlerin alınması önemlidir.

SORU: Hastaların müşahede odasında kalış süreleri takip ediliyor mu? (2. ve 3. seviye acil servislerde değerlendirilecektir).

SIRA : 37
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.10.1. Hastanın acil servise başvuru zamanı, muayene zamanı, müşahedeye giriş zamanı, müşahedededen çıkış zamanı SBYS' de ayrı ayrı tanımlı olmalıdır.

BAKINIZ	Kalite İndikatör Raporları >İndikatör Raporları > Acil İşlemler > Müşahede İşlemleri>Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Toplama Formu
NOT	Hastane kriteri seçilmelidir.

AS.10.2. Hastanın müşahede odasına giriş-çıkış zamanı SBYS sisteminde kayıtlı olmalı ve müşahede kalış süreleri ölçülmelidir.

BAKINIZ	Kalite İndikatör Raporları >İndikatör Raporları > Acil İşlemler > Müşahede İşlemleri>Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Toplama Formu
NOT	Hastane kriteri seçilmelidir.

SORU: Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu? (D ve E1 rolü hastaneler muafır)

SIRA : 39
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.12.1. Acil serviste konsültasyonun istem saati ve konsültasyonun gerçekleşme saati SBYS' de tanımlanmalıdır.

BAKINIZ	Doktor Poliklinik Ekranından bu bilgilere ulaşılabilir.
----------------	--

AS.12.2 Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi mesai içi ve mesai dışı olmak üzere ayrı ayrı ölçülmelidir. Ölçülen konsültasyon gerçekleştirme sürelerinin branş ve uzman hekim esaslı analizi yapılmalıdır.

BAKINIZ	Kalite İndikatör Raporları > Acil İşlemler > Alt İndikatörler > Servis/Hekim Bazında Acil Servise Ulaşım Süreleri
----------------	---

AS.12.3 Acil servis konsültasyonları en fazla 30 dakika içinde gerçekleştirilmelidir.

BAKINIZ	Hastane dinamiğine göre belirlenecektir.
----------------	---

AS.12.5. Acil serviste konsültasyona çağrılan uzman hekime SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme mesajı gönderilmelidir.

BAKINIZ	Sms Şablon Tanımı > Şablon Tipi ekranından Konsültasyon İstek seçilip , Sms Gönderilsin seçilmelidir.
NOT	Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_islemleri_modulu_kullanım_klavuzu.pdf

SORU: Acil serviste istenen tetkiklerin gerçekleşme süreleri ölçülüyor mu? (D ve E1 rolü hastaneler muaftr)

SIRA : 40
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.13.1. Hastanın hemogram istem zamanı ile hemogram sonucunun onaylandığı zaman arasındaki süre ölçülmelidir.

BAKINIZ	Laboratuvar Süre Analiz Formu ekranından Başlangıç : Doktor İstem Zamanı , Bitiş : Teknik/Uzman Onay Zamanı seçilerek istenilen salonun süreleri ölçülebilir.
---------	---

AS.13.2. Hastanın biyokimya istem zamanı ile biyokimya (Glukoz, Na, K, Cl, BUN Kreatinin, Amilaz, SGOT, SGPT, Direkt-İndirekt Bilirubin, TİT) sonucunun onaylandığı zaman arasındaki süre ölçülmelidir.

BAKINIZ	Laboratuvar Süre Analiz Formu ekranından Başlangıç : Doktor İstem Zamanı , Bitiş : Teknik/Uzman Onay Zamanı seçilerek istenilen salonun süreleri ölçülebilir.
---------	---

AS.13.3. Hastanın kardiyak enzimlerinin istem zamanı ile kardiyak enzimlerin (CK-MB, Troponin-I, Troponin-T, Myoglobin gibi) sonucunun onaylandığı zaman arasındaki süre ölçülmelidir.

BAKINIZ	Laboratuvar Süre Analiz Formu ekranından Başlangıç : Doktor İstem Zamanı , Bitiş : Teknik/Uzman Onay Zamanı seçilerek istenilen salonun süreleri ölçülebilir.
---------	---

AS.13.4. Hastanın USG istem zamanı ile USG raporunun onaylandığı zaman saat arasındaki süre ölçülmelidir.

BAKINIZ	Laboratuvar Süre Analiz Formu ekranından Başlangıç : Doktor İstem Zamanı , Bitiş : Teknik/Uzman Onay Zamanı seçilerek istenilen salonun süreleri ölçülebilir.
---------	---

AS.13.5. Hastanın BT istem zamanı ile BT raporunun onaylandığı zaman arasındaki süre ölçülmelidir.

BAKINIZ	Laboratuvar Süre Analiz Formu ekranından Başlangıç : Doktor İstem Zamanı , Bitiş : Teknik/Uzman Onay Zamanı seçilerek istenilen salonun süreleri ölçülebilir.
----------------	--

AS.13.6. Hastanın direkt grafi istem zamanı ile direkt grafi çekilme zamanı arasındaki süre ölçülmelidir.

BAKINIZ	Laboratuvar Süre Analiz Formu ekranından Başlangıç : Doktor İstem Zamanı , Bitiş : Teknik/Uzman Onay Zamanı seçilerek istenilen salonun süreleri ölçülebilir.
----------------	--

AS.13.8. Acil servisten istenen laboratuvar testlerinin sonuçlarının çıkmış olduğu bilgisi bekleme alanında bulunan ekrandan hastaya bildirilmelidir.

BAKINIZ	Bekleme alanında bulunan ekranda testlerin sonuçlandığı bildirilmektedir.
----------------	--

AÇIKLAMA:

Acil servisten istenen laboratuvar testlerinin sonuçlarının çıkmış olduğu bilgisi bekleme alanında bulunan SBYS ile entegre çalışan hasta bilgilendirme ekranından aşağıda belirtildiği şekilde bildirilmelidir.

