



T.C. Sağlık Bakanlığı

# Sağlıkta Kalite Standartları ADSH



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon  
Daire Başkanlığı

## SKS - ADŞH

Baskı: Ankara, Ocak 2017

ISBN: 978-975-590-589-1

Yazarlar - Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Bu kitabın her t¼rl¼ yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına aittir. Genel M¼d¼rl¼ę¼m¼z¼n yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı to-plam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir Şekilde kitabın t¼m¼ veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamz ve çoğaltılamaz.

### Baskı

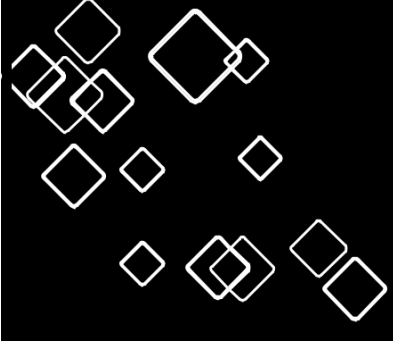
Anıl Reklam Matbaa Ltd. Őti.

Özveren Sokak No:13/A Kızılay / ANKARA

Tel:0312 229 37 41 - 42

### İletişim

T.C. Sağlık Bakanlığı, T¼rkiye Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı E-posta: skskalite@gmail.com Web: www.kalite.saglik.gov.tr



## Hazırlayanlar

Nurullah OKUMUŞ, Prof. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Alaattin DİLSİZ, Uzm. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Abdullah ÖZTÜRK, Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Orhan KOÇ, Uzm. Dr., Sosyal Güvenlik Kurumu

Hasan GÜLER, Dr., Sosyal Güvenlik Kurumu

Dilek TARHAN, Uzm. Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Ayşe AYKANAT, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Çağlayan SARIOĞLAN, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Öznur ÖZEN, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Ercan KOCA, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Şuule GÜNDÜZ, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

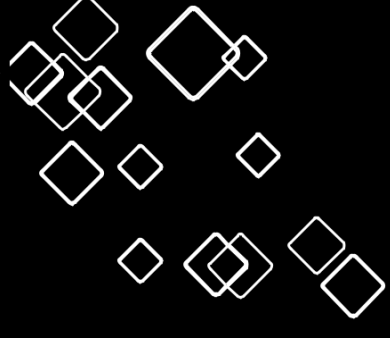
Şerife ENGELOĞLU, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Gül HAKBİLEN ÜZEL, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Gül ATEŞ, Dt., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Nagihan AYAR, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Nilüfer KOCA, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı



# Katkıda Bulunanlar\*

Abdullah Cüneyt BESLER, İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği

Afsun Ezel ESATOğLU, Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi

Ahmet VARIR, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel  
Müdürlüğü

Ali Naci YILDIZ, Prof. Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aydın KAPLAN, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Tıbbi Cihaz Denetim  
Daire Başkanlığı

Ayşegül KARAKUŞ ŞAHİN, 75. Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Baki KARABÖCE, TÜBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsü

Bilçin TAK MEYDAN, Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari  
Bilimler Fakültesi

Dilek ZENCİROğLU, Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği

Duygu PERÇİN RENDERS, Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Esra TOKMAN ASIL, Konya Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Fatih TAN, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Denetim Hizmetleri Başkanlığı

Gamze Özel KADILAR, Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi

Günay AKSU, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Tıbbi Cihaz Denetim  
Daire Başkanlığı

Hanefi ÖZBEK, Doç. Dr., Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Havva ÖZTÜRK, Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi

İbrahim COŞKUNER, Çankırı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

İrfan KARAGÖZ, Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Biyomedikal  
Kalibrasyon Merkezi

İsmail AĞIRBAŞ, Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jülide YILDIRIM ÖCAL, Prof. Dr., TED Üniversitesi

Mana SEZDİ, Yrd. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Hastaneleri

Mecit Can Emre ŞİMŞEKLER, Cambridge Üniversitesi Mühendislik Bölümü

Mesut SANCAR, Doç. Dr., Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

Nail BULAKBAŞI, Prof. Dr., Yakınoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi

Neşe SALTOĞLU, Prof. Dr., Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik  
Mikrobiyoloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Nevra ELMAS, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Süleyman DİLEK, Adana İl Sağlık Müdürlüğü

Şaban ESEN, Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tevfik ÖZLÜ, Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tuncay KOYUNCU, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tuncay PALTEKİ, Yrd. Doç. Dr., Biruni Üniversitesi, İstanbul

Tuncer ASUNAKUTLU, Prof. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

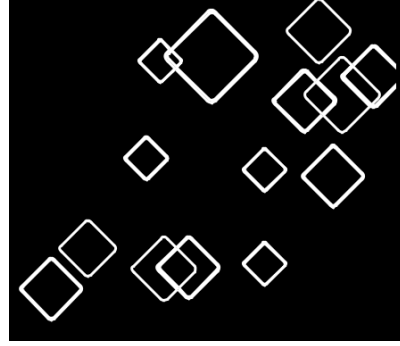
Utku ŐENOL, Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Volkan SOZAN, Ankara Sincan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Yeşim ŐETINKAYA ŐARDAN, Prof. Dr., Özel Ankara Güven Hastanesi

Yunus YALŐIN, Diş Hekimi, Gümüşhane Őehit Ebe Kevser Ceylan  
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

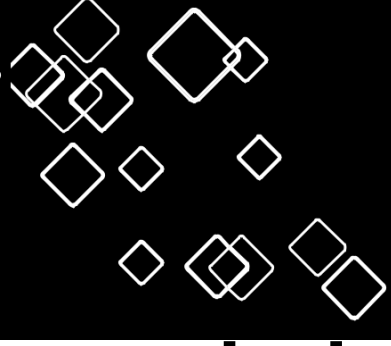
\*İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.



# Teşekkür

SKS Ağız ve Diş Sağılığı Hizmetleri çalışmalarında yer alan kurumlar, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağılıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

*Sağılıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*

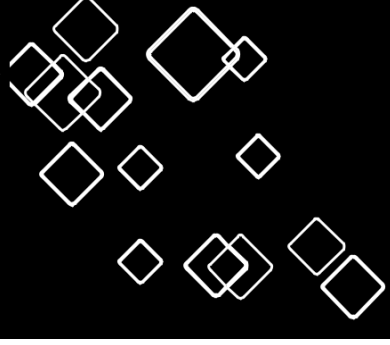


# İÇİNDEKİLER

Hazırlayanlar .....	iii
Katkıda Bulunanlar .....	iv
Teşekkür .....	vii
Sunuş .....	x
Kısaltmalar .....	xiii
<b>Tanımlar .....</b>	<b>2</b>
<b>SKS-ADSH .....</b>	<b>16</b>
Giriş .....	18
Amaç ve Kapsam .....	20
Hedefler .....	20
Yapısal Çerçeve .....	22
Kodlama Sistematiği .....	31
SKS-ADSH Puanlandırma Metodolojisi .....	33
Standartların Puanlandırılması .....	33
Standartların Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi .....	34
Kurum Kalite Puanının Belirlenmesi .....	35
<b>TABLolar .....</b>	<b>38</b>
<b>KURUMSAL HİZMETLER .....</b>	<b>58</b>
Kurumsal Yapı .....	61
Kalite Yönetimi .....	67
Doküman Yönetimi .....	77
Risk Yönetimi .....	81



İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi .....	85
Acil Durum ve Afet Yönetimi .....	89
Eğitim Yönetimi .....	99
Sosyal Sorumluluk .....	103
<b>HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER .....</b>	<b>106</b>
Hasta Deneyimi .....	109
Hizmete Erişim .....	117
Sağlıklı Çalışma Yaşamı .....	121
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ .....</b>	<b>104</b>
Enfeksiyonların Önlenmesi .....	131
Sterilizasyon Hizmetleri .....	139
İlaç Yönetimi .....	147
Hasta Bakımı .....	155
Radyasyon Güvenliği .....	171
Protez Laboratuvarı Hizmetleri .....	177
Ameliyathane .....	185
<b>DESTEK HİZMETLERİ .....</b>	<b>190</b>
Tesis Yönetimi .....	193
Otelcilik Hizmetleri .....	201
Bilgi Yönetim Sistemi .....	211
Malzeme ve Cihaz Yönetimi .....	221
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri .....	277
Atık Yönetimi .....	233
Dış Kaynak Kullanımı .....	237
<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ .....</b>	<b>240</b>
Göstergelerin İzlenmesi .....	243
Kalite Göstergeleri .....	247
<b>EKLER .....</b>	<b>250</b>
Harizmi Düşme Riski Ölçeği .....	252
İtaki Düşme Riski Ölçeği .....	256
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>260</b>
<b>İNDEKS .....</b>	<b>278</b>



# SUNUŞ

**D**ünyada hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla bir dizi hasta ve organizasyonel yapı odaklı kalite sistemi geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır.

Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında başlatılan çalışmalara dayanmaktadır. Bakanlığımızca “Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” hedefi ile yürütülen çalışmalar kapsamında;

Çeşitli sektör ve kurum türlerine özgü sağlıkta kalite standartları geliştirilmesi,

Kurumların sağlıkta kalite standartları açısından izlenmesine ilişkin saha değerlendirmeleri,

Sağlık çalışanlarının ve kalite değerlendiricilerinin bilgi ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik sempozyum, kongre, okul, kurs gibi çeşitli eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkta kalite sisteminin ana unsurları olan söz konusu faaliyetler gerçekleştirilirken, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınmaktadır. Sağlık alanında ülke genelinde kalite kültürünün geliştirilmesi açısından büyük önem arz eden bu çalışmalar sırasında, çeşitli yöntemlerle kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle saha uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi sağlanmaktadır.

Benzer prensiplerle gerçekleştirilen yoğun çalışmalar sonucunda, SKS ADSM (Versiyon 1) ve (Versiyon 2) setleri revize edilerek, SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Versiyon 3) hazırlanmış ve siz değerli sağlık hizmeti sunucularının kullanımına sunulmuştur.

Sağlıkta kalite sürecine ait temel bilgileri içeren SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Versiyon 3), sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için ülkemizde ağız ve diş sağlığı alanında hizmet veren merkez/hastane ve tüm paydaşlar için çok önemli bir rehber niteliği taşımaktadır. Puanlandırma sistematiği, standartlar ve değerlendirme ölçütlerine yönelik rehberlik ifadeleri ve eklerde yer alan yardımcı dokümanlar ile birlikte bir bütün oluşturmakta, riskleri minimize eden ve bu yolla risklerin yönetimini sağlayan yapısıyla, kullanıcı dostu ve inovatif bir özellik taşımaktadır.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Versiyon 3), Bakanlığımızca hazırlanan, aşağıda bazı örneklerinin de yer aldığı çeşitli yardımcı rehberler ile de kurumlar için kalite yönetiminin tüm esaslarını içinde barındıran geniş bir kaynak oluşturarak yöneticileri de içeren tüm kullanıcılar için etkili bir araç olacaktır.

Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi

İlaç Güvenliği Rehberi

Doküman Yönetimi Rehberi

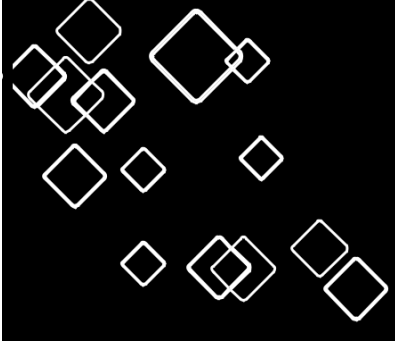
Gösterge Yönetimi Rehberi

Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi

Sağlıkta kalite çalışmalarının etkin ve istikrarlı bir şekilde sürdürülmesi için, yayımlanan tüm bu dokümanların, bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması ve uygulanması gereklidir.

Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilen bu çalışmaya katkı veren tüm paydaşlara teşekkürlerimi sunar, SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Versiyon 3)'nin, ulusal ve uluslararası alanda yürütülen sağlık hizmet sunumuna önemli katkılar sağlamasını temenni ederim.

**Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ**  
**Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü**



# Kısaltmalar

**ADSH** : Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

**BYS** : Bilgi Yönetim Sistemi

**CPR** : Kardiyo Pulmoner Resisütasyon

**DÖF** : Düzeltici Önleyici Faaliyet

**EKK** : Enfeksiyon Kontrol Komitesi

**HEPA** : Yüksek Verimli Partikül Filtresi

**MEK** : Minimal Etkin Konsantrasyon

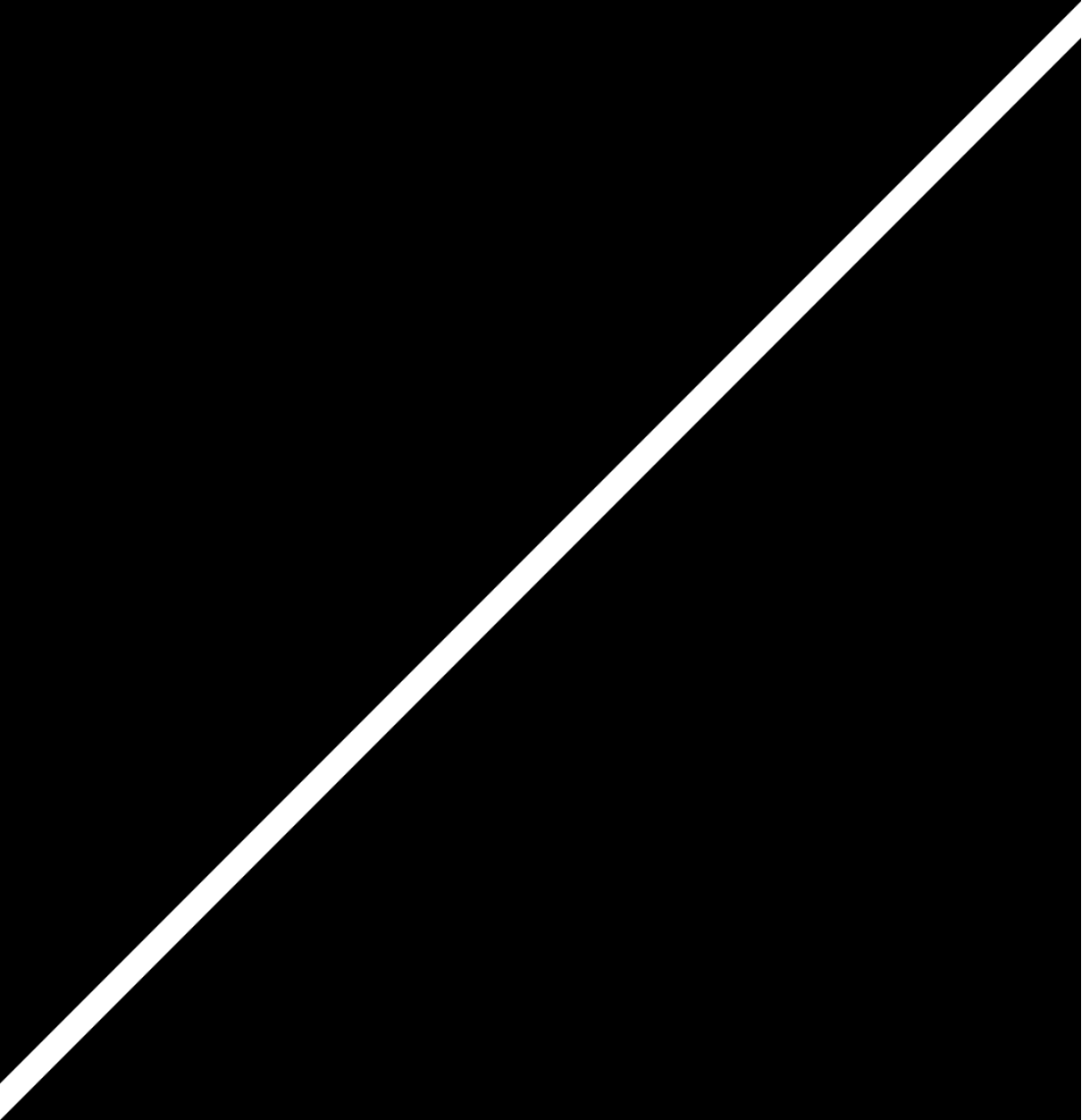
**TÜFAM** :Türkiye Farmakovijilans Merkezi

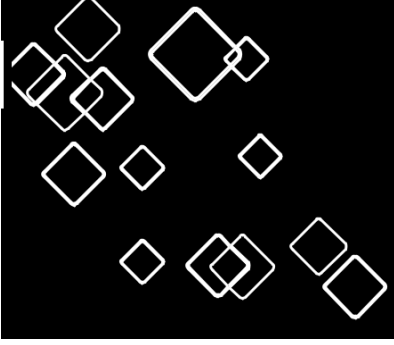
**UPS** : Kesintisiz Güç Kaynağı

**SKS** : Sağlıkta Kalite Standartları

**YOTA** : Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

# Tanımlar





# Tanımlar

**Acil Müdahale Seti:** Hastaya acil tıbbi müdahale için gerekli olabilecek ilaç ve ekipmanların yer aldığı seti ifade eder.

Acil müdahale setinde asgari;

Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için)

Balon-valf maske sistemi

Değişik boylarda maske

Oksijen hortumu ve maskeleri

Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları)

Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp)

Enjektörler

Kişisel koruyucu ekipman

bulunmalıdır.



Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, kurum tarafından belirlenmelidir.

**Acil Servis Hizmetleri:** Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlara bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarında, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastaya acil serviste sunulan hizmetlerin tamamıdır.

**Advers Etki:** Bir beşeri tıbbi ürünün; teşhis, tedavi ya da profilaksi amacıyla kabul edilen dozlarda kullanımı sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etkidir.

**Akılcı Antibiyotik Kullanımı:** Bir enfeksiyon hastalığının tedavi ya da profilaksisine yönelik olarak aşağıdaki 5 DOĞRU kuralına göre hareket edilmesidir.

Doğru ilaç

Doğru kişi

Doğru miktar

Doğru zaman

Doğru uygulama yolu (yutma, çiğneme, damar yolu gibi)

**Amaç:** Kurumun erişmeye çalıştığı uzun dönemli genel sonuçları ifade eder.

**Steril (Birinci) Alan:** Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.

**Temiz (İkinci) Alan:** Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır.

**Steril Olmayan (Üçüncü/Temiz Olmayan/Kirli) Alan:**

Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.

**Analitik Süreç:** Laboratuvarda, numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleridir.

**Antisepsi:** Canlı doku üzerindeki veya içindeki mikroorganizmaların öldürülmesi veya üremelerinin engellenmesidir.

**Asepsi:** Temiz bir yzney, ortam ya da malzemeye mikrop bulaşmaması için alınan önlemlere denir.

**Atık Yönetim Planı:** Atıkların oluşumlarından bertarafına kadar geçecek süreçte, evre ve insan sağlığına zarar vermeden yapılması gerekenlerin sağlanmasına yönelik genel esasların belirlenmesidir.

**Ayaktan Hasta:** Yatış işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

**Bakım Planı:** Hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.

**Bilgi Güvenliği:** Bilginin hasarlardan korunması, doğru teknolojinin, doğru amaçla ve doğru şekilde kullanılarak bilginin her türlü ortamda, istenmeyen kişiler tarafından elde edilmesini önlemektir.

**Bilişsel Mahremiyet:** Bireyin kişisel bilgilerine başkaları tarafından ulaşılma durumunu kontrol edebilmesidir. Bireyin kendisiyle ilgili bilgileri nasıl, ne zaman ve ne ölçüde açığa vurabileceğine karar verme hakkı olarak tanımlanmaktadır.

**Bölüm Uyum Eğitimi:** Bölümde yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

**Bilgi Yönetim Sistemi:** Kurumların eğitilmiş kullanıcılar ve bilgisayar ağına bağlı cihazlar aracılığıyla, yapmış olduğu her türlü çalışmayı (poliklinik, laboratuvar, radyoloji, eczane hizmetleri v.b.) gerçekleştirmesine, kaydetmesine ve muhafaza etmesine yarayan elektronik yazılımlar grubudur.

**evre Güvenliği:** Sağlık hizmetleri sunumu kapsamında oluşan fiziksel, biyolojik, kimyasal ve tehlikeli maddelerin uygun şekilde bertarafı sağlanarak, güvenli yaşam alanının oluşturulmasıdır.

**Dekontaminasyon:** Kelime olarak, mikroorganizmalar ya da organik kirlerin giderilmesi için yapılan uygulamaların (temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon) tümünü kapsamakla birlikte pratikte dezenfeksiyon ya da sterilizasyon öncesinde, fiziksel ve/veya kimyasal yöntemlerden oluşan n temizlik işlemi

ile bir yüzey veya malzemedeki organik madde ve patojenlerin uzaklaştırılması ve malzeme ya da yüzeyin herhangi bir kişisel koruyucu kullanmadan elle tutulabilir hale getirilmesi anlamında kullanılır.

**Dezenfeksiyon:** Cansız yüzeyler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların (bakteri sporları hariç) büyük bir çoğunluğunun ya da tamamının yok edilmesi veya üremelerinin durdurulması işlemidir. Dezenfeksiyon işlemi, bakteri sporları ve mikobakterileri etkileme seviyelerine göre yüksek, orta ve düşük dezenfeksiyon olarak 3 sınıfta değerlendirilir.

**Dış Kaynak Kullanımı:** Sağlık hizmeti veren kuruluşun bazı hizmetlerinin sağlık kurumu dışındaki bir kurum ya da kuruluştan sağlanması yöntemidir.

**Dış Kaynaklı Doküman:** Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

**Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır.

**Dokümanın Kodu:** Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

**Düzeltilici-Önleyici Faaliyet:** Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.

**El Hijyeni:** Herhangi bir el temizliği eylemi için kullanılan genel tanımdır.

**Endikasyon:** Bir uygulama, tedavi yöntemi ya da işlemin hangi durumlarda yapılması gerektiğini ifade eder.

**Enfeksiyöz Atık:** Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, plasenta fetüs ve diğer patolojik materyal; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, bandaj, flaster, tamponlar, eküvyon ve benzeri atıklar; bakteri ve virüs tutucu hava filtreleri; enfeksiyöz ajanların laboratuvar kültürleri ve kültür stoklarıdır.

**Envanter:** Bir durumu gösteren çizelge veya mal ve değerlere ait dökümdür.

**Değer:** Kurumun gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kurallardır.

**Evsel Atık:** nitelerden, başta mutfak, bahçe ve idari birimlerden kaynaklanan atıklar olmak üzere kontamine olmamış atıklardır.

**Farmakovijilans:** Advers etkilerin ve beşeri tıbbi ürünlere bağlı muhtemel sorunların saptanması, değerlendirilmesi, tanımlanması ve önlenmesi ile ilgili bilimsel çalışmalardır.

**Farmasötik Form:** İlacın, uygulama yolu ve biçimine göre hazırlanmış şeklidir (efervesan, kapsül, tablet, damla, flakon, ampul vb).

**Fiziksel Mahremiyet:** Bedensel mahremiyetin de ele alındığı, bireyin kendi çevresindeki fiziksel alan üzerindeki kontrolü ile ilişkilidir. Diğer bireylerle fiziksel teması, bu temastaki yakınlığı içerir. Ayrıca, bireyin vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları ve evi, iş yeri gibi fiziksel alanları üzerindeki kontrolünü, yani kişisel egemenlik alanını kapsar.

**Form:** İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

**Geçici Depolama:** Atıkların bertaraf alanına taşınmasından önce ünite içinde inşa edilen birimlerde veya konteynerlerde 48 saati geçmemek üzere geçici süre ile bekletilmesidir.

**Genel Uyum Eğitimi:** Kurumda çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

**Gösterge:** Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araçtır.

**Hasta Bakımı:** Hastaların kuruma kabulünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır. Hasta bakımı, ayakta hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.

**Hedef:** Amaçlara erişmek için gerekli olan kısa dönemli aşama durumlarını ifade eder. Hedefler amaçlara göre daha açık ve ölçülebilir özellik taşır.

**Hedef Kitle:** Kurum içinde ve kurum dışındaki iletişim paydaşlarını (kurum çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar vb.) ifade etmektedir.

**İnvaziv İşlemler:** Cilt bütünlüğünün bozulduğu tıbbi müdahalelere denir.

**İstenmeyen Olay:** Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya kurumda bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır.

Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, tesis güvenliği, düşmeler, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği gibi konularda gelişebilir.

Çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, radyasyon güvenliği, mesleki enfeksiyonlar, kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konularda gelişebilir.

**İzolasyon Önlemleri:** Enfeksiyona yol açan bir mikroorganizmanın kişiden kişiye, kişiden çevresine ya da çevreden kişiye bulaşını engellemeye yönelik gerçekleştirilen faaliyetler ve önlemlerdir.

**Kabul veya Ret Kriterleri:** Protez laboratuvarına gelen ölçülerin, laboratuvar yönetimi tarafından bilimsel gerekliliklere göre belirlenmiş ölçütlere uygunluğunu veya uygunsuzluğunu belirleyen yazılı kurallar bütünüdür.

**Kalibrasyon:** Bir ölçü aleti veya ölçme sisteminin gösterdiği veya bir ölçüt/ölçeğin ifade ettiği değerler ile ölçülenin bilinen değerleri arasındaki ilişkiyi belli koşullar altında oluşturan işlemler dizisidir.

**Kalite göstergeleri:** Sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet süreçleri ve hizmetin etkinliğinin ölçülmesi ve gerekli görülen alanlarda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan, SKS Gösterge Yönetimi boyutunda yer alan hizmet kalite göstergeleri ile klinik kalite göstergelerini kapsayan izlem araçlarıdır.

**Kardiy Pulmoner Resüsitasyon (CPR):** Yaşamı herhangi bir şekilde

kesintiye uğramış bir kişiyi yeniden hayata döndürme çabalarını kapsayan uygulamaların tamamıdır.

**Kesici-Delici Atık:** Enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, kullanılan gazları içinde bulunduran silindirler, kartuşlar ve kutular lanset, bistüri, bıçak, serum seti iğneleri, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklardır.

**Kesintisiz Güç Kaynağı (UPS):** Elektrik yükünün (elektrik ile çalışan tüm cihazlar) bağlı bulunduğu şebekede meydana gelen veya gelebilecek olası gerilim dalgalanmaları (çöküntüler, yükselmeler, ani değişiklikler), harmonikler, kısa veya uzun süreli kesintiler vb. durumlarda yükü bu değişimlerden koruyan ve yükün sağlıklı ve kesintisiz çalışmasını sağlayan elektronik cihazlardır.

