



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

GENEL DEĞERLENDİRME



Dt. Serkan KURAN
28 Temmuz 2021

Genel Değerlendirme



SORU: Sağlık tesisine ait verilerin “Dinamik Veri Giriş Platformuna” uygun şekilde girişı yapıyor mu?

- **3.GD.1.1.** Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce belirlenen parametrelere ait veriler, sağlık tesisi tarafından “Dinamik Veri Giriş Platformuna” aylık olarak girilmelidir.

Belirlenen zaman aralığında doğru ve eksiksiz girilmedi ise **“HAYIR”**

- **3.GD.1.2.** Sağlık tesisi yönetimi kendi bünyesinde oluşan verilerin bakanlığa bildirilmesinden sorumlu bir asil, bir yedek olmak üzere iki personel görevlendirmelidir.

Personel görevlendirme yazıları kontrol edilmeli, görevlendirme yazıları tam ise **“EVET”** eksik ise **“HAYIR”**

SORU: Sağlık tesisine ait verilerin “Dinamik Veri Giriş Platformuna” uygun şekilde girişı yapıyor mu?

- **3.GD.1.3.** Dinamik veri giriş platformuna girilen veriler ile Yönetici Takip Ekranlarında oluşan veriler uyumlu olmalıdır.

“Gözlemci Bilgi Notunda” yer alan geçmiş döneme ait sağlık tesisi verilerinin geçmiş dönemlerde veri platformuna girilmiş olan verilerle uyumlu olup olmadığı, Yönetici Takip Ekranları ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir. Verilerde tutarsızlık olması halinde **“HAYIR”**

SORU: Sağlık tesisinde Yönetici Takip Ekranlarının etkin kullanımı ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?

- **3. GD.2.1.** Sağlık tesisinde oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer sözleşmeli yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının erişimine açılmalıdır.

Tüm YTE için Başhekim ve Verimlilik Direktörünün erişimi olmalı, sorumluluk alanına göre de ilgili birimden sorumlu sözleşmeli yönetici ve ilgili birim sorumlularının erişimi ve bu ekranları kullanıp kullanmadıkları sorgulanmalıdır.

İlgili kişilerin erişim izni bulunmuyorsa ya da erişim izni olmasına rağmen konu hakkında bilgisi yok ise **“HAYIR”** olarak değerlendirilir.

Genel Değerlendirme



SORU: Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapıyor mu?

- **3.GD.3.1.** Sağlık tesisi üst yönetimi ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır.
- **3.GD.3.2.** Sağlık tesisinde görev yapan her bir sözleşmeli yönetici kendisine bağlı birimlerin sorumluları ile ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır.

Toplantı gündemi en az aşağıdaki başlıkları içermelidir:

Yönetici Takip Ekranlarında oluşan verinin yönetim ve ilgili birimler tarafından değerlendirilmesi,

Tıbbi, idari, mali süreçler, sorunlar ve çözüm yolları,

Verimlilik, Performans ve Kalite göstergelerinin sonuçları vb.

Toplantı tutanakları/kayıtları bulunmaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilir.

SORU: Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda “sağlık tesisinin hizmet sunumunun değerlendirmesi” yapılıyor mu?

- **3.GD.4.1.**Sağlık tesisi üst yönetimi tarafından mesai dışı zamanlarda hizmet sunumunun değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Yönetim veya yönetimi temsil yetkisine sahip kişi/kişiler tarafından,

En az bir değerlendirme haftasonu, diğeri ise hafta içi yoğunluğunun fazla olduğu saatlerde olmak üzere,

En az 3 ayda bir yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Değerlendirmelerin kayıt altına alındığı sorgulanmalıdır. Değerlendirmeye ait kayıtların olmaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilir.

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

- **3.GD.5.1.** Sağlık tesisinde çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu arttırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için st yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini arttırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

Örneğin; önemli günlerde kutlama mesajları, görev tanımına uygun yerlerde hizmet vermelerinin sağlanması, beyaz kod gibi adli süreçlerde st yönetimin sürece dahil olması, yemek organizasyonları, geziler...