HASTA ADI	TETKİK SONUCU
Ahmet GÜZEL	Sonucunuz çıkmıştır. Doktorunuza başvurunuz.
Ayşe ŞEN	Tetkikiniz halen çalışılmaktadır.

Bu bilgilendirme, ekranın yanı sıra hastaya SMS vb. yöntemler ile de yapılabilir.

SERVİS HİZMETLERİ

SORU: Yataklı servis konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapıyor mu?

SIRA : 43
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.1.1. Yataklı servislerde konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS' de tanımlanmalıdır

BAKINIZ	Konsültasyon Süreleri raporundan bilgilere erişilebilir.
----------------	---

S.1.2. Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb. yöntemler ile gönderilmelidir.

BAKINIZ	Sms Şablon Tanımı > Şablon Tipi ekranından Konsültasyon İstek seçilip , Sms Gönderilsin seçilmelidir.
NOT	Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_ismeleri_modulu_kullanım_klavuzu.pdf

SORU: Sağlık tesisinde yatak kullanımının takibi ve analizi yapıyor mu?

SIRA : 44
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.2.1. Sağlık tesisinde bulunan toplam yatak sayısı ile ÇKYS' de belirtilen yatak sayısı uyumlu olmalıdır.

BAKINIZ	Sağlık tesisinde bulunan toplam yatak sayısı ile ÇKYS' de belirtilen yatak sayısı uyumludur.
----------------	---

S.2.2. Sağlık tesisinde yataklı servisler için istatistikleri; yatak sayısı, yatan ve taburcu olan hasta sayıları, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı, 7 gün içinde aynı kliniğe/servise yeniden yatış sayısı, hemşire sayısı ve hemşire başına düşen hasta sayısı vb. aylık olarak takip edilmelidir.

BAKINIZ

Yatak Devir Hızı raporundan devir hızı hesaplanabilir.

SORU: Yatışı yapılan her hastanın (günübirlik yatışı yapılan hastalar ve gebeler hariç) nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu? (D ve E1 rolündeki hastanelerde muafır.)

SIRA : 45

BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.3.1. Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve SBYS'ye tanımlanmalıdır.

BAKINIZ

Yatış Çıkış İşlemleri > Nutrisyon Skorlama ekranından tanımlanabilir.

AÇIKLAMA:

18 yaş üzeri yetişkin hastalar için NRS 2002 formu, çocuk ve yenidoğanlar için ise çocuk hekiminin Nutrisyon ekibi ile birlikte belirleyeceği formlar kullanılmalıdır. Formlar SBYS de tanımlanmalıdır.

SORU: Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?

SIRA : 49

BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.7.2. Psikiyatri servisi hariç diğer servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.

BAKINIZ	Sms Şablon Tanımı > Sablon Tipi : Yatış Kaydı Sonrasında Hastayı Bilgilendirme
NOT	Sms Gönderilsin işaretli olmak zorunda.

AÇIKLAMA:

Servise yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesaj içerik örneği aşağıda belirtilmiştir.

Sayın Ahmet GÜZEL,

Hastanemize hoş geldiniz. Doktor ve klinik hemşireleri size sağlık durumunuz ve hastane yatış süreci ile ilgili bilgilendirmede bulunacaktır. Daha önce geçirmiş olduğunuz rahatsızlık ve ameliyat, kullandığınız ilaç, varsa alerji durumu ve beklenmedik gelişmeleri bildiriniz. Hemşirenin bilgisi dışında dışarıdan ilaç getirmeyiniz, kliniğinizden ayrılmayınız. Çalışanlarımızca kolunuza takılan kimlik bileziklerinizi güvenliğiniz için taburcu olana kadar kolunuzdan çıkarmayınız. Ziyaret saatleri hafta içi 13:30 – 14:30 / 17:30-18:30 ve hafta sonu 13:30-14:30 dur, ziyaretlerinizde 10 dakikayı geçirmemeye dikkat ediniz. Hasta odasında yiyecek, içecek ve canlı çiçek bulundurmuyunuz. Öneri ve dileklerinizi hastanemiz poliklinik ve servis katında bulunan öneri ve şikayet kutularına bırakabilirsiniz. Kurallara uymanızı hatırlatır, en kısa zamanda sağlığınıza kavuşmanızı dileriz.

..... HASTANESİ

SORU: Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?

SIRA : 50
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.8.1. Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir.

Epikrizde;

- Yatış sebebi, tanımlar ve eşlik eden hastalıklar,
- Önemli fiziksel ve diğer bulgular,
- Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,
- Taburcu sonrası kullanılacağı ilaçlar,
- Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,

- f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama,
g) Taburcu olan anneye; yenidoğan bakımı, yenidoğan taramaları, anne sütü, üreme sağlığı ile ilgili verilen eğitim kayıtları ve
ğ)Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

BAKINIZ	Epikriz her hasta için eksiksiz doldurulabilir ve bir nüshası hastaya verilebilir.
----------------	---

S.8.2. SBYS’de epikriz raporlarının tarih, branş ve uzman hekime göre alınabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Uygun olmayan epikrizlerin analizi yapılmalı, gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

BAKINIZ	TİG Klinik Veri Aktarım > Yazdır > Epikrizi Eksik Olan Hastala
----------------	---

AÇIKLAMA:

Taburcu edilmiş hasta dosyası üzerinden epikriz formu incelenmeli, yukarıda belirtilen tüm unsurların eksiksiz olarak doldurulmuş olması durumunda olumlu olarak değerlendirilmelidir. Epikriz raporlarının SBYS’den tarih, branş ve uzman hekime göre alınabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Sağlık tesisi tarafından belirli aralıklarla epikrizlerin uygun yazılıp yazılmadığının kontrolü yapılmalıdır. Epikrizlerde belirli branş ve hekimler de sorun tespit edilmiş ise bu durumun çözümüne yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

YOĞUN BAKIM

SORU: Yoğun bakımlarda konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapıyor mu?