**Kimlik Doğrulama:** Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

**Kimlik Tanımlayıcı:** Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıdır.

**Kişisel Koruyucu Ekipman:** Çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışan tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerdir. Bölümün niteliğine göre farklı özellikte kişisel koruyucu ekipman bulundurulması gerekebilir.

**Kişisel Temizlik Alanı:** Vücut temizlik, bakım ve ihtiyaçlarının hijyen kurallarına uygun bir şekilde yapılmasını sağlayan tuvalet, banyo ve lavabo imkanlarının sunulduğu alanlardır.

**Konteyner:** Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenir geçici depolama birimidir.

**Kök Neden Analizi:** Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.

**Kritik Stok Seviyesi:** İlaç/malzemenin temini için gerekli işlemlerin başlatılması gerektiğini gösteren miktardır.

**Kullanılabilirlik:** Sistemin tasarım aşamasından kullanıcı ile etkileşim düzeyine kadar olan süreçte sistemin kolay öğrenim, hatırlanabilirlik, etkin kullanılabilirlik, az sayıda hata ve kullanıcı memnuniyeti faktörlerini kapsayan bir bileşkedir.

**Kurum:** Türkiye’de ağız ve diş sağlığı alanında fiili olarak hizmet vermekte olan;

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri,

Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri ile

Diş Hekimliği Fakültelerini ifade eder.

**Kurumsal İletişim:** Üretim ve yönetim süreci içinde; kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi akışı, motivasyon, bütünleşme, eğitim, karar alma ve denetim gibi fonksiyonların sağlanması amacı ile belli kurallar çerçevesinde uygulanan, ayrıca dış hedef kitle ile etkileşim sırasında kurum itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.

**Kurumsal Yapı:** Kurumdaki yetki ve sorumluluklar ile iletişim kanallarının oluşturulmasını içermektedir. Sağlık kurumunun organizasyonel yapısı, bu çalışmalar sonucunda ortaya çıkar. Bu yapı, kurumun organizasyon şemasında gösterilir. Organizasyon şemalarında, kurum bünyesi içinde bulunan makamlar, birimler ve bölümler ile bunlar arasındaki yetki, sorumluluk ve iletişim ilişkileri gösterilmektedir.

**Log İzleme:** Bilgi yönetim sisteminde yapılan güncelleme ve silme işlemlerinin geriye dönük görülebilmesi ve izlenebilmesidir.

**Liste:** Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

**Mahremiyet:** Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki tüm diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etmektedir.

**Maksimum Stok Seviyesi:** Kurumun ihtiyacı esas alınarak belirlenmiş, gereksiz malzeme stokunu önleyecek en üst miktardır.

**Minimal Etkin Konsantrasyonu (MEK) :** Yüksek düzey dezenfektanların etkinliğinin sağlanabildiği en alt (asgari) konsantrasyon değeridir.

**Minimum Stok Seviyesi:** Malzeme ve ilaçlar için mutlaka bulundurulması gereken asgari miktardır.

**Misyon:** Sağlık hizmeti veren kuruluşun varlık nedenini belirleyen, sunduğu ürün ve hizmetler ile felsefesini ve özgün farklılıklarını ortaya koyan ve kurumu diğer sağlık kurumlarından ayıran soyut ve çok genel amaçtır.

**Narkotik İlaç:** Çoğunlukla morfin türevi, ağrı kesici nitelikte, doğal, yarı yapay ve yapay kökenli, şiddetli fiziksel ve psikolojik bağımlılığa yol açan ilaçlardır.

**Nihai Bertaraf:** Atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde ilgili mevzuatlarda öngörülen her türlü önlemin alındığı tesislerde yakılması veya düzenli depolanması suretiyle yok edilmesi veya zararsız hale getirilmesidir.

**Organizasyon Şeması:** Kurumsal yapıyı bir bütün olarak gösteren ve hizmet birimleri arasındaki çeşitli ilişkileri tamamlayıcı bir düzen içinde göz önüne alan bir grafikdir.

**Otelcilik Hizmeti:** Sağlık hizmeti veren kuruluşta tıbbi hizmet kapsamı dışında, hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına sunulan konaklama, temizlik, çamaşır, yeme-içme hizmetleri ile bu hizmetlerin emniyetli bir ortamda verilmesini temin etmek üzere sunulan can ve mal güvenliğini korumaya yönelik verilen hizmetlerdir.

**Ölçü Alınması:** Protezin ağızda yer alacağı bölgenin bir kopyasının elde edilmesidir. Bu amaçla yumuşak, yarı akışkan muhtelif ölçü maddeleri ile dişlerin ve/veya destek dokuların bir negatifi elde edilir.

**Ölçünün Alındığı Zaman:** Diş hekimi tarafından ölçünün alındığı tarih ve tam saati ifade etmektedir.

**Öz Değerlendirme:** Kurum Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğunda



Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

**Özellikli Hasta Grubu:** Kurumda sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık profesyonelleri ve kullanılacak ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemler içeren, disiplinler arası işbirliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

**Partikül:** Maddenin veya enerjinin en küçük parçasını ifade eder.

**Patolojik Atık:** Cerrahi girişim sonucu ortaya çıkan dokular, organlar ve vücut parçalarını ifade eder.

**Patojen Mikroorganizma:** Enfeksiyöz hastalıklara neden olan mikroorganizmaları ifade eder.

**Perioperatif:** Cerrahi uygulama sırasındaki süreçleri ifade eder.

**Performans:** Bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Organizasyonda sorumluluk taşıyan bireylerin performanslarının değerlendirilmesi ise, organizasyonun amaçlarına ne ölçüde katkıda bulduklarının tespit edilmesi anlamına gelir.

**Plan:** Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.

**Postoperatif:** Cerrahi uygulama sonrası süreci ifade eder.

**Preoperatif:** Cerrahi uygulama öncesi süreci ifade eder.

**Prosedür:** Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

**Protez:** Ağızda çeşitli nedenlerle harabiyete uğramış, madde kaybı olan dişlerin onarılmasında kullanılan, oluşmamış ve/veya kaybedilmiş olan dişlerin yerine konan, oluşmuş estetik bozuklukların giderilmesinde yararlanılan yapay aygıtların tümüne ağız içi protez denilir. Bu protezler; kişilerin kaybettikleri estetik, fonasyon ve çiğneme başta olmak üzere ağız içi tüm fonksiyonel olarak ihtiyaçlarını gideren yapay oluşumlardır.

**Protez Güvenliği:** Protez yapımına ilişkin ölçü alımından protezin diş hekimine ya da hastaya ulaşmasına ve hasta yararına kullanılmasına kadar geçen süreçlerde, işlemin doğruluğu ve güvenilirliğine zarar verecek her türlü riskin değerlendirilmesi ve önlenmesidir.

**Protez Laboratuvarı Hizmetleri:** Hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlemin yürütülmesi ve işlem sonrası protezin teslimini sağlayan süreçlerin tamamıdır.

**Protetik Materyal:** Cinsi ne olursa olsun herhangi bir protez yapımına ait tüm aşamalarda kullanılması muhtemel ölçü, malzeme, ara ürün, protez vb. materyali tanımlar.

**Psikolojik Mahremiyet:** Bireyin değerleri, inançları ve onu etkileyen diğer konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını, hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkını kapsar.

**Psikotrop İlaç:** Merkezi sinir sisteminde etkisini gösteren ve beynin işlevlerini değerştirerek algıda, ruh hlinde, bilinçlilikte ve davranışta geçici değerliklere neden olan, uzun süre kullanıldığında fiziksel bağımlılığa yol açan ilaçlardır.

**Radyasyon Uyarı Levhaları:** Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan temel radyasyon simgeleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir

**Radyoaktif Atık:** Serbestleştirme sınırlarının üzerinde aktivite konsantrasyonu içeren ve bir daha kullanılması düşünülmeyen nükleer ve radyoaktif maddeler ile radyoaktif madde bulaşmış ya da radyoaktif olmuş yapı, sistem, bileşen ve malzemeleri ifade eder.

**Ramak Kala Olay:** Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olayları ifade eder.

**Rehber:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.

**Revizyon Tarihi:** Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

**Revizyon Numarası:** Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

**Rıza Belgesi:** Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

**Risk:** Bir tehlikenin gerçekleşme olasılığı ile gerçekleşmesi halinde yol açacağı sonucun şiddetinin birlikte ele alınmasıdır.

**Risk Analizi:** Risklerin kapsamlı olarak anlaşılmasını sağlayan yöntemler ile risklerin belirlenmesi, risklerin oluşması halinde ortaya çıkabilecek zararın şiddetini ele alacak şekilde değerlendirilmesini ifade etmektedir.

**Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi:** İnsanların sağlığın belirleyicileri (biyolojik, sosyal, ekonomik, çevresel, yaşam tarzı gibi faktörler) üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir.

Yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir.

**Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyon:** Hastaya herhangi bir kurumda bakım ya da sağlık hizmeti sunulması sırasında gelişen ve o kuruma başvuru sırasında var olmayan ya da kuluçka döneminde olmayan enfeksiyonlardır. Kurumda sunulan hizmetle ilişkili olarak gelişen ancak taburculuk sonrasında bulgu veren enfeksiyonlar ile ilgili sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanlarında meslekleriyle ilişkili olarak gelişen enfeksiyonlar da bu kategoride ele alınır.

**Sosyal Mahremiyet:** Bireyin, sosyal ilişkilerinin yönetimi, yani ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimine ilişkin kontrolünün olmasıdır. İnsanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önünde bulundurmamayı gerektirir. Çeşitli kültürlerde bu nedenle mahremiyet kapsamı, önemi ve mahremiyeti sağlama yöntemleri farklılık göstermektedir. Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunmaktadır.

**Sözel İstem:** Hekimin yazılı olarak istem veremeyeceği zorunlu hallerde, istemi ilgili hemşireye sözlü olarak iletilmesidir.

**Sterilizasyon:** Fiziksel ya da kimyasal yöntemler ile herhangi bir maddenin ya da cismin üzerinde bulunan tüm mikroorganizmaların, sporlar dâhil öldürülmesidir.

**Talimat:** Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

**Tehlikeli Atık:** Sağlık hizmeti verilen alanlardan kaynaklanan, genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atıklar ve basınçlı kaplardır.

**Temel Politika:** Sağlık hizmeti veren kuruluşun misyon ve vizyonu ile kurumsal hedef ve amaçlarının belirlenmesidir.

**Tesis Yönetimi:** Sağlık hizmeti veren kuruluşun amaçlarına ulaşabilmesi için, artan sağlık ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanmasına olanak sağlayacak, gerekli kaliteli çalışma ortamı ile fiziki ve işlevsel düzenlemelerin planlanması, uygulanması ve yönetimine yönelik tüm çalışmaların koordine edilmesidir.

**Tıbbi Atık:** Sağlık hizmeti verilen alanlardan kaynaklanan, enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıklardır.

**Tıbbi Kayıt:** Muayene, teşhis ve tedavi amacıyla kurumda hizmet verilen hastalar ile adlı vakalara ait her türlü elektronik ya da manuel belgeyi ifade etmektedir.

**Tıbbi Müdahale:** Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi ifade etmektedir.

**Veri Tabanı:** Birbirleriyle ilişkili bilgilerin depolandığı alanlardır. Veri tabanları; büyük miktardaki bilgileri depolamada geleneksel yöntem olan "dosya-işlem sistemine" alternatif olarak geliştirilmiştir.

**Virtual LAN:** Sanal yerel alan ağı anlamına gelen VLAN, yerel ağ içerisinde çalışma grupları oluşturmak, yerel ağı anahtarlarla bölmektir.

**Vizyon:** Sağlık hizmeti veren kuruluşun mevcut koşullar altında ulaşmayı hayal ettiği durum ve gelecekle ilgili ana felsefesinin; iddialı ve mükemmelliği ön plana çıkaran cümleler ile dikkat çekici ve kolay anımsanabilir şekilde ifade edilmesidir.

**Yan Etki:** Bir ilacın zararına bakılmaksızın gösterdiği amaçlanmamış bütün farmakolojik etkilerdir.

**Yangın Algılama Sistemleri:** Kapalı mekânlarda can ve mal güvenliğini yangına karşı erken uyarı sağlayarak koruyan sistemlerdir.

**Yardımcı Doküman:** Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.

**Yatan Hasta:** Yatış işlemleri yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütölen hastalardır. Yatan hastalara, günöbirlik yatış işlemleri yapılan hastalar dâhildir.

**Yayın Tarihi:** Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

**Yüksek Manyetik Alan:** Manyetik alan, vektörel bir büyüklük olup, bir mıknatısın, mıknatıssal özelliklerini gösterebildiği alandır. MRG üniteleri yüksek manyetik alan olarak kabul edilmektedir.

**Yüksek Riskli İlaç:** Terapötik ve maksimum dozları birbirine yakın olan ilaçlardır. Hatalı kullanıldıklarında, hasta üzerinde geri dönüşsüz veya kalıcı olumsuz etki yaratabilirler.

**Zırlama:** Radyasyon maruziyetini azaltma amacı ile radyasyon kaynağı ile insanlar arasına bariyer yerleştirme işlemdir.

# SKS-ADSH



## Giriş

Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması temel hedefi üzerine kurgulanan ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen “Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi”nin dört önemli yapı taşı bulunmaktadır.

Kurumsal Yapı

Sağlıkta Kalite Standartları

Sağlıkta Kalite Göstergeleri

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

Sistemin temel yapı taşlarından biri olan Sağlıkta Kalite Standartları, kabul edilebilir ve ölçülebilir ortak hedefler ortaya koyan, ortak bir bakış açısı ile gelişimde sürekliliği destekleyen bir yapıya sahiptir. Standartlar aynı zaman-da teşvik ya da yaptırım unsurları oluşturarak sağlık sektöründe kültürel bir değişim sağlamayı hedeflemektedir.

Kalite standartları, yapısı gereği, talimat ya da kontrol listesi özelliği taşı-mamalı, süreçleri kapsayıcı ve bilimsel gelişmelere uyum sağlayıcı olmalıdır. Standartlar aynı zamanda, ulusal ve uluslararası önceliklere açık ve uyumlu bir şekilde gelişimi teşvik edici ve yol gösterici bir politika izlemeli ve sınırlayıcı olmamalıdır.

Sağlıkta Kalite Standartları ile ilgili çalışmalar Bakanlığımızca bu bakış açısı ile gerçekleştirildiğinden, kendi içinde dinamik bir süreci barındırmaktadır.

Söz konusu dinamik sürecin önemli bir parçasını, sağlık sektörünün ihtiyaçları doğrultusunda yeni standart setlerinin oluşturulması ve sahanın kullanımına sunulması oluşturmaktadır. Ayrıca yayımlanan Sağlıkta Kalite Standart set-lerinin belli periyotlarda gözden geçirilmesi ve revize edilmesi de sürece dair önemli bir faaliyet olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu doğrultuda, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri alanında yürütülen sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi ve artırılması amacı ile, ilk kez 2009 yılında 51 standarttan oluşan SKS ADSM seti yayınlanmış, 2011 yılında yapılan revizyon ile standart sayısı 165'e yükseltilmiştir.

2015 yılında SKS-Hastane setinde gerçekleştirilen revizyon sonrasında, SKS ADSM seti de tekrar ele alınmıştır. SKS ADSH (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri)



adı ile hazırlanan yeni setin, uluslararası gelişmeleri önceleyen, ülkemiz sağlık sistemi ile uyumlu, ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili tüm hizmet alanlarını kapsayıcı, hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, kurumlarda gelişimi teşvik edici bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

SKS ADSH setinin hazırlanma sürecinde;

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ulusal ihtiyaç ve öncelikler

Sağlık hizmeti sunumunda görev alan paydaşların görüş ve önerileri

Bireysel ve kurumsal düzeyde gelen geri bildirimler

Bilimsel çalışmalar

Ulusal ve uluslararası yayınlar

göz önünde bulundurulmuştur.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri'nin işlevsel ve amaçsal açıdan uyumunun sağlanması, standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla saha çalışması başta olmak üzere bir dizi çalışma yapılmıştır.

Bu çerçevede Başkanlığımızca "SKS ADSH Görüş ve Öneri Platformu" oluşturulmuş olup, SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri'ne yönelik olarak kurumsal ve bireysel düzeyde çeşitli paydaşların hem mevcut standartlara yönelik görüş ve önerilerini, hem de yeni standart önerilerini iletmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, geliştirilen Standartlar ve Değerlendirme Ölçütlerinin kurumlarda, anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla farklı illerden, farklı kurum türünden ve farklı sektörlerden Değerlendirici ve Kullanıcılardan geri bildirimler alınmıştır.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri'ne yönelik tüm çalışmalar değerlendirilmiş ve akabinde setin son taslak hali hazırlanmıştır.

Saha çalışmaları yapılarak, bu çalışmalar sonrasında uygulamaya yönelik elde edilen veriler standartlara yansıtılmış ve standartlara son şekli verilmiştir. Şekil 1'de, standartların geliştirilme süreci sırasıyla gösterilmektedir.



Şekil 1: Standartların Geliştirilme

### Süreci **Amaç ve Kapsam**

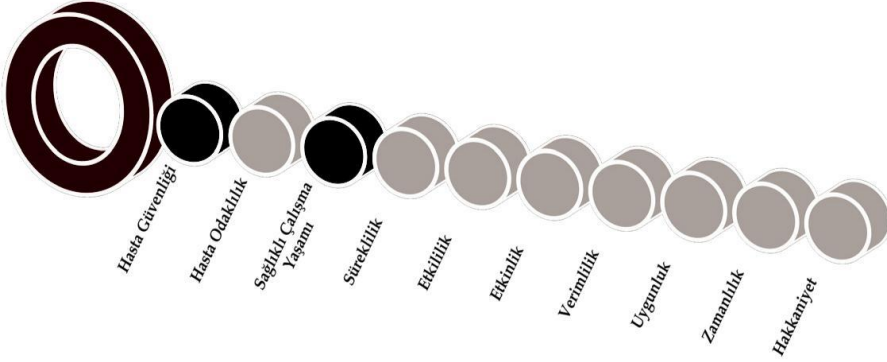
SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Türkiye’de ağız ve diş sağlığı alanında hizmet sunan tüm kurumlarda öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Türkiye’de tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti veren kurumlara yönelik olarak hazırlanmıştır.

### **Hedefler**

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak kurumlarda kalitenin güvence altına

alınması amacıyla Şekil 2'de yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



## Şekil 2. SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hedefleri

Ağız ve Diş Sağlığı alanında sunulan hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

Bu hedefler genel olarak iki kategoride ele alınabilir, birinci kategoride yer alan hedefler, kurumun hizmet sunum şeklini, bir diğer deyişle kurumun hizmetlerini nasıl ortaya koyduğunu ilgilendiren organizasyonel hedeflerdir. (Etkililik, Etkinlik, Verimlilik ve Sağlıklı Çalışma Yaşamı)

İkinci kategoride yer alan hedefler ise kurumdan hizmet alanları birebir ilgilendiren hedeflerdir. (Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık, Uygunluk, Zamanlılık, Süreklilik)

Yapılan kategorizasyon hedeflerin sadece daha net ortaya konulmasına yöneliktir. Örneğin sağlıklı çalışma ortamının olmadığı bir kurumda hasta odaklılığı sağlamak mümkün olmayacaktır. Sayılan hedeflerin öncelik ilişkilerinin olmamasının yanında, bu hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi de Sağlıkta Kalite Standartlarının üzerinde durduğu bir noktadır.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

**Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.

**Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.

**Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.

**Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.

**Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.

**Hakkaniyet:** Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.

**Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.

**Uygunluk:** Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.

**Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.

**Süreklilik:** Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.

## **Yapısal Çerçeve**

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, kurumun tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

Bu çerçevede SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Boyut, Bölüm, Standart ve Değerlendirme Ölçütleri ile Rehberliklerden oluşmaktadır.

Standartlar bölüm bazlı olarak hazırlanmış, daha sonra hizmet sunum süreçleri gözetilerek boyutlandırılmak suretiyle kategorize edilmiştir.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, 5 Boyut, 27 Bölüm, 288 Standart, 638 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır.

Standart ve Değerlendirme Ölçütleri, ele alındığı konuya özgü çalışma yöntemini belirlemek için ortaya konulmuş temel gereklilikler, rehberlik bilgileri ve tanımlamalar içeren optimal kurallardır.

Rehberlikler ise standart ve/veya değerlendirme ölçütleri hakkında uygulamalara yol gösterici olması açısından açıklayıcı bilgiler içeren bölümlerdir. Standart ve/veya değerlendirme ölçütleri ile birlikte ele alınmalıdır.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri bölüm yapısında, bölümün amacı, hedefleri, standart ve değerlendirme ölçütleri ile gerektiğinde rehberlik bilgilerine yer verilmektedir.

Bölüm yapısı içinde yer alan standartlar bölüme özgü süreçler baz alınarak hazırlanmıştır. Standartlar, ilgili bölüm amaç ve hedefleri doğrultusunda, değerlendirme ölçütleri ve rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri;

Kurumsal Hizmetler

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

Sağlık Hizmetleri

Destek Hizmetler

Gösterge Yönetimi

olarak 5 boyutta ele alınmaktadır.

Bu boyutlar; kurumlarda sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

**Kurumsal Hizmetler Boyutu;** kurumda, tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna

ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

**Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu;** hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

**Sağlık Hizmetleri Boyutu;** kurumda verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Versiyon 3) hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler Alan ve Süreç Bazlı Sağlık Hizmetleri olmak üzere kendi içinde iki kategoriden oluşmaktadır.

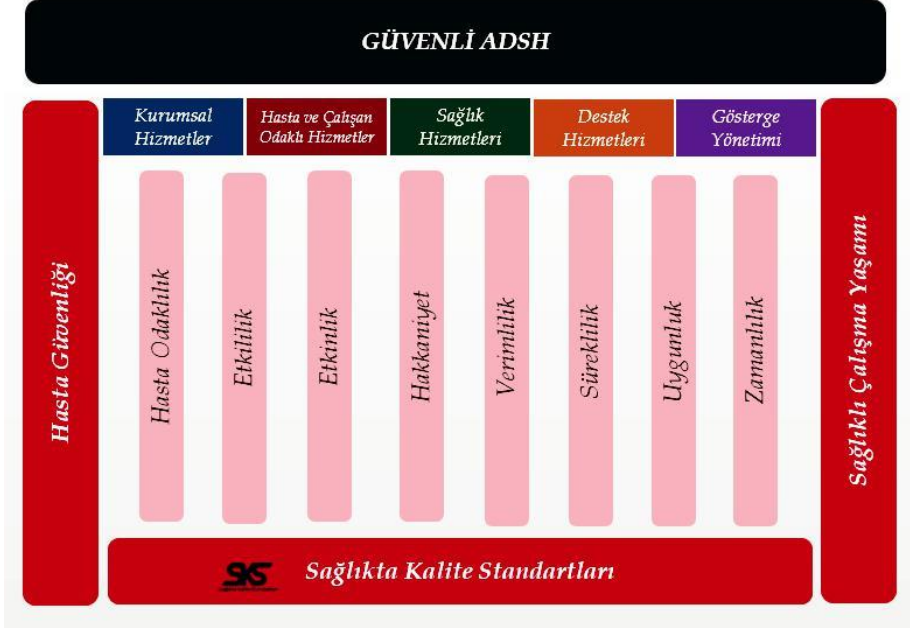
**Destek Hizmetler Boyutu;** tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

**Gösterge Yönetimi Boyutu;** belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

**Tablo1:** SKS-Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Boyut ve Bölümler Tablosu

<b>SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Versiyon 3)</b>	
<b>KURUMSAL HİZMETLER</b>	
Kurumsal Yapı	
Kalite Yönetimi	
Doküman Yönetimi	
Risk Yönetimi	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
Acil Durum ve Afet Yönetimi	
Eğitim Yönetimi	
Sosyal Sorumluluk	
<b>HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER</b>	
Hasta Deneyimi	
Hizmete Erişim	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
Enfeksiyonların Önlenmesi	
Sterilizasyon Hizmetleri	
İlaç Yönetimi	
Hasta Bakımı	
Radyasyon Güvenliği	
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	
Ameliyathane	
<b>DESTEK HİZMETLERİ</b>	
Tesis Yönetimi	
Otelcilik Hizmetleri	
Bilgi Yönetim Sistemi	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Atık Yönetimi	
Dış Kaynak Kullanımı	
<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ</b>	
Göstergelerin İzlenmesi	
Kalite Göstergeleri	

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri 10 hedef üzerine inşa edilmiş 5 boyuttan oluşmaktadır.



**SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri'nin temel amacı «Güvenli ADSH» inşa etmektir.**

### **SKS-ADSH İlişki Matrisi**

**SKS- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri'nde** yer alan boyutlar; kurumlarda sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak ***kurumun tamamını kapsayıcı bir perspektifle***, tüm hizmet sunum alanları ile ilişkili olarak hazırlanmıştır. SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, bu özelliği itibarıyla ***tekrarlı standartlar içermemektedir***.

**Standartlar ilişkili olduğu tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.**

Bu itibarla; Sağlık Hizmetleri Boyutunda yer alan tüm standartlar kurumda ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanları ve süreçlerde aranır.

Kurumdaki herhangi bir hizmet alanında, hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusunda bir bakış açısı oluşturmak amacıyla örnek tablolar oluşturulmuştur.



Tablo 2’de, SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri bölüm ve standartlarının kurum alanları ile ilişkisi **örnekler üzerinden** açıklanmaktadır.

Tablo 3’te ise, Protez Laboratuvarında hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusu **örnek** olarak ele alınmıştır.

Standartlar, uygulayıcılar ve değerlendiriciler tarafından bu perspektifle ele alınmalıdır.