- **3.GD.5.2.** Sağlık tesisi çalışanlarına memnuniyet anketleri yapılmalı, öneri ve Őikyetleri yönetim tarafından değerlendirilmeli, gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Talep neri kutularının sayısının yeterliliği sorgulanır, önerilerin alınabileceği web adresi olmalı, belirli periyotlarda görüş ve öneriler doğrultusunda yapılan iyileştirmeler değerlendirilir.

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

- **3.GD.5.3.** Sağlık tarama zamanı yaklaşan personele SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Yapılan bildirimlerin kayıtları değerlendirilmeli, bildirimlere ait kayıt görülemedi ise **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

- **3.GD.5.4.** Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşiya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.

SORU: Hasta memnuniyetine yönelik dzenleme ve analizler yapılıyor mu?

- **3. GD.6.1.** Hasta ve yakınlarının talep ve önerileri sağlık tesisi tarafından değerlendirilerek analizi yapılmalıdır. Değerlendirme sonuçları üst yönetim ile paylaşılmalıdır.

Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri dzenlemeler yapılmalıdır. Bildirim kaynakları; hasta ve yakınları için oluşturulan dilek ve öneri kutuları, hasta hakları birimi, hastane web sayfasına, hastane mailine ve varsa hastanenin sosyal medya hesaplarına gelen bildirimler şeklinde olabilir.

Analizlerin bildirim kaynağına göre yapılmasındaki amaç periyodik olarak hasta ve yakınlarının talep ve önerilerinin en çok hangi bölümlerden yapıldığı ve olumsuz bildirim içeriklerinin nedenlerinin değerlendirilerek, gerektiğinde iyileştirme çalışmalarının başlatılmasıdır.

SORU: Hasta memnuniyetine yönelik dzenleme ve analizler yapılıyor mu?

Rehberde de örnek analiz tabloları yer almakla birlikte sağlık tesisi kendine özgü parametreleri içerecek şekilde de analizler yapılabilir.

Sağlık tesisi tarafından olumsuz bildirimler değerlendirilerek bu bildirimlerin sağlık tesisinin hangi bölümlerine ait olduğu ve olumsuz bildirim içeriklerine yönelik analiz yapılmalıdır.

Bildirim kaynağı, olumsuz bildirim yapılan bölüm ve olumsuz bildirimlerin içerik analizleri 3 ayda bir yapılarak sonuçlar üst yönetim ile paylaşılmalıdır.

3 ayda bir analiz yapılmaması halinde ya da olumsuz bildirimlerin bölüm ve içeriklerine göre analiz yapılmaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?

- **3.GD.7.1.** Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır. Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.
- **3.GD.7.2.** Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

Kamera kayıtlarının yeterli süre saklandığı kontrol edilmeli, yeterli süre saklanmaması ya da mahremiyeti engelleyici alanlarda kamera kayıtlarının bulunması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?

- **3.GD.8.1.** Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.

Aynı başhekimliğe bağlı birden fazla yerleşkede hizmet veren sağlık tesislerinde her yerleşkede bulunan bina için ayrı değerlendirme raporu alınmalıdır. Değerlendirme raporu iki yılda bir veya sağlık tesisinde inşaat, tadilat, fiziki durumunda ve yerleşim planlarında yapılan değişiklikler vb. değişiklik olması durumunda güncellenmelidir.

Raporun ilgili yıl içerisinde ya da fiziki değişiklik olması durumunda güncellenip güncellenmediği kontrol edilmeli, belgeler mevcutsa **“EVET”** mevcut değilse **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?

- **3.GD.8.2.** Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu doğrultusunda daha önce tespit edilen uygunsuzlukların giderilip-giderilmediği, konuyla ilgili çalışma başlatıp başlatmadığı gözlemlenmeli, eksikliklerle ilgili çalışma başlatılması halinde **“EVET”** çalışma başlatılmaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?

- **3.GD.9.1.** Atıklar; Belediye Atığı (Eysel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırılmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.

Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır. Tıbbi atık torbaları en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının iğeriği hiğbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.

SORU: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?

Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır. Kesici-Delici atık kapları en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

SORU: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?