SIRA : 53
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.3.1. Yoğun bakımlarda konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS' de tanımlanmalıdır.

BAKINIZ	Konsültasyon Süreleri raporunda İsteyen Servis'i yoğun bakım servisleri seçilerek istenilen bilgilere ulaşılabilir.
----------------	--

YB.3.2. Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb. yöntemler ile gönderilmelidir.

BAKINIZ	Sms Şablon Tanımı > Şablon Tipi ekranından Konsültasyon İstek seçilip , Sms Gönderilsin seçilmelidir.
NOT	Sms modülü hakkında detaylı bilgi için ; http://www.sisoft.com.tr/tr/imgyayinlar/kitaplar/sms_islemleri_modulu_kullanim_klavuzu.pdf

AÇIKLAMA:

Yoğun bakımlarda konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS' de tanımlanmalıdır. Yoğun bakımlarda konsültasyon istenen hekime uyarı mesajı SMS vb. yöntemler ile gönderilmelidir.

Örneğin;

“Sayın Dr. Elif DORA, Anestezi yoğun bakımda yatan AHMET GÜZEL (işlem no: 14082015) adlı hasta için konsültasyon talebi vardır, tarafınızdan ivedilikle değerlendirilmesi ve sistem üzerinde sonuçlandırılması rica olunur. HASTANESİ ANESTEZİ YOĞUN BAKIM”

Gözlemci tarafından yoğun bakımlarda konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı saati ve uzman hekimin ilgili yoğun bakımda konsültasyon gerçekleştirme saatinin SBYS üzerinde kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Yoğun bakımlarda bası yarası ile ilgili verilerin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 55
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.5.4. Bası yaralarının analizi yapılmalı ve sonuçlar yönetim ile paylaşılmalıdır.

BAKINIZ	Kalite İndikatör Raporları > Yoğun Bakım > Bası Yarası > Alt İndikatörleri
----------------	--

AÇIKLAMA:

.....Yoğun Bakım Bası Yarası Takip Tablosu

YIL:		AY:									
Sıra No	Hastanın Adı Soyadı	Yeni Oluşan Bası Yarasının				Yattığında Varolan Bası Yarası				Uygulanan Tedavi Yöntemi	
		Lokalizasyonu	Kaçıncı Günü	Evresi	Ebatı	Lokalizasyonu	Kaçıncı Günü	Evresi	Ebatı		
1	Ahmet Temiz	Sakrum	1	15	1	2 x 2 cm	Sakrum				
		Topuk	2 tane sağ sol	25			Topuk				
					
2	Sakrum					Sakrum				
		Topuk					Topuk				
					
TOPLAM HASTA SAYISI										

Her bir yoğun bakım için bası yaraları takip edilmeli ve aylık olarak analizi yapılmalıdır. Analiz yeni gelişen bası yarası sayısı, lokalizasyonları, mevcut bası yaralarının lokalizasyonu, evresi ve yoğun bakım taburculuğundaki evresi vb. veriler ve hasta sayılarını içermelidir. Örnek tablo yukarıda verilmiştir.

DOĞUMHANE HİZMETLERİ

SORU: Sağlık tesisinde gerçekleşen primer sezaryen oranlarının takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 63
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.3.1 Sağlık tesisinde görev yapan her bir kadın doğum uzmanının gerçekleştirdiği primer sezaryen oranı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

BAKINIZ **Yönetici Takip Ekranı > Doğum**

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde gerçekleşen primer sezaryen sayısı, toplam doğum sayısı ve primer sezaryen oranı SBYS' de izlenebilmelidir. Doğum istatistikleri, en az aşağıda yer alan tablodaki verileri içerecek şekilde SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Doğum İstatistikleri Takip Tablosu									
Hekim Adı Soyadı	OCAK			ŞUBAT			YILLIK TOPLAM		
	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oranı	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oranı	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oranı
X HEKİM									
Y HEKİM									
.....									
SAĞLIK TESİSİ TOPLAM									

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

SORU: Ameliyathanede hasta bilgilendirmesi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 67
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.3.1. Ameliyathane bekleme alanında bulunan hasta bilgilendirme ekranında ameliyata alınan hastanın durumuna ait bilgilendirme yapılmalıdır. (A ve B rolündeki hastanelerde değerlendirilecektir.)

BAKINIZ Ameliyathane Bilgi Panosu

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde hasta yakınlarının ameliyattaki hastaları hakkında bilgi alabilmeleri için bekleme alanı veya odası oluşturulmalıdır. Bu alanlarda bilgilendirme ekranı aracılığı ile bilgilendirme yapılmalıdır. Bilgilendirme ekranının çalışır durumda olduğu ve hangi bilgilerin olduğu kontrol edilmelidir. Diğer sağlık tesislerinde bilgilendirme, bilgilendirme ekranı veya bir personel aracılığı ile mahremiyete dikkat edilerek de yapılabilir.

Hasta yakınlarına ameliyattaki hastanın durumu hakkında bilgilendirme; ameliyathane bekleme alanında bulunan bilgilendirme ekranından aşağıdaki şekilde yapılmalıdır.

Örnek,

HASTA ADI	HASTANIN DURUMU
Ahmet GÜZEL	Ameliyatta
Ayşe ŞEN	Uyandırma odasında
Arzu MUTLU	Servise alındı

SORU: Sağlık tesisinde gerçekleşen ameliyatlara ile ilgili verilerin takibi ve analizi yapıyor mu?

SIRA : 68
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.4.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı" aylık olarak takip edilmelidir.

