



**Opsiyonel Standart Bilgisi:** Standart 28, SDS Hastane Versiyon 2 kapsamında opsiyonel niteliktedir. Bu standart karşılandığında ve tesisin SDP puanı 80 ve üzerinde olduğunda **+3 puan** eklenir. Standart karşılanmadığında puan indirim uygulanmaz. Standart 29 ile birlikte uygulandığında maksimum **+6 puan** elde edilebilir. Tesisler bu standardı gönüllü olarak uygular; uygulamama kararı kalite birimi tarafından yazılı olarak kayıt altına alınır.

**Standart 28 Genel Açıklaması:** Klinik rehber ve protokollere uyum; kanıta dayalı tıbbın günlük klinik pratiğe yansımaları sağlar ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesine doğrudan katkı sunar. Bu standart; tesis klinik rehber listesinin güncel tutulmasını, rehberlerin klinisyenlere duyurulmasını ve erişilebilir kılınmasını, uyum düzeyinin dönemsel olarak ölçülmesini, sapmaların kök neden analizi ile değerlendirilmesini, personel eğitimlerinin sürekliliğini ve bulguların iki ayda bir başhekim başkanlığında raporlanmasını zorunlu kılmaktadır.

Ölçüt	Konu	Temel Gereklilik
28.1	Klinik Rehber ve Protokol Listesi	Tesisin uyguladığı ulusal ve kurumsal klinik rehberler listelenmiş; her rehber için 5 bilgi alanı eksiksiz kayıtlı; liste güncel
28.2	Rehberlere Erişilebilirlik ve Duyuru	Klinik rehberler ilgili personele duyurulmuş; HBYS veya intranet üzerinden erişilebilir; güncel versiyon kullanılıyor
28.3	Uyum Düzeyinin Ölçülmesi	Her rehber için uyum denetimi yapılıyor; randomize hasta dosyası örneklemeden uyum oranı hesaplanıyor
28.4	Sapma Analizi ve DİF Süreci	Uyumsuzluğun klinik gerekçesi kayıt altına alınıyor; gerekçesiz sapma için DİF açılıyor
28.5	Personel Eğitimi	Yeni rehber yayımlandığında veya güncellendiğinde ilgili personele eğitim veriliyor; kayıt altına alınıyor
28.6	2 Aylık Başhekim Toplantısı	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki dönem uyum analizi

## 1. Amaç

Bu prosedürün amacı; sağlık tesisinde uygulanan ulusal ve kurumsal klinik rehberler ile protokollerin güncel listesini tutmak, bu rehberleri ilgili klinisyenlere erişilebilir kılmak, klinik uyum düzeyini dönemsel olarak ölçmek ve analiz etmek, gerekçesiz sapmalar için DİF süreçleri başlatmak, personel eğitimlerini sürdürmek ve bulguların iki ayda bir başhekim başkanlığında raporlayarak kanıta dayalı tıp uygulamalarının klinik pratiğe yansımaları güçlendirmek; **SDS Hastane Versiyon 2 Standart 28** gerekliliklerini karşılayarak +3 opsiyonel puanı hak etmektir.

## 2. Kapsam

Bu prosedür; tesisin uygulamayı benimsediği tüm ulusal klinik rehberleri (Sağlık Bakanlığı, ulusal uzmanlık dernekleri, Dünya Sağlık Örgütü onaylı), tüm kurumsal klinik protokolleri ve bunların uygulandığı klinikleri, uyum ölçümü süreçlerini ve bu süreçlerde görev yapan klinik şefler, sorumlu hekimler, hemşireler ile kalite birimini kapsamaktadır.