**Tablo 2:** SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Bölümleri ve Kurum Hizmet Alanları İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden)

Bölüm	Standart	Hizmet Alanları ile İlişkisi
<b>Kurumsal Yapı</b>	<p><b>KKU02</b></p> <p>Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.</p>	Bu standart kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Risk Yönetimi</b>	<p><b>KRY01 (Çekirdek)</b></p> <p>Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.</p>	Bu standart; kurum yönetimi, kalite yönetim çalışmaları ve ilgili sorumluların yönetiminde ele alınır ve uygulanır. İlgili sorumlular tarafından risk yönetimine ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların; kalite yönetim birimi, komiteler ve bölüm kalite sorumluları ile koordineli şekilde yürütülme durumu kayıtlar üzerinden değerlendirilir.
	<p><b>KRY02 (Çekirdek)</b></p> <p>Kurumda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.</p>	Kurum idari süreçleri dâhil olmak üzere tüm hizmet alanları ve süreçlerine yönelik uygulanır.
	<p><b>KRY03 (Çekirdek)</b></p> <p>Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.</p>	Bu standart, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	<p><b>KRY04 (Çekirdek)</b></p> <p>Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.</p>	Bu standart, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	<p><b>KRY05</b></p> <p>Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.</p>	Bu standart, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

<b>Enfeksiyonların Önlenmesi</b>	<b>SEN03 (Çekirdek)</b> Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	Bu standart kurumda yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Radyasyon Güvenliği</b>	<b>SRG05 (Çekirdek)</b> Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	Bu standart kurumda radyasyon bulunan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle radyasyon bulunan tüm alanlarda uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Hasta Bakımı</b>	-	Bu bölüm, kurumda yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Sağlık hizmeti sunulan bir alanda, hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, Hasta Bakımı bölümündeki standartların bir kısmı ya da tamamı uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Tesis Yönetimi</b>	-	Bu bölüm kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Merkez/Hastanedeki herhangi bir alanda, sunulan hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, Tesis Yönetimi bölümündeki standartların bir kısmı ya da tamamı uygulanır ve değerlendirilir.

**Tablo 3:** Protez Laboratuvarında Uygulanması Gereken SKS ADSH Bölüm ve Standartları

SKS ADSH Bölümü	Standart ya da Değerlendirme Ölçütü Kodu
Kurumsal Yapı	KKU02
Kalite Yönetimi	KKY03, KKY04, , KKY13
Doküman Yönetimi	KDY01.06, KDY01.08, KDY03
Risk Yönetimi	KRY03, KRY04
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KGR01.01, KGR01.02, KGR01.03, KGR03, KGR04.03, KGR04.04
Acil Durum ve Afet Yönetimi	KAD02, KAD03, KAD05, KAD06, KAD07, KAD08, KAD09, KAD10, KAD11, KAD12
Eğitim Yönetimi	KEY03, KEY04
Hasta Deneyimi	HHD04.01, HHD04.03, HHD04.04, HHD06.03, HHD06.05, HHD08, HHD09
Hizmete Erişim	HHE04
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC05, HSC06, HSC07, HSC08, HSC09, HSC10
Hasta Bakımı	SHB05, SHB07, SHB13
Enfeksiyonların Önlenmesi	SEN02, SEN04, SEN05, SEN07.01, SEN09, SEN10, SEN11
Tesis Yönetimi	DTY02, DTY03, DTY04, DTY05, DTY06, DTY10, DTY11, DTY15
Otelcilik Hizmetleri	DOH02, DOH11, DOH15
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY02, DBY04.03, DBY05, DBY07, DBY08.01, DBY11.01, DBY11.02, DBY11.04
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC01, DMC03, DMC04, DMC05, DMC06, DMC07, DMC08
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA01, DTA03
Atık Yönetimi	DAY02, DAY03.04, DAY05

<b>Dış Kaynak Kullanımı*</b>	<b>DDK02, DDK03</b>
<b>Göstergelerin İzlenmesi</b>	<b>GGİ02, GGİ03, GGİ04, GGİ05, GGİ06</b>
<b>Kalite Göstergeleri</b>	<b>GKH01, GKH17, GKH20, GKH21, GKH22, GKH23, GKH24, GKK02,GKK10</b>

\*Dış kaynak kullanımı söz konusu ise

### **Kodlama Sistematiği**

Standardın kodu 2 kısımdan oluşmaktadır.

İlk kısım harflerden, ikinci kısım rakamlardan oluşmaktadır.

Harf kullanılan kısımlar üç harften oluşmakta olup, ilk harf ilgili boyut adının baş harfini, devam eden ikinci ve üçüncü harfler ilgili bölüm adının kısaltmasını ifade etmektedir.

İkinci kısımdaki rakamlar standartlar için iki basamaklı bir sayıdan, değerlendirme ölçütleri için dört basamaklı bir sayıdan oluşmaktadır.

Standart kodundaki rakamlar bölümdeki standardın numarasını, değerlendirme ölçütlerindeki ilk iki rakam değerlendirme ölçütünün ait olduğu standardı, son iki rakam değerlendirme ölçütünün sıra numarasını ifade etmektedir.

Örnek Standart Kodu: KDY01

“Kurumsal Hizmetler” boyutunun “Doküman Yönetimi” bölümünde yer alan 1 numaralı standardı ifade etmektedir.

Örnek Değerlendirme Ölçütü Kodu: KDY01.01

“Kurumsal Hizmetler” boyutunun “Doküman Yönetimi” bölümünde yer alan 1 numaralı standardın 1 nci değerlendirme ölçütünü ifade etmektedir.

SKS-Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, Göstergelerin İzlenmesi Bölümünde yer alan Kalite Göstergeleri de aynı kodlama sistematiğine sahiptir.

<b>SKS-ADSH Kodlama Sistematığı</b>	
<b>Boyutlar</b>	<b>Kod</b>
Kurumsal Hizmetler	K
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	H
Sağlık Hizmetleri	S
Destek Hizmetler	D
Gösterge Yönetimi	G
<b>Bölümler</b>	<b>Kod</b>
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD
Eğitim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Erişim	HE
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN
Sterilizasyon Hizmetleri	SH
İlaç Yönetimi	İY
Hasta Bakımı	HB
Radyasyon Güvenliği	RG
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	PL
Ameliyathane	AH
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Bilgi Yönetimi	BY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Atık Yönetimi	AY
Dış Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ
Hizmet Kalite Göstergeleri	KH
Klinik Kalite Göstergeleri	KK

**Tablo 5: Örnek Kodlama Sistematiği**

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SEN01 <i>Çekirdek</i>	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.	SEN01.01	Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.	50
		SEN01.02	EKK'nın görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	

### SKS-Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Puanlandırma Metodolojisi

Sağlıkta Kalite Standartlarının puanlandırma metodolojisi 3 başlıkta ele alınmaktadır:

Standartların Puanlandırılması

Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi

Kalite Puanının Belirlenmesi

SKS ADSH içerisinde yer alan her bir standardın bir puan değeri bulunmaktadır. Kurumun standarttan alacağı puanı tespit etmek için, standardın karşılama düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirilen standartların puanlarından yola çıkarak kurumun elde edeceği Kalite Puanına ulaşılmaktadır.

#### Standartların Puanlandırılması

Puanlamada 10'luk puanlama sistemi kullanılmıştır. **Standartlar puanlandırmaya esas 5 kategoriden oluşmaktadır:**

#### Kategori - 1

(*Çekirdek* Standartlar)

Sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik öneme sahip, Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan 50 puan değerindeki standartlardır. Bu standartların karşılanmaması durumunda Kurum Kalite Puanı doğrudan etkilenir.

## Kategori - 2

İlgili bölüme özgü süreçleri direkt olarak etkileyen, 30 puan değerinde olan standartlardır.

## Kategori – 3

Sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliğinin ölçülmesini ve değerlendirilmesini esas alan her biri 20 puan değerinde olan bölüm bazlı ve klinik göstergeleri içeren standartlardır.

## Kategori - 4

İlgili bölüme özgü süreçleri dolaylı olarak etkileyen 10 puan değerinde olan standartlardır.

## Kategori - 5

(Opsiyonel Standartlar)

Uygulanması zorunlu olmayan standartlardır. Bu standartların karşılanması durumunda Kurum Kalite Puanı pozitif yönde etkilenir.

## Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi

Standartların karşılanma düzeyi belirlenirken amaçsal yorumlama yapılarak standart ve değerlendirme ölçütleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Standartların karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

Karşılıyor (K)

Kısmen Karşılıyor (KK)

Karşılanmıyor (KM)

Standartın karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

**Karşılıyorsa;** Standart için belirlenen tam puan

**Kısmen Karşılıyorsa;** Standart için belirlenen puanın yarısı

**Karşılanmıyorsa;** 0 (Sıfır) puan



Örnek					
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Sonuç	Puan
SEN01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.	SEN01.01	Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.	K →	50
		SEN01.02	EKK'nın görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır	KK →	25
Çekirdek				KM →	0

Standartın karşılanma düzeyi belirlenirken “**SKS Değerlendirme Sistematiği Rehberi**” esas alınır.

### Kurum Kalite Puanının Belirlenmesi

Kalite Puanı; yerinde yapılan Sağlıkta Kalite Değerlendirmesi neticesinde SKS'nin uygulanma düzeyini gösteren, sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir. Elde edilen Kalite Puanı ile kurumların değerlendirme dönemlerine göre gelişimleri ortaya konulabilmekte, diğer kurumlarla karşılaştırmalar yapılabilmekte, Bakanlık politikalarına uyum izlenebilmektedir. Ayrıca, puan dağılımı kullanılarak kurumlar derecelendirilebilmektedir.

### Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Kurum Kalite Puanı 5 puan düşürülür.

Karşılanmayan Çekirdek Standart sayısının 6 ve üzerinde olması durumunda, Kurum Kalite Puanı 30 puan düşürülür.

Kurum Kalite Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile;

Kurum Kalite Puanına, karşılanan her bir opsiyonel standart için 0,5 puan, her bir opsiyonel gösterge için ise 0,25 puan eklenir.

Opsiyonel standartlardan alınacak toplam puanın 5'i geğmesi durumunda 5 puan, opsiyonel göstergelerden alınacak toplam puanın 2'yi geğmesi durumunda ise 2 puan Kurum Kalite Puanına eklenir. Kurum Kalite Puanına toplamda en fazla 7 puan eklenebilir.

Kurum Kalite Puanı bu kurallar dâhilinde 100' geğiyorsa Kalite Puanı 100 kabul edilir.

### **Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül**

**Kalite Puanı:** [Değerlendirilen standart ve göstergelerden elde edilen toplam puan/(Değerlendirme kapsamındaki standart ve göstergelerin toplam puanı – Değerlendirme dışı bırakılan standart ve göstergelerin toplam puanı)] x 100 +/- Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

**Tablo 6. “Değerlendirme Dışı” kavramının kullanılması ile ilgili kurallar****Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile ilgili Kurallar**

Sağlık Hizmetleri Boyutunda yer alan bölümlerden herhangi biri veya birkaçının, kurumda sürekli veya geçici olarak müstakil hizmet vermiyor olması durumunda ilgili bölüm değerlendirme kapsamına alınmaz.

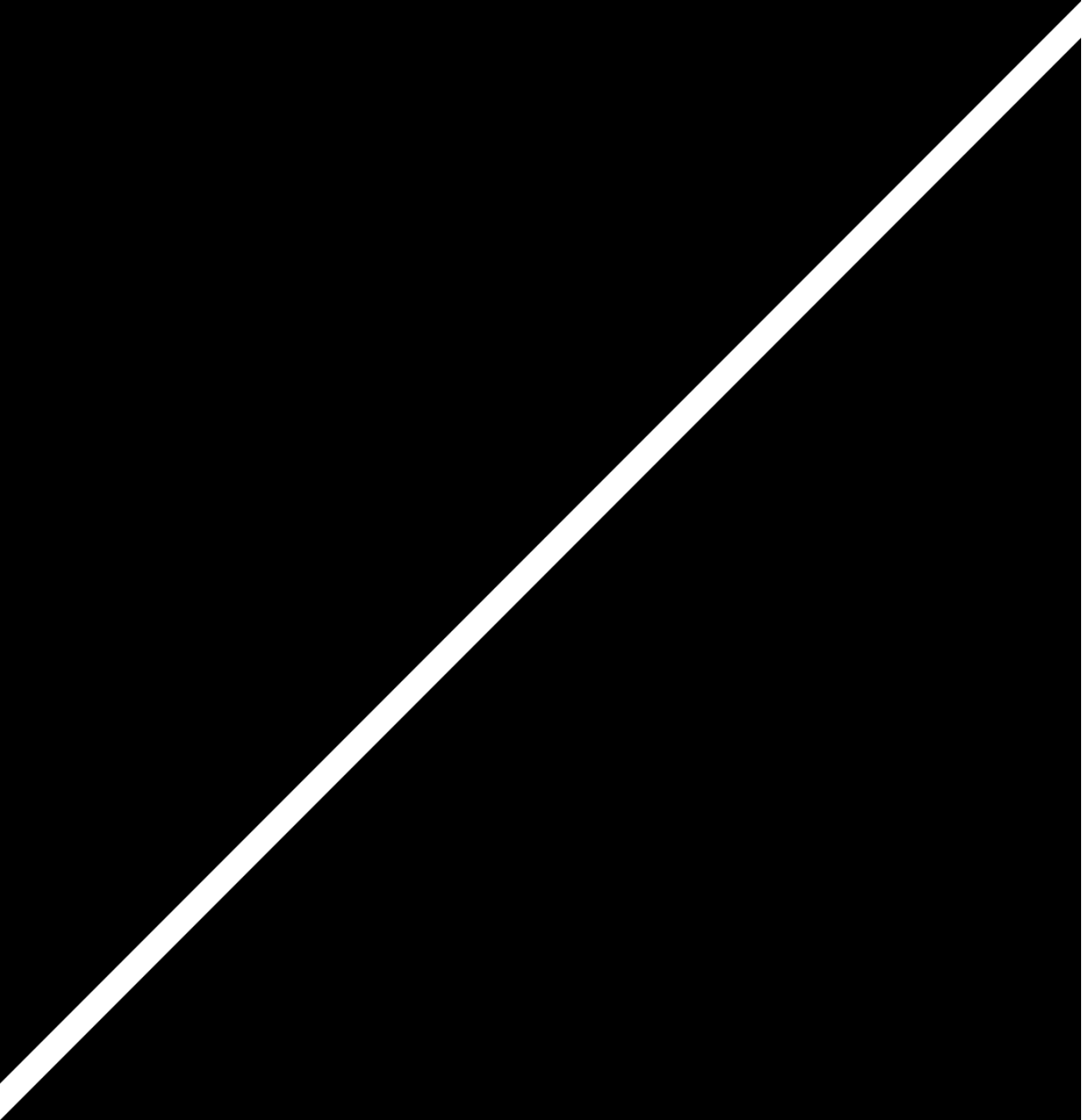
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.

Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, mevzuat gereği kurumda uygulanamadığı durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.

Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge ile ilgili olarak, standardın ya da göstergenin amacını tam olarak yerine getirmek kaydıyla, yenilikçi ve farklı bir uygulama bulunduğu durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge “Karşılıyor” olarak puanlanır.

İlgili bölüm/standart, değerlendirme ölçütü ve/veya göstergenin değerlendirme dışı bırakılma nedeni tam, detaylı ve anlaşılır şekilde değerlendirme raporunda belirtilir.

# Tablolar



## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölümler	Standart Kategorileri*										Puan
	Kategori-1		Kategori-2		Kategori-3		Kategori-4		Kategori-5		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	24	1200	23	690			6	60	4	Puansız	1950
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	5	250	13	390			10	100	2	Puansız	740
Sağlık Hizmetleri	29	1450	40	1200			9	90			2740
Destek Hizmetleri	16	800	45	1350			8	80			2230
Gösterge Yönetimi	2	100	5	150	47	940					1190
<b>TOPLAM</b>	<b>76</b>	<b>3800</b>	<b>126</b>	<b>3780</b>	<b>47</b>	<b>940</b>	<b>33</b>	<b>330</b>	<b>6</b>	<b>Puansız</b>	<b>8850</b>

**Kategori-1:** 50 puan (Çekirdek)

**Kategori-2:** 30 puan

**Kategori-3:** 20 Puan (Göstergeler)

**Kategori-4:** 10 Puan

**Kategori-5:** Puan değeri yok (Opsiyonel)

## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölümler	Standart Kategorileri*										Puan
	Kategori-1		Kategori-2		Kategori-3		Kategori-4		Kategori-5		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
<b>Kurumsal Hizmetler</b>	24	1200	23	690			6	60	4	Puansız	1950
Kurumsal Yapı	4	200	4	120							320
Kalite Yönetimi	8	400	3	90			2	20			510
Doküman Yönetimi			1	30			4	40			70
Risk Yönetimi	4	200	1	30							230
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	3	150	2	60							210
Acil Durum ve Afet Yönetimi	3	150	8	240					1	Puansız	390
Eğitim Yönetimi	2	100	4	120							220
Sosyal Sorumluluk									3	Puansız	
<b>Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler</b>	5	250	13	390			10	100	2	Puansız	740
Hasta Deneyimi	2	100	6	180			4	40			320
Hizmete Erişim			3	90			3	30			120
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	3	150	4	120			3	30	2	Puansız	300
<b>Sağlık Hizmetleri</b>	29	1450	40	1200			9	90			2740
Enfeksiyonların Önlenmesi	5	250	5	150			1	10			410
Sterilizasyon Hizmetleri	4	200	4	120			1	10			330
İlaç Yönetimi	3	150	7	210			4	40			400
Hasta Bakımı	7	350	9	270			2	20			640
Radyasyon Güvenliği	3	150	5	150							300
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	3	150	4	120							270
Ameliyathane	4	200	6	180			1	10			390
<b>Destek Hizmetleri</b>	16	800	45	1350			8	80			2230
Tesis Yönetimi	1	50	11	330			3	30			410
Otelcilik Hizmetleri	4	200	11	330							530
Bilgi Yönetim Sistemi	6	300	9	270			1	10			580
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	2	100	4	120			2	20			240
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	2	100	5	150							250
Atık Yönetimi	1	50	3	90			1	10			150
Dış Kaynak Kullanımı			2	60			1	10			70
<b>Gösterge Yönetimi</b>	2	100	5	150	47	940					1190
Göstergelerin İzlenmesi	2	100	5	150							250
Kalite Göstergeleri					47	940					940
<b>TOPLAM</b>	76	3800	126	3780	47	940	33	330	6	Puansız	8850

**SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri  
Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)**

Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
<b>Kurumsal Hizmetler</b>	<b>57</b>	<b>152</b>
Kurumsal Yapı	8	13
Kalite Yönetimi	13	41
Doküman Yönetimi	5	16
Risk Yönetimi	5	11
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	5	11
Acil Durum ve Afet Yönetimi	12	40
Eğitim Yönetimi	6	16
Sosyal Sorumluluk	3	4
<b>Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler</b>	<b>30</b>	<b>84</b>
Hasta Deneyimi	12	31
Hizmete Erişim	6	15
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	12	38
<b>Sağlık Hizmetleri</b>	<b>78</b>	<b>204</b>
Enfeksiyonların Önlenmesi	11	19
Sterilizasyon Hizmetleri	9	21
İlaç Yönetimi	14	43
Hasta Bakımı	18	52
Radyasyon Güvenliği	8	18
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	7	29
Ameliyathane	11	22
<b>Destek Hizmetleri</b>	<b>69</b>	<b>189</b>
Tesis Yönetimi	15	38
Otelcilik Hizmetleri	15	47
Bilgi Yönetim Sistemi	16	52
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	8	20
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	7	14
Atık Yönetimi	5	14
Dış Kaynak Kullanımı	3	4
<b>Gösterge Yönetimi</b>	<b>54</b>	<b>9</b>
Göstergelerin İzlenmesi	7	9
Kalite Göstergeleri	47	
<b>TOPLAM</b>	<b>288</b>	<b>638</b>



**SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri  
Sayısal Dağılım Tablosu (Özet)**

Boyutlar	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	57	152
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	30	84
Sağlık Hizmetleri	78	204
Destek Hizmetleri	69	189
Gösterge Yönetimi	54	9
<b>Toplam</b>	<b>288</b>	<b>638</b>

Sağlıkta Kalite Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri		
Boyut	Kurumsal Hizmetler	
Bölüm	Kurumsal Yapı	
Kod	Standart	Puan
KKU01 Çekirdek	Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50
KKU02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
KKU03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	30
KKU04 Çekirdek	Kurumun misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	50
KKU05 Çekirdek	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	50
KKU06	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30
KKU07	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30
KKU08 Çekirdek	Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	50
Bölüm	Kalite Yönetimi	
KKY01 Çekirdek	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50
KKY02 Çekirdek	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	50
KKY03 Çekirdek	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	50
KKY04 Çekirdek	SKS ADSH Setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50
KKY05	Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30
KKY06 Çekirdek	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY07 Çekirdek	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY08 Çekirdek	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50

**KKY09**

**Çekirdek**

Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.

**50**

KKY10	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10
KKY11	SKS ADSH kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30
KKY12	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30
KKY13	Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.	10
<b>Bölüm</b>	<b>Doküman Yönetimi</b>	
KDY01	SKS ADSH Setinde yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
KDY02	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY03	Panoları asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY04	Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.	10
KDY05	Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	10
<b>Bölüm</b>	<b>Risk Yönetimi</b>	
KRY01 <b>Çekirdek</b>	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50
KRY02 <b>Çekirdek</b>	Kurumda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KRY03 <b>Çekirdek</b>	Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50
KRY04 <b>Çekirdek</b>	Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KRY05	Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi</b>	
KİO01 <b>Çekirdek</b>	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	50
KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30
KİO03 <b>Çekirdek</b>	Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim ile ilgili eğitim verilmelidir.	50
KİO04 <b>Çekirdek</b>	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KİO05	Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30

sorumlulukları tanımlanmalıdır.

KAD02	Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	30
KAD03	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	30
KAD04	Kuruma ait acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	Puanlız
Opsiyonel		
KAD05	Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
KAD06	Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.	30
KAD07	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
Çekirdek		
KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD09	Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD10	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD11	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
Çekirdek		
KAD12	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50
Çekirdek		
Bölüm	Eğitim Yönetimi	
KEY01	Kurumda hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	30
KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30
KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	50
Çekirdek		
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30
KEY05	Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30
KEY06	Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
Çekirdek		
Bölüm	Sosyal Sorumluluk	
KSS01	Kurum sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlenmelidir.	Puanlız
Opsiyonel		
KSS02	Hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.	Puanlız
Opsiyonel		
KSS03	Kurum tarafından sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan programın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi izlenmelidir.	Puanlız
Opsiyonel		
Boyut	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	

**HHD01**

Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.

**30**

HHD02	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HHD03	Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30
HHD04 Çekirdek	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumluluklaHasta ve hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	50
HHD05	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	30
HHD06 Çekirdek	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50
HHD07	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	10
HHD08	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.	10
HHD09	Hastanın,bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	10
HHD10	Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.	10
HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	30
HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
Bölüm	Hizmete Erişim	
HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	30
HHE02	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.	10
HHE03	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	10
HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	10
HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30
HHE06	Kurumda mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	30
Bölüm	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
HSÇ01 Opsiyonel	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Puansız
HSÇ02	Kurumun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10



HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	10
HSÇ04 Opsiyonel	Çalışanlara yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.	Puansız
HSÇ05	Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	10
HSÇ06 Çekirdek	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
HSÇ07 Çekirdek	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	50
HSÇ08 Çekirdek	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50
HSÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	30
HSÇ10	Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HSÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30
Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Bölüm	Enfeksiyonların Önlenmesi	
SEN01 Çekirdek	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.	50
SEN02	Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.	10
SEN03 Çekirdek	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50
SEN04 Çekirdek	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	50
SEN05 Çekirdek	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50
SEN06	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN07	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SEN08	Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN09 Çekirdek	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50

**SEN10**

Enfeksiyon önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

**30**

SEN11	Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Sterilizasyon Hizmetleri</b>	
SSH01	Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SSH02	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
SSH03	Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	50
SSH04	Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir.	50
SSH05	Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.	30
SSH06	Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	50
SSH07	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir	30
SSH08	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	30
SSH09	Lümenli aletlerin; yıkama, paketleme ve sterilizasyon süreçleri ile bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlenmelidir.	50
<b>Bölüm</b>	<b>İlaç Yönetimi</b>	
SiY01	Kurumda ilaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30
SiY02	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SiY03	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SiY04	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	50
SiY05	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SiY06	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SiY07	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SiY08	Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	10
SiY09	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SiY10	Narkotik ve psikoaktif ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SiY11	Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
SiY12	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10



<b>SIY14</b>	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>Bölüm</b>	<b>Hasta Bakımı</b>	
<b>SHB01</b>	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.	<b>10</b>
<b>SHB02</b>	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	<b>30</b>
<b>SHB03</b> <b>Çekirdek</b>	Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.	<b>50</b>
<b>SHB04</b>	Yatan hasta ve hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	<b>10</b>
<b>SHB05</b>	Hasta ve hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	<b>30</b>
<b>SHB06</b>	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	<b>30</b>
<b>SHB07</b> <b>Çekirdek</b>	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	<b>50</b>
<b>SHB08</b> <b>Çekirdek</b>	Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	<b>50</b>
<b>SHB09</b> <b>Çekirdek</b>	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	<b>50</b>
<b>SHB10</b> <b>Çekirdek</b>	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	<b>50</b>
<b>SHB11</b>	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	<b>30</b>
<b>SHB12</b>	Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	<b>30</b>
<b>SHB13</b>	Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler kayıt altına alınmış ve hastaların tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.	<b>30</b>
<b>SHB14</b>	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>SHB15</b>	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	<b>30</b>
<b>SHB16</b>	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>SHB17</b> <b>Çekirdek</b>	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<b>50</b>
<b>SHB18</b>	Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme	<b>50</b>

**Çekirdek** bulunmalıdır.

Bölüm	Radyasyon Güvenliği	
SRG01	Radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
SRG02	Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.	30
SRG03	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SRG04	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmeli ve ilgili çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.	30
SRG05 Çekirdek	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG06 Çekirdek	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG07 Çekirdek	Radyoloji ünitesi dışında yapılan çekimlerde hastaların ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG08	Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30
Bölüm	Protez Laboratuvarı Hizmetleri	
SPL01	Protez laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	30
SPL02 Çekirdek	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SPL03 Çekirdek	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SPL04	Protez laboratuvarında protez yapım sürecinde kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SPL05 Çekirdek	Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	50
SPL06	Hasta, protez teslim süresi ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	30
SPL07	Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
Bölüm	Ameliyathane Hizmetleri	
SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAH03	Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	30





<b>SAH05</b> <b>Çekirdek</b>	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>50</b>
<b>SAH06</b>	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç düzeyleri izlenmelidir.	<b>30</b>
<b>SAH07</b> <b>Çekirdek</b>	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	<b>50</b>
<b>SAH08</b> <b>Çekirdek</b>	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	<b>50</b>
<b>SAH09</b>	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	<b>30</b>
<b>SAH10</b> <b>Çekirdek</b>	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<b>50</b>
<b>SAH11</b>	Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>Boyut</b>	<b>Destek Hizmetler</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Tesis Yönetimi</b>	
<b>DTY01</b>	Bina turları yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY02</b>	Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY03</b>	Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	<b>10</b>
<b>DTY04</b>	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY05</b>	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	<b>10</b>
<b>DTY06</b>	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY07</b>	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	<b>10</b>
<b>DTY08</b> <b>Çekirdek</b>	Kurumda su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.	<b>50</b>
<b>DTY09</b>	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY10</b>	Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY11</b>	Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY12</b>	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY13</b>	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY14</b>	Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTY15</b>	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	<b>30</b>