BAKINIZ	<ul style="list-style-type: none">• Yönetici Takip Ekranı > Ameliyat• Hastane İstatistikleri > Ameliyat – Doğum
---------	--

A.4.2. Sağlık tesisinde bulunan ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aylık olarak takip edilmelidir.

BAKINIZ	Kalite İndikatör Raporları > İndikatör Raporları > Ameliyathane > Ameliyat Masası Kullanım Oranı Veri Toplama Formu
---------	---

A.4.3. Ameliyat listeleri bir gün önce hazırlanarak ameliyathaneye mesai saati bitimine kadar bildirilmelidir (A ve B rolündeki hastanelerde değerlendirilecektir).

BAKINIZ	Yatış Çıkış İşlemleri > İstemler > Ameliyat İstem
NOT	Bir gün önceden istem yapıp mesai saatine kadar bildirilebilir.

A.4.4. Ameliyat randevuları SBYS üzerinden verilmeli ve her cerrahi branş için ameliyat bekleyen hastaların listesi SBYS üzerinden izlenebilir olmalıdır. (A ve B rolündeki hastaneler için değerlendirilecektir.)

BAKINIZ	Yatış Çıkış İşlemleri > İstemler > Ameliyat İstem > Randevu
NOT	Ameliyat istem ekranından da takip ve izlenim yapılabilir.

A.4.5. Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizi yapılmalıdır. (A ve B rolündeki hastanelerde değerlendirilecektir).

BAKINIZ	Ameliyat İstemleri Raporu
NOT	Red Edilen seçilmiş olmalı

A.4.6. Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatlara başlangıç ve bitişleri ile ameliyat aralarındaki vakalar arası bekleme süreleri (temizlik vb.) SBYS’ de izlenebilmeli, kayıt altına alınarak, aylık olarak takip edilmelidir (A ve B rolündeki hastanelerde değerlendirilecektir).

BAKINIZ Kalite İndikatör Raporları > İndikatör Raporları > Ameliyathane > Alt İndikatörler > Ameliyat Masası İki Vaka Arası Geçen Süre

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı", ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aşağıdaki form baz alınarak SBYS üzerinden oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmeli ve ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı hesaplanmalıdır.

Hekim Başına Düşen Ameliyat Grubu ve Sayıları Takip Formu

Cerrahi Klinikler/ Branşlar	Hekim Adı Soyadı	OCAK					ŞUBAT					YILLIK TOPLAM				
		Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı
		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E	
A Kliniği / Branş	X Hekim															
A Kliniği / Branş	Y Hekim															
A Kliniği / Branş Toplam																
B Kliniği / Branş	Z Hekim															
B Kliniği / Branş	Q Hekim															
B Kliniği / Branş Toplam																
.....															
.....															
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)																
TOPLAM AMELİYAT MASASI BAŞINA DÜŞEN AMELİYAT SAYISI																

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

GENEL DEĞERLENDİRME

SORU: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini artırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

SIRA : 79
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.4.1. Sağlık tesisinde çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

BAKINIZ Sms Şablon Tanımlarından şablon tanımlanıp sms gönderilebilir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan personelin memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak amacıyla aşağıda yer alan örneklerdeki gibi düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık tesisi bu amaçla başka düzenlemeler de yapabilir.

a) Çalışanlara önemli günlerde kutlama mesajları gönderilmelidir.

Örneğin,

DOĞUM GÜNÜ: Sayın Aslıhan ÖZTÜRK yeni yaşınızın sağlık, mutluluk ve başarılarınızın devamını getirmesi dileklerimizle. Hastanesi

DAVETLİSİNİZ: 11 Eylül Pazartesi saat 15:00 te Konferans Salonunda yapılacak Eğitim Yılı Açılış Töreni ve Kokteyline davetlisiniz. Başhekim

BRANŞ/ MESLEK GÜNÜ: Sayın Aslıhan ÖZTÜRK Dünya Biyologlar Gününüzü kutlar sağlık ve mutluluklar dileriz. Hastanesi.

KURUMA BAŞLAMA: Sayın Aslıhan ÖZTÜRK Hoşgeldiniz. Hastanesi Ailesine katılımınızı kutlar sağlık ve mutluluklar dileriz. Hastanesi.

KURUMDAN AYRILMA ve EMEKLİLİK: Sayın Aslıhan ÖZTÜRK Hastanemize yaptığınız katkılar için teşekkür eder, sağlık ve mutluluklar dileriz.Hastanesi.

AÇIKLAMA:

Eğitim ve araştırma hastanelerinde asistan hekimlerin rotasyon planları belirlenmelidir. Rotasyona gidecek asistan hekime, asistanın klinik idari sorumlusuna ve rotasyona gidilecek kliniğin idari sorumlusuna SMS vb. yöntemler ile aşağıda belirtilen şekilde bilgilendirme yapılmalıdır.

Rotasyon tarihinden 15 gün önce;

Rotasyona Gidecek Asistan Hekime: Sayın Dr..... , 01.11.18 tarihinden itibaren 1 ay süreyle Ortopedi Ve Travmalotoji kliniğinde eğitim rotasyonunuz başlayacaktır. Bilgilerinize EAH
Asistanın Klinik İdari Sorumlusuna: Sayın....., Kliniğiniz asistanı Dr..... , 01.11.18 tarihinden itibaren 1 ay süreyle Ortopedi Ve Travmalotoji kliniğinde eğitim rotasyonuna başlayacaktır. Bilgilerinize. EAH

Rotasyona Gidilecek Kliniğin İdari Sorumlusuna: Sayın, Asistan Dr..... , 01.11.18 tarihinden itibaren 1 ay süreyle kliniğinizde eğitim rotasyonuna başlayacaktır. Bilgilerinize. EAH

SORU: Bilgi Yönetim Sistemi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 88
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.13.1. Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.

BAKINIZ	Bilgi güvenliğinden sorumlu ekip oluşturulmuştur.
----------------	--

GD.13.2. Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.