### 3. Tanımlar ve Kısaltmalar

Kısaltma / Terim	Açıklama
<b>Klinik Rehber</b>	Belirli bir klinik durum veya hastalık için kanıta dayalı bilimsel veriler ışığında hazırlanmış ve yetkili kurum veya dernek tarafından yayımlanmış, tanı ve tedaviye yönelik sistematik öneriler bütünü
<b>Klinik Protokol</b>	Belirli bir tanı, tedavi, bakım veya prosedür için tesisin kendi koşullarına uyarlanmış, adım adım uygulama talimatı; ulusal rehberin yerelde somutlaştırılmış hali
<b>Uyum Denetimi</b>	Seçilen hasta dosyalarının incelenerek klinik uygulamanın rehber önerilerine ne ölçüde uyduğunun değerlendirildiği sistematik süreç
<b>Klinik Sapma</b>	Klinik uygulamanın, rehberin önerdiği tanı veya tedaviden farklılaşması; gerekçeli sapma (hastanın özel durumu, kontrendikasyon) meşru kabul edilir; gerekçesiz sapma uygunsuzluktur
<b>Gerekçeli Sapma</b>	Hastaya özgü klinik gerekçeyle (alerjik reaksiyon, komorbidite, hasta tercihi vb.) rehberden bilinçli olarak uzaklaşma; bu durumun hasta dosyasında hekim tarafından açıkça belgelenmesi zorunludur
<b>Gerekçesiz Sapma</b>	Hasta dosyasında herhangi bir klinik gerekçe belirtilmeksizin rehberden uzaklaşılması; uygunsuzluk olarak değerlendirilir ve DİF tetikler
<b>Uyum Oranı</b>	Denetlenen hasta dosyalarında rehberle tam veya gerekçeli sapma ile uyumlu bulunanların oranı
<b>DİF</b>	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet

### 4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk	Bağlı Ölçüt
<b>Başhekim</b>	Klinik rehber listesini onaylamak, rehber uyum politikasını belirlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek, kritik uyumsuzluklarda aksiyon almak	28.1, 28.6
<b>Klinik Şef / Klinik Direktörü</b>	Kliniği için geçerli rehberleri belirlemek ve güncel tutmak, uyum denetimlerine liderlik etmek, sapmaları değerlendirmek, personel eğitimini planlamak	28.1, 28.3, 28.4, 28.5
<b>Sorumlu Hekim</b>	Rehbere uyumlu tanı ve tedavi uygulamak, zorunlu sapmayı hasta dosyasına gerekçesiyle belgelemek, eğitimlere katılmak	28.3, 28.4
<b>Kalite Birimi</b>	Rehber listesini yönetmek, uyum denetimini koordine etmek, uyum oranlarını hesaplamak, DİF açmak ve takip etmek, değerlendirme toplantısını organize etmek	Tümü
<b>Hemşire / Sağlık Personeli</b>	Bakım protokollerine uymak, eğitimlere katılmak, uygunsuzluk gözlemlediğinde kalite birimine bildirmek	28.3, 28.5

### 5. Uygulama

#### 5.1. Klinik Rehber ve Protokol Listesinin Yönetimi (Ölçüt 28.1)

##### 5.1.1. Listede Bulunması Zorunlu 5 Bilgi Alanı

Tesisin uyguladığı her klinik rehber ve protokol için HBYS veya kalite belge yönetim sisteminde aşağıdaki 5



bilgi alanı eksiksiz kayıtlı olmalıdır.

No	Bilgi Alanı	Açıklama ve Örnek
1	Rehber / protokol adı ve konusu	Tam adı ve ele aldığı klinik konu (örn. "Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi — TÜSAD 2024")
2	Yayımlayan kurum / dernek ve versiyon	Rehberi yayımlayan ulusal veya uluslararası kurum ve güncel versiyon numarası ya da yılı
3	Bağlı klinik / birim	Rehberin hangi klinik veya birim tarafından uygulandığı; birden fazla klinik için her biri ayrı kayıtlı
4	Tesis onay tarihi ve geçerlilik süresi	Rehberin tesiste yürürlüğe girdiği tarih ve geçerlilik süresi; süresi dolduğunda yenileme sorumluluğu klinik şefe ait
5	Erişim linki veya belge referansı	Rehberin HBYS / intranet üzerindeki erişim yolu veya fiziksel dosya referans numarası; personelin kolayca bulabileceği şekilde tanımlı