İçeriklerine bakılarak uygun ayrıştırma yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Uygun ayrıştırma yapılmadığı görülürse **“HAYIR”** olarak değerlendirilir.

Tıbbi atıklar, birimlere göre yeterli büyüklükte kapaklı, pedalla açılabilen kovalarda kırmızı renkli torbalar ile toplanmalıdır. Tıbbi atık kovaları; pedallı değil ise, kapağı yoksa, içerisinde standarda uygun kırmızı renkli torba yok ise, kutular içindeki tıbbi atıklar 2 günden fazla bekletiliyor ise **“HAYIR”** olarak değerlendirilir.

Kesici-delici atık kutusunda örneğin enjektörün plastik piston kısmı, boş cam flakon, vb. görüldüğünde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

Tehlikeli atıklarla kontamine olmuş uygulanan serumlar, serum setleri, enjektörler tehlikeli atık olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?

- **3.GD.10.1.** Tehlikeli ve tıbbi atık torbaları üzerinde hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalıdır. Tehlikeli atıklar (EWC kod bazında) ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (DHBS) oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.

Atıkların atık modülüne kaydedilmesi ve aylık olarak takibinin yapılması; birim bazlı oluşan atık miktarını ve atığın depolanması sırasında oluşabilecek yaralanmaların hangi birimden kaynaklandığını tespit etmek açısından önemlidir. Etikette atığın çıktığı birim, kg olarak miktarı, tartıldığı tarih ve saati gibi bilgiler yer almalıdır. Bu bilgiler randomize olarak karşılaştırılmalı, kayıtlar ve etikette yer alan bilgiler yeterli ise **“EVET”** yeterli değil ise **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

Genel Değerlendirme



SORU: Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?

- **3.GD.10.2.** Birim bazlı tıbbi atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.

Her birim ve poliklinik için ayrı ayrı takip edildiği örnek tabloya uygun olarak gözlemlenmelidir.

Birim Bazlı Tıbbi Atık Miktarı (Kg)				
Birimler	Ocak	Şubat	Toplam
Cerrahi Birimler Tıbbi Atık				
Ameliyathane Tıbbi Atık				
Servis Tıbbi Atık				
Protez Laboratuvarlar Tıbbi Atık				
Poliklinikler (Ayrı ayrı tanımlanmalıdır) Tıbbi Atık				
Radyoloji Tıbbi Atık				
.....				
Diğer Birimler				
TOPLAM				

SORU: Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?

- **3.GD.10.3** EWC kod bazında tehlikeli atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.
- **3.GD.10.4** Tıbbi ve Tehlikeli Atıkların maliyeti yönetim tarafından takip edilmelidir.
- **3.GD.10.5** Tıbbi atıklar sağlık tesisine başvuran hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ünit başına üretilen tıbbi atık miktarı vb parametrelere göre yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

Kayıtların aylık olarak tutulduğu gözlemlenmeli, eksiklik bulunmaması halinde **“EVET”** olarak kayıtların düzensiz olması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu? (ADSH'larda değerlendirilecektir)

- **1.GD.11.1.** Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmalı, iletişim ve tanıtımdan sorumlu yönetici birim sorumlusu ve birim çalışanı/çalışanları belirlenmeli, görevlendirmeler ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmelidir.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün 10.01.2019 tarihli 90305236-639-110 sayılı İletişim ve Tanıtım Birimi Kurulması konulu yazısı uyarınca birim kurulması ve birim personeli görevlendirmeleri kontrol edilmeli, personele tebliğ edilip edilmediği değerlendirilmelidir. Belgelerin eksiksiz görölmesi halinde **“EVET”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

- **3.GD.12.1.** Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.

Yangın söndürme cihazlarının çalışır durumda bulunması, her türlü haşerat tahriplerine karşı önlem alınması, rutubetin %50-60 arasında bulunması, su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemlerin alınması, yılda en az 1 defa mikroorganizmalara karşı arşivin dezenfekte edilmesi, ısının mümkün olduğunca sabit (kağıt malzeme için 12-15 derece arası) tutulması değerlendirilmelidir.