BAKINIZ	Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenlemeler yapılmaktadır.
----------------	---

GD.13.3. Sağlık tesisinde Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Yetki ve erişim, hastaneye yeni gelen ve ayrılan çalışanları da kapsamalıdır.

BAKINIZ	Modül Form Yetkileri ekranından yetkilendirme yapılabilir.
----------------	---

GD.13.4. Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (SBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

BAKINIZ	Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi yapılabilir.
----------------	--

GD.13.5. Sağlık tesisinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personele “Bilgi Güvenliği Farkındalık Bildirgesi” tebliğ edilmeli, kuruma ait gizli bilgilere erişim ihtiyacı olan diğer personel ile "Personel Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

BAKINIZ | **Personel Gizlilik Sözleşmesi yapılabilir.**

GD.13.6. Bilgi Güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verilmeli, kayıtları tutulmalı ve SBYS uygulamaları ve güncelleştirmeleri hakkında çalışanlara bilgilendirme yapılmalıdır.

BAKINIZ | **Sağlık tesisi çalışanlarına bilgilendirilme yapılabilir.**

GD.13.7. Bilgi Güvenliği ile ilgili risklerin planlanması yapılmalıdır.

BAKINIZ | **Risk planlaması hastane tarafından yapılabilir.**

GD.13.8. SBYS üzerindeki verilerin yedeklemesi yapılmalıdır.

BAKINIZ | **Veriler belirlenen periyotlarda sürekli olarak yedeklenmektedir.**

GD.13.9. SBYS’ye izinsiz erişimler engellenmelidir.

BAKINIZ | **Sınırsız erişimler engellenmektedir.**

GD.13.10. SBYS kesinti süreleri, nedenleri ve arıza durumları kayıt altına alınmalı ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

BAKINIZ | **Sistem kesintileri ile ilgili hastanelere bilgi gönderilmektedir.**

GD.13.11. SBYS’ de Parola güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

BAKINIZ | **Parola belirli periyotlarla güncellenerek düzenlemeler yapılmaktadır.**

GD.13.12. SBYS üzerinde Teknik Servis Yönetim modülü oluşturulmalı, arıza ve tamirlere ilişkin süreçlerin yönetimi bu modül üzerinden yapılmalıdır (C, D ve E1 grubu hastaneler muafır).

BAKINIZ | **Teknik Servis Yönetim modülü**

GD.13.13. SBYS üzerinde oluşturulan “Personel Yönetim modülü”nde çalışan personelin TC kimlik numarası, ünvanı, çalıştığı birim, varsa sertifikası, iletişim bilgileri (telefon , mail vb.) güncel olmalıdır.

BAKINIZ	Personel Özlük İşlemleri
----------------	---------------------------------

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bilgi güvenliğini sağlamak amacıyla bir ekip oluşturulmalıdır. Bu ekip, üst yönetiminden bir yöneticinin başkanlığında en az 6 ayda bir toplanmalıdır.

Toplantılar bilgi güvenliği kapsamında en az aşağıdaki konuları içerecek şekilde planlanmalıdır.

- Mevcut durum tespitleri (SBYS kesinti süreleri, nedenleri vb.),
- Risklerin planlanması ve analizi,
- Tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerinin izlenmesi vb,
- SBYS’ler üzerinden hastalara ve çalışanlara hangi SMS lerin atıldığı, hangi SMS lerin ulaştığı vb. logların analizi.

Ekip tarafından gerekli görülürse iyileştirici faaliyet çalışmaları başlatılmalıdır.

Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme en az aşağıdaki parametreleri içerecek şekilde yapılmalıdır:

- Sunucular fiziksel olarak korunmuş sistem odalarında bulunmalıdır.
- Yükseltilmiş zemin üzerinde konumlandırılmalı ve tavan asma tavan olmalıdır.
- Yetkili olmayan kişilerin girişini engelleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- Su, yangın, elektrik kesintileri gibi acil durumlara yönelik önlemler alınmış olmalıdır.
- Klima yedeği ile bulunmalıdır.
- Sıcaklık ve nem kontrolleri “Veri Merkezi Kullanılabilirlik TIER 1 Seviyesi”ne göre: Sıcaklık; 18-22 °C, nem ise; %45- %70 aralığında olmalı ve ölçümler kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında mümkünse pencere olmamalı var ise pencere açılabilir nitelikte olmamalı ve film ile kaplı olmalıdır.
- Sunucu odalarında duman dedektörleri; yükseltilmiş zeminin olduğu odalarda zeminin altına, alçaltılmış tavanın olduğu odalarda tavanın üstüne yerleştirmeli ve bunların kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında güvenlik kamerası bulunmalıdır.

Sağlık tesisinde SBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılıp yapılmadığı ve uygulama ile örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmelidir. Hastaneye yeni gelen çalışana yetki tanımlamasının yapılıp yapılmadığı incelenmelidir. Sağlık Hizmetleri Sınıfı dışındaki meslek grubundakiler tarafından SBYS üzerinde hasta bilgilerinin görülmesi konusunda kısıtlama bulunmalıdır.

Hastaneden ayrılan bir personelin yetki tanımlaması ve sisteme giriş yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır.

Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (SBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılma durumu değerlendirilmelidir. Yapılan sözleşme, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan asgari şartları içermelidir.

T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personelin, hizmetin ifası esnasında veya herhangi bir gerekçeyle vâkıf oldukları, kuruma ait gizli kalması gereken bilgilerin, gizliliğinin sağlanması ve ifşa edilmemesi için uyulması gereken kuralları tanımlandığı bildirge personele tebliğ edilmelidir. Bildirge, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan asgari şartları içermelidir. Kuruma ait gizli bilgilere erişim ihtiyacı olan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personel haricindeki diğer personeller ile (SBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları, danışman, firma personeli gibi) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanmış "Personel Gizlilik Sözleşmesi" nin yapılma durumu değerlendirilmelidir. Sözleşmenin fotokopilerinin de görülmesi yeterlidir.