#### 5.1.2. Liste Güncelleme Kuralları

- Yeni ulusal rehber yayımlandığında ilgili klinik şef 30 gün içinde değerlendirme yapar; tesis listesine ekleme veya mevcut protokolü güncelleme kararını başhekimliğe bildirir
- Süresi dolan veya güncellenen rehberler listeden çıkarılır ya da yeni versiyonla değiştirilir; eski versiyon "Pasif" olarak işaretlenir
- Kalite birimi yılda en az bir kez tüm listeyi gözden geçirerek geçerlilik kontrolü yapar; bulguları başhekimliğe raporlar

#### Rehber Listesi Eksiksizlik Oranı (%):

(5 bilgi alanının tamamı eksiksiz kayıtlı randomize rehber sayısı / İncelenen toplam randomize rehber sayısı) × 100

**Değerlendirme:** %80 ve üzeri → Karşılıyor | %60-79 → Kısmen | %59 ve altı → Karşılanmıyor

## 5.2. Rehberlere Erişilebilirlik ve Duyuru (Ölçüt 28.2)

### 5.2.1. Erişilebilirlik Gereklilikleri

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	HBYS veya intranet üzerinden erişim	Tüm aktif rehberler HBYS kalite modülünde veya tesis intranetinde dijital formatta mevcut; herhangi bir klinik bilgisayarından erişilebilir
2	Güncel versiyon kullanımı	Yürürlükteki rehber en son güncel versiyon; eski versiyon klinikte aktif kullanımda değil; HBYS'de yalnızca güncel versiyon aktif olarak işaretli
3	Yeni ve güncellenen rehber duyurusu	Yeni rehber veya güncelleme yayımlandığında ilgili klinik personeline e-posta, HBYS bildirim veya yazılı duyuru ile bilgilendirme yapıldığına dair kayıt mevcut
4	Klinik personel erişim bilgisi	Denetimde klinik personeline sorulduğunda ilgili rehberin nerede bulunduğunu biliyor veya 2 dakika içinde erişebiliyor

#### Erişilebilirlik Uygunluk Oranı (%):

(4 kriterin tamamını karşılayan randomize rehber/klinik sayısı / İncelenen toplam randomize rehber/klinik sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**



### 5.3. Uyum Düzeyinin Ölçülmesi (Ölçüt 28.3)

#### 5.3.1. Uyum Denetimi Süreci

Her iki ayda bir kalite birimi ve klinik şef iş birliğiyle uyum denetimi gerçekleştirilir. Her aktif rehber için dönemde en az 5 hasta dosyası randomize seçilerek incelenir.

- Kalite birimi denetlenecek rehberleri ve örneklem sayısını belirler; denetim planını klinik şefle paylaşır.
- Randomize hasta dosyaları seçilir; rehberin temel öneri adımları kontrol listesine dönüştürülür (KLR-FR-003).
- Her hasta dosyası kontrol listesi üzerinden incelenir; her öneri maddesi için "Uyumlu / Gerekçeli Sapma / Gerekçesiz Sapma" kaydedilir.
- Uyum oranı hesaplanır; dönem raporu hazırlanır.
- Gerekçeli sapmalar klinik şef tarafından gözden geçirilir; gerekçenin yeterli olup olmadığı değerlendirilir.

#### 5.3.2. Uyum Kategorileri

Kategori	Tanım	Aksiyon
<b>Uyumlu</b>	Klinik uygulama rehberin önerisine tam uygun	Kayıt — iyi uygulamayı sürdür
<b>Gerekçeli Sapma</b>	Hasta dosyasında hekim tarafından açıkça belgelenmiş klinik gerekçeyle rehberden farklılaşma	Uyumlu sayılır — gerekçe klinik şef tarafından gözden geçirilir
<b>Gerekçesiz Sapma</b>	Hasta dosyasında herhangi bir klinik gerekçe belirtilmeksizin rehberden farklılaşma	Uyumsuz sayılır — DİF açılır; ilgili hekim bilgilendirilir

#### **Klinik Rehber Uyum Oranı (%):**

$(\text{Uyumlu} + \text{Gerekçeli Sapma olan hasta dosyası sayısı} / \text{İncelenen toplam hasta dosyası sayısı}) \times 100$

**Hedef: %80 ve üzeri**

#### **Gerekçesiz Sapma Oranı (%):**

$(\text{Gerekçesiz sapma sayısı} / \text{İncelenen toplam hasta dosyası sayısı}) \times 100$  — Azalan trend hedeflenir.