SORU: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

- **3.GD.12.2.** Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

Arşivde bulunan dosyaların arşiv planına uygun yerleştirilip yerleştirilmediği değerlendirilmelidir. Dosya yerleşim planı yoksa ya da plana göre dosya yerleşimi yapılmadı ise **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

- **3.GD.12.3.** Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.

Yangın söndürme cihazlarının periyodik kontrollerinin yapılıp yapılmadığı ve kolay erişilebilir alanda bulunduğu gözlemlenmelidir. Kontrollerin eksik olması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

- **3.GD.12.4.** Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

Belirli bir süre saklanacak arşivlik malzeme için “Birim Arşivleri”, daha uzun bir süre saklanacak arşivlik malzeme için “Kurum Arşivleri” kurulur. Arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır.

SORU: Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?

- **3.GD.13.1.**Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hastalarda kullanılacak kimlik doğrulama tanımlayıcılarının ayrı ayrı belirlenip belirlenmediği gözlemci tarafından sorgulanmalıdır. Hasta kayıt kabul birimlerinde hasta kimliğinin doğrulanıp doğrulanmadığı sorgulanmalı ve gözlem esnasında ziyaret edilen bölümlerde uygulamanın yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Hasta doğrulamada tanımlayıcı olarak hasta bilekliği kullanılıyor ise yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalı ve hasta ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdıği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği değerlendirilmelidir.

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılış mı?

- **3.GD.14.1.** Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği bir birim oluşturulmalıdır.

Evde sağlık hizmeti verilecek birimin fiziki olarak kayıt, arşiv, sekreteryaya, planlama ve koordinasyon hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte olup olmadığı değerlendirilmeli, fiziki olarak yetersiz olması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

- **3.GD.14.2.** Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin tescili olmalıdır.

Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından tescili yapılarak Bakanlığa bildirilmelidir. Makamın 13.05.2015 tarihli ve 449 sayılı Bakanlık Oluruna istinaden tescil işlemleri İl Sağlık Müdürlüklerine devredilmiştir. Ancak düzenli denetimleri yapılan birimlerin tescilinin hangi tarihte yapıldığına bakılmaz. Birimin bağlı bulunduğu sağlık tesisinin birleşme, taşınma ve rol grubunun değişmesi vb. hallerde Müdürlüğe talepte bulunulur. Müdürlüğün uygun görüşü ile birim tescili yenilenebilir. Yukarıda açıklaması yapılan hallerin dışında olup tescili olmadığı tespit edilen birimler için tescil işleminin yapılması istenir.

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılıymı?

- **3.GD.14.3.**Evde sağlık hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilen özelliklerde personel görev yapmalıdır.

Ekip; Bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri, şoför, evde sağlık hizmetinin gerektirdiği diğer meslek mensuplarından oluşur. En az 1 (bir) dişhekim, en az 2 (iki) yukarıda sayılan sağlık personeli veya 1 (bir) şoför bulunur. Bu sağlık personelinin kimlerden oluşacağına hizmetin gerekliliği ve hastanın tedavi planına göre sorumlu idareci tarafından karar verilir. Ayrıca birimde kayıt ve arşiv işlemleri ile haberleşme işlemlerini gerçekleştirmek üzere bir tıbbi sekreter ya da uygun nitelikte bir personel görevlendirilebilir.

- **3.GD.14.4.**Evde Sağlık Hizmeti Birimine tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

- **3.GD.14.4.**Evde Sağlık Hizmeti Birimine tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.

Birimlere, ekibin hastaya ulaşımını sağlamak için hasta nakil aracı veya ekip aracı tahsisi yapılır. Hasta nakil hizmetinde kullanılacak araçlar üzerinde Sağlık Bakanlığı logosu, Evde Sağlık Hizmetleri logosu, Evde Sağlık Hizmetleri Başvuru Numarası (444 38 33) ve “Hasta Nakil Aracı” ibaresi olacak şekilde “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” ile belirlenen standartlara uygun olarak hizmete özgü giydirilir. Ekipte yer alan sağlık personeli, sürücü olarak da yetkilendirilebilir. Evde sağlık aracı yeterli mobil donanıma sahip olmalı ve taşınır mobil röntgen cihazı bulunmalıdır.