Bölüm	Otelcilik Hizmetleri	
DOH01	Kurumun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
DOH02	Kurumun temizliği sağlanmalıdır.	50
<b>Çekirdek</b>		
DOH03	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	30
DOH04	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	50
<b>Çekirdek</b>		
DOH05	Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme	50
<b>Çekirdek</b>	yapılmalıdır.	
DOH06	Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	30
DOH07	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
DOH08	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH09	Yatarak tedavi olan hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH10	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30
DOH11	Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH12	Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	30
DOH13	Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	30
DOH14	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	30
DOH15	Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği	50
<b>Çekirdek</b>	sağlanmalıdır.	
Bölüm	Bilgi Yönetimi	
DBY01	Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır.	30
DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	30
DBY03	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	30
DBY04	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DBY05	Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50
<b>Çekirdek</b>		
DBY06	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılabilirlik açısından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	10
DBY07	Bilgi Yönetim Sistemi etkin kullanılabilmelidir.	30
DBY08	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS)'nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	30

<b>DBY09</b>	Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	<b>30</b>
<b>DBY10</b>	Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<b>50</b>
<b>DBY11</b>	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>30</b>
<b>DBY12</b>	Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.	<b>50</b>
<b>DBY13</b>	Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	<b>50</b>
<b>DBY14</b>	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	<b>50</b>
<b>DBY15</b>	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	<b>30</b>
<b>DBY16</b>	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	<b>50</b>
<b>Bölüm</b>	<b>Malzeme ve Cihaz Yönetimi</b>	
<b>DMC01</b>	Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.	<b>10</b>
<b>DMC02</b>	Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>DMC03</b>	Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>DMC04</b>	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	<b>30</b>
<b>DMC05</b>	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	<b>50</b>
<b>DMC06</b>	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır.	<b>10</b>
<b>DMC07</b>	Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (otoklav, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmelidir.	<b>30</b>
<b>DMC08</b>	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	<b>50</b>
<b>Bölüm</b>	<b>Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri</b>	
<b>DTA01</b>	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTA02</b>	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	<b>30</b>
<b>DTA03</b>	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	<b>50</b>
<b>DTA04</b>	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	<b>50</b>
<b>DTA05</b>	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	<b>30</b>



DTA07	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Atık Yönetimi</b>	
DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
DAY02	Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50
<b>Çekirdek</b>		
DAY03	Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.	30
DAY04	Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	30
DAY05	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Dış Kaynak Kullanımı</b>	
DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.	10
DDK02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30
DDK03	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
<b>Boyut</b>	<b>Gösterge Yönetimi</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Göstergelerin İzlenmesi</b>	
GGİ01	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
<b>Çekirdek</b>	Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30
GGİ02		
GGİ03	Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50
<b>Çekirdek</b>		
GGİ04	Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
GGİ05	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.	30
GGİ06	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30
GGİ07	Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Kalite Göstergeleri</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Hizmet Kalite Göstergeleri</b>	
GKH01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	20
GKH02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	20
GKH03	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	20

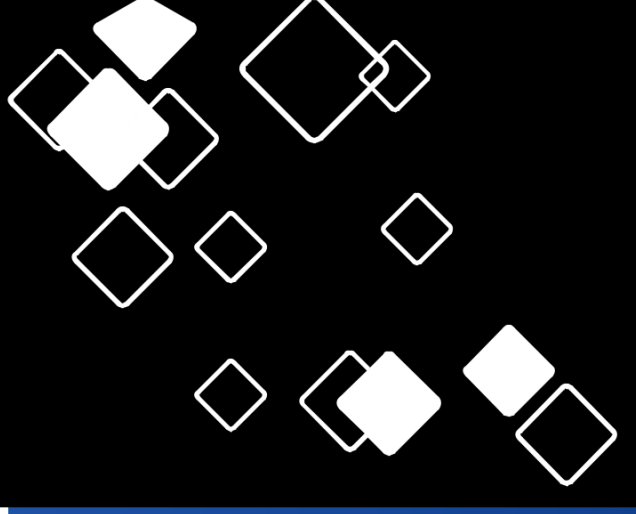
<b>GKH04</b>	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	<b>20</b>
<b>GKH05</b>	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	<b>20</b>
<b>GKH06</b>	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	<b>20</b>
<b>GKH07</b>	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	<b>20</b>
<b>GKH08</b>	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	<b>20</b>
<b>GKH09</b>	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	<b>20</b>
<b>GKH10</b>	Personelin Devir Hızı	<b>20</b>
<b>GKH11</b>	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	<b>20</b>
<b>GKH12</b>	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı	<b>20</b>
<b>GKH13</b>	Düşen Hasta Oranı	<b>20</b>
<b>GKH14</b>	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	<b>20</b>
<b>GKH15</b>	El Hijyeni Uyumu	<b>20</b>
<b>GKH16</b>	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı	<b>20</b>
<b>GKH17</b>	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı	<b>20</b>
<b>GKH18</b>	Kaybolan Ölçü Oranı	<b>20</b>
<b>GKH19</b>	Kaybolan Protez Oranı	<b>20</b>
<b>GKH20</b>	Kaybolan Alçı Model Oranı	<b>20</b>
<b>GKH21</b>	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı	<b>20</b>
<b>GKH22</b>	Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre	<b>20</b>
<b>GKH23</b>	Protez Tesliminden Sonra Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı	<b>20</b>
<b>GKH24</b>	İlk Muayene Sonrası ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre	<b>20</b>
<b>GKH25</b>	İlk Muayene Sonrası ile Ameliyat Yapılmasına Kadar Geçen Ortalama Süre	<b>20</b>

<b>GKH26</b>	İlk Muayene Sonrası ile Hastanın Tedavilerinin Tamamlanmasına Kadar Geçen Ortalama Süre	<b>20</b>
<b>GKH27</b>	Yıl İçerisinde Aynı Hasta Bazlı Ortalama Başvuru(Tedavi İçin Tekrar Gelmesi Dahil) Sayısı	<b>20</b>
<b>GKH28</b>	Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı	<b>20</b>
<b>GKH29</b>	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranları	<b>20</b>
<b>GKH30</b>	BYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	<b>20</b>
<b>GKH31</b>	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	<b>20</b>
<b>Bölüm</b>	<b>Klinik Kalite Göstergeleri</b>	
<b>GKK01</b>	Fissur Sealant Uygulama Oranı	<b>20</b>
<b>GKK02</b>	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı	<b>20</b>
<b>GKK03</b>	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı	<b>20</b>
<b>GKK04</b>	Antibiyotik Tedavisinde Başarısızlık Nedeniyle Yeniden Başvuru Oranı	<b>20</b>
<b>GKK05</b>	Tekrar Alınan Ölçü Oranı	<b>20</b>
<b>GKK06</b>	Hatalı Protez Nedeniyle Yenilene Protez Oranı	<b>20</b>
<b>GKK07</b>	Protez Tesliminden Sonra Klinik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı	<b>20</b>
<b>GKK08</b>	Dolgu Yapılmış Ancak Kanal Tedavisi Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	<b>20</b>
<b>GKK09</b>	Kanal Tedavisi Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	<b>20</b>
<b>GKK10</b>	Dolgu Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	<b>20</b>
<b>GKK11</b>	Sabit Protez Yapılmış Ancak Kanal Tedavisi Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	<b>20</b>
<b>GKK12</b>	Sabit Protez Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	<b>20</b>
<b>GKK13</b>	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	<b>20</b>
<b>GKK14</b>	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	<b>20</b>
<b>GKK15</b>	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	<b>20</b>
<b>GKK16</b>	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	<b>20</b>

# KURUMSAL HİZMETLER



- Kurumsal Yapı* ■
- Kalite Yönetimi* ■
- Doküman Yönetimi* ■
- Risk Yönetimi* ■
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi* ■
- Acil Durum ve Afet Yönetimi* ■
- Eğitim Yönetimi* ■
- Sosyal Sorumluluk* ■



# Kurumsal Yapı

## Amaç

Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve iletişim mekanizmalarının tanımlanması

Kurumun iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması

Kurumda sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanması

o Kurumun temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması

Kurumsal iletişim faaliyetlerinin kurum amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır

Kod	Standart	1
-----	----------	---

**KKU01** **Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir Çekirdek organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KKU01.01** Organizasyon yapısı, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve kurum faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.

**KKU01.02** Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.

**KKU01.02** Organizasyon yapısı ile ilgili **asgari** aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

- o Sorumluluk ve ilişkiler
- o Dikey ve yatay koordinasyon ve entegrasyon noktaları
- o Gerektiğinde yetki devrinin nasıl yapılacağı

**KKU01.03** Kurum organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**KKU02** **Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KKU02.01** Görev tanımları, kapsayıcı ve net bir biçimde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.

**KKU02.01** Görev tanımları **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:

- o Birim
- o Görev Adı
- o Amir ve Üst Amirler
- o Görev Devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişilerin belirlenmesi)
- o Görev Amacı
- o Temel İş ve Sorumluluklar
- o Yetkiler

**KKU02.02** Birim ve kişilere verilen yetki ile sorumluluk arasında uyum olmalıdır.

Kod	Standart	3
KKU03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	
Kod	Standart	4
KKU04	Kurumun misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	
<b>Çekirdek</b>	<b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Değerler, kurumun gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KKU04.01	Kurum, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	
Kod	Standart	5
KKU05	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	
<b>Çekirdek</b>		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KKU05.01	Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, kurum amaç ve hedefleri belirlenmelidir. o Kurumun amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.	
	<b><u>Rehberlik:</u></b> <i>İç Çevre Faktörleri: İnsan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir.</i> <i>Dış Çevre Faktörleri: Hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.</i>	
KKU05.02	Kurum faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.	
Kod	Standart	6
KKU06	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

KKU07	<p><b>Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.</b></p> <p><b><u>Rehberlik;</u></b></p> <p><i>Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi akışı, motivasyon, bütünleşme, eğitim, karar alma ve denetim gibi fonksiyonların sağlanması amacı ile belli kurallar çerçevesinde uygulanan, ayrıca dış hedef kitle ile etkileşim sırasında kurum itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.</i></p>	
-------	--	--

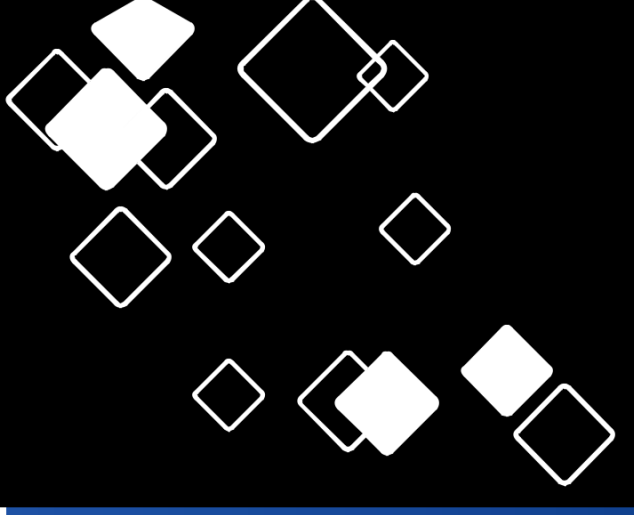
Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKU07.01	<p>Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.</p> <p>o Hedef kitle tanımlanırken; kurum türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.</p> <p><b><u>Rehberlik;</u></b></p> <p><i>Hedef kitle, kurum içinde ve kurum dışındaki iletişim paydaşlarını (kurum çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.</i></p>	
----------	---	--

KKU07.02	<p>Kurum içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.</p> <p>Bu kurallar <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <p>o Kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi ve karar akışı</p> <p>o Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı</p> <p>o Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim</p> <p>o Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim</p>	
----------	---	--

KKU07.03	<p>Kurum dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.</p> <p>Bu kurallar <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <p>o Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi</p> <p>o Kurum çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi</p> <p>o Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi</p>	
----------	---	--

Kod	Standart	8
<b>KKU08</b> <b>Çekirdek</b>	Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KKU08.01</b>	Kurumun web sitesi olmalıdır.	
	<p>Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır.</p> <p>Web sitesinde <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler olmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Organizasyon yapısı</li> <li>o Kurum misyon, vizyon ve değerleri <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kurum Kalite Yönetim Birimi ve çalışmaları</li> </ul> </li> <li>o Kuruma ulaşım ve kurum iletişim bilgileri</li> <li>o Kurumun hizmet verdiği bölüm ve branşlar</li> </ul>	
<b>KKU08.02</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları <ul style="list-style-type: none"> <li>o Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım ya da tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler</li> </ul> </li> <li>o Randevu alma bilgileri <ul style="list-style-type: none"> <li>o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar</li> <li>(Varsa) Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler</li> </ul> </li> <li>o Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.</li> </ul>	





# Kalite Yönetimi

## Amaç

- Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanması
- o Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması
  - o Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu
  - o Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
<b>KKY01</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KKY01.01</b>	Kalite yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmalıdır.	
<b>KKY01.02</b>	Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
Kod	Standart	2
<b>KKY02</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KKY02.01</b>	<p>Kalite Yönetim Direktörü belirlenmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o “Kalite Yönetim Birimi”nde çalışacak personel sayısı, ilgili kurumun büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir.</li> <li>o “Kalite Yönetim Birimi”nde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.</li> </ul>	
<b>KKY02.02</b>	<p>“Kalite Yönetim Birimi”nin çalışma ofisi olmalıdır.</p> <p>“Kalite Yönetim Birimi”nin görev alanı tanımlanmalıdır.</p> <p>Kalite Yönetim Birimi;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SKS ADSH çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır.</li> <li>Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir. o Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.</li> <li>o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.</li> </ul>	
<b>KKY02.03</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.</li> <li>Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi) yönetmelidir.</li> <li>SKS ADSH çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.</li> <li>o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.</li> <li>o SKS ADSH çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.</li> </ul>	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**KKY03** SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.  
**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KKY03.01** Sorumlular Kalite Yönetim Direktörü ile koordineli çalışmalıdır.

**KKY03.02** Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**KKY04** SKS ADŞH Setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.  
**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KKY04.01** Öz değerlendirme, kurumun büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kez olacak şekilde, kurum tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**KKY04.02** Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır.

- o Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmelidir.
- o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır.
- o Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir.

Öz değerlendirme tüm SKS ADŞH bölümlerini kapsamalıdır.

**KKY04.03** Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.

**KKY04.04** Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**KKY05** Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KKY05.01** Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

**KKY05.02** Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilmelidir.

**KKY05.03** Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

**KKY06** **Çekirdek** Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KKY06.01** Kurum yönetimince oluşturulan komite, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak kurumda yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır.

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:

- o Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- o İlaç güvenliğinin sağlanması
- o Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- o Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- o Hasta mahremiyetinin sağlanması
- o Hastaların güvenli transferi
- o Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- o Bilgi güvenliğinin sağlanması
- o Enfeksiyonların önlenmesi

**KKY06.03** Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.

**KKY06.04** Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**KKY06.05** Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

**Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.**

**KKY07**

**Çekirdek**

**Rehberlik:**

*İlgili mevzuat gereğince bünyesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu bulunan kurumlarda çalışan sağlığı ve güvenliği alanındaki sorumluluklar bu kurul tarafından yürütülür.*

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KKY07.01**

Kurum yönetiminde oluşturulan komite, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak kurumda yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır.

**KKY07.02**

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:

- o Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
- o Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
- o Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- o Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi

**KKY07.03**

Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.

**KKY07.04**

Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**KKY07.05**

Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

Kod	Standart	8
<b>KKY08</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Eğitim Komitesi bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KKY08.01</b>	Kurum yönetimince oluşturulan komite, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak kurumda yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	
<b>KKY08.02</b>	Komite, eğitim faaliyetlerini planlamalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır. Komite görev alanı <b>asgari</b> aşağıdaki konuları içermelidir: Sağlıkta Kalite Standartları eğitimi o Hizmet içi eğitimler o Uyum eğitimleri o Hastalara yönelik eğitimler	
<b>KKY08.03</b>	Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.	
<b>KKY08.04</b>	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
<b>KKY08.05</b>	Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.	

Kod	Standart	9
<b>KKY09</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KKY09.01</b>	Kurum yönetimince oluşturulan komite, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak kurumda yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	
<b>KKY09.02</b>	Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır. Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi</li> <li>o Kurum alt yapı güvenliğinin sağlanması</li> <li>o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması</li> <li>o Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları</li> <li>o Atık yönetimi çalışmaları</li> <li>o Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması</li> <li>o Tehlikeli maddelerin yönetimi</li> </ul>	
<b>KKY09.03</b>	Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.	
<b>KKY09.04</b>	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
<b>KKY09.05</b>	Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.	

Kod	Standart	10
-----	----------	----

	<b>Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.</b>	
<b>KKY10</b>	<b><u>Rehberlik;</u></b> <i>SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.</i>	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

	Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir.
<b>KKY10.01</b>	Bilgilendirme <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Toplantı yöneticisi ve katılımcıları</li> <li>o Toplantı gündemi ve süresi</li> <li>o Toplantı yeri ve zamanı</li> </ul>
<b>KKY10.02</b>	Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

<b>KKY11</b>	<b>SKS ADŞH kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.</b>
--------------	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

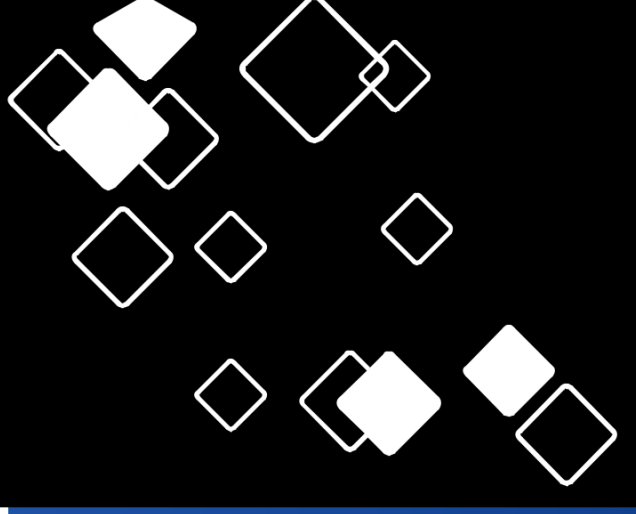
<b>KKY11.01</b>	SKS ADŞH Seti kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.
	Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
<b>KKY11.02</b>	<b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.</i>
<b>KKY11.03</b>	Düzeltilici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde form vb. bir kayıt sistemi ile izlenmelidir.

Kod	Standart	12
-----	----------	----

<b>KKY12</b>	<b>Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.</b>
--------------	--



Kod	Standart	13
KKY13	<b>Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.</b>	
Kod	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
	Tanıtım kartları; standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir.	
KKY13.01	<b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.</i>	
KKY13.02	Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.	



# Doküman Yönetim

## Amaç

Kurumda;

- Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi
- o Uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi
- o Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

Kod	Standart	1
KDY01	<b>SKS ADŞH Setinde yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KDY01.01	Dokümanların formatı belirlenmelidir.	
	Dokümanlar güncel olmalıdır.	
	o Dokümanlar kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir.	
KDY01.02	o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır. (Varsa) Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalıdır.	
	<b>KDY01.03</b> Dokümanlar, ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır.	
	<b>KDY01.04</b> Dokümanlar Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilmelidir.	
	<b>KDY01.05</b> Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.	
	Hazırlanan dokümanlar çalışanlara duyurulmalı, dokümanların güncel hali kullanım alanlarında bulunmalıdır.	
KDY01.06	o Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır. o Dokümanlara ilgili bölüm tarafından ulaşılabilir. o Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.	
	Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları <b>KDY01.07</b> içeren bir liste bulunmalıdır.	
	Güncellemeler, doküman listesinde izlenebilir.	
	<b>KDY01.08</b> İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.	

Kod	Standart	2
KDY02	<b>Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.	
	<b><u>Rehberlik;</u></b>	
KDY02.01	<i>Dış Kaynaklı Doküman: Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır. Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır.</i>	
KDY02.02	Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**KDY03 Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KDY03.01** Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmelidir.

Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir.

**KDY03.02** o Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği belirlenmelidir.

o Dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır.  
Dokümanların takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmelidir.

**KDY03.03** Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.

**KDY03.04** Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.

**KDY03.05** Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalar, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

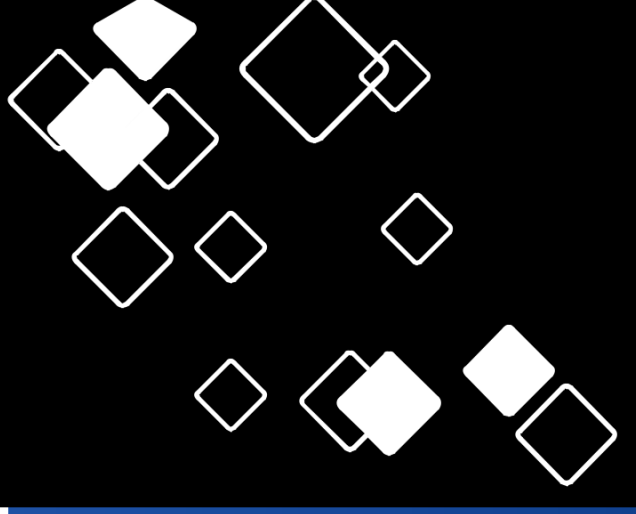
**KDY04 Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KDY04.01** Fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış dokümanların muhafaza şekilleri tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**KDY05 Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.**



# Risk Yönetimi

## Amaç

Hasta, hasta yakını, çalışan, tesis ve çevre güvenliği kapsamında, kurum kurumda sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en alt düzeye indirilmesidir.

Kod	Standart	1
<b>KRY01</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KRY01.01</b>	Risk yönetim çalışmaları Kalite Yönetim Birimi'nin koordinasyonunda ilgili tüm komitelerle entegre biçimde yürütülmelidir.	
<b>KRY01.02</b>	Risk yönetimi çalışmalarında bölüm kalite sorumluları ile işbirliği yapılmalıdır.	
Kod	Standart	2
<b>KRY02</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Kurumda gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KRY02.01</b>	Risk yönetimi; hasta ve çalışan güvenliği ile tesis ve çevre güvenliğine ilişkin süreçleri kapsamalıdır.	
<b>KRY02.02</b>	Risk yönetimi; kurumda karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.	
<b>KRY02.03</b>	Risk yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır. Doküman <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Amaç ve hedefler</li> <li>o Kapsam</li> <li>o Risk analizi yöntemi</li> <li>o İlgili çalışanların görüşlerinin alınması</li> <li>o Tanımlanan risklerin raporlanması</li> <li>o Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti</li> <li>o Gerekli iyileştirme çalışmaları</li> <li>o Çalışanların eğitimi</li> </ul>	



Kod	Standart	3
-----	----------	---

**KRY03** Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.  
**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Risk yönetimine ilişkin süreçleri ve unsurları kapsayacak şekilde bir plan hazırlanmalıdır.

Plan **asgari** aşağıdaki başlıkları içermelidir:

- o İlgili süreç, faaliyet veya unsur
- KRY03.01** o Yaşanabilecek riskler
- o Risk düzeyi
- o Alınacak önlemler
- o Sorumlular
- o Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi

**KRY03.02** Riskler, bölüm, meslek ve/veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

**KRY03.03** Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) belirlenmelidir.

**KRY03.04** Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**KRY04** Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.  
**Çekirdek**

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**KRY05** Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

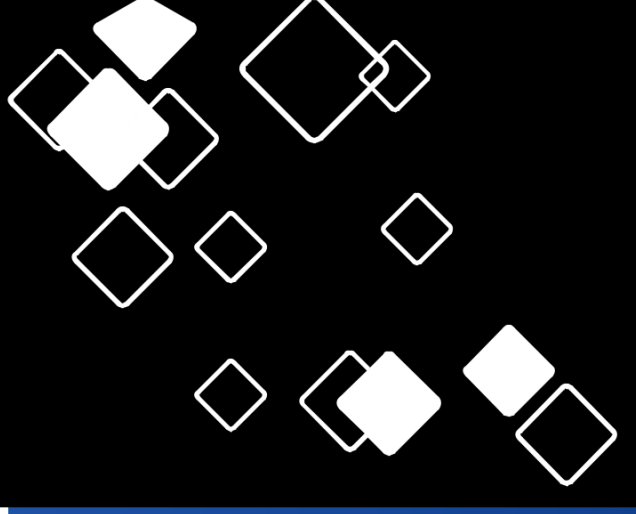
Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.

- o Gözden geçirme aralıkları, belirlenen riskler kapsamında tanımlanmalıdır.
- KRY05.01** o Risk yönetimi planı kapsamında, risklere yönelik alınan önlemlerin etkinliği izlenebilir olmalıdır.

**Rehberlik:**

*Alınan önlemlerin sürekliliğini sağlamak için düzenli aralıklarla iyileştirme faaliyetlerine yönelik takip çalışmaları yapılabilir.*

**KRY05.02** Risk analizleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.



# İstenmeyen Olay Bildirim Siste

## Amaç

Kurumda;

- o Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak
- o Bu olayları izlemek  
Bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
<b>KİO01</b> <b>Çekirdek</b>	<b>İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KİO01.01</b>	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.  Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.	
<b>KİO01.02</b>	Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır.  <b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.</i> <i>Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir.</i> <i>o Ana modüllerin altında alt modüller yer alabilir. Örneğin; "İlaç Güvenliği, Düşmeler, Cerrahi Güvenlik, Kesici Delici Alet Yaralanmaları" gibi.</i>	
<b>KİO01.03</b>	Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.  o Bildirim formları, <b>asgari</b> aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir: Olayın konusu Olayın içeriği Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler	
<b>KİO01.04</b>	Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.	
<b>KİO01.05</b>	Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.	

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**KiO02** Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KiO02.01** Bildirim sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**KiO03** Çalışanlara istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.  
**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KiO03.01** İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır.

Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
- o Sistemin yapısı
- o Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
- o Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
- o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar
- o Bildirimin yapıma şekli ve uyulması gereken kurallar
- o Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı
- o Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin genel bilgi

Kod	Standart	4
KiO04	<b>İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.</b>	
<b>Çekirdek</b>		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KiO04.01	Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır.	
KiO04.02	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.	
KiO04.03	Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	
KiO04.04	Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.	
Kod	Standart	5
KiO05	<b>Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.</b>	

# Acil Durum ve Afet Yönetimi

## Amaç

- o Kurumda karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı gibi acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekle zararın en alt düzeye düşürülmesi
- o Kurumda karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması
- o Kurumda görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması

Kod	Standart	1
KAD01	Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi'nin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KAD01.01	Acil durum ve afet yönetimi ile ilgili düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	
KAD01.02	Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
Kod	Standart	2
KAD02	Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Risk değerlendirmesi doğal ve insan kaynaklı afetlere göre yapılmalıdır.	
	Risk değerlendirmesi <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır:	
KAD02.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Yangın</li> <li>o Deprem</li> <li>o Sel</li> <li>o Toprak kaymaları</li> <li>o Salgınlar</li> <li>o Terör eylemleri</li> <li>o Göç</li> <li>o Endüstriyel patlama</li> <li>o Nükleer ve kimyasal kazalar</li> <li>o Savaş</li> </ul>	



Kod	Standart	3
KAD03	<b>Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.</b>	
Kod	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
	Acil durum ve afet planı aşağıdaki konuları kapsamalıdır.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Acil durumlara karşı olası riskler (yangın, terör, su baskını, radyoaktif bulaş ve serpinti gibi)</li> <li>o Koruyucu önlemler</li> <li>o Kontrol</li> <li>o Erken teşhis ve tespit</li> </ul>	
KAD03.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Triaaj</li> <li>o Kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, arşiv gibi)</li> <li>o Tesisin tahliyesi</li> <li>o Kullanılacak alternatif alanlar</li> <li>o Kullanılacak malzemelerin temini</li> <li>o Acil durum ve afet malzeme envanteri</li> <li>o İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon</li> </ul>	
	Acil durum ve afet planı güncel olmalıdır.	
KAD03.02	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Plan kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmeli ve revize edilmelidir.</li> </ul>	

Kod	Standart	4
KAD04	<b>Kuruma ait acil durum plan krokileri bulunmalıdır.</b>	
<b>Opsiyonel</b>		
Kod	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
	Kuruma ait acil durum plan krokileri;	
	Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri	
	Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat acil durum plan krokileri olarak hazırlanmalıdır.	
	Acil durum plan krokilerinde <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:	
KAD04.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler</li> <li>o Acil müdahale setinin bulunduğu yerler</li> <li>o Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler</li> <li>o İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında kurum haricindeki kuruluşların irtibat numaraları</li> </ul>	
KAD04.02	Acil durum plan krokilerine yönelik çalışanlar bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**KAD05** Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Acil durum ve afetlere yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalıdır.

Tahliye planı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

- o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan) o Hastaların güvenli yerlere transferi
- o Geçici yerleştirme alanları
- o Mesai saatleri dışında nöbetçilerin yetkilendirilmesi
- o Trafik akışı ve güvenlik
- o Hasta izleme sistemleri
- o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma
- o Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.

- o Tesis tahliye tatbikatı merkezin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır.
- o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.
- o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

**KAD06** Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir. (Bkz.Eğitim Yönetimi Bölümü)

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilmelidir.

“Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi”ne ve kurumdaki ilgili kişilere **asgari** aşağıdaki konu başlıklarına yönelik eğitimler verilmelidir:

- o Temel afet bilinci
- o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı)
- o YOTA
- o Acil durum ve afet triajı

Kod	Standart	7
-----	----------	---

KAD07

Çekirdek

Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Birinci ve ikinci deprem bölgesinde bulunan kurumlar "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" uygulaması yapmalıdır.

YOTA uygulaması **asgari** aşağıdaki maddeleri içermelidir:

- o Tıbbi cihazların sabitlenmesi
  - o Yüksek mobilyaların sabitlenmesi
- Oksijen tüplerinin, sedyelerin hastalara ve personele zarar ver-meyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi

KAD07.01

Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi  
Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi  
Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması

Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, sarsıntıdan hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi  
Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi

Kod	Standart
	<b>Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>
KAD08	<b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Mavi kod; kurumda karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.</i>
Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD08.01	Mavi kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan kurumlarda, mavi kod için 2222 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır.
KAD08.02	Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, mavi kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. Sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.
KAD08.03	Mavi kod uygulamaları için bir ekip belirlenmelidir. o Ekipte; en az bir diş hekimi/hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır. o Diş hekimi/hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. <b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Mesai saatleri dışında ekip oluşturmak için yeterli personelin bulunmadığı durumlarda acil müdahalenin ne şekilde yapılacağı belirlenmelidir.</i>
KAD08.04	Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalıdır. Acil müdahale setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.
KAD08.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulan kayıtlarda aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Müdahale edilen kişiye ait bilgiler • Yapılan uygulama • Müdahalenin yeri • Çağrının yapıldığı zaman • Ekibin olay yerine ulaşma zamanı • Müdahalenin sonucu • Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.
KAD08.06	Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef tanımlanmalı, gerçekleşen süreler takip edilmelidir.
KAD08.07	Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır. o Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır.
KAD08.08	Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	9
	<b>Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b> <b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Beyaz kod; kurumda görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>KAD09.01</b>	Beyaz kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan kurumlarda, beyaz kod için 1111 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır.	
<b>KAD09.02</b>	Beyaz kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. Sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin or-ganizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.	
<b>KAD09.03</b>	Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. o Tutulan kayıtlarda aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Olayın olduğu tarih ve saat • Olayın olduğu yer • Olay anında yapılan iş • Olayın başlama nedeni • Olayın oluş şekli • Olayda varsa kullanılan nesne • Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar • Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri • Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.	
<b>KAD09.04</b>	Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.	
<b>KAD09.05</b>	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
<b>KAD09.06</b>	Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.	
<b>KAD09.07</b>	Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	10
	<b>Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>	
<b>KAD10</b>	<b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Kırmızı kod; kurumda çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kurumda, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	
<b>KAD10.01</b>	Kurumun tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunmalı, sistemin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Acil uyarı sistemi, gerektiğinde ilgili kişileri uyardırmaya yönelik gör-sel ve işitsel fonksiyona sahip olmalıdır. Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalı, itfaiye gibi ilgili birimlerle koordinasyon sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	
	Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.	
<b>KAD10.02</b>	Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminde en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. Sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır..	
<b>KAD10.03</b>	Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. o Tutulan kayıtlarda <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Yangının çıktığı tarih ve saat • Yangının çıktığı yer • Yangının başlama nedeni • Çevrede oluşan olumsuzluklar • Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.	
<b>KAD10.04</b>	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır. o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.	
<b>KAD10.05</b>	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
<b>KAD10.06</b>	Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	11
-----	----------	----

**KAD11**  
**Çekirdek** Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KAD11.01** Kurum krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.

**KAD11.02** Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.

**KAD11.03** Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.

**KAD11.04** Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir.

Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

**KAD11.05**

- o Yangın hortumu hasarsız olmalıdır.
- o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir.
- o Vanalar kolayca açılmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

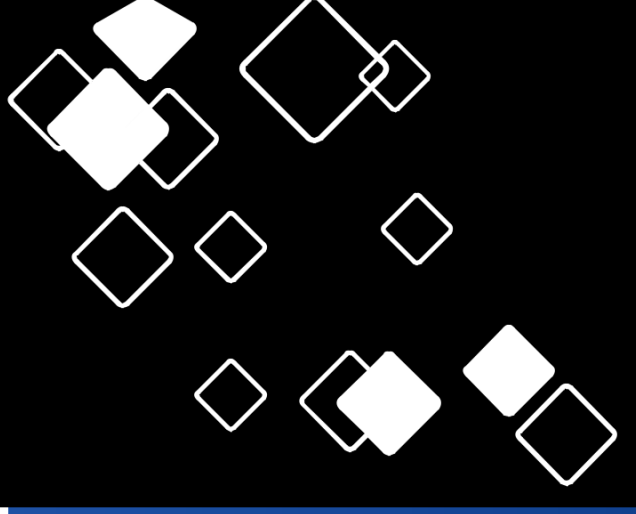
**KAD12**  
**Çekirdek** Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**KAD12.01** Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.

**KAD12.02** Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.

**KAD12.03** Elektrik aksamının yalıtımı yapılmış olmalıdır.





# Eğitim Yönetimi

## Amaç

Kurumun kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda, hasta/hasta yakını ve çalışanlara yönelik gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde verilmesidir.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

**KEY01** Kurumda hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**KEY02** Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Eğitim planlarında tanımlanması gereken asgari hususlar belirlenmelidir.

Eğitim planlarında, **asgari** aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- o Eğitimin amaç ve hedefleri
- o Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği
- o Eğitim yöntemi
- KEY02.01** o Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi)
- o Eğitimin yeri
- o Eğitimin süresi
- o Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar
- o Eğitim için gerekli materyaller
- o Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri

**KEY02.02** Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan revize edilmelidir.

**KEY02.03** Yapılan revizyon, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**KEY03** Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.

**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Göreve yeni başlayan her çalışana; genel uyum eğitimi ve bölüm uyum eğitimi verilmelidir.

**KEY03.01** o Genel ve bölüm uyum eğitimlerine ilişkin konular, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

**KEY03.02** Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.

**KEY03.03** Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.

o Rehber, kurumun belirlediği kurallar çerçevesinde meslek bazında hazırlanmalıdır.

**KEY03.04** Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.

Kod	Standart	4
KEY04	<b>Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KEY04.01	Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmelidir.	
KEY04.02	Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir.	
KEY04.03	Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır. o Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir.	
KEY04.04	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.	
KEY04.05	İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

Kod	Standart	5
KEY05	<b>Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KEY05.01	Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. <b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılacak yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:</i> o <i>Ön test-son test</i> o <i>Öz değerlendirmeler</i> o <i>Gözlemler</i> o <i>Kişilerle yapılan görüşmeler</i> <i>Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler</i> o <i>Anketler</i> o <i>Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri</i> <i>(kabul görmüş ölçekler gibi)</i>	

Kod	Standart	6
<b>KEY06</b>	<b>Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
<b>Çekirdek</b>		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta eğitimlerine yönelik doküman bulunmalıdır.	
	Eğitim dokümanları aşağıdaki konuları kapsamalıdır:	
<b>KEY06.01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hangi konularda eğitim verileceği</li> <li>o Hangi sıklıkla verileceği</li> <li>o Kimler tarafından verileceği</li> <li>o Nasıl kayıt altına alınacağı</li> </ul>	
	Hasta/hasta yakınlarına tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.	
	Hasta/hasta yakınlarına tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik <b>asgari</b> aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir:	
<b>KEY06.02</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Kullanılacak ilaçlar</li> <li>o Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar</li> <li>o Varsa bakım ekipmanlarının kullanımı</li> <li>o El hijyeni ve beslenme</li> <li>o Kontrol için ilgili dış hekime ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi</li> </ul>	
<b>KEY06.03</b>	Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	

# Sosyal Sorumluluk

## Amaç

edici ve geliştirici hizmetler sunmasını ve hizmet verdiği toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlamaktır.

Kod	Standart	1
<b>KSS01</b>	<b>Kurum sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar</b>	
<b>Opsiyonel</b>	<b>düzenlemelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kurum hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusundaki farklılıklar ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır.	
	<b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Sağlık sorunlarının araştırılması kapsamında aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılabilir:</i>	
<b>KSS01.01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>o Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik veriler</i></li> <li><i>o Morbidite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri</i></li> <li><i>o Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları</i></li> <li><i>o Sosyal ve kültürel yapı</i></li> </ul>	
<b>KSS01.02</b>	Kurum toplum sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**KSS02** Hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

**Kod** Değerlendirme Ölçütü

Kurum, sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler kapsamında bir program uygulamalıdır.

**Rehberlik:**

*Standart kapsamında geliştirilecek programlar aşağıdaki konu başlıklarında ya da bunlara benzer konularda oluşturulabilir: o Sigara ile mücadele*

- KSS02.01**
- o Toplumun dış sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
  - o Okul taramaları
  - o Ücretsiz ağız dış sağlığı taramaları
  - o Çocukluk çağı ağız dış hastalıkları ve bakımı konulu halk eğitimleri
  - o Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
  - o Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme
  - o Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi
  - o Anne sütü ile beslenmenin teşviki
  - o Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri
  - o Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği
  - o Ağız kanserlerine yönelik tespit ve bilgilendirme
  - o Yaşlı ve engelli hastaların ağız ve dış sağlığı uygulamaları
  - o Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların ağız ve dış sağlığı uygulamaları

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**KSS03** Kurum tarafından sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan programın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi izlenmelidir.

**Kod** Değerlendirme Ölçütü

Program sonuçları kurum tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflerin ulaşma derecesi belirlenmelidir.

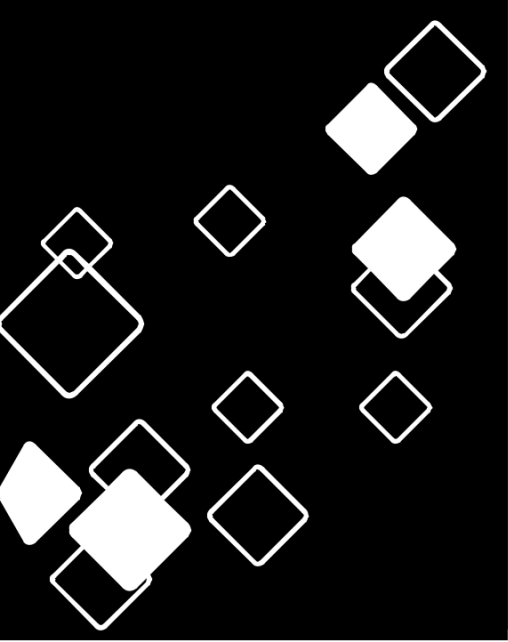
- KSS03.01**
- o Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

HASTA VE ÇALIŞAN

ODAKLI HİZMETLER



*Hasta Deneyimi* ■  
*Hizmete Erişim* ■  
*Sağlıklı Çalışma Yaşamı* ■



# Hasta Deneyimi

## Amaç

Kurumda sunulan hizmetlere hasta perspektifinden bakılarak, temel hasta haklarının ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile hizmet alınan tüm süreçlerde; hasta/hasta yakınının saygı görmesi ve özenle hizmet almasının temin edilmesidir.

Kod	Standart	1
HHD01	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
HHD01.01	Hasta hakları birimi bulunmalıdır.	
HHD01.02	Birim çalışmalarına yönelik sorumlu/sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
HHD01.03	Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
HHD01.04	Hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların değerlendirilmesi, incelenmesi ve sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	2
HHD02	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
HHD02.01	Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. o Hastalar görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin internet üzerinden bildirim yapabilmelidirler.	
HHD02.02	Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini ne şekilde iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.	
HHD02.03	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir. o Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü ve yönetimden bir kişi yer almalıdır. o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**HHD03** Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.  
(*Bkz.Geri Bildirim Anketleri Uygulama Rehberi*)

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHD03.01** Hasta geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.

**HHD03.02** Anketler asgari belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.

**HHD03.03** Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.

**HHD03.04** Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**HHD04** Hasta ve hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda **Çekirdek** bilgilendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHD04.01** Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve bilgilendirmeye ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Hasta ve hasta yakını, kurum tarafından belirlenen kurallar doğrultusunda, ilgili hekim tarafından sözlü olarak bilgilendirilmelidir.

Hasta ve hasta yakını **asgari** aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- HHD04.02**
- o Hastanın genel durumu
  - o Tedavi süreci
  - o Bakım uygulamalarının seyri
  - o Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale

**HHD04.03** Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.

**HHD04.04** Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.

**HHD04.05** Tedavisi tamamlanan hasta ve/veya hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

Kod	Standart
HHD05	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası
Kod	alınmalıdır. Değerlendirme Ölçütü
HHD05.01	<p>Sözlü olarak yapılan bilgilendirme sonrasında yazılı olarak hastanın rızası alınmalıdır.</p> <p>Rıza Formu <b>asgari</b> aşağıdaki bilgileri içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>İşlemin kim tarafından yapılacağı</li><li>İşlemden beklenen faydalar</li><li>İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar</li><li>Varsa işlemin alternatifleri</li><li>İşlemin riskleri ve komplikasyonları</li><li>İşlemin tahmini süresi</li><li>Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri</li><li>Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri</li><li>Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği</li><li>Hastanın adı, soyadı ve imzası</li><li>İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası</li><li>Rızanın alındığı tarih ve saat.</li></ul>
HHD05.02	Engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Kod	Standart	6
HHD06	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti <b>Çekirdek</b> sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
HHD06.01	Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik ve sosyal mahremiyeti dikkate alınmalıdır.	
	Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.	
	o Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.	
HHD06.02	o Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.	
	Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir.	
HHD06.03	o Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir.	
	Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.	
	Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.	
	<b><u>Rehberlik:</u></b>	
	<i>Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.</i>	HHD06.04
HHD06.05	Tüm kurum çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

**HHD07** Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHD07.01** Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.

**HHD07.02** Kurumda görev yapan hekimler ve ihtisas alanları tanıtılmalıdır.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

**HHD08** Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

**HHD09** Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHD09.01** Hasta, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtları inceleyebilmeli, istediğinde ilgili belgelerin kopyasına ulaşabilmelidir.

o Hasta söz konusu bilgilere hizmet alırken ya da hizmet alımı sonrasında ulaşabilmelidir.

**HHD09.02** Tıbbi kayıtların, hangi durumlarda hasta ve yakını ile paylaşılacağı belirlenmelidir.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

**HHD10** Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

**HHD11** Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.

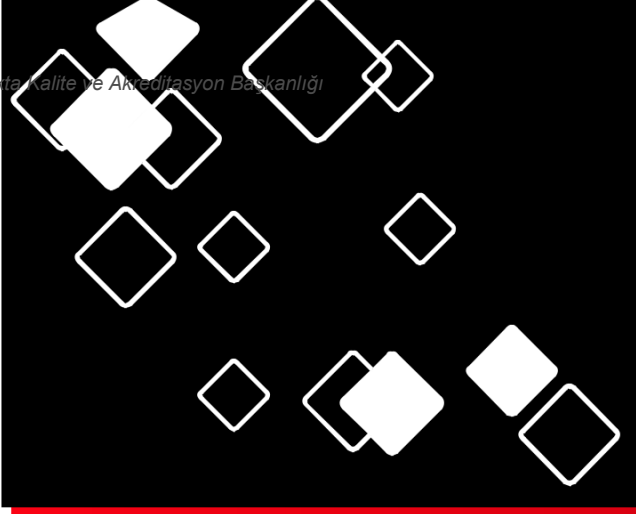
Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHD11.01** Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir.

**HHD11.02** Özellikle hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, hasta ziyaretlerine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.



Kod	Standart	12
HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
HHD12.01	Refakatçi politikası belirlenmelidir.	
HHD12.02	Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, refakatçi uygulamasına ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.	



# Hizmete Erişim

## Amaç

Hastaların, kurum tarafından sunulan hizmetlere zamanında, etkin, etkili ve yeterli şekilde ulaşabilmelerine yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.

HHE01

**Rehberlik:**

*Kurumun hizmet verdiği hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak kurumdan hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır.*

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.

HHE01.01

Bu birimde çalışacak olan personel sayıları, günlük ortalama poliklinik sayısı gibi faktörler çerçevesinde önceden belirlenmelidir.

HHE01.02

Birimde sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman (kurum bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) bulunmalıdır.

HHE01.03

Birimde çalışanların kıyafetleri, kurumdaki diğer çalışanlardan ayırt edici şekilde farklı olmalıdır (Örneğin, aynı kıyafetin üzerinde ayırt edici farklı bir fular, şapka, baskı bulunması gibi).

HHE01.04

Birimde çalışanlara, yılda en az bir kez, hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim verilmelidir.

Eğitim programında **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır:

- o Hasta memnuniyeti
- o Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar
- o İletişim becerileri

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**HHE02** Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHE02.01** Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.

**HHE02.02** Birimde, ilgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunmalıdır.

Birimde çalışanlara hizmet sunum süreçlerine ilişkin yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.

**HHE02.03** Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

- o Hasta memnuniyeti
- o Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar
- o İletişim becerileri

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**HHE03** Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHE03.01** Hastaların muayene olacağı zaman aralığı belirlenmelidir.

**HHE03.02** Hasta ne kadar bekleyeceği ve muayane zaman aralığı konusunda önceden bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**HHE04** Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Randevu verme süreleri kurum tarafından belirlenmelidir.

**HHE04.01** o Randevu verme süreleri belirlenirken, kurumun koşulları, istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.

**HHE04.02** Hasta ve/veya yakınları randevu süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

Randevu verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.

**HHE04.03** o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**HHE05** Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HHE05.01** Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırımları sağlanmalıdır.

**HHE05.02** Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**HHE05.03** Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

**HHE06** Kurumda mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

**Rehberlik;**

*Acil nöbet hizmetleri düzenlemeleri ve uygulanacak tedaviler kurum tarafından belirlenmiş olmalıdır.*

# Sağlıklı alışma Yaşamı

## Amaç

Kurumlara alışan perspektifinden bakılarak, sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

**HSÇ01**

**Opsiyonel**

**İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HSÇ01.01**

Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.

**HSÇ01.02**

Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**HSÇ02**

**Kurumun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HSÇ02.01**

Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.

**HSÇ02.02**

Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.

**HSÇ02.03**

İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde talep edilecek olan bilgi ve belgeler ile değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**HSÇ03**

**Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HSÇ03.01**

İhtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmelidir.

**HSÇ03.02**

İşe alım süreçleri ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan edilmelidir.  
o İlkelerin Bakanlık genel politikaları ve modern insan kaynakları yönetimi prensiplerine uygun olmasına dikkat edilmelidir.

**HSÇ03.03**

Personel, kurum ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak ilgili birimlerde istihdam edilmelidir.

**HSÇ03.04**

Kurumda gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş (diploma, sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) kişilerce sunulmalıdır.



Kod	Standart	4
<b>HŞÇ04</b> Opsiyonel	<b>Çalışanlara yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Çalışanların başarı düzeylerinin ölçülmesine yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.	
<b>HŞÇ04.01</b>	o Performans kriterleri belirlenirken, çalışanlara yönelik hazırlanan iş tanımları dikkate alınmalı, hizmet sunum alanları, meslek grupları gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.	
<b>HŞÇ04.02</b>	Çalışanlar, performans kriterleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
<b>HŞÇ04.03</b>	Kurum tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.	
<b>HŞÇ04.04</b>	Çalışan performansını artırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır. o Çalışan performansını artırmaya yönelik hangi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hangi kapsamda olması gerektiği, çalışanların farklı niteliklerine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmelidir. Eğitimler, hizmetin aksamasına yol açmayacak şekilde ve nitelikli bir biçimde tasarlanmalıdır.	

Kod	Standart	5
<b>HŞÇ05</b>	<b>Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>HŞÇ05.01</b>	Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.	
<b>HŞÇ05.02</b>	Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe, zaman ve fiziki koşullar gibi gereklilikler belirlenmelidir.	
<b>HŞÇ05.03</b>	Hedeflere ilişkin üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılmalıdır.	

Kod	Standart
<b>HSÇ06</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>
Kod	Değerlendirme Ölçütü
	Kurum ve bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
<b>HSÇ06.01</b>	o Risk değerlendirmesi; çalışanların kurumda karşılaşılabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır.  <b><u>(Bkz. Risk Yönetimi Bölümü)</u></b>
<b>HSÇ06.02</b>	Kurum ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
<b>HSÇ06.03</b>	Çalışanların güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.  <b><u>(Bkz. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bölümü)</u></b>
	Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
<b>HSÇ06.04</b>	Çalışanlara istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti sağlanmalıdır.
<b>HSÇ06.05</b>	Çalışanlara yönelik şiddet riski ve girişimi varlığında, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Standart	7
<b>HŞÇ07</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.	
	o Program <b>asgari</b> aşıağıdaki konuları içermelidir:	
	• Bölüm bazında yapılacak sağlık taramalarının kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığı	
<b>HŞÇ07.01</b>	• Taramaların nasıl ve nerede uygulanacağı • Sonuçların kim tarafından değerlendirileceği • Olumsuz sonuçlar elde edildiğinde nasıl bir yol izleneceği	
	o Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve ilgili uzmanların (uzman hekim, hemşire, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı gibi) görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.	
<b>HŞÇ07.02</b>	Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.	
<b>HŞÇ07.03</b>	Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.	
<b>HŞÇ07.04</b>	Sağlık tarama sonuçlarında olumsuzluk tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	8
<b>HŞÇ08</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>HŞÇ08.01</b>	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
<b>HŞÇ08.02</b>	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
<b>HŞÇ08.03</b>	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	9
-----	----------	---

**HSÇ09** Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HSÇ09.01** Çalışma ortamına yönelik fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.

- o Çalışanların beklentileri de dikkate alınarak, fiziksel koşullar, kullanılan malzeme ve cihazlar ile çalışma süreçleri hakkında iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- o Çalışanlar için dinlenme alanları bulunmalıdır.
- o Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolapları bulunmalıdır.

**HSÇ09.02** Çalışanların; dini inançlarına yönelik ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.

**HSÇ09.03** Çalışanların mesleki gelişiminin teşvik edilmesine ve motivasyonunun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

o Çalışanlar için okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, kurum çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmalıdır.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

**HSÇ10** Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

**HSÇ11** Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**HSÇ11.01** Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

**HSÇ11.02** Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

Değerlendirmelerde, Kalite Yönetim Direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalıdır.

Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.

o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır.

## HSÇ11.03

o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır.

Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.

Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.

Kod	Standart	12
-----	----------	----

**HSÇ12** Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.

*(Bkz. Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi)*

**HSÇ12.01** Çalışan geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.

**HSÇ12.02** Anketler belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.

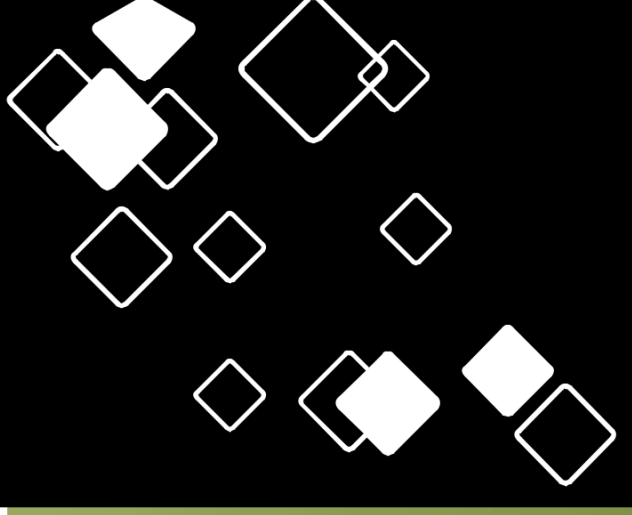
**HSÇ12.03** Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.