### 5.4. Sapma Analizi ve DİF Süreci (Ölçüt 28.4)

#### 5.4.1. Sapma Analizi Adımları

Adım	Eylem	Sorumlu	Süre
1	Gerekçesiz sapma tespit edilir; hekim bilgilendirilir	Kalite Birimi	Denetim günü
2	Sapmanın nedeni hekimle görüşülür; klinik gerekçe var mı değerlendirilir	Klinik Şef	3 iş günü içinde
3	Gerekçe sonradan belgelenebiliyorsa dosyaya eklenir; gerekçesiz ise DİF açılır	Sorumlu Hekim / Kalite	5 iş günü içinde
4	DİF'e kök neden, aksiyon ve tamamlanma tarihi eklenir	Kalite Birimi / Klinik Şef	DİF açılış haftası
5	Tekrarlayan sapma tespitinde (aynı hekim, aynı rehber, iki dönem üst üste) klinik şef yönetimi devreye alınır; eğitim ve mentörlük planlanır	Klinik Şef / Başhekim	Dönem değerlendirmesinde

#### 5.4.2. Rehber Güncelleme Önerisine Dönüştürme



Sapma analizi sonucunda belirli bir öneri maddesinde tutarlı biçimde gerekçeli sapma yapılıyorsa (örn. her 3 hastadan 2'sinde aynı kontrendikasyon) klinik şef rehberin yerel uyarlamasını güncelleme talebiyle kalite birimine başvurabilir. Bu durum DİF değil, iyileştirme önerisi sürecine alınır.

**DİF Kapatılma Oranı (%):**

(Kapatılan DİF / Açılan DİF) × 100 — Hedef: %80 ve üzeri

**Sapma Gerekçeleştirme Oranı (%):**

(Gerekçesi belgelenmiş sapma / Toplam sapma) × 100 — Artıran trend hedeflenir.

## 5.5. Personel Eğitimi (Ölçüt 28.5)

### 5.5.1. Eğitim Zorunlulukları

Durum	Eğitim Gerekliliği	Süre / Belgeleme
<b>Yeni rehber yürürlüğe girdiğinde</b>	İlgili klinik tüm personeline rehber tanıtım eğitimi; yürürlük tarihinden önce tamamlanır	30 gün içinde; eğitim formu
<b>Önemli güncelleme yapıldığında</b>	Değişen maddeler odaklı kısa güncelleme eğitimi; tüm ilgili personele duyuru	45 gün içinde; bildirim kaydı
<b>Yeni personel işe başladığında</b>	Oryantasyon programı içinde kliniğin aktif rehberlerinin tanıtımı	İlk 30 gün; oryantasyon formu
<b>Gerekçesiz sapma DİF açıldığında</b>	İlgili hekime veya birime hedefli bireysel eğitim / mentörlük	DİF kapatma sürecinde; kayıt
<b>Yıllık yenileme</b>	Her yıl en az bir kez yüksek riskli rehberler için yenileme eğitimi	Yılda bir; eğitim formu

**Rehber Eğitimi Tamamlama Oranı (%):**

(Yeni / güncel rehber eğitimine katılan personel sayısı / İlgili toplam personel sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**

## 5.6. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 28.6)

Kriter	Açıklama
<b>Sıklık</b>	Her iki ayda bir
<b>Zamanlama</b>	Sonraki ayın <b>ilk 7 günü</b> içinde önceki 2 aya ait veriler üzerinden yapılır
<b>Zorunlu Katılımcılar</b>	Başhekim, Kalite Birimi Sorumlusu, Klinik Şefler (uyum denetimi yapılan klinikler)
<b>Önerilen Katılımcılar</b>	Yüksek gerekçesiz sapma oranı olan kliniklerin sorumlu hekimleri