Genel Değerlendirme



SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılıymış mı?

- **3.GD.14.5.** Evde sağlık hizmeti verileri DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

Evde Sağlık Hizmetleri Yönetici Takip Ekranı

	Ocak	şubat	TOPLAM
Evde Sağlık Biriminde alışan Toplam Hekim Sayısı				
Toplam Hekim Dışı Sağlık Personeli Sayısı				
Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı				
Hekim Dışı Sağlık Personeli Başına Düşen Hasta Sayısı				
İlgili Ayda Yeni Hasta Sayısı				
İlgili Ayda Takip Edilen Hasta Sayısı				
İlgili Ayda Toplam Ziyaret Sayısı				
*İlgili Ayda Ziyaret Sıklığı Değeri				

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılış mı?

DHBS'de "Yönetici Takip Ekranı" nın oluşturulup oluşturulmadığı,

Aylık olarak evde sağlık hizmetlerinin takip edilip edilmediği,

DHBS'de en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,

Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla ile uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa "**HAYIR**" olarak değerlendirilmelidir.

- **3.GD.14.6.** Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

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

- **3.GD.15.1.** Mesai ve nöbet takip sistemi DHBS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.

Personel çalışma listelerinin hazırlanması, nöbet, fazla mesai gibi işlemler için bu listenin kullanılması DHBS üzerinden yapılmalıdır. Sistem dinamik yapıda olmalıdır. Mesai ve nöbet takip sistemi oluşturulmalıdır. Sistem üzerinden mesai ve nöbet sayıları kontrol edilebilmelidir.

- **3.GD.15.2.** Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.

Personel çalışma listeleri, adaletli ve verimli olması yönünden yönetim tarafından takip edilmeli ve değerlendirilmelidir.

SORU: Dijital hastane geçiş sureci ile ilgili asgari duzenlemeler yapılıyor mu?

- **3.GD.16.1.** Gorevli hekim poliklinik hizmet surecinde hastalara ait tıbbi bilgilere DHBS ekranında bulunan e-Nabız butonu uzerinden erişim sağlayabilmelidir.

Hekim bu butona tıklayarak sisteme giriş yapabildiği ve muayene esnasında hastaların tum sağlık geçmişine erişim sağlayabildiği kontrol edilmelidir.

- **3.GD.16.2.** e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.
- **3.GD.16.3.** Hastalara ait gorntuleme verilerine PACS uzerinden erişim sağlanmalıdır.

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

Buton, SBSGM tarafından Diş Hekimliği Bilgi Sistemleri'ne 06.02.2018 tarihli ve E.613 sayılı yazı ile gönderilen talimatlara uygun şekilde dizayn edilmiş olmalıdır.

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

-Buton hekimlerin ilk anda görebileceği alanda bulunmalıdır.

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

E-nabız butonunun standartlara uygun olmaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

-Hekimler polikliniklerde ve servislerde hastalarına ait tüm görüntüleme verilerine kullandıkları DHBS'de erişim sağlayabilmelidirler. Görüntüleme verilerine hekimlerin erişiminin sağlanamaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilir.

SORU: Nöbet hizmeti süresince güvenlik hizmeti veriliyor mu?

- **3.GD.17.1.** Sağlık tesisinde aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir.

Aktif hekim sayısı 20 ve daha fazla ise tam zamanlı, az ise 24:00 kadar nöbet tutulması, 4-9 (4 ve 9 dahil) olduğunda icap nöbeti tutulur. Aktif hekim sayısına uygun nöbet hizmeti verilmemesi halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

- **3.GD.17.2.** Güvenlik hizmeti sağlık tesisi girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.

SORU: Nöbet hizmeti süresince güvenlik hizmeti veriliyor mu?

- **3.GD.17.3.** Kamera sistemi sağlık tesisi giriş ve çıkışları da dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.

Kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsayıp kapsamadığı ve en az 2 aylık kayıtların olup olmadığı değerlendirilmelidir. Tüm alanları kapsamaması ya da 2 aylık kayıtların olmaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

- **3.GD.17.4.** Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

Genel Değerlendirme



SORU: Nöbet hizmetlerinin başvuru yoğunluğu takip ediliyor mu?