**HSÇ12.04** Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.

# SAĞLIK HİZMETLERİ

- Enfeksiyonların Önlenmesi* ■
- Sterilizasyon Hizmetleri* ■
- İlaç Yönetimi* ■
- Hasta Bakımı* ■
- Radyasyon Güvenliği* ■
- Protez Laboratuvarı Hizmetleri* ■
- Ameliyathane* ■





# Enfeksiyonların Önlenmesi

## Amaç

Hastalar ve çalışanlar açısından sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlara yönelik riskleri tespit etmek ve önlemektir.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

**SEN01** **Enfeksiyonların önlenmesine yönelik “ Enfeksiyon Çekirdek Kontrol Komitesi” oluşturulmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SEN01.01** Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.

**SEN01.02** EKK'nın görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**SEN02** **Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program, kurumun sunduğu hizmetleri ve kurum bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.

Programın kapsamı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi

o El hijyeni

o İzolasyon önlemleri

Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal sürveyans ve kontrol sistemine bildirilmesi

**SEN02.01** o Akılcı antibiyotik kullanımı

Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi,

antisepsi o Çalışanların mesleki enfeksiyonu

o Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyonların önlenmesi

o Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılması

o Çamaşırhane, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

o Yemek hizmetleri ile ilgili tüm süreçlerde gıda güvenliğinin sağlanması

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**SEN03** **Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.**

**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir.

o Eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu; meslek grupları ile çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanmalıdır. Eğitim programlarının, etkin ve verimli bir şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.

**SEN03.01**

o El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanları **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- El hijyeninin önemi
- El hijyeni endikasyonları
- El hijyeni sağlama yöntemleri
- Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar
- El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler
- Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**SEN04** **El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**

**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda çalışanın kolay ulaşabileceği şekilde alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.

**SEN04.01**

El antiseptiği, hasta bakım alanında çalışanın kolay ulaşabileceği bir konumda bulunmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**SEN05**  
**Çekirdek** Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

“5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu” ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılmalıdır.

Gözlemler, **asgari** aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir:

- o Gözlemler tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır.
- o Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir.
- o Epidemiy şüphesi ya da riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır.

**SEN05.01**

**Rehberlik:**

*DSÖ önerileri kapsamında, sağlık çalışanı tarafından el hijyeni uygulanması gereken “5 Endikasyon” aşağıda belirtilmiştir:*

- Hasta ile Temas Öncesi*
  - o Aseptik İşlemler Öncesi*
  - o Vücut Sıvılarının Bulaşma Riski*
- Sonrası*
- o Hasta ile Temas Sonrası*
- o Hasta Çevresi ile Temas Sonrası*

Kod	Standart	6
-----	----------	---

**SEN06** İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SEN06.01** Enfekte ya da kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

- o İzolasyon önlemleri ile ilgili kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

**SEN07** Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:

- SEN07.01**
  - o Uygulama zamanı
  - o Uygulama kapsamı
  - o Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal
  - o Uygulamaların etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç

Kod	Standart	8
<b>SEN08</b>	<b>Dezenfeksiyon işlemlerine y6nelik d6zenleme</b>	
<b>Kod</b>	<b>yapılmalıdır. Değerlendirme 6l6c6t6</b>	
<b>SEN08.01</b>	Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken y6zey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmelidir.	
<b>SEN08.02</b>	Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale g6re dezenfeksiyon t6r6, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.	
<b>SEN08.03</b>	Y6ksek d6zey dezenfektan kullanılan alanlarda, uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.	
<b>SEN08.04</b>	Dezenfektanların bulunduğu konteynırların kapakları kapalı olmalıdır.	
<b>SEN08.05</b>	Dezenfektanların hazırlandığı konteynırların 6zerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.	
<b>SEN08.06</b>	Y6ksek d6zey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu (MEK) indikat6rlerle g6nl6k olarak kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. G6n i6indeki MEK kontrol sıklığı, sol6syonun tekrar kullanım sayısına g6re kurum tarafından belirlenmelidir.	
<b>SEN08.07</b>	Dezenfektanların kullanımını hakkında uygulayıcılara eğitim verilmelidir.	
<b>SEN08.08</b>	Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar 6er6evesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.	

Kod	Standart	9
-----	----------	---

Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

**SEN09**

**Çekirdek**

Rehberlik;

Sağlık çalışanları enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir. Bu önlemler, enfeksiyon ajanı ile; temas öncesi, temas sırası, temas sonrası alınacak önlemleri kapsar.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SEN09.01**

Bağışıklanmanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı temas öncesi bağışıklık sağlanması ve rutin taramaların yapılması sağlanmalıdır.

**SEN09.02**

Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri) alınmalıdır.

**SEN09.03**

Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

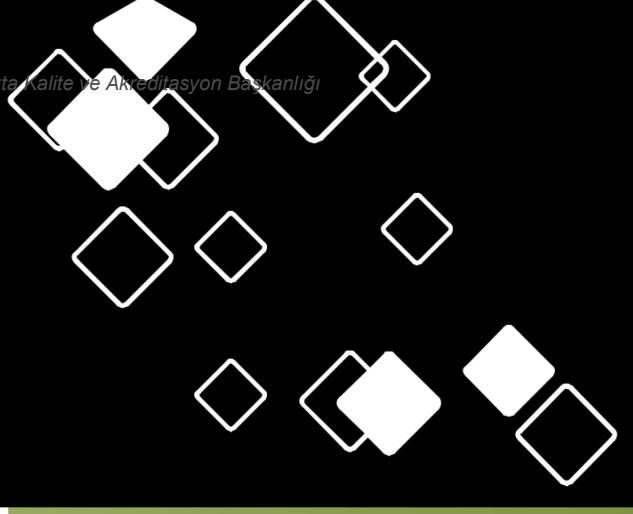
**SEN10**

Enfeksiyon önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

**SEN11**

Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.





# Sterilizasyon Hizmetleri

## Amaç

Kurumda enfeksiyonların önlenmesi için gerçekleştirilen tüm sterilizasyon işlemlerinin, bilimsel kurallar ve kabul görmüş uygulamalar çerçevesinde kontrol altına alınmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
SSH01	<b>Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır.	
	Doküman <b>asgari</b> aşağıdaki konuları içermelidir:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>o Ünitede yer alan fiziki alanlar Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları</li><li>o Aletlerin; Üniteye transferi Ön temizlik ve dekontaminasyonu Hazırlık ve bakım alanına taşınması Sayımı, bakımı ve kontrolü Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması</li><li>o Yıkama ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü</li><li>o Cihazların günlük temizliği ve periyodik bakımı</li></ul>	
SSH01.01		

Kod	Standart	2
<b>SSH02</b>	<b>Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SSH02.01</b>	Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril depolama alanları ile destek alanlar tanımlanmalıdır.	
<b>SSH02.02</b>	Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir. o Steril depolama alanında sıcaklık 22°C'yi, nem %60'ı aşmamalıdır.	
<b>SSH02.03</b>	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, derzsiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır. Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru olmalıdır.	
<b>SSH02.04</b>	Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır. Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır.	
<b>SSH02.05</b>	Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler, sterilizasyon süreçlerinin güvenlik ve etkinliğinin sürdürülmesini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır. Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemlerin rutin kontrolleri, yetkin teknik personel tarafından yapılmalıdır.	
<b>SSH02.06</b>	Kirli, temiz ve steril depolama alanları arasındaki geçiş noktalarında el antiseptikleri bulunmalıdır.	

Kod	Standart
<b>SSH03</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.</b>
Kod	Değerlendirme Ölçütü
<b>SSH03.01</b>	Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmelidir. Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
<b>SSH03.02</b>	Ön temizleme veya elde yıkama gerektiren malzemeler önceden tanımlanmış prosedürlere göre işleme tabi tutulmalıdır. Her yıkama sonrası yıkama etkinliği değerlendirilmelidir.
<b>SSH03.03</b>	Yıkama dezenfektör cihazlarının döngü raporları her yıkama sonrası değerlendirilmelidir. En az haftada bir kimyasal indikatör veya protein varlığını saptayan testler ile yıkama etkinlik kontrolü yapılmalıdır. Yıkama kontrolü kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.
<b>SSH03.04</b>	Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim edilmelidir. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
<b>SSH03.05</b>	Tekstil malzemeleri diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**SSH04**  
**Çekirdek** Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SSH04.01** İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.

**SSH04.02** Her pakete, paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulmalıdır.

Biyolojik indikatör kullanılmalıdır.

**Rehberlik;**

*Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı aşağıdaki şekildedir:*

- o Buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez*
- SSH04.03** *o Buharlı basınç sterilizasyonunda implant sterilizasyonu yapılacak olan her yükte*
- o Etilenoksit sterilizasyonunda her yükte*
- o Formaldehit sterilizasyonunda en az günde bir kez*
- o Kuru ısı sterilizasyonunda haftada bir kez*
- o H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> sterilizasyonunda her gün ilk kullanımda*
- o Sterilizasyon cihazlarında bakım, onarım ve kalibrasyon yapıldıktan sonraki ilk çalıştırmada*

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**SSH05** Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

**SSH06**  
**Çekirdek** Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılmalıdır.

**Rehberlik;**

- SSH06.01** *o Vakum kaçağı 1 milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalıdır.*
- o 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalıdır.*
- o 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.*

**SSH06.02** Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie&Dick testi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart
SSH07	<b>Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.</b>

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SSH07.01** Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.

Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır.

Steril paketler paket hasar görmeyecek şekilde ve son kullanma tarihi dikkate alınarak raflara yerleştirilmeli, paketlerin sıkıştırılması veya çok fazla paketin üst üste konmasından kaçınılmalıdır.

**SSH07.02**

**Rehberlik;**

*Steril malzemelerin raf ömrü için örnek uygulama:*

*Polipropilen tyveck poşet ile paketlenen malzemeler için en fazla 1 yıl*

*Sterilizasyon poşetleriyle paketlenen malzemeler için en fazla*

*6 ay o Konteyner ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 1 yıl*

*o Çift kat tekstil ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gün*

*o Çift kat wrap ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gün*

Kod	Standart	8
-----	----------	---

**SSH08** Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.

- o Sterilizasyon işlemleri uygulanan malzeme ile ilgili kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgilere ulaşılabilir:
  - Kullanılan indikatör ve maruziyet bandının kontrol sonucuna ilişkin bilgi
  - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi
  - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
  - Cihaz döngü kayıtları
  - Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick testi gibi)
  - Biyolojik indikatör sonucu
  - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi
  - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi
  - (Varsa) Diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar

**SSH08.01**

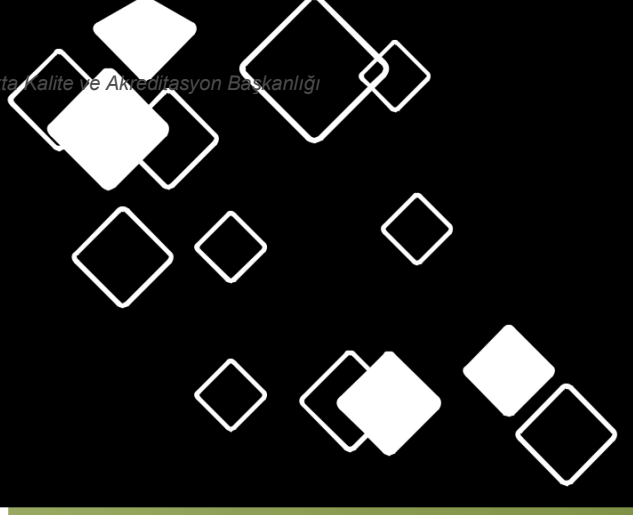
Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgiler hasta dosyasında bulunmalı, hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığı kaydedilmelidir.

**SSH08.02**

Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabilir.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

**SSH09** Lümenli aletlerin; yıkama, paketlenme ve sterilizasyon süreçleri ile **Çekirdek** bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlenmelidir.





# İlaç Yönetimi

## Amaç

Kurumda ilacın dahil olduğu tüm süreçlerde etkin yönetimi sağlamak, hasta ve çalışana yönelik riskleri en aza indirmektir.

Kod	Standart	1
<b>SiY01</b>	<b>Kurumda ilaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kurumda ilaç yönetiminden sorumlu bir ekip bulunmalıdır.	
<b>SiY01.01</b>	o Ekip üyeleri, ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar arasından belirlenmelidir.	
	Ekibin sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
<b>SiY01.02</b>	Ekibin sorumlulukları <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi o Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması o Akılcı antibiyotik kullanım ilkelerinin belirlenmesi ve “Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi” hazırlanması	

Kod	Standart	2
<b>SiY02</b>	<b>İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	İlaç yönetimi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar, kuruma özgü olarak belirlenmelidir.	
	İlaç yönetimi ile ilgili <b>asgari</b> aşağıdaki süreçlere yönelik kurallar belirlenmelidir:	
<b>SiY02.01</b>	o İlaçların temini o İlaçların muhafazası o İlaç istemleri o İlaçların hazırlanması o İlaçların transferi o İlaç uygulamaları o Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü o İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü o Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü o Advers etki bildirimleri o İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler o Yüksek riskli ilaçların yönetimi	

Kod	Standart	3
	<b>İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
<b>SiY03</b> <b>Çekirdek</b>	<b><u>Rehberlik:</u></b> <i>İlaçlar için depolama alanları; eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını (poliklinik, servis, ameliyathane gibi) kapsamaktadır.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SiY03.01</b>	İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.	
<b>SiY03.02</b>	Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.	
<b>SiY03.03</b>	İlaçlar; hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanmalıdır. İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır. o İlacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır. Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır. o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.	
<b>SiY03.04</b>	Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.	
<b>SiY03.05</b>	İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.	
<b>SiY03.06</b>	Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
<b>SiY03.07</b>	İlaçların stok ve miat takibi BYŞ üzerinden yapılmalıdır. İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmelidir. Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri BYŞ'de takip edilmelidir. Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda BYŞ'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır. Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik BYŞ'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.	
<b>SiY03.08</b>	İlaç miatları düzenli aralıklarla manuel olarak kontrol edilmelidir.	

Kod	Standart	4
<b>SiY04</b> <b>Çekirdek</b>	<b>İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SiY04.01</b>	İlaç istem süreci, istemle ilgili kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmalıdır.	
<b>SiY04.02</b>	<p>Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı hekim tarafından günlük olarak yazılmalı ve onaylanmalıdır.</p> <p>Günlük olarak hazırlanması mümkün ya da etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmeli, söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.</p> <p>Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır.</p> <p>Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza bulunmalıdır. BYS'de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.</p>	
<b>SiY04.03</b>	Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içermelidir.	
<b>SiY04.04</b>	Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı, BYS eczane modülünde de görülebilmelidir.	
<b>SiY04.05</b>	Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmeli ve istem süreçlerinde etkin uygulanmalıdır.	
<b>SiY04.06</b>	<p>Yatan hastalar için sözel istem uygulanması gereken durumlarda uyulması gereken kurallar belirlenmelidir.</p> <p>Sözel istem ile ilgili kurallar <b>asgari</b> aşağıdaki bilgileri içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hangi durumlarda sözel istem uygulanabileceği</li> <li>o Sözel istem ile uygulanamayacak ilaçlar</li> <li>o Sözel istem yapılması ve istemin uygulanması durumunda dikkat edilecek hususlar</li> <li>o Sözel istemlerin en fazla kaç saat içerisinde yazılı hale getirilmesi gerektiği</li> </ul>	

Kod	Standart	5
<b>SiY05</b>	<b>İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SiY05.01</b>	İlaçların eczaneden çıkışına yönelik düzenleme bulunmalıdır. İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmelidir. o İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer almalıdır.	
<b>SiY05.02</b>	o Birden fazla bölünmüş ambalaj (kesilmiş blister tabletler gibi) içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde paketleme ve etiketleme yapılmalıdır. Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz ve miat bilgileri bulunmalıdır.	
<b>SiY05.03</b>	Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren ilaçlar, alanında uzman kişi tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir.	

Kod	Standart	6
<b>SiY06</b>	<b>İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SiY06.01</b>	İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları gibi) bulunmalıdır.	
<b>SiY06.02</b>	Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.	
<b>SiY06.03</b>	Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

SİY07

**Çekirdek**

İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.

SİY07.01

o Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır.

SİY07.02

İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.

o Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.

SİY07.03

İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı kurum tarafından tanımlanmalıdır.

İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalıdır.

o

SİY07.04

Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir. Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirim (farmakovijilans) sağlanmalıdır.

8

SİY08	Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.
-------	--

SİY08.01

Farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.

o Farmakovijilans sorumlusu, Bakanlıkça verilen eğitimleri almış olmalıdır.

SİY08.02

Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirilmelidir.

SİY08.03

Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.

SİY08.04

Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler TÜFAM'a bildirilmelidir.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**Rehberlik;**

Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir.

**SiY09**

- o Acil Pediatrik İlaçlar
- o Görünüşü Benzer İlaçlar
- o Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
- o Psikotrop İlaçlar
- o Narkotik İlaçlar
- o Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
- o Yüksek Riskli İlaçlar
- o Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SiY09.01** Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalıdır.

**SiY09.02** Listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.

**SiY09.03** Acil pediatrik ilaçlar, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılmalıdır.

**SiY09.04** Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılmalıdır (renkli etiketleme gibi).

Kod	Standart	10
-----	----------	----

**SiY10** Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SiY10.01** Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

- o Narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazasına yönelik istisnalar tanımlanmalı, gerekli ek önlemler alınmalıdır.

Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.

- o Devir teslim kayıtlarında;
  - İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı
  - İlacın kullanıldığı tarih
  - İlacı kimin uyguladığı
  - Kime kaç adet ilaç teslim edildiği
  - Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır.
- o Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

**SiY11** Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SiY11.01** Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar teslim alınmalı, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilmeli ve dosyasına kaydedilmelidir.

Hastaların yanında getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ilaçların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar kurum tarafından belirlenmelidir.

**SiY11.02** ***Rehberlik;***  
*Hastaların yanında getirdiği ilaçların sağlık personeli tarafından teslim alınması ve yine sağlık personeli gözetiminde uygulanması hasta güvenliği açısından önerilen yoldur.*

Kod	Standart	12
-----	----------	----

**SiY12** Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SiY12.01** Eczaneye iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmelidir.

**SiY12.02** İade edilen ilaçların kayıtları tutulmalıdır.

Kod	Standart	13
-----	----------	----

**SiY13** İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SiY13.01** İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

**SiY13.02** İlaç hataları ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildirilmelidir.

Kod	Standart	14
-----	----------	----

**SiY14** İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.



# Hasta Bakımı

## Amaç

Kurumdan hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.

**Kod****Standart****1**

**Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.**

**Rehberlik:**

**SHB01**

*Hasta bakımı; hastaların kuruma kabulünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı ve tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı ve tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.*

**Kod****Değerlendirme Ölçütü**

Hasta bakımına ilişkin süreçlere yönelik doküman oluşturulmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

**SHB01.01**

- Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
  - o Planlanan bakımın hastaya uygulanması
  - o Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
  - o Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması

Kod	Standart	2
SHB02	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB02.01	Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve dış hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular, planlanan tedavi ile varsa koruyucu tedaviye yönelik plan kurum tarafından belirlenen formatta ve içerikte kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.	
SHB02.02	Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.	
SHB02.03	Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım veya tedavinin amaçları-mayan sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır. <b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Aşağıda, klinik risk değerlendirme uygulamalarına örnekler verilmiştir:</i> <i>İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi</i> <i>Düşme riski değerlendirmesi</i> <i>o Ağrı şiddeti değerlendirmesi o</i> <i>Bilinç düzeyi takibi</i> <i>o Beslenme durumunun değerlendirilmesi o Ağız bakımı ve takibi</i>	

Kod	Standart	3
<b>SHB03</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SHB03.01</b>	Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.  Bakım planı hastanın hekimi tarafından ilgili disiplinler ile koordine edilerek hazırlanmalıdır.  Bakım planı, bakıma ilişkin asgari gereklilikleri içermelidir.	
<b>SHB03.02</b>	Bakım planında, <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler kayıt edilmelidir: o Hastanın bakım ihtiyaçları o Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler o Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi	
<b>SHB03.03</b>	Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/ gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir.  o Bakım planında yapılan güncellemeler izlenebilir olmalıdır.	

Kod	Standart	4
<b>SHB04</b>	<b>Yatan hasta ve hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta ve hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin hususlar açısından bilgilendirilmelidir.	
	Hasta ve hasta yakınının bilgilendirilmesi <b>asgari</b> aşağıdaki hususları içermelidir:	
<b>SHB04.01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Kahvaltı ve yemek saatleri</li> <li>o Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar</li> <li>o Hastanın hakları</li> <li>o Ziyaret saatleri ve kuralları</li> <li>o Telefon kullanımı</li> <li>o Hasta yatağı kullanımı</li> <li>o Hemşire çağrı sistemi kullanımı</li> <li>o Tuvalet-banyo kullanımı</li> <li>o Diş Hekimi vizitleri</li> <li>o Acil durum planı</li> </ul>	

Kod	Standart	5
<b>SHB05</b>	<b>Hasta ve hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SHB05.01</b>	Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta ve hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.	
<b>SHB05.02</b>	Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi) oluşturulmalıdır.	

Kod	Standart
SHB06	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılmalı, bilgilendirme içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenmelidir.

**Rehberlik;**

*Bilgilendirme konuları için aşağıdaki örnekler verilebilir:*

SHB06.01

*o El hijyeni*

*Enfeksiyonların*

*önlenmesi o Beslenme*

*o Oral hijyen*

*o Protezlerin kullanımı ve*

*hijyen o Hastalığının seyri*

*o İlaçların kullanımı*

*o Bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar*

SHB06.02

Verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	7
	<p>Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.</p> <p><b><u>Rehberlik:</u></b>  <i>Kimlik doğrulama, kurumda bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür. Hasta bakım uygulamaları kapsamında, hastaya ilaç verirken, her türlü tetkik, tedavi, operasyon vb. uygulamalarda işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlar. Hastanın tanı ve tedavi amacıyla kuruma başvurduğu andan kurumdan ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (hastanın ölçü, model ve protezlerinin laboratuvara transferi, herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç vb. uygulamadan önce, hasta transferi sırasında vb.) hasta kimliği, kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanmalıdır.</i></p>	
<b>SHB07</b> <b>Çekirdek</b>		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	<p>Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin doküman bulunmalıdır.</p> <p>Doküman <b>asgari</b> aşağıdaki bilgileri içermelidir:</p> <p>Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı</li> <li>o Kullanılacak kimlik doğrulama aracına ilişkin kurallar</li> <li>o Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği gibi</li> </ul>	
<b>SHB07.01</b>		
<b>SHB07.02</b>	Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	

**Kod****Standart****8****SHB08****Çekirdek****Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı****Kod****kullanılmalıdır. Değerlendirme Ölçütü**

Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.

**Rehberlik;**

*Tanı ve tedavi süreçlerinin farklı aşamalarında farklı kimlik tanımlayıcılar kullanılabilir.*

**SHB08.01****Ayaktan hastalarda;**

*Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler gibi*

**Yatan hastalarda;**

*o Kol bantları/bileklikler gibi*

Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Kimlik tanımlayıcısı olarak bileklik kullanımı durumunda aşağıdaki kurallar uygulanmalıdır:

**SHB08.02**

Yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalıdır.

Bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı, soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır.

Bileklikler üzerinde yer alan bilgilerde en fazla 4 tanımlayıcı parametre yer almalıdır.

Kol bandı/bileklik üzerindeki bilgiler okunaklı olmalı, silinebilir özellikte olmamalıdır.



Kod	Standart	9
<b>SHB09</b> <b>Çekirdek</b>	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SHB09.01</b>	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman <b>asgari</b> aşağıdaki bilgileri içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Düşme risk faktörleri</li> <li>o Risk faktörlerinin ne şekilde belirleneceği</li> </ul> Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirmesi yapılacağı, risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi) Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta ve hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi) Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi)	
<b>SHB09.02</b>	Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve kurum bazlı önlemler alınmalıdır.	
<b>SHB09.03</b>	Düşme riski yüksek olan hastalar, dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalıdır. Düşme riski tanımlayıcısı (dört yapraklı yonca figürü) hasta transferinde de kullanılmalıdır.	
<b>SHB09.04</b>	Hasta ve hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.	
<b>SHB09.05</b>	Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim yapılmalıdır.	
<b>SHB09.06</b>	Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Kod	Standart	10
-----	----------	----

SHB10

**Çekirdek****Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

	Hastaların güvenli transferine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman <b>asgari</b> aşağıdaki bilgileri içermelidir:
SHB10.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hastaların bölümlere transferi</li> <li>o Hastaların kurum dışına transferi</li> <li>o Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferi</li> <li>o Özellikle hastaların (psikiyatri, geriatri hastaları ile orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar vb.) transferi</li> <li>o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı</li> <li>o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması</li> </ul>
SHB10.02	Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır. o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.
SHB10.03	Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir. o Ayaktan tanı ve tedavi alan hastaların hangi durumda personel eşliğinde transferinin sağlanacağı belirlenmelidir.
SHB10.04	Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.
SHB10.05	İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

SHB11

**Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB11.01	Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
SHB11.02	Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin minimum içeriği kurum tarafından belirlenmelidir.

