05 nolu SDS (Sağlık Tesisi Değerlendirme Standardı) kapsamındaki **5.1 değerlendirme ölçütü**, acil vakalar haricindeki tüm **ameliyat randevularının MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) üzerinden verilmesini** ve bu sürecin dijital olarak takip edilmesini şart koşar,. Bu standardın temel amacı, ameliyat listelerindeki manuel kayıtları ortadan kaldırarak şeffaflığı sağlamak ve ameliyathane kaynaklarının (salon, personel, malzeme) verimliliğini analiz etmektir.

SDS-05 / 5.1: Ameliyathane Masa Bazlı MHRS Randevu Uyum Tablosu

Ameliyat Masası	Randevu Alan Hasta Sayısı	Ameliyata Gelen Hasta Sayısı	Gelmeyen Hasta Sayısı	Gelen (Uyum) Oranı (%)	Değerlendirme (Algoritmaya Göre)
Ameliyathane Masa 1	75	65	10	%**86,67**	**Karşılanıyor (K)**,
Ameliyathane Masa 2	1	0	1	%**0,00**	**Karşılanmıyor (KM)**,
Ameliyathane Masa 3	22	21	1	%**95,45**	**Karşılanıyor (K)**,
GENEL TOPLAM	**98**	**86**	**12**	%**87,75**	**Karşılanıyor (K)**,

1. MHRS Kullanım Düzeyi ve Başarı Kriteri:

• **Masa 1 ve Masa 3** verileri, tesisin ameliyat planlamasında MHRS'yi etkin bir şekilde kullandığını göstermektedir. Her iki masada da "Gelen Oranı" (randevu sadakati), standardın tam puan için belirlediği %**80 eşiğinin** üzerindedir,.

• Genel toplamda ulaşılan %**87,75'lik uyum oranı**, tesisin ameliyat randevu yönetiminde dijitalleşme hedefine ulaştığını kanıtlamaktadır.

2. Masa 2 Özelindeki Kritik Sapma:

• **Masa 2**'de Aralık ayı boyunca sadece 1 randevu alınmış ve hastanın gelmemesi nedeniyle %**0 başarı** sağlanmıştır. Rehberlik bilgisi uyarınca, bu masanın düşük verimlilikle çalışmasının nedenleri (hekim eksikliği, salon tadilatı veya malzeme yetersizliği gibi) analiz edilmeli ve kapasite Masa 1 veya Masa 3 gibi yoğun birimlere kaydırılmalıdır.

3. İptal ve Erteleme Nedenlerinin Analizi:

• Standardın uygulama rehberine göre, ameliyata gelmeyen 12 hastanın (Masa 1: 10, Masa 2: 1, Masa 3: 1) gelmeme nedenleri **"Hasta kaynaklı"** (preop hazırlık eksikliği, vazgeçme vb.) veya **"İşleyiş kaynaklı"** (steril malzeme sorunu, vaka uzaması vb.) olarak ayrıştırılmalıdır,.

• Örneğin, verilerde **"Malzeme/Cihaz Eksikliği"** veya **"Hatalı Giriş"** nedeniyle yapılan iptallerin olduğu (Uzm.Dr. ..... ve Op.Dr. .... örneklerinde görüldüğü gibi) not edilmelidir.

4. Yönetsel Sorumluluk (Algoritma):

• **Başhekim başkanlığında** iki ayda bir yapılan toplantılarda bu veriler cerrahi branş sorumluları ile paylaşılmalı ve %80'in altında kalan masalar için **Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet (DİF)** başlatılmalıdır.

SDS-05 / 5.2: Mesai İçi Ameliyat Sayıları ve Grupları Analiz Tablosu (Aralık 2025)

Bu tablo, ilgili ayda mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilen cerrahi girişimlerin dağılımını göstermektedir.

Branş Adı	Hekim Adı Soyadı	A Grubu	B Grubu	C Grubu	D ve E Grubu	**Toplam (Mesai İçi)**
Ortopedi ve Travm.		2	2	2	1	**7**
Genel Cerrahi		0	4	2	12	**18**
Üroloji		0	2	3	1	**6**
Kadın Hast. ve Doğum		0	4	5	3	**12**
Kadın Hast. ve Doğum		1	2	3	1	**7**
Pratisyen Hekim		0	0	0	15+	**15+**
Pratisyen Hekim		0	0	0	10+	**10+**
GENEL TOPLAM		**3**	**14**	**15**	**43+**	**75+**

5.2 Ölçütü İçin Analiz Notları (Algoritma Uyumu)

1. Ameliyat Gruplarına Göre Dağılım:

• **Yüksek Riskli Gruplar (A, B, C):** Ortopedi (.....), Genel Cerrahi (.....) ve Kadın Doğum (.....) branşlarının mesai içi sürede yoğun olarak B ve C grubu operasyonlara (Kolesistektomi, Fissürektomi, Overyel Kist Eksizyonu vb.) odaklandığı görülmektedir.

