



Standart 4 Özeti: Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir. Bu standart kapsamında personel planlaması, hasta bekleme süreleri, konsültasyon süreleri, laboratuvar ve görüntüleme sonuç süreleri ile tedavi red formları analiz edilerek sistematik iyileştirme süreci yürütülür.

Ölçüt 4.1

Yoğunluğa göre personel planlaması

Ölçüt 4.2

Müşahede alanında kalış süresi analizi

Ölçüt 4.3

8 saat üzeri bekleyen hastalar için önlem

Ölçüt 4.4

Konsültasyon süreleri analizi

Ölçüt 4.5

Görüntüleme sonuç/rapor süreleri

Ölçüt 4.6

Laboratuvar sonuç/rapor süreleri

Ölçüt 4.7

Karşılaştırmalı hekim paylaşımı

Ölçüt 4.8

Tedavi red formu analizi

1. Amaç

Bu prosedürün amacı; acil serviste sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğini sistematik biçimde analiz etmek, hasta yoğunluğuna uygun personel planlamasını sağlamak, bekleme sürelerini izleyerek hasta güvenliğini güvence altına almak, konsültasyon ve tetkik sonuç sürelerini takip etmek ve SDS Hastane Versiyon 2 Standart 4 gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür; acil serviste görev yapan tüm hekim ve sağlık personelinin, acil servis müşahede alanını, acil servis kaynaklı görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini, acil servis konsültasyon süreçlerini ve tedavi red formlarının yönetimini kapsamaktadır.

3. Tanımlar ve Kısaltmalar

Kısaltma / Terim	Açıklama
Müşahede Alanı	Acil serviste hastaların takip ve gözlem altında tutulduğu alan
Müşahede Kalış Süresi	Hastanın müşahede alanına alındığı saat ile taburcu/yatış/sevk saati arasındaki süre
Konsültasyon Süresi	Konsültasyon isteğinin yapıldığı saatten konsültan hekimin hastayı değerlendirdiği saate kadar geçen süre
Tedavi Red Formu	Hastanın önerilen tedaviyi reddettiğini belgeleyen imzalı resmi form
DİF	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet — uygunsuzluk tespitinde başlatılan aksiyon süreci
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi



Triaj Hastaların aciliyet derecesine göre sınıflandırılması

4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk
Başhekim	Prosedürün uygulanmasını denetlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek, kritik uygunsuzluklarda acil aksiyon almak
Acil Servis Sorumlu Hekimi	Personel planlamasının yoğunluğa uygun yapılması, bekleme sürelerinin günlük takibi, DİF süreçlerine katılım
Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Müşahede alanı doluluk takibi, 8 saat üzeri bekleme tespitinde bildiri yapılması, kayıtların tutulması
Kalite Birimi	DİF açılması ve takibi, analiz raporlarının hazırlanması, değerlendirme toplantısı organizasyonu
Nöbetçi Hekimler	Konsültasyon sürelerinin takibi, tedavi red formlarının eksiksiz doldurulması, HBYS kayıtlarının doğru tutulması
İstatistik / HBYS Birimi	Acil servis istatistiklerinin (bekleme, konsültasyon, tetkik süreleri) periyodik raporlanması

5. Uygulama

5.1. Yoğunluğa Göre Personel Planlaması (Ölçüt 4.1)

Acil servis personel planlaması, saatlik hasta başvuru sayılarına göre dinamik biçimde yapılmalıdır. Bu kapsamda:

- HBYS üzerinden saatlik başvuru yoğunluğu verileri düzenli aralıklarla analiz edilir
- Yoğun saatlerde (genellikle 08:00-12:00 ve 18:00-22:00) ek hekim ve sağlık personeli görevlendirilir
- Personel görev listesi, önceki dönem yoğunluk verileri gözetilerek hazırlanır
- Randomize seçilen günlerde hasta başvuru sayıları ile görevli personel listesi karşılaştırılır

Yoğunluğa Uygun Görevlendirme Oranı (%):

(Yoğunluğa uygun görevlendirme yapılan gün sayısı / İncelenen toplam randomize gün sayısı) × 100