Kod	Standart	12
-----	----------	----

SHB12	Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.
-------	---

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Konsültasyonların uygulanmasına yönelik kurallar **asgari** aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- |          |  |
|----------|--|
| SHB12.01 | <ul style="list-style-type: none"> <li>o Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir.</li> <li>o Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.</li> <li>o İntraoperatif olarak gerçekleşen patoloji konsültasyonları ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.<br/>Bir tetkik materyalinin dış konsültasyonu ile ilgili süreç tanımlanmalıdır (örnek materyalin transferi, konsültasyon sonucunun nasıl raporlanacağı, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime nasıl bildirileceği gibi).</li> </ul> |
|----------|--|

SHB12.02	Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
----------	---

SHB12.03	Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
----------	--

SHB12.04	Konsültasyon süreci, ilgili primer dış hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.
----------	--

Kod	Standart	13
-----	----------	----

SHB13	Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler kayıt altına alınmış ve hastaların tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.
-------	--

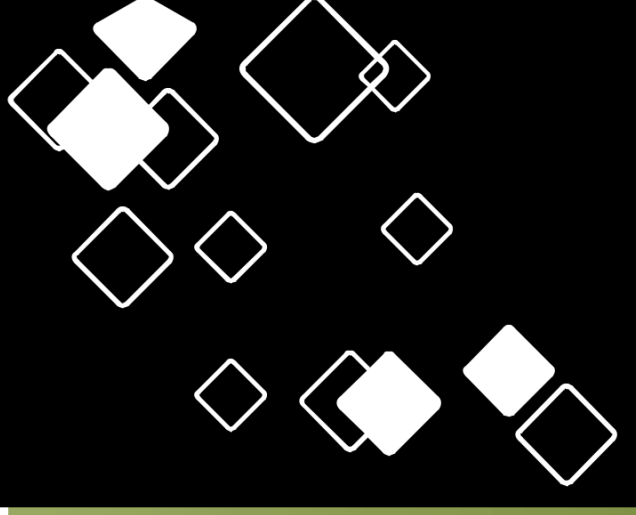
Kod	Standart	14
SHB14	<b>Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB14.01	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.	
SHB14.02	<p>Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik asgari önlemler alınmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar daha sık aralıklarla gözlenmelidir.</li> <li>o Gerekliğinde sağlık çalışanlarının hastaya kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.</li> <li>o Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir (uygun aydınlatma, riskli mobilya, aksesuar vb. materyalin kullanılmaması, pencerelerin güvenli hale getirilmesi gibi).</li> <li>o Gerekli görülen hastalarda hasta bakımına yönelik uygulamalar psikiyatri konsültanı ile birlikte belirlenmelidir.</li> </ul>	

Kod	Standart	15
SHB15	<p><b>Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.</b></p> <p><b><u>Rehberlik;</u></b>  <i>Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Psikiyatri hastaları</i></li> <li>o <i>Geriyatri hastaları</i></li> <li>o <i>Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar</i></li> <li>o <i>Hamileler</i></li> <li>o <i>Bakteriyel endokardit riski taşıyan hasta grupları</i></li> <li>o <i>Orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar</i></li> </ul>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB15.01	Kurum özellikli hasta gruplarını belirlemelidir.	
SHB15.02	<p>Belirlenen özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.</p> <p>Tanımlama <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır: • Hizmet sunum süreçleri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disiplinlerarası işbirliği</li> <li>• Hizmet verilecek ortam şartları</li> <li>• Gerekli ekipmanlar</li> <li>• Özel bakım uygulamaları ve işlemler</li> </ul> <p>Özellikli hasta gruplarına özgü süreçlerin tanımlanmasında, varsa ulusal ve uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve klinik bakım klavuzlarından yararlanılmalıdır.</p>	

Kod	Standart	16
<b>SHB16</b>	<b>Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
<b>SHB16.01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Acil müdahale setinde <b>asgari</b>: Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için), Balon-valf-maske sistemi, Değişik boylarda maske, Oksijen hortumu ve maskeleri,</li> <li>• Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları), Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp), Kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, kurum tarafından belirlenmelidir.</li> </ul>	
<b>SHB16.02</b>	Acil müdahale seti sağlık hizmeti sunum alanlarında ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir olmalıdır.	
<b>SHB16.03</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.</li> <li>o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.</li> </ul>	

Kod	Standart
<b>SHB17</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>
Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB17.01	Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.
SHB17.02	Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.
SHB17.03	Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası yazılı olarak alınmalıdır.
SHB17.04	Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.
SHB17.05	Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.
SHB17.06	Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
SHB17.07	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü doldurulmalıdır. <b><u>(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)</u></b> <b><u>(Ek: ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)</u></b>
SHB17.08	Cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. Oral cerrahi işlemler için form üzerinde, extra oral cerrahi işlemler içinse hasta üzerinde cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. Cerrahi bölge işaretlemesi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır. Hasta üzerinde gerçekleştirilen cerrahi bölge işaretlemesi, kurum tarafından belirlenen formatta ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.

Kod	Standart	18
<b>SHB18</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b> <b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Bu standart cerrahi uygulama sonrasında hasta izleminin yapıldığı tüm alanları kapsar.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SHB18.01</b>	Hastaların cerrahi uygulama sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	
<b>SHB18.02</b>	Hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanmalıdır.	
<b>SHB18.03</b>	Hasta postoperatif dönemde yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.	
<b>SHB18.04</b>	Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.	





# Radyasyon Güvenliği

## Amaç

Hasta ve çalışanların sağlık hizmetinden kaynaklanan radyasyon maruziyetlerini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
SRG01	Radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kurum radyasyon güvenliği sorumlusu ve sorumlulukları belirlenmelidir.	
	<b><u>Rehberlik;</u></b>	
SRG01.01	Radyasyon güvenliği kapsamındaki sorumluluklar, yönetsel olarak aşağıdaki ana başlıklarda ele alınmaktadır: Hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak o Bu tedbirlerin uygulanma durumunu izlemek	
SRG01.02	Denetimli alan içeren bölümlerde, radyasyon güvenliği bölüm sorumlusu belirlenmelidir.	

Kod	Standart	2
	Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.	
	<b><u>Rehberlik;</u></b>	
SRG02	Kurumlarda radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır: o Radyoloji üniteleri o Diş röntgen üniteleri	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Radyasyon alanları tanımlanarak radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alan olarak sınıflandırılmalıdır.	
	<b><u>Rehberlik;</u></b>	
SRG02.01	o İlgili alanda radyasyon ölçümü yapılarak elde edilen sonuca göre alan tanımlaması yapılabilir. o Alan tanımlaması yapılırken özellik arz eden durumlarda sabit bir tanımlama yerine değişken bir tanımlama kullanılabilir.	

Kod	Standart	3
SRG03	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG03.01	Yetkili kurum ya da kuruluşlara lisanslama işlemleri yaptırılmalıdır.
SRG03.02	Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.
SRG03.03	Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
SRG03.04	Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışına alınmalıdır.
SRG03.05	Radyasyon yayan portable cihazların kullanımında radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Kod	Standart	4
SRG04	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmeli ve ilgili çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	5
<b>SRG05</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalıdır.	
<b>SRG05.01</b>	Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular (tiroid koruyucu, kurşun eşdeğerli gözlük gibi) bulunmalıdır. Hasarlı, yırtık, kırık, koruyucu tabakasında eksiklik bulunan koruyucular kullanımdan kaldırılmalıdır.	
<b>SRG05.02</b>	Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.	
<b>SRG05.03</b>	Radyasyon koruyucuların, en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldüğü durumlarda kontrolleri yapılmalı, kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır. <b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Radyasyon koruyucularının etkinliği, röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilebilir.</i>	
<b>SRG05.04</b>	Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.	
<b>SRG05.05</b>	Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılmalıdır.	
<b>SRG05.06</b>	Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.	
<b>SRG05.07</b>	Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır. Işıklı levha gibi bir uyarıcı kullanılması suretiyle, çekim yapıldığı dışarıdan izlenebilmelidir.	
<b>SRG05.08</b>	Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalıdır.	

Kod	Standart	6
-----	----------	---

SRG06 <b>Çekirdek</b>	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	
--------------------------	--	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.

SRG06.01	o Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.
----------	---

Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.

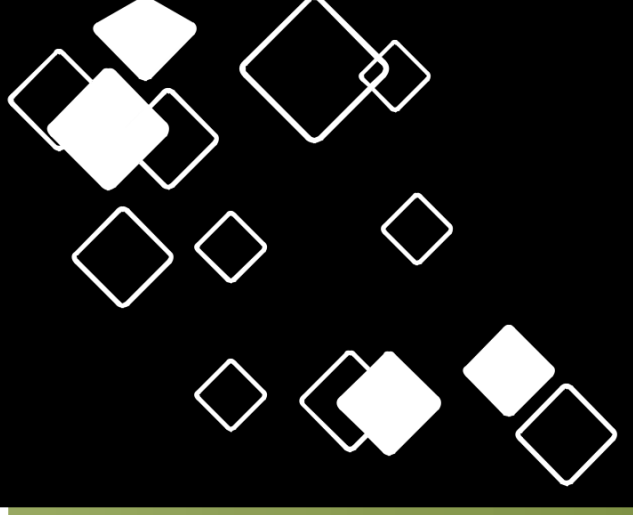
SRG06.02	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Dozimetreler kullanan kişinin ismine kayıtlı olmalıdır.</li> <li>o Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Her dozimetre takip dönemi sonunda geriye dönük bir yıllık radyasyon dozu kayıt altına alınmalıdır.</li> <li>• Yıllık toplam radyasyon dozu hesaplanmalıdır.</li> <li>• Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.</li> <li>• Dozimetre sonuçları değerlendirilerek izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.</li> </ul> </li> </ul>
----------	---

Kod	Standart	7
-----	----------	---

SRG07 <b>Çekirdek</b>	Radyoloji ünitesi dışında yapılan çekimlerde hastaların ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	
--------------------------	---	--

Kod	Standart	8
-----	----------	---

SRG08	Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	
-------	---	--



# Protez Laboratuvarı Hizmetleri

## Amaç

Laboratuvarda; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlemin yürütülmesi ve işlem sonrası protezin teslimini sağlayacak şekilde fiziki koşulları yapılandırmak ve laboratuvar personeli için sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmaktır.

Kod	Standart	1
SPL01	<b>Protez laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme lütü	
SPL01.01	Kurum içerisinde yapılacak protetik işlemler tanımlanmalı ve bu iş tanımına uygun fiziksel alt yapı sağlanmalıdır.	
SPL01.02	Protez laboratuvarında; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesinde hazırlanması, işlem sonrası protezin teslimi gibi süreçler için gerekli alanlar ve bu alanlara yönelik kurallar belirlenmelidir.	
SPL01.03	Tanımlanan alanlara ilişkin personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.	
SPL01.04	Tanımlanan alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar (alan büyüklüğü, alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama, ortam sıcaklığı, ortam nem oranı, havalandırma koşulları, giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler, acil durumlara yönelik düzenlemeler vb.) belirlenmeli ve uygulanmalıdır.	
SPL01.05	Havalandırma sisteminin düzenli olarak bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.	



Kod	Standart	2
	<b>Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.</b>	
<b>SPL02</b> <b>Çekirdek</b>	<b><u>Rehberlik;</u></b> <i>İşlem öncesi süreç, ölçü alınımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ile işlem öncesi hazırlanması süreçleri kapsar.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Ölçü alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	
<b>SPL02.01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ölçü alımı ile ilgili genel kurallar belirlenmelidir.</li> <li>o Ölçünün alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir.</li> </ul> <p>Ölçünün alınması, ölçünün laboratuvara kabulü ve model oluşturma (alçı dökümü) işleminin başladığı zaman, BYŞ üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.</p>	
	Protetik Materyalin Transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	
<b>SPL02.02</b>	<p>Protetik materyalin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi, transfer sıcaklığı gibi hususlar konusunda ilgili personele bilgilendirme yapılmalıdır.</p> <p>Protetik materyal için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Transferin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.</li> </ul>	
	Protetik materyalin laboratuvara kabulü ve işleme hazırlanması ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	
<b>SPL02.03</b>	<p>Protetik materyalin kabulü ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, materyali gönderen bölüm/hekim, kim tarafından kabul edildiğine dair bilgiler yer almalıdır.</p> <p>Protetik materyal, laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.</p> <p>Protetik materyalin kabulü bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o İlgili personel kabul işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.</li> </ul>	
<b>SPL02.04</b>	Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesi sağlanmalıdır.	
<b>SPL02.05</b>	İlgili sağlık çalışanlarına; protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**SPL03**  
**Çekirdek** Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**SPL03.01** Modelin oluşturulmasına ilişkin aşamalar tanımlanmalı, aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.

**SPL03.02** Model oluşturulduktan sonra protezin tamamlanmasına kadar tüm aşamalar tanımlanmalı, bu aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.

**SPL03.03** Belirlenen kurallara ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

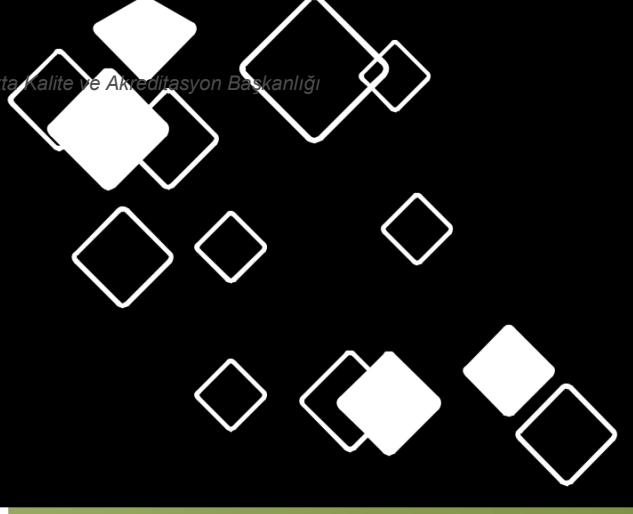
**SPL03.04** Protezin uygunluğuna ilişkin kriterler tanımlanmalı ve değerlendirilmelidir.

Kod	Standart	4
SPL04	Protez laboratuvarında protez yapım sürecinde kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SPL04.01	Cihazların ve malzemelerin yönetimine yönelik olarak planlar oluşturulmalıdır.	
SPL04.02	Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır. Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlarda <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Cihazın adı o Cihazın markası ve modeli Üretim ve hizmete girdiği tarih o Seri numarası o Temsilci firma bilgisi o Cihazın kalibrasyona tabi olup olmadığı	
SPL04.03	Cihaz bilgilerini içeren doküman ve kayıtlar güncel olmalı ve çalışanlara cihaz kullanımı ile ilgili eğitim verilmelidir.	
SPL04.04	Cihazlara ilişkin <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler erişilebilir olmalıdır: o Kullanım kılavuzu Cihaza ait kalibrasyon kayıtları ve sertifikaları o Kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları o Arıza bildirim formları o Firma iletişim bilgileri	
SPL04.05	Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim verilmelidir.	
SPL04.06	Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.	
SPL04.07	Malzemelerin güvenli ve verimli kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.	

Kod	Standart	5
<b>SPL05</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SPL05.01</b>	Protez, laboratuvar tarafından, protez teslim raporu ile teslim edilmelidir.	
	Protez teslim raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.	
	Teslim raporlarında <b>asgari</b> bulunması gereken zaman parametreleri şunlardır:	
<b>SPL05.02</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ölçünün alındığı tarih ve saat</li> <li>Ölçünün laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat</li> <li>Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat</li> <li>Protezin teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat</li> </ul>	

Kod	Standart	6
<b>SPL06</b>	<b>Hasta, protez teslim süresi ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SPL06.01</b>	Protez teslim süreleri kurum koşulları ve ihtiyaçları gözetilerek belirlenmelidir.	
<b>SPL06.02</b>	Hastalar protez teslim süresi konusunda bilgilendirilmelidir.	
<b>SPL06.03</b>	Herhangi bir nedenle protezin teslimi ile ilgili bir gecikme söz konusu olduğunda hasta bilgilendirmesinin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	
<b>SPL06.04</b>	Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	7
SPL07	<b>Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği</b>	
Kod	<b>sağlanmalıdır. Değerlendirme Ölçütü</b>	
SPL07.01	Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.	
	Protez Laboratuvarı bilgi yönetim sisteminde protez yapım süreci ile ilgili <b>asgari</b> aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:	
	Hastanın adı, soyadı	
	o Protokol numarası	
	o Muayene tarih ve saati	
	o Muayeneyi yapan diş hekiminin adı, soyadı, bölümü	
SPL07.02	o Ölçünün;	
	• Alındığı tarih ve saat	
	• Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği	
	o Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat	
	o Varsa ölçü tekrarı ve sonuçları	
	o Protez teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat	
	o Raporu onaylayan çalışanın ve laboratuvar sorumlusunun adı, soyadı	



# Ameliyathane

## Amaç

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarının düzenlenmesi ve cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
SAH01	<b>Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.</b>	
	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
	Ameliyathane süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır.	
	Doküman <b>asgari</b> aşağıdaki konuları içermelidir:	
SAH01.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Cerrahi süreçlere ilişkin kurallar</li> <li>o Ameliyathane alanlarının tanımlanması ve bu alanlara ilişkin kurallar</li> <li>o Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamalar</li> <li>o Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik kurallar</li> <li>o Ameliyathanede tesis güvenliğini sağlamaya yönelik kurallar</li> <li>o Temizlik ve dezenfeksiyon kurallarına ilişkin uygulamalar</li> <li>o İlaç, malzeme ve cihaz yönetimine ilişkin düzenlemeler</li> </ul>	

Kod	Standart	2
SAH02	<b>Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>	
	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
SAH02.01	Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.	
	Ameliyathanede alanlar en az üç farklı kategoride ele alınmalıdır.	
	<b><u>Rehberlik;</u></b>	
SAH02.02	<p><i>Steril (Birinci) Alan: Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.</i></p> <p><i>Temiz (İkinci) Alan: Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır.</i></p> <p><i>Steril Olmayan (Üçüncü/Temiz Olmayan/Kirli) Alan: Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.</i></p>	
	Alanların özelliklerine uygun kurallar belirlenmelidir.	
SAH02.03	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.</li> <li>o Çalışanların alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.</li> </ul>	
	Duvar, tavan ve zeminde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun özellikte olmalı, ameliyat odasında; duvar birleşim noktalarının düzgün, köşesiz ve çıkıntısız olması sağlanmalıdır.	
SAH02.04		



Kod	Standart	3
<b>SAH03</b>	<b>Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SAH03.01</b>	<p>Ameliyat odalarının sıcaklık ve nem değerleri gerçekleştirilen ameliyat türlerine göre belirlenmelidir.</p> <p>o Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.</p> <p>Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23 °C olmalıdır, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 °C arasında ayarlanabilmelidir.</p> <p>o Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.</p>	
<b>SAH03.02</b>	Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem kontrolleri gerçekleştirilmelidir.	

Kod	Standart	4
<b>SAH04</b>	<b>Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>SAH04.01</b>	<p>Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır.</p> <p>o Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).</p> <p>Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan operasyonlar laminar hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.</p>	
<b>SAH04.02</b>	<p>Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.</p> <p>Düzenli aralıklarla, havalandırma sisteminin performans testleri yapılmalıdır.</p> <p><b><u>Rehberlik;</u></b></p> <p><i>Havalandırma sistemine yönelik aşağıdaki performans testleri uygulanmaktadır:</i></p> <p>o HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)</p> <p>o Hava debisi ve hava hızı ölçümü</p> <p>o Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti</p> <p>o Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)</p> <p>o Partikül ölçümü</p>	
<b>SAH04.04</b>	Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.	

Kod	Standart	5
SAH05 <b>Çekirdek</b>	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SAH05.01	Ameliyathane içi ameliyat odalarında tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmelidir.	
SAH05.02	Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirlenmelidir.	
SAH05.03	Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	

Kod	Standart	6
SAH06	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç düzeyleri izlenmelidir.	

Kod	Standart	7
SAH07 <b>Çekirdek</b>	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SAH07.01	Operasyonlar öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi yapıma durumu kontrol edilmelidir. <b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Extra-oral bölgeye girişim yapılacak ise; cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır.</i>	
SAH07.02	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; liste sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır. <b>(Ek: ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)</b>	
SAH07.03	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.	

Kod	Standart	8
-----	----------	---

SAH08

**Çekirdek****Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SAH08.01 Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi uygulanmalıdır.

SAH08.02 Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

SAH09 Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

SAH10 Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örnekleri doğru ve eksiksiz olarak etiketlenmelidir.

Etikette **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

SAH10.01

- o Hasta adı, soyadı
- o TC Kimlik Numarası
- o Doğum tarihi
- o Cinsiyet
- o Örnek alınan organ/bölge
- o Örneğin alınış şekli

SAH10.02

Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SAH10.03

İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

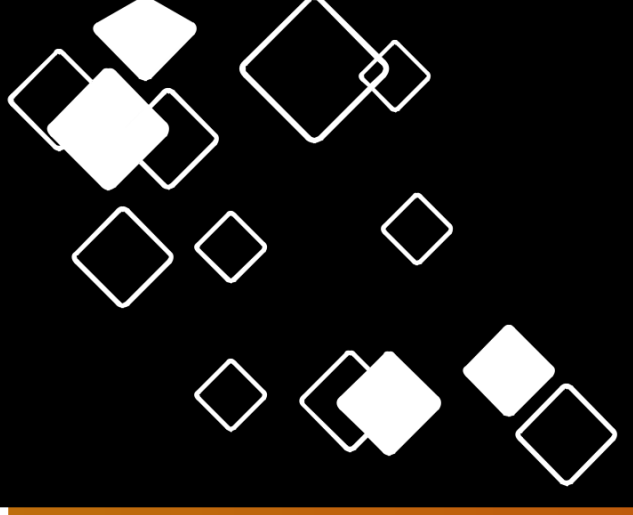
Kod	Standart	11
-----	----------	----

SAH11 Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.

**Rehberlik;***Bilgilendirme sisteminin hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.*

# DESTEK HİZMETLERİ

- Tesis Yönetimi* ■
- Otelcilik Hizmetleri* ■
- Bilgi Yönetim Sistemi* ■
- Malzeme ve Cihaz Yönetimi* ■
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri* ■
- Atık Yönetimi* ■
- Dış Kaynak Kullanımı* ■



# Tesis Yönetimi

## Amaç

Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte kurumun fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır.

Kod	Standart	1
<b>DTY01</b>	<b>Bina turları yapılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>DTY01.01</b>	Bina turlarını yapmak üzere ekip oluşturulmalıdır. o Ekip, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Ekipte kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	
<b>DTY01.02</b>	Bina turları en az üç ayda bir yapılmalıdır.	
<b>DTY01.03</b>	Bina turlarında kurumdaki fiziksel durum ile ilgili aksaklıklar tespit edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
Kod	Standart	2
<b>DTY02</b>	<b>Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>DTY02.01</b>	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
<b>DTY02.02</b>	<b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Aşağıda, tesis kaynaklı düşme risklerini önlemeye yönelik çalışmalara örnekler verilmiştir:</i> o Hasta kullanım alanlarında tutunma barlarının bulunması o Merdivenlerde korkuluk bulunması o Alçak tavan uyarılarının kullanılması o Islak zemin uyarı levhalarının kullanılması o Zeminde bulunan engellere karşı önlemler alınması	
<b>DTY02.03</b>	Tesis kaynaklı düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.	



Kod	Standart	3
-----	----------	---

**DTY03** Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DTY03.01** Kurum dışında, kuruma ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.

Kurum krokileri bulunmalıdır.

**DTY03.02** o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır.  
o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat krokileri bulunmalıdır.

**DTY03.03** Okunabilir ve işlevsel nitelikte yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**DTY04** Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.

**Rehberlik;**

**DTY04.01** o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.  
o Levhalar, kurumun her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.  
o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.

Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**Rehberlik;**

**DTY04.02** o Kurum krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir.  
o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalıdır.  
o Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalıdır.  
o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır.  
o Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye, tekerlekli sandalye gibi araçlar bulunmalıdır.

Kod	Standart	5
DTY05	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DTY05.01	Kayıt ve halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.	

Kod	Standart	6
DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DTY06.01	Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.	
	Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	
DTY06.02	<b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Yaşlı ve engelli kişilerin kuruluş içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için yapılan uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir:</i> <i>Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel vb.</i>	
DTY06.03	Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin kurumdan tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.	

Kod	Standart	7
DTY07	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DTY07.01	Kurum bahçesinde oturma alanları bulunmalıdır.	
DTY07.02	Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.	
DTY07.03	Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır. <b><u>Rehberlik:</u></b> <i>Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.</i>	

Kod	Standart	8
-----	----------	---

**DTY08** Kurumda su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.

**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DTY08.01** Kurumda su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmesine yönelik alternatif kaynaklar ile kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

**DTY09** Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DTY09.01** Düzenli aralıklarla asansör bakımları yapılmalıdır.

Asansörlerin yıllık kontrolleri yapılmalıdır.

**DTY09.02** **Rehberlik;**

*o Yıllık kontrole ilişkin kontrol raporları bulunmalıdır.*

*o Asansörde, yıllık kontrol sonucuna ilişkin renkli (kırmızı, sarı, mavi, yeşil) bilgi etiketi bulunmalıdır.*

**DTY09.03** Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

**DTY10** Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DTY10.01** Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

**DTY10.02** Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılmalıdır.

Kod	Standart	11
DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DTY11.01	Kurum trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
DTY11.02	Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
DTY11.03	Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.	
DTY11.04	Prizler sabitlenmiş olmalıdır.	
DTY11.05	Çocuk hastaların hizmet aldığı bölümlerdeki tüm prizlerde priz koruması olmalıdır.	
DTY11.06	Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.	

Kod	Standart	12
DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Su depoları, insan sağlığı açısından güvenilir bir malzemeden yapılmış olmalıdır.	
DTY12.01	<b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Su depoları çelik veya betondan yapılabilir. Beton yapıdaki su depolarının yüzeyinin kolay temizlenebilir özellikte ve sızdırmaz olmasına dikkat edilmelidir.</i>	
	Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmalıdır.	
DTY12.02	o Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir. o Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.	
DTY12.03	Haftalık klor ölçümleri yapılmalıdır.	
DTY12.04	Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından kurum tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmelidir.	

Kod	Standart	13
-----	----------	----

**DTY13** Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DTY13.01** Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

Kod	Standart	14
-----	----------	----

**DTY14** Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

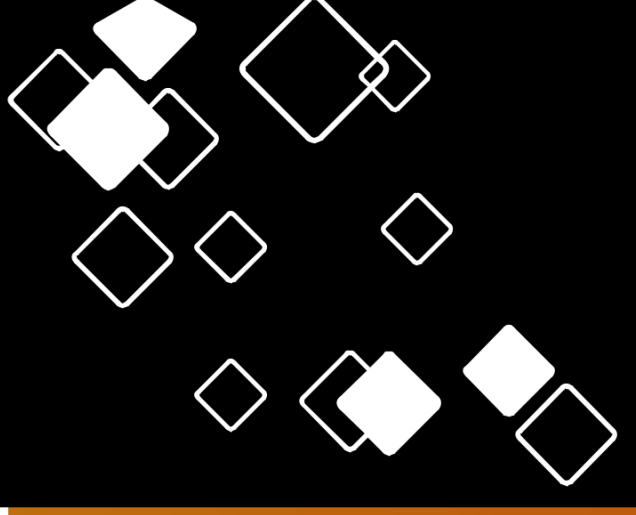
**DTY14.01** Taşınabilir gaz koyteynırları dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz konteynırları zincirlenmiş ya da uygun biçimde sabitlenmiş olmalıdır.

**DTY14.02** Üretici firma tarafından kuruma teslim edilen sıkıştırılmış gaz konteynırlarının sertifikası bulunmalıdır.

**DTY14.03** Sıkıştırılmış gaz konteynırları doluluk, sızdırmazlık gibi konulara yönelik kontrolleri yapılmalıdır.

Kod	Standart	15
-----	----------	----

**DTY15** Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.



# Otelcilik Hizmetleri

## Amaç

- o Kurumun tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini arttırmak  
Hasta, hasta yakını ve çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak etkin ve güvenli yemek hizmeti almalarını sağlamak  
Kurumda sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamak
- o Hasta/hasta yakınlarının kurumda buldukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak moral ve motivasyonlarını yüksek tutmak  
Kurumda hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini etkin ve etkili şekilde sağlamaktır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

**DOH01 Kurumun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

**Kod Değerlendirme Ölçütü**

**DOH01.01** Kurumun tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyonların önlenmesi açısından risk düzeyleri belirlenmelidir.

Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.

**Rehberlik;**

**DOH01.02** *Temizlik kurallarının belirlenmesine yönelik gerçekleştirilecek risk analizi sunulan hizmetin ve ortamın özelliğine göre kurum, bölüm veya alan bazında yapılabilir.*

**DOH01.03** Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**DOH02 Kurumun temizliği sağlanmalıdır.**

**Çekirdek**

**Kod Değerlendirme Ölçütü**

Kurumun tüm alanlarını kapsayan temizlik planı bulunmalıdır.

Plan **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

- DOH02.01**
- o İlgili alana ilişkin;
  - Belirlenen risk düzeyi
  - Kullanılacak temizlik malzemesi ve ekipmanları
  - Temizlik sıklığı
  - Temizlik kuralları
  - Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar
  - Temizlik kontrolünün kim tarafından, nasıl yapılacağı

**DOH02.02** Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmeli, temizlik kontrol aralıkları ve kontrol sorumluları belirlenmelidir.

Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.

Eğitimde **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır:

- DOH02.03**
- o Genel alanların temizlik kuralları
  - o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları
  - o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri
  - o Çalışanlar arası iletişim
  - o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim
  - o Temizlik malzemeleri ile maruziyet (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar



Kod	Standart	3
-----	----------	---

**DOH03** Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DOH03.01** Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri ayrı olmalıdır.

**DOH03.02** Mutfak taban ve duvarları, yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

**DOH03.03** Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**DOH04** Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.

**Çekirdek**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Yiyeceklerin güvenli tedarikine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Bu kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:

- o Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler
- DOH04.01** o Kalite kontrol kriterleri
- o Tedarikçinin kabulü
- o Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler

Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır.

- DOH04.02** o Yiyecek depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.
- o Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir.
- o Gıda stoklamasında, son kullanım tarihlerinin etkin şekilde takibinin yapılabilmesi sağlanmalıdır.

Kod	Standart	5
DOH05	<b>Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme</b>	
<b>Çekirdek</b>	<b>yapılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DOH05.01	Yemekler, hastaların bakım gereksinimleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.	
	Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.	
DOH05.02	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Yiyeceklerin hazırlandığı alanlar, diğer alanlardan (gıda depolama alanları, kirli malzemenin yıkandığı alanlar gibi) ayrılmalıdır.</li> <li>o Tüm çalışanlar; maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.</li> <li>o Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan malzeme ve ekipman temiz olmalıdır.</li> </ul>	
DOH05.03	Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanlara, gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi verilmelidir.	
DOH05.04	Hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.	

Kod	Standart	6
DOH06	<b>Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DOH06.01	Yemekler türlerine göre uygun ısıda sunulmalıdır.	
DOH06.02	Yemekler üstü kapalı olarak taşınmalıdır.	
DOH06.03	Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek arabaları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.	
DOH06.04	Yemek dağıtımı yapan personel; bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.	

Kod	Standart	7
DOH07	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DOH07.01	Kurumda kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	
DOH07.02	Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Konteynırlar ile taşıma yapan kurumlarda;</li> <li>• Konteynırların temizliği günlük olarak yapılmalıdır.</li> <li>• Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.</li> <li>o Otomatik sistem ile taşıma yapan kurumlarda, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.</li> </ul>	
DOH07.03	Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.	
DOH07.04	İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	8
DOH08	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DOH08.01	Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Çamaşırhane hizmetlerinin kurum dışından sağlanması durumunda da, kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.</li> </ul>	
DOH08.02	Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.	
DOH08.03	Çamaşırhanede çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	
DOH08.04	Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	9
-----	----------	---

**DOH09** Yatarak tedavi olan hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hasta odaları güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır.

- DOH09.01**
- o Hasta odalarında, hastanın güvenliğini ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
  - o Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.
  - o Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik kolçaklı olmalıdır.
  - o Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

**DOH09.02** Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

**DOH09.03** Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

**DOH09.04** Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kaneppe/yatak bulunmalıdır.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

**DOH10** Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hasta odalarında yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

- DOH10.01**
- o Yatarak hizmet alan hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınlarına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.

Kod	Standart	11
<b>DOH11</b>	<b>Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>DOH11.01</b>	Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.	
<b>DOH11.02</b>	Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır. Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır.	
<b>DOH11.03</b>	o Kişisel temizlik alanlarında, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır. o Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun olması sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	12
<b>DOH12</b>	<b>Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>DOH12.01</b>	Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.	
<b>DOH12.02</b>	Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	13
-----	----------	----

**DOH13** Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DOH13.01** Muayene odaları temiz olmalı, uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

**DOH13.02** Muayene odası girişinde hekimin adı, soyadı varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalıdır.

Muayene odasında, hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**DOH13.03**

- o Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır.
- o Diş ünitlerinde tek kullanımlık örtü kullanılmalıdır.
- o Gerekli kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.

**DOH13.04** Muayene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**DOH13.05** Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile muayene odasına çağrılmalıdır.

Kod	Standart	14
-----	----------	----

**DOH14** **Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

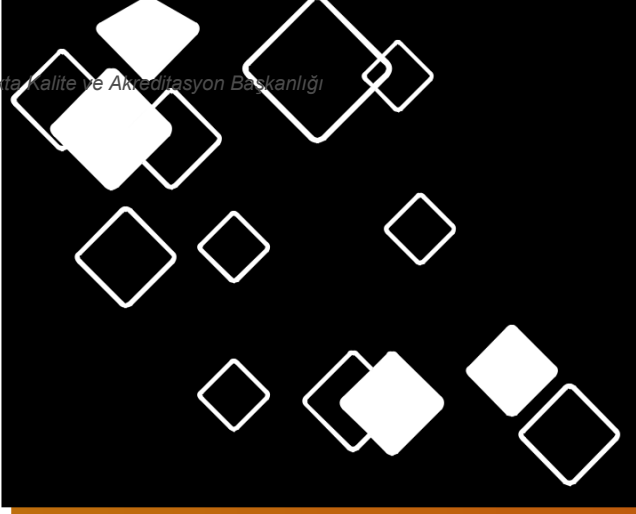
Bebek bakım ve emzirme odasında fiziki ortamın uygun koşulları içermesi sağlanmalıdır.

**DOH14.01**

- Bebek bakım ve emzirme odasında;
- o Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır.
- o Oyuncak bulundurulmamalıdır.
- o Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır.
- o Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalıdır.
- o İklimlendirme sağlanmalıdır.

**DOH14.02** Bebek bakım ve emzirme odalarında, emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.

Kod	Standart	15
<b>DOH15</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Hasta/hasta yakını ile çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kurumun belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi) bulunmalıdır.	
<b>DOH15.01</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Kurumda 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir.</li><li>o Kurum genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir.</li><li>o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.</li></ul>	
<b>DOH15.02</b>	Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.	
<b>DOH15.03</b>	Kurumda olası bebek ve çocuk kaçırma olaylarına yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.	





# Bilgi Yönetim Sistemi

## Amaç

güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanması ile ihtiyaç duyulan doğru bilginin, bilgi mahremiyeti ve güvenliği gözetilerek, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

**DBY01** Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) politikasına ilişkin doküman bulunmalıdır.

Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

- DBY01.01**
- o Yönetim süreçleri
  - o Bilgi Güvenliği
  - o BYS'ye ilişkin yazılımsal süreçler
  - o Sistem alt yapısına ilişkin süreçler

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**DBY02** Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DBY02.01** Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin rol grupları ve yetkileri belirlenmelidir.

**DBY02.02** **Rehberlik;**

*Rol grupları: hekimler, hemşireler, teknisyenler, sekreterler, satın alma çalışanları, yöneticiler gibi grupları ifade eder.*

**DBY02.03** Her kullanıcının Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmalıdır.

Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir.

- DBY02.04**
- o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır.
  - o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır.

İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme prosedürü oluşturulmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**DBY03 Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DBY03.01** Bilgi Yönetim Sistemine yönelik yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır.

**DBY03.02** Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DBY04** ***Rehberlik;***

*Hata Bildirimi; Süreçlerde karşılaşılan sorunlara ilişkin yapılacak bildirimleri ifade eder.*

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Süreçlerde karşılaşılan sorunlar kayıt altına alınmalıdır.

**DBY04.01** Kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- o Sorunun oluştuğu tarih ve saat
- o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat

**DBY04.02** Sorunlar ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Bilgi Yönetim Sisteminde meydana gelebilecek olası sorunlar ve çözüm süreçlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

**DBY04.03** o Olası sorunlarda çalışanların kiminle nasıl irtibat kuracağı belirlenmelidir.  
o Sorun giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında belirlenmelidir.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**DBY05** **Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini**  
**Çekirdek** **sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DBY05.01** Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.

**DBY05.02** Şifre kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**DBY05.03** Bilgi Yönetim Sistemi kullanıcılarına yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

**Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılabilirlik açısından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.**

***Rehberlik;***

*BYS'de kullanılabilirlik açısından incelenebilecek unsurlardan bazıları aşağıda verilmiştir:*

- DBY06**
- o Kullanım Kolaylığı
  - o Öğrenilebilirlik
  - o Verimlilik
  - o Hataların Azlığı
  - o Memnuniyet
  - o Esneklik
  - o Sekmelere Kolay Erişilebilirlik

Kod	Standart	7
-----	----------	---

**DBY07** **Bilgi Yönetim Sistemi etkin kullanılabilirdir.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DBY07.01** Bilgi Yönetim Sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim verilmelidir.

**DBY07.02** Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

**DBY08** Bilgi Yönetim Sistemi (BYS)'nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

BYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik gerekli modüller oluşturulmalıdır.

BYS'de **asgari** aşağıda belirtilen modüller bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır:

Hasta Kayıt

o Hasta Yatışı

o Poliklinik o

Klinik

**DBY08.01**

o Merkezi Sterilizasyon

Ünitesi o Protez Laboratuvarı

o Eczane

o Depo

o Satın alma

o Ayniyat o

Vezne

o Faturalandırma

o Radyoloji

o Personel modülü

**DBY08.02**

Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler BYŞ üzerinden gerçekleştirilmelidir.

**DBY08.03**

BYŞ üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunmalıdır.

**DBY08.04**

Personel modülünde, çalışanlara ilişkin güncel bilgi ve belgeler bulunmalıdır:

Çalışanlara ilişkin **asgari** aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler bulunmalıdır:

o Çalışana ait fotoğraf

o Çalıştığı bölüm

o Kan grubu

o İletişim bilgileri

o İzin ve rapor bilgileri

o Eğitim durumu

o Sertifikaları

o Hizmet içi eğitimleri

o Yabancı dil bilgisi

Kod	Standart	9
DBY09	<b>Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DBY09.01	Düzeltilme ve iptal kayıtları tutulmalıdır.	
	Toplanan tüm tıbbi bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılabilir olmalıdır.	
	Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.	
DBY09.02	o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.	
	Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilir olmalıdır.	

Kod	Standart	10
DBY10	<b>Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
<b>Çekirdek</b>		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DBY10.01	Yedekleme, günde 3 defa yapılmalı, yedekleme işlemi için sistemin yoğun olmadığı zamanlar seçilmelidir.	
	Yedekleme dosyaları BYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.	
DBY10.02	o Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.	
DBY10.03	Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak BYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.	
DBY10.04	Veriler offline ortamlarda süresiz olarak kurum yönetimi tarafından saklanmalıdır.	
	Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanmalıdır.	
DBY10.05	o Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir.	
	o Test kayıt altına alınmalıdır.	
	o Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.	

Kod	Standart	11
DBY11	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlaraya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DBY11.01	Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.	
DBY11.02	Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.	
DBY11.03	Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalıdır. Envanterde <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Bulunduğu bölüm o Marka o Model o Seri no o Demirbaş numarası o Donanım ve yazılım adı o İşletim sistemi o Ek aksesuarlar o Alınma tarihi o Varsa garanti süresi	
DBY11.04	Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.	
DBY11.05	Kablosuz ağ bağlantıları için farklı vlan oluşturulmalıdır.	

Kod	Standart	12
DBY12 <b>Çekirdek</b>	Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DBY12.01	Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır. o Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır. Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.	
DBY12.02	Bilgi Yönetim Sisteminin devre dışı kaldığı durumlar ve sistemdeki arızalar kayıt altına alınmalıdır.	
DBY12.03	Sistemde tespit edilen aksaklıklara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Kod	Standart	13
-----	----------	----

**DBY13**  
**Çekirdek** Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DBY13.01** Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.

**DBY13.02** Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.

**DBY13.03** Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.

**DBY13.04** Kurumdaki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.  
İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

**DBY13.05** o İdeal sıcaklık; 18-22 °C,  
o Nem oranı; %30- %60 aralığında olmalıdır.

**DBY13.06** Yedekli olarak çalışan klima bulunmalıdır.

Kod	Standart	14
-----	----------	----

**DBY14**  
**Çekirdek** Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutulmalıdır.

Bu kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

**DBY14.01** o Sunucunun yeri  
o Sorumlu kişisi  
o Donanım  
o İşletim sistemi üzerinde çalışan uygulama bilgileri

**DBY14.02** Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.

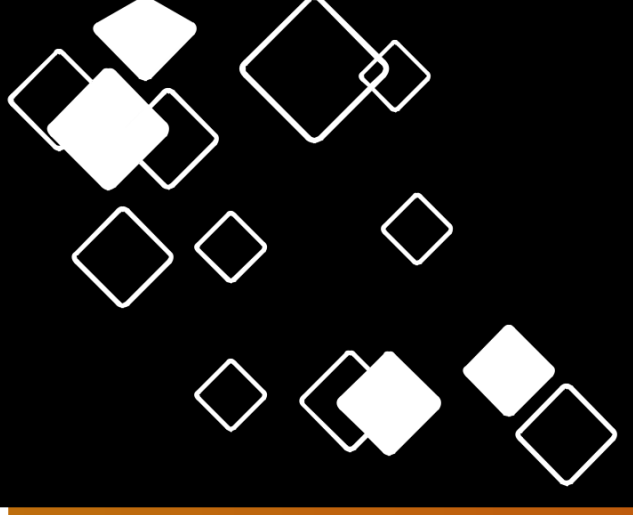
**DBY14.03** Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.

**DBY14.04** Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.



Kod	Standart	15
DBY15	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Veritabanı sistem logları tutulmalı ve gerektiğinde kurum yönetimi tarafından izlenebilmelidir.	
DBY15.01	o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.	
DBY15.02	Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.	
DBY15.03	Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları şifreler şifreli bir şekilde saklanmalıdır.	
DBY15.04	Veritabanı üzerinde loglanması gereken işlemler belirlenmelidir.	
DBY15.05	Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	16
DBY16	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	
<b>Çekirdek</b>		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DBY16.01	Kuruma destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda kimlerin erişebileceği belirlenmelidir.	
DBY16.02	Kurumda firma adına tam zamanlı çalışan elemanlara gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.	
DBY16.03	Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.	



# Malzeme ve Cihaz Yönetimi

## Amaç

Kurumda sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların temini ile bu malzeme ve cihazların güvenli, verimli ve etkin kullanımını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
<b>DMC01</b>	<b>Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Malzeme ve cihazların yönetimine ilişkin doküman bulunmalıdır.	
	Dokümanda <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:	
	o Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan personelin görev ve sorumlulukları	
	o Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi	
	o Malzeme ve cihazların temini	
	o Malzemelerin muhafazası	
	o Malzeme istemleri	
	o Malzemelerin hazırlanması ve transferi	
	o Malzeme ve cihazların teslim alınması ve kullanıma sunulması	
	o Malzemelerin ve cihazların güvenli kullanımı	
<b>DMC01.01</b>	o Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri	
	o Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemeler ve cihazlar	
	o Cihazların bakımı, onarımı, ayarlanması ve kalibrasyonu	
	o Arıza ve onarım süreçleri	
	o Malzeme ve cihazlarla birlikte güvenli kullanım için verilen belgelerin muhafazası	
	o Malzeme ve cihazların temizliği ve dezenfeksiyonu	
	o Güvensiz, uygunsuz ürünlerin geri çekilmesi, bu ürünlerin muhafaza veya iade şartları	
	o Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili karar süreçleri	

Kod	Standart	2
<b>DMC02</b>	<b>Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>DMC02.01</b>	Birim bazında bulundurulması gereken malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.	
	Malzeme ve cihazların teminine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
	Malzeme ve cihaz temini ile ilgili <b>asgari</b> aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:	
	o Kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceği	
<b>DMC02.02</b>	o Talep yöntemi	
	o Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği	
	o Teknik şartname hazırlanması	
	o Tekliflerin değerlendirilme süreci	
	o Temin edilen malzeme ve cihazların kontrolü	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**DMC03 Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DMC03.01** Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına tanımlanmış yetkili personel haricinde kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve dokümente edilmelidir.

Depoda bulunan malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır.

**DMC03.02**

- o Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.
- o İstiflemede depolanan malzeme ile tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır.
- o Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır. Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır.
- o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
- o Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.
- o Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalı ve olası bir arıza/bozulma durumuna karşı alternatifi belirlenmelidir.

**DMC03.03** Depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.

**DMC03.04** Depolarda transfer esnasında olabilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır.

**DMC03.05** Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

**DMC04 Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DMC04.01** Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.

Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı bulunmalıdır.

Cihaz kimlik kartı üzerinde **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

**DMC04.02**

- o Cihazın adı
- o Seri numarası
- o Markası
- o Demirbaş numarası
- o Bulunduğu bölüm

Kod	Standart	5
-----	----------	---

**DMC05** **Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon süreçleri bir plan dahilinde izlenmelidir.

**DMC05.01** o Cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla; firma önerileri, kurum ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.

Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır.

**DMC05.02** o Cihazların etiketi üzerinde aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- Kalibrasyon tarihi
- Geçerlilik süresi
- Sertifika numarası

o Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.

Kalibrasyonu kısmi geçen veya geçemeyen cihazlarla ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmelidir.

**DMC05.03** o Kalibrasyonu geçemeyen cihazların yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir.

o Kısmi geçen cihazlar için kalibrasyon açısından sorunlu fonksiyonlar ile ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmelidir.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

**DMC06** **Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır.**

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

**DMC06.01** Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.

**DMC06.02** Arıza durumunda cihaz üzerinde arızalı cihaz etiketi bulunmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

**DMC07** **Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (otoklav, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmelidir.**

Kod	Standart	8
-----	----------	---

DMC08

**Çekirdek**

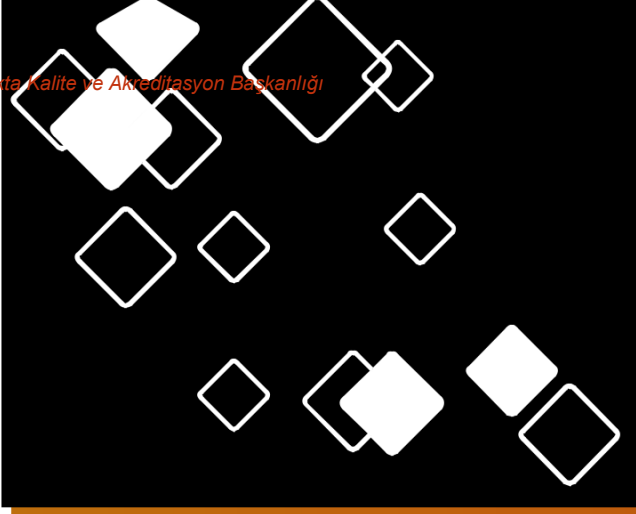
Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır.

Dokümanda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

<b>DMC08.01</b>	o Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması o Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler
	Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. Envanter <b>asgari</b> aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır: Tehlikeli maddenin; o İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vb.), kullanım şekli ve miadı
<b>DMC08.02</b>	o Saklama koşulları o Etkileşime girdiği maddeler o Temas halinde yapılacaklar o Kullanıldığı ve depolandığı yerler o Taşıma şekli o İmha yöntemleri o Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler
<b>DMC08.03</b>	Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.
<b>DMC08.04</b>	Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketlenmelidir.
<b>DMC08.05</b>	Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.





# Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

## Amaç

Hastalara ait tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve hastaların bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşılabilmesinin sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

**DTA01** Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem kurulmalıdır.

**DTA01.01** Rehberlik;  
*Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem, elektronik ya da kağıt ortama dayalı olarak kurgulanabilir.*

Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin doküman bulunmalıdır.

Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

- DTA01.02**
- o Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği
  - o Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları
  - o Standart hasta dosyası planı ve içeriği
  - o Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması
  - o Arşiv hizmetlerinin işleyişi

Kod	Standart	2
-----	----------	---

**DTA02** Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

**DTA03** Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği **Çekirdek** sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- DTA03.01**
- Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:
- o Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği)
  - o Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
  - o Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç

Kod	Standart	4
<b>DTA04</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.</b>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
<b>DTA04.01</b>	Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıtlarında, kuruma her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılmalıdır.	
<b>DTA04.02</b>	Hastaların klinik durumuna ilişkin tüm tıbbi kayıtları belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.	
<b>DTA04.03</b>	Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır. Hasta dosyasında hastanın; • Adı, Soyadı • Doğum tarihi Cinsiyeti İkametgah bilgileri Medeni durumu Eğitim durumu Hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını (kendisi, eşi, çocuğu, diğer) Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır.	
<b>DTA04.04</b>	Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır.	
<b>DTA04.05</b>	Hasta dosyaları içerik, kayıtların tam ve tutarlı olması gibi hususlar açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.	

Kod	Standart	5
-----	----------	---

<b>DTA05</b>	<b>Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.</b> <b><u>Rehberlik;</u></b> <i>Hasta Taburculuk Özeti; yatarak tedavi olup tedavi süreci tamamlanan hastalar için hazırlanan dokümandır.</i>
--------------	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

<b>DTA05.01</b>	Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır. Taburculuk özetinde <b>asgari</b> aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Hastanın başvuru nedeni o Önemli bulguları o Konulan teşhis o Uygulanan tedaviler o Hasta taburcu olurken genel durumu o Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar o Kontrol zamanı o Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları o Hastanın dikkat edeceği hususlar
<b>DTA05.02</b>	Taburculuk özeti bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir.

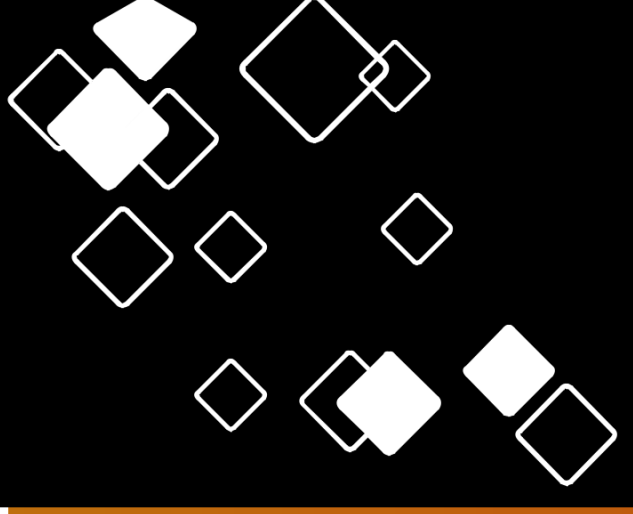
Kod	Standart	6
-----	----------	---

<b>DTA06</b>	<b>Arşiv bölümünde hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.</b>
--------------	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

<b>DTA06.01</b>	Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmalıdır. Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
<b>DTA06.02</b>	o Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır. o İklimlendirme yapılmalıdır. o Haşarat, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

Kod	Standart	7
<b>DTA07</b>	<b>Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</b>	
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Kurallar <b>asgari</b> aşağıdaki hususları kapsamalıdır: <ul style="list-style-type: none"><li>o Arşiv planı</li><li>o Yetkilendirme</li></ul>	
<b>DTA07.01</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü</li><li>o Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi</li><li>o Dosyaların arşivden çıkışı</li><li>o Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar</li></ul>	
<b>DTA07.02</b>	Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.	



# Atık Yönetimi

## Amaç

Kurumda atıkların, oluşumundan nihai bertarafını gerçekleştirmek üzere yetkili kuruma teslimine kadar geçen süreçte, insan ve çevre sağlığına zarar vermesini önlemektir.

Kod	Standart	1
DAY01	<b>Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>	
Kod	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
	Atık yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır.	
	Doküman <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır:	
	Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri	
	o Atıkların kaynağında ayrıştırılması o Üretilen atık miktarının azaltılması	
	o Atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması o Toplama sıklığı ve kuralları	
DAY01.01	o Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar	
	o Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu	
	Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kurallar	
	Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları o Atıkların bertarafı için teslimi	
	o Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler o Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular	

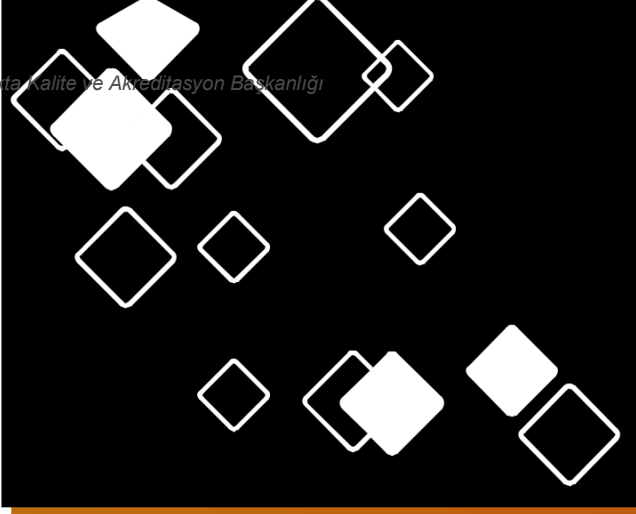
Kod	Standart	2
DAY02	<b>Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.</b>	
<b>Çekirdek</b>		
Kod	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	
	Oluşan atıklar, bölüm bazında kategorize edilmeli ve bölümde ayrıştırılmalıdır.	
	Atıklar aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılmalıdır:	
	o Eysel atıklar	
	• Genel Atıklar	
DAY02.01	• Ambalaj Atıkları	
	o Tıbbi atıklar	
	• Enfeksiyöz	
	• Patolojik	
	• Kesici-Delici	
	o Tehlikeli atıklar	
	o Radyoaktif atıklar	
DAY02.02	Belirlenen kategorilere göre uygun atık kutuları bulunmalıdır.	
DAY02.03	Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir.	



Kod	Standart	3
DAY03	Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DAY03.01	Atıklar uygun koşullarda toplanmalıdır.	
DAY03.02	Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip olmalıdır.	
DAY03.03	