• **Küçük Girişimler (D, E):** Pratisyen hekimlerin (Dr. ....., Dr. .....) mesai içinde sadece küçük cerrahi işlemler (Apse drenajı, tırnak çekimi, kesi onarımı vb.) gerçekleştirdiği saptanmıştır.

2. Kaynak Yönetimi ve Verimlilik (Rehberlik):

• Standardın rehberlik bilgisi uyarınca, vaka sayıları düşük olan masaların veya hekimlerin kapasitesi, randevu süresi uzun olan yoğun branşlara kaydırılmalıdır.

• Analizler; cerrahi performansın sadece sayısal değil, işlemin zorluk derecesini belirleyen **"Ameliyat Grubu"** bazında yapılmasının şeffaf bir performans değerlendirmesi sağladığını göstermektedir.

SDS-05 / 5.3: Mesai Dışı Ameliyat Sayıları ve Grupları Analiz Tablosu (Aralık 2025)

Aşağıdaki tablo, mesai saatleri dışında gerçekleştirilen ve raporlara yansıyan cerrahi girişimlerin bir örneğidir.

Branş Adı	Hekim Adı Soyadı	Protokol No	Ameliyat / İşlem Adı	Grubu
Pratisyen Hekim			Apse veya hematom drenajı	E,,

Pratisyen Hekim			Kesi onarımı	E,,
Pratisyen Hekim			Kesi onarımı	E,,
Pratisyen Hekim			Kesi onarımı	E,,
Pratisyen Hekim			Kesi onarımı	E,,
Pratisyen Hekim			Kesi onarımı	E,,
Pratisyen Hekim			Kesi onarımı	E,,
Kadın Hast. ve Doğum			Overyel kist eksizyonu	C,,
Kadın Hast. ve Doğum			Laparoskopi, tanısal	D,,
Ortopedi ve Travm.			Kesi onarımı	E,,
Ortopedi ve Travm.			Kesi onarımı	E,,

5.3 Ölçütü İçin Analiz Notları (Algoritma ve Rehberlik Uyumu)

1. Vaka Dağılımı ve Branş Analizi:

• **Aralık 2025** verileri incelendiğinde, mesai dışı cerrahi işlemlerin ağırlıklı olarak **Pratisyen Hekimler** (Dr. ...., Dr. ....., Dr. .....) tarafından gerçekleştirilen **E grubu (küçük girişimler)** olduğu görülmektedir,,. Bu işlemler genellikle "Kesi onarımı" ve "Apse drenajı" gibi acil servis başvurularıyla ilişkili vakalardır,.

• Daha yüksek riskli gruplarda (C ve D grubu), **Kadın Hastalıkları ve Doğum** branşının (Uzm.Dr. .....) mesai dışı saatlerde "Overyel kist eksizyonu" ve "Laparoskopi" gibi işlemler gerçekleştirdiği saptanmıştır,.

2. Veri Kaydı ve İzlenebilirlik:

• Tüm mesai dışı ameliyatların **Protokol No, Hekim Adı, Ameliyat Grubu ve İşlem Adı** bilgileri HBYS üzerinden dijital olarak izlenebilmektedir,. Bu durum, standardın "izlenebilirlik" ve "analiz edilebilir veri" şartlarını karşılamaktadır.

05 nolu SDS (Sağlık Tesisi Değerlendirme Standardı) kapsamındaki **5.4 değerlendirme ölçütü**, her bir ameliyat masasında gerçekleştirilen ameliyatların **başlangıç ve bitiş saatleri** ile vakalar arasındaki **bekleme sürelerinin** (temizlik, hazırlık vb.) HBYS üzerinden izlenmesini şart koşar,. Bu ölçütün temel amacı, ameliyathane verimliliğini ölçmek, atıl süreleri tespit etmek ve masaların cerrahi branşlar arasındaki dağılımını optimize etmektir,.

Aralık 2025 dönemi "Ameliyat Masaları Vaka Süreleri Analiz Detay" raporu verileri doğrultusunda hazırlanan analiz tablosu ve değerlendirme notları şöyledir:

SDS-05 / 5.4: Ameliyat Masaları Vaka ve Bekleme Süreleri Analiz Tablosu (Aralık 2025)

Aşağıdaki tablo, MASA 2 özelinde randomize seçilen ardışık vakalar üzerinden bekleme sürelerini örneklemektedir,.

Tarih	Ameliyat Masası	Vaka No	Başlangıç Saati (Anestezi Başlangıç)	Bitiş Saati (Anestezi Bitiş)	Vaka Arası Bekleme Süresi (Dakika)	İzlenebilirlik Durumu
12.12.2025	MASA 2	30	11:40	12:50	-	Tam
12.12.2025	MASA 2	31	13:30	13:50	**40** [12:50 - 13:30]	Tam
15.12.2025	MASA 2	32	11:20	11:30	-	Tam
15.12.2025	MASA 2	33	15:45	15:55	**255** [11:30 - 15:45]	Tam

5.4 Ölçütü İçin Analiz Notları (Algoritma ve Rehberlik Uyumu)

1. HBYS Üzerinden Zaman Takibi:

• Standardın gereği olarak, ameliyatların **başlangıç saati** (anestezi başlangıcı) ve **bitiş saati** (anestezi bitişi) HBYS üzerinde kayıt altına alınmaktadır,.