- **3.GD.18.1.** Sağlık tesisinde nöbet hizmetleri başvuru yoğunluğu yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

Acil müdahale gerektiren hastalar ICD tanı kodlarına göre belirlenmeli, nöbet hizmetleri başvuru yoğunluğu takibinin en az aşağıdaki tablodaki bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

..... Yılı Nöbet Hizmetleri Başvuru Yoğunluğu Takip Tablosu					
AYLAR	Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Sayısı	Toplam Başvuran Hasta Sayısı	*Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Oranı	**Acil Müdahale Gereken Hasta Sayısı	***Acil Müdahale Gereken Hasta Oranı
OCAK					
ŞUBAT					
.....					
Yıllık Toplam/Ortalama					

SORU: Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

- **3.GD.19.1.** Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı (YTE)” ile takip edilmelidir.

Sağlık tesisinde ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi hekim ve branş/klinik bazında aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı (YTE)” ile takip edilmelidir. Verilerin hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak örnek tablodaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.

Genel Değerlendirme



SORU: Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

Girişimsel İşlem Puanı Yönetici Takip Ekranı						
Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen Hekim Adı Soyadı	OCAK				
		Toplam Girişimsel İşlem Puanı	*Ayaktan Hasta puan oranı(%)	**Yatan Hasta puan Oranı	Poliklinik Hasta Sayısı(Nöbet Hizmetlerinde muayene edilen hasta Dahil)	***Poliklinik Hastası Başına Üretilen Girişimsel İşlem Puanı
A Kliniği	X Hekim					
A Kliniği	Y Hekim					
A Kliniği Ortalama						
B Kliniği	T Hekim					
B Kliniği	Z Hekim					
B Kliniği Ortalama (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)						
GENEL KLİNİK ORTALAMA (A+B+.. Klinik Ortalaması)						

SORU: Sağlık Tesisi dışında yapılan ameliyatlara ile ilgili verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

- **3.GD.20.1.** Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli ve ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS 'de kayıt altına alınmalıdır.

Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli, ameliyat randevu defteri kullanılmamalı ve ameliyat/işlem yapan her diş hekimi için ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

- **3.GD.20.2.** Sağlık tesisi dışında ameliyat yapan her bir diş hekiminin yaptığı "Ameliyat ve işlem sayısı" aylık olarak DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

Diğer sağlık tesisleri ile ameliyathane kullanım protokolü bulunmayan ADSM/H'ler bu sorudan 'MUAF' tutulacaktır.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden patoloji laboratuvarına gönderilen numuneler uygun şekilde transfer ediliyor mu?

- **3.GD.21.1.** Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden (Cerrahi klinikler, Ameliyathane, Poliklinikler vb.) patoloji laboratuvarına numunelerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalı ve transferler bu düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır.

Patoloji materyallerinin patoloji laboratuvarına transferinin nasıl olması gerektiği, her aşaması ayrıntılı olacak şekilde yazılı düzenleme ile tanımlandığı (materyalin ameliyathaneden, cerrahi kliniklerinden kime teslim edileceği, patoloji laboratuvarına transferinin nasıl yapılacağı vb.) yazılı düzenlemedeki bu hususların uygulandığı kontrol etmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden patoloji laboratuvarına gönderilen numuneler uygun Şekilde transfer ediliyor mu?

- **3.GD.21.2** Biyopsi ve doku numuneleri kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taŐınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta ve numune bilgilerini içeren etiket/barkod bulunmalıdır.

Ameliyathanede patoloji materyallerinin toplandığı alanda varsa saklama kaplarının üzerindeki bilgileri gözlemci kontrol etmelidir. Gözlem sırasında patoloji materyalinin bulunmaması durumunda ameliyathane personelinden süreç sorgulanmalıdır

- **3.GD.21.3.** Patoloji laboratuvarına gönderilen numunelerin teslim tutanaklarında (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası, tarih ve saat bulunmalıdır.

İmzalı tutanakların sunulamaması halinde **“HAYIR”** olarak değerlendirilmelidir.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

• Dt. Serkan KURAN