Bilgi güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verildiğine dair kayıtlar incelenmelidir. SBYS uygulamaları ve güncelleştirmeleri hakkında çalışanlara bilgilendirme yapılmalıdır.

Bilgi güvenliği ile ilgili riskler;

Web sitesinin hacklenme durumu, yedekleme sırasında sorunlar çıkarsa nasıl geri döneceği, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği ve mahremiyeti, kullanıcı hataları, veri kaybı, alım süresi ve dolun yüzdesi göz önüne alınarak serverların kapasite planlaması, yedekleme işlemi için yeterli sayı ve kapasitede yedek üniteler gibi yedekleme kapasitesi artış gereksinimi vb konular ile SBYS' ne giriş yapma imkânı olmadığına kimin, hangi kayıtları, nereye, kaydedeceği ve sonrasında yönelik eylem planının nasıl olacağı ve çalışanların konu hakkındaki bilgilendirilmesini içerir.

Bu risklerin nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilgili planlama yapılmalıdır.

SBYS üzerindeki verilerin yedeklemesi aşağıda belirtilen hususlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

- Yedekleme sadece sorumlu personel tarafından yapılmalıdır.
- Bilgi sistemlerinde oluşabilecek hatalar karşısında; sistemlerin kesinti sürelerini ve olası bilgi kayıplarını en az düzeye indirmek için, sistemler üzerindeki konfigürasyon, sistem bilgileri ve kurumsal veriler günde en az 3 defa yedeklenmeli ve bu işlem için sistemin yoğun olmadığı zamanlar seçilmelidir.
- Yedekler, SBYS' nin bulunduğu sunucu dışında bir ortama alınmalıdır. Verinin operasyonel ortamda online olarak aynı disk sisteminde farklı disk volümlerinde ve offline olarak manyetik kartuş, harici bellek, DVD, disk, CD vb. ortamda yedekleri alınmalıdır. Taşınabilir ortamlar (harici bellek, manyetik kartuş, DVD veya CD) fiziksel olarak bilgi işlem odalarından farklı odalarda veya binalarda saklanmalıdır. Yedek ünitelerin saklanacağı ortamların fiziksel uygunluğu ve güvenliği sağlanmalıdır.
- Yedekleme ortamlarının ve yedeklenmiş verinin düzenli periyotlarda test edilmesi ve acil durumlarda kullanılması gerektiğinde güvenilir olması için yılda bir kez "veri kurtarma testi" yapılmalı gerekli ise iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

SBYS'ye izinsiz erişimlerin engellenmesi için asgari şu çalışmalar yapılmalıdır:

- Dış ortamdan iç ortama hangi durumda kimler tarafından erişim yapılacağı belirlenmelidir. Erişim yetkisi verilen kişi haricinde erişim sağlanmamalıdır. Erişimin ne zaman, kimin tarafından, ne için, hangi alanda yapıldığı gibi bilgiler kayıt altına alınmalıdır.

- Her bilgisayara merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı kurulmalı ve bu yazılım kullanıcılar tarafından pasif hale getirilmemelidir.
- Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.
- Koruma amaçlı kullanılan yazılımlar güncel olmalıdır.

SBYS kesinti süreleri, nedenleri ve arıza durumları kayıt altına alınma durumu ve iyileştirme çalışmalarını gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

SBYS ekranı üzerinde yapılan kontrolde;

- Parola en az 8 karakterden oluşmalıdır.
- Harflerin yanı sıra, rakam ve "? , @, !, #, %, +, -, *, %" gibi özel karakterler içermelidir.
- Büyük ve küçük harfler bir arada kullanılmalıdır.
- Yukarıda yazılan kurallara aykırı parola oluşturduğunda sistem kabul etmemeli ve parola için değişim süresi belirlenmeli ve bu süreye uyum gösterilmelidir.

SBYS, Bilgi işleme ilgili (network, donanım, office dosyaları, antivirüs taraması vb.) ve diğer arızalara (elektrik, su, teçhizat, tesisat vb.) ilişkin süreçlerin izlenebilmesi SBYS üzerinden yapılmalıdır. Hastane mevcut arızalarını tanımlayarak her arıza için mevcut personel, hastane büyüklüğü, cihaz sayısı ve çeşitliliği gibi faktörleri göz önünde bulundurarak arızaların giderilmesi için hedef süre belirlemelidir. Kullanıcının arıza kaydı oluşturduğu, arıza kaydının ilgili birim tarafından alındığı ve çözüme ulaştığı tarih saat ve talebi takip eden kişi sistemden izlenebilmelidir. Hastanenin belirlemiş olduğu hedefler, uyum durumu hastane yönetimi tarafından incelenmelidir. Biyomedikal cihaz arıza bildirimini olduğunda, biyomedikal depoya bu bilgi sistem üzerinden aktarılmalı ve cihaz arızalı/pasif olarak gözükmelidir.

SBYS üzerinde oluşturulan Personel Yönetim modülünde; Çalışan personelin TC kimlik numarası, ünvanı, çalıştığı birim, varsa sertifikası, iletişim bilgilerinin (telefon , mail vb.) güncel ve doğru olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi ve Kılavuzu-2014

Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik-20 Ekim 2016 Sayı : 29863

SORU: Sağlık tesisinde Teşhisle İlişki Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri yapılıyor mu?

SIRA : 104

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 29

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.29.1. Klinik kodlayıcılar TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan hasta dosyalarının analizini yapmalıdır.

BAKINIZ	TİG Klinik Veri Aktarım
----------------	--------------------------------

GD.29.2. Klinikler/servislerde aylık taburcu olan hasta sayısı ve TİG veri sistemine kaydedilen hasta sayısı takip edilmelidir.