• İncelenen örneklemde tüm vakaların zaman damgalarının eksiksiz olduğu, dolayısıyla **"HBYS Üzerinden İzlenebilir Vaka Oranı"nın %100** olduğu görülmektedir. Bu oran, ölçütün "Karşılanıyor" kabul edilmesi için gereken %**80 eşiğinin** oldukça üzerindedir.

2. Vakalar Arası Bekleme Sürelerinin Analizi:

• 12 Aralık verilerinde vaka arası bekleme süresinin **40 dakika** olduğu görülmektedir. Bu sürenin temizlik ve yeni vaka hazırlığı için makul sınırlar içinde olduğu değerlendirilebilir.

• Ancak 15 Aralık verilerindeki **255 dakikalık (yaklaşık 4 saat)** bekleme süresi, masanın o gün verimsiz kullanıldığına veya bir planlama aksaklığına işaret etmektedir. Rehberlik uyarınca, bu kadar uzun boşlukların nedenleri (malzeme eksikliği, hekim gecikmesi vb.) analiz edilmeli ve kapasite ihtiyacı olan yoğun kliniklere kaydırılmalıdır. Hastanemiz özelinde düşünüldüğünde tesis kapasitemiz hasta azlığı gibi sebeplerle bazı günler masalarda boşluklar oluşabilmektedir.

SDS-05 / 5.5: İptal Edilen ve Ertelenen Ameliyatlar Analiz Tablosu (Aralık 2025)

Bu tablo, ameliyathane işleyişini etkileyen iptal ve erteleme vakalarının kök neden kategorizasyonunu içermektedir.

Hasta Adı Soyadı	Protokol No	İlgili Hekim	İptal Yeri	İptal / Erteleme Nedeni	Kök Neden Kategorisi
			Randevu	**Malzeme / Cihaz Eksikliği**	İşleyiş Kaynaklı
			Ameliyat	Diğer (Tıbbi Gereklilik)	İşleyiş Kaynaklı
			Randevu	**ÜSYE Nedeniyle İptal**	Hasta Kaynaklı
			Randevu	**Hastaya Ulaşılamıyor**	Hasta Kaynaklı

			Randevu	**Hastada Enfeksiyon**	Hasta Kaynaklı
			Randevu	**Hatalı Giriş**	Personel Kaynaklı

5.5 Ölçütü İçin Analiz Notları (Algoritma ve Rehberlik Uyumu)

1. Kök Nedenlerin Sınıflandırılması:

• Rehberlik bilgisi uyarınca iptal nedenleri iki ana grupta toplanmalıdır: **Hasta Kaynaklı** (pre-op hazırlık eksikliği, hastanın gelmemesi, akut enfeksiyon gelişimi vb.) ve **İşleyiş Kaynaklı** (vaka uzaması, steril malzeme veya cihaz eksikliği, personel hatası vb.).

• Aralık 2025 verilerinde, özellikle **Uzm.Dr. ……**'nın bir vakasında tespit edilen "Malzeme/Cihaz Eksikliği" ve **Uzm.Dr. …… ……**'nun vakasındaki "Hatalı Giriş", tesisin teknik ve idari süreçlerinde iyileştirme ihtiyacı olduğunu göstermektedir. (DİF: F4368)

2. Veri Kaydı ve İzlenebilirlik:

• Tüm iptal ve erteleme nedenleri HBYS üzerine, işlemi gerçekleştiren kullanıcı (örn: ……) ve tarih damgasıyla birlikte kaydedilmektedir. Bu durum, standardın "izlenebilirlik" şartını karşılamaktadır.

3. Yönetsel Değerlendirme ve İyileştirme (Algoritma):

• **Toplantı:** Başhekim başkanlığında, ameliyathane sorumluları ve kalite biriminin katılımıyla her **iki ayda bir** bu analizler değerlendirilmelidir.

• **DİF Süreci:** "Malzeme eksikliği" veya "Hatalı giriş" gibi sistematik sorunlar için **Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet (DİF)** başlatılmalıdır. (DİF: F4368)

• **Başarı Kriteri:** Değerlendirme algoritmasına göre, açılan DİF'lerin **en az %80'inin** kapatılmış olması ölçütün tam karşılandığı anlamına gelir.

AYLIK ANALİZ VE DEĞERLENDİRME TOPLANTISI	
TARİH:	
TOPLANTIYA KATILANLAR:	
BİRİM SORUMLULARI	**İMZA**