### Zorunlu Gündem Maddeleri

- Önceki dönem DİF'lerinin durumu — kapatılan, devam eden, yeni açılanlar
- Rehber listesi güncellik durumu — yeni yayımlanan veya süresi dolan rehberler (Ölçüt 28.1)
- Erişilebilirlik denetim bulguları (Ölçüt 28.2)
- Klinik ve rehber bazlı uyum oranları tablosu — düşük uyumlu rehberler ön planda (Ölçüt 28.3)
- Gerekçesiz sapma sayısı ve DİF durumu (Ölçüt 28.4)
- Personel eğitimi tamamlama oranı (Ölçüt 28.5)
- Bir sonraki dönem uyum iyileştirme planı



## 6. Performans Göstergeleri ve Hedefler

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
Rehber Listesi Eksiksizlik Oranı	$(5 \text{ alan eksiksiz rehber} / \text{İncelenen toplam rehber}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Erişilebilirlik Uygunluk Oranı	$(4 \text{ kriter tamamlanan rehber/klinik} / \text{İncelenen toplam}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Klinik Rehber Uyum Oranı	$(\text{Uyumlu} + \text{Gerekçeli sapma} / \text{İncelenen toplam dosya}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Gerekçesiz Sapma Oranı	$(\text{Gerekçesiz sapma} / \text{İncelenen toplam dosya}) \times 100$	Azalan trend	2 Aylık
Sapma Gerekçeleştirme Oranı	$(\text{Gerekçesi belgelenmiş sapma} / \text{Toplam sapma}) \times 100$	Artıran trend	2 Aylık
Rehber Eğitimi Tamamlama Oranı	$(\text{Eğitime katılan personel} / \text{İlgili toplam personel}) \times 100$	%80 ve üzeri	Her rehber yenileme
DİF Kapatılma Oranı	$(\text{Kapatılan DİF} / \text{Açılan DİF}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık

## 7. Formlar

Form Kodu	Form Adı	İçerik Özeti
<b>KLR-FR-001</b>	Klinik Rehber ve Protokol Listesi	5 bilgi alanı, aktif/pasif durumu, başhekim onay tarihi
<b>KLR-FR-002</b>	Dönemlik Uyum Denetim Raporu	Rehber adı, denetlenen dosya sayısı, uyum/gerekçeli sapma/gerekçesiz sapma sayısı, uyum oranı, DİF notu
<b>KLR-FR-003</b>	Rehber Uyum Kontrol Listesi	Rehberin temel öneri maddeleri, her madde için uyum kategorisi (Uyumlu / Gerekçeli / Gerekçesiz), hekim imzası
<b>KLR-FR-004</b>	Rehber Eğitimi Katılım Formu	Rehber adı, eğitim tarihi, eğitici, katılımcı listesi ve imzaları

## 8. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 28 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Kurum Hedef Göstergeleri Prosedürü — Standart 27 (HGS-PR-027)
- DİF Yönetim Prosedürü (KAL-PR-001)
- Kök Neden Analizi Talimatı (KAL-TL-001)
- Klinik Rehber Duyuru ve Güncelleme Talimatı (KLR-TL-001)
- Personel Eğitim Yönetimi Talimatı
- Sağlık Bakanlığı Güncel Klinik Rehber Dizini
- Toplantı Yönetimi Prosedürü



## 9. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
Klinik Rehber ve Protokol Listesi (KLR-FR-001)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital + Fiziksel
Dönemlik Uyum Denetim Raporu (KLR-FR-002)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital
Rehber Uyum Kontrol Listeleri (KLR-FR-003)	Kalite Birimi / Klinik Şef	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
Rehber Eğitimi Katılım Formları (KLR-FR-004)	Kalite Birimi / Klinik Şef	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
İki Aylık Değerlendirme Toplantısı Tutanağı	Başhekimlik / Kalite	5 Yıl	Fiziksel + Dijital