BAKINIZ	TİG Klinik Veri Aktarım
----------------	--------------------------------

AÇIKLAMA:

TİG birimine kliniklerden teslim edilen dosyalar standartlara ve klinik kodlamaya uygun olarak hazırlanmalıdır. Gelen dosyaların içeriği klinik kodlayıcılar tarafından aşağıdaki kurallara göre kontrol edilmelidir:

- Ana tanı ve ek tanıların anlaşılır şekilde belirtilmesi
- Ana tanı ve ek tanı ile ilişkili cerrahi veya diğer işlemlerin okunaklı, anlaşılır olarak ifade edilmesi
- Cerrahi operasyon bilgisinin belirtilmesi (operasyonun açıklaması, operasyon süresi (bir anestezi altında yapılan operasyonların ayrı ayrı süresi ve toplam süre), operasyon ekibinde yer alan personel branşları ve sayıları (uzman hekim sayısı, anestezi uzmanı sayısı, anestezi teknisyeni sayısı ve diğer sağlık personeli sayısı), ASA ve Anestezi bilgileri)
- Hasta dosyasının içeriğinin tam olması(patoloji, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri sonuç raporu vb.)

Klinik kodlayıcılar aşağıdaki tabloya uygun şekilde TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan dosyaların analizini yapmalıdır.

TİG Birimine Gelen Dosyaların Uygunluk Analizi

YIL:		DÖNEM*:	
Klinikler	TİG Birimine Gelen Dosya Sayısı	TİG Standartlarına ve Klinik Kodlamaya Uygun Dosya Sayısı	TİG Standartlarına ve Klinik Kodlamaya Uygun Dosya Oranı
Genel Cerrahi			
Dahiliye			
Plastik Cerrahi			

.....			
.....			
Toplam			

**Bu tablo 3'er aylık dönemler halinde takip edilecektir.*

SORU: Kan ve kan bileşenlerinin etkin kullanımına yönelik düzenleme yapıyor mu?

SIRA : 105
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 30

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.30.2. Kan ve kan bileşenleri imha oranları takip edilmelidir.

BAKINIZ	İmha Defteri ekranından imha edilen kanlar takip edilebilir.
----------------	---

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kliniklerin kullanacakları sayıda kan ve kan bileşenlerini kan merkezinden istemelerini sağlamak ve gereksiz cross-match sayısını azaltmak için kliniklerin cross-match sayısının transfüzyon sayısına oranları aşağıda örneği verilen tablo ile takip edilmelidir.

Tam Kan ve Eritrosit Konsantresi Cross-Match/Transfüzyon Oranı Takip Tablosu

YIL:		AY:				
Birim/Üniteler	TAM KAN			ERİTROSİT KONSANTRESİ		
	Cross-Match Sayısı	Transfüzyon Sayısı	Cross-Match Sayısının Transfüzyon Sayısına oranı	Cross-Match Sayısı	Transfüzyon Sayısı	Cross-Match Sayısının Transfüzyon Sayısına oranı
Yoğun Bakım						
Acil Servis						
Ameliyathane						
Palyatif Bakım						
Hemodiyaliz						

Ortopedi Kliniği						
Genel Cerrahi Kliniği						
.....						
.....						
TOPLAM						

Sağlık tesisinde kan ve kan bileşenleri imha oranları aşağıda örneği verilen tablo ile takip edilmelidir.

Kan ve Kan Bileşenleri Tüketim Verileri Tablosu

Kan ve Kan Bileşen Türü	OCAK					ŞUBAT									YILLIK TOPLAM				
	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*		Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*		Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*		Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*	
Tam Kan (TK)																				
Eritrosit Konsantresi (EK) Tam kandan																				
Havuzlanmış Trombosit konsantresi (TK)																				
Taze Donmuş Plazma (TDP) Tam Kandan																				
Trombosit Konsantresi (TK) Aferez																				
Kriyopresipitat																				
TOPLAM																				

*İmha oranı, imha edilen ürün sayısının toplam ürün sayısına oranını ifade eder.

SORU: Fazla mesai, nöbet ücreti vb. işlemlere esas çalışma listelerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 107
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 32

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.32.1. Mesai ve nöbet takip sistemi SBYS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.

BAKINIZ Nöbet Listesi ekranından nöbet listeleri oluşturulup kaydedilebilir.

GD.32.2. Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.

BAKINIZ

Nöbet Listesi ekranından nöbet ve fazla mesai takip edilebilir.

AÇIKLAMA:

Personel çalışma listelerinin hazırlanması, nöbet, fazla mesai gibi işlemler için bu listenin kullanılması SBYS üzerinden yapılmalıdır. Sistem dinamik yapıda olmalıdır. Mesai ve nöbet takip sistemi oluşturulmalıdır. 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 ulaşılabilir. Personel çalışma listeleri, adaletli ve verimli olması yönünden yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Haftalık zorunlu çalışma sürelerinin tamamlanması sağlanmalı, bu süreyi aşan durumlar fazla mesai olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapıyor mu?

SIRA : 108

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 33

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.33.1. SBYS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

BAKINIZ

Yönetici Takip Ekranı > Fatura > Kesilmeyen Faturalar

GD.33.2. SBYS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

BAKINIZ

Yönetici Takip Ekranı > Fatura

GD.33.3. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.

BAKINIZ

Yönetici Takip Ekranı > Fatura > Kurumlara Göre Kesilmeyen Faturalar

GD.33.4. Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, TRSM vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)

BAKINIZ

Yönetici Takip Ekranı > Fatura > Mekanlara Göre Kesilen Faturalar

GD.33.5. Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, yoğun bakım, acil servis vb) aylık olarak yapılmalıdır.

BAKINIZ

Yönetici Takip Ekranı > Fatura > Kliniklerin Yatan ve Poliklinik Gelir Takip

GD.33.6. Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

BAKINIZ

Yönetici Takip Ekranı > Fatura

AÇIKLAMA:

Her bir branşın kesilen-kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Hizmetin Yapıldığı Aylara Göre Kesilen-Kesilmeyen/Kesilemeyen Fatura Tutarları Dağılımı								
Ocak		Şubat			Yıl Toplamı		
Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	
Acil Servis								
Beyin ve Sinir Cerrahisi								
Gastroentoloji								
Genel Cerrahi								
Kardiyoloji								
Ortopedi ve Travmatoloji								
Radyasyon Onkolojisi								
2. Basamak Yoğun Bakım								
KVC Yoğun Bakım								
.....								
TOPLAM								

Yönetim tarafından klinik bazında en yüksek ve en düşük hizmet tutarı/fatura tutarı olan hasta dosyalarının 10 tanesi faturalandırma esasları açısından uygunluk durumu incelenmelidir. Kliniklerde faturalandırma ile ilgili bir sorun tespit edilmişse gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde takip edilerek, bu sorunun nedenleri ve çözümlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Tahsil Edilemeyen Fatura Tutarlarının Aylara Göre Dağılımı					
	Ocak	Şubat	Mart	Yıl Toplamı
SGK (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR,					

**60/G İsteğe Tabi Sigortası Olanlar, 18
Yaş Altı Sosyal Güvenlik
Kapsamındaki Hastalar vb.)**

Banka Sandıkları

Ücretli Hasta

Sağlık Turizmi

Irak Uyraklı Hastalar

**Suriye Uyraklı Hastalar (Geçici
Koruma)**

.....

TOPLAM

Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde; merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, TRSM gibi yerleşim mekanına göre kesilen faturalarının aylık takibini en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde yapıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Yerleşim Mekanları Fatura Takibi						
	Ocak	Şubat	Mart	Yıl Toplamı
Merkez Bina						
.... Ek Bina						
.... Semt Polikliniği						
TRSM						
.....						
TOPLAM						

Sağlık tesisinde gelirlerin takibinin en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Gelir Takibi Tablosu												
	Ocak			Şubat					Yıl Toplamı		
	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam
Beyin ve Sinir Cerrahisi												
Gastroentroloji												
Genel Cerrahi												

Kardiyoloji

Ortopedi ve Travmatoloji

Radyasyon Onkolojisi

2. Basamak Yoğun Bakım

KVC Yoğun Bakım

.....

TOPLAM

Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

SORU: Dijital hastane geçiş süreci ile ilgili asgari düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 112
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 37

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.37.1 Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere SBYS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.

BAKINIZ	Doktor Poliklinik Ekranının üst kısmında E-Nabız butonu bulunmaktadır.Bu butona tıklandığı zaman Sağlık Bakanlığının E-Nabız Doktor Erişim ekranı açılmaktadır.
----------------	--

GD.37.2 e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.

BAKINIZ	Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu standartlara uygun olarak düzeltmeler yapılmıştır.
----------------	---

GD.37.3 Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.

BAKINIZ	Medikal Görüntüleme Formu
----------------	----------------------------------

AÇIKLAMA:

Hekimlerin muayene ekranından e-Nabız sistemine giriş yapabilmeleri için e-Nabıza ait güncel logonun yer aldığı buton olmalıdır. Hekim bu butona tıklayarak sisteme giriş yapmalı ve poliklinikte muayene esnasında hastaların tüm sağlık geçmişine erişim sağlayabilmelidir.

e-Nabız butonu, SBSGM tarafından Sağlık Bilgi Yönetim Sistemlerine (SBYS) 06.02.2018 tarihli ve E.613 sayılı yazı ile gönderilen aşağıdaki talimatlara uygun şekilde dizayn edilmiş olmalıdır.

-e-Nabız butonu e-Nabız sistemine ait güncel logo olmalıdır.

-Buton hekimlerin ilk anda görebileceği alanda bulunmalıdır.

-Butonun üzerine gelindiğinde “Hastanın sağlık geçmişini görüntülemek için tıklayınız.” ibaresi yer almalıdır.

Hekimler polikliniklerde ve servislerde hastalarına ait tüm görüntüleme verilerine kullandıkları SBYS üzerinden erişim sağlayabilmelidirler.

SORU: Sağlık tesisinde yapılan özellikli tıbbi işlemlerin sayısı takip ediliyor mu? (A ve B rolündeki sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)

SIRA : 113

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 38

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.38.1. Sağlık tesisinde yapılan özellikli tıbbi işlemlerin sayısı yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

BAKINIZ | **Yönetici Takip Ekranı > Ameliyat > Özellikli İşlem Sayısı**

AÇIKLAMA:

Tıbbi İşlemler Yönergesi Ek-3 Özellikli Tıbbi İşlemler Listesinde bulunan işlemlerin ve sağlık tesisinde yapılanların sayısının aylık olarak takip edilip edilmediği gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Özellikli Tıbbi İşlemler ve Sayıları Takip Tablosu

İşlem Kodu	Özellikli İşlemler*	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Toplam
600.930	Kalvarial şekillendirme, total						
604.620	Ross ameliyatı						
604.750	Ebstein anomalisinde triküspid kapak pozisyonu veya plikasyonu						
604.760	Ana pulmoner arter veya dallarında darlık nedeniyle onarım						
604.770	Aort root genişletmesi ile birlikte aort replasmanı, mitral kapak						

604.780	Aort root genişletmesi ile birlikte aort ve mitral kapak replasmanı						
605.120	Komplet atrioventriküler kanal onarımı, prostetik kapak						
...	...						
...	...						

**Tıbbi işlemler yönergesi Ek-3 Özellikli Tıbbi işlemler Listesinde bulunan işlemlerdir.*