Hedef: %80 ve üzeri → Karşılıyor %60-79 → Kısmen %59 altı → Karşılanmıyor

5.2. Müşahede Alanında Kalış Süresi Analizi (Ölçüt 4.2)

Hastaların acil servis müşahede alanında geçirdikleri süre branş ve hekim bazlı analiz edilir:

- HBYS kayıtlarından müşahede başlangıç ve bitiş saatleri alınır
- Ortalama kalış süreleri; taburcu, yatış ve sevk gruplarına göre ayrı ayrı hesaplanır
- Uzun kalış süresinin nedenleri (yatak beklemesi, konsültasyon gecikmesi vb.) analiz edilir
- Uygunsuzluk tespit edildiğinde ilgili birim sorumlusu toplantıya davet edilir ve DİF açılır

5.3. Sekiz Saat Üzeri Bekleyen Hastalar İçin Önlem (Ölçüt 4.3)

Acil serviste 8 saat ve üzeri süre bekleyen hastalar ayrıca analiz edilir ve gerekli önlemler alınır:

- 8 saat üzeri bekleme tespit edilir edilmez acil servis sorumlu hekim bilgilenir
- Beklemenin nedeni (yatak doluluk, konsültasyon, aile kararı vb.) HBYS'ye kayıt edilir
- İki aylık dönemde 8 saat üzeri bekleme vakaları kök neden analizi ile değerlendirilir
- Sistematik nedenler için DİF açılır ve aksiyon planı hazırlanır

△ **Kritik:** Herhangi bir hastanın acil serviste 8 saati aşan bekleme süresi, başhekim yardımcısına (mesai saatlerinde) veya nöbetçi idari şef hekime (mesai dışında) derhal bildirilmelidir.

5.4. Konsültasyon Sürelerinin Analizi (Ölçüt 4.4)



Acil servisten istenen konsültasyonların gerçekleşme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilir:

- Konsültasyon isteği saati ile konsültan hekimin değerlendirme saati HBYS'den alınır
- Branş bazlı ortalama konsültasyon yanıt süreleri hesaplanır
- Uzun yanıt süresi gösteren branşlar ve hekimler belirlenir; değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı olarak paylaşılır
- Hedef süreyi sürekli aşan branşlar için DİF açılır

DİF Kapatılma Oranı (%):

(İki aylık dönemde kapatılan DİF sayısı / Aynı dönemde açılan toplam DİF sayısı) × 100

Hedef: %80 ve üzeri — Önceki dönemden devreden DİF'ler hesaba dahil edilmez; ayrı raporlanır.

5.5. Acil Servis Görüntüleme Sonuç/Rapor Süreleri (Ölçüt 4.5)

Acil servisten istenen MR, BT ve USG tetkiklerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilir:

- Tetkikin yapılma saati ile raporun sisteme girilme saati arasındaki süre ölçülür
- Modalite bazlı (MR, BT, USG) ortalama sonuç süreleri hesaplanır
- Acil servise özgü rapor süresi hedefi belirlenir ve izlenir
- Hedefe ulaşılamayan durumlarda radyoloji birimini de kapsayan DİF süreci başlatılır

5.6. Acil Servis Laboratuvar Sonuç/Rapor Süreleri (Ölçüt 4.6)

Acil servisten istenen laboratuvar tetkiklerinin sonuçlanma süreleri test bazlı analiz edilir:

- Test bazlı (tam kan, biyokimya, koagülasyon vb.) ortalama sonuç süreleri hesaplanır
- Kritik değer bildirim süreleri ayrıca izlenir
- Geç sonuçlanan testler için laboratuvar birimi ile birlikte kök neden analizi yapılır
- Sistemsel gecikmeler için DİF açılır

5.7. Karşılaştırmalı Hekim Paylaşımı (Ölçüt 4.7)

Acil servise ilişkin tüm branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları (bekleme süreleri, konsültasyon süreleri, 8 saat üzeri vaka oranları) ilgili hekimlerle karşılaştırmalı biçimde paylaşılır:

- Her iki aylık dönem sonunda bireysel performans verileri hazırlanır
- Veriler ilgili hekimle bire bir veya toplantı ortamında paylaşılır
- Paylaşımın yapıldığına dair kayıt (imza veya sistem kaydı) tutulur

Karşılaştırmalı Hekim Paylaşım Oranı (%):

(Karşılaştırmalı paylaşım yapılan hekim sayısı / İncelenen toplam randomize hekim sayısı) × 100

Hedef: %80 ve üzeri

5.8. Tedavi Red Formu Analizi (Ölçüt 4.8)

Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları sistematik biçimde analiz edilir:

- Tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanı kodu bazlı HBYS'ye kayıt edilir
- İki aylık dönemde tüm tedavi red formları gözden geçirilir; tekrar eden tanı/hekim örüntüleri tespit edilir
- Yüksek red oranı gözlemlenen tanı grupları veya hekimler için değerlendirme toplantısı düzenlenir
- Formların eksiksiz ve doğru doldurulup doldurulmadığı da kontrol edilir

5.9. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 4.9)

Başhekim başkanlığında, acil servis sorumlu hekimi, ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla her iki ayda bir değerlendirme toplantısı yapılır:

- Toplantı, **sonraki ayın ilk 7 günü** içinde önceki 2 aya ait tüm veriler üzerinden yapılır
- Ölçütler 4.1-4.8'e ait analiz sonuçları sunulur ve tartışılır
- Açık DİF'lerin durumu değerlendirilir; kapatılamayanlara ek süre veya kaynak sağlanır



- Toplantı tutanağı ve alınan kararlar arşivlenir
- Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılır ve sorumlu hekim/birim atanır

6. Performans Göstergeleri

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
Yoğunluğa Uygun Görevlendirme Oranı	$(\text{Uygun görevlendirme yapılan gün} / \text{İncelenen gün}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
8 Saat Üzeri Bekleme Vaka Sayısı	Dönemdeki toplam 8 saat üzeri bekleme vakası	Azalan trend	2 Aylık
Ort. Müşahede Kalış Süresi	Toplam kalış süresi / Müşahede hasta sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık
Konsültasyon Yanıt Süresi (Branş Ort.)	Toplam yanıt süresi / Konsültasyon sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık
Acil Görüntüleme Rapor Süresi (BT)	Toplam rapor süresi / BT tetkik sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık
Karşılaştırmalı Hekim Paylaşım Oranı	$(\text{Paylaşım yapılan hekim} / \text{Toplam hekim}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
DİF Kapatılma Oranı	$(\text{Kapatılan DİF} / \text{Açılan DİF}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
Tedavi Red Formu Eksiksizlik Oranı	$(\text{Eksiksiz form} / \text{Toplam form}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık

7. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 4 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Poliklinik Hizmetleri Etkinlik Analizi Prosedürü (POL-PR-001)
- Görüntüleme Hizmetleri Etkinlik Analizi Prosedürü (GOR-PR-002)
- Laboratuvar Hizmetleri Etkinlik Analizi Prosedürü (LAB-PR-003)
- DİF Yönetim Prosedürü
- Acil Servis Çalışma Talimatı
- Triaj Uygulama Talimatı
- Kritik Değer Bildirim Talimatı
- Konsültasyon Yönetimi Talimatı
- Toplantı Yönetimi Prosedürü

8. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
Acil Servis Etkinlik Analiz Raporu	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital / Fiziksel
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
Tedavi Red Formu	Nöbetçi Hekim / Hemşire	10 Yıl	Fiziksel / Dijital
8 Saat Üzeri Bekleme Bildirim Kaydı	Acil Servis Sorumlusu	3 Yıl	HBYS
Konsültasyon Süreleri Raporu	İstatistik / HBYS	3 Yıl	Dijital
Personel Görev Planı ve Yoğunluk Kaydı	Acil Servis Sorumlusu	3 Yıl	Dijital / Fiziksel
İki Aylık Toplantı Tutanağı	Başhekimlik	5 Yıl	Fiziksel / Dijital
Karşılaştırmalı Hekim Paylaşım Kaydı	Kalite Birimi	3 Yıl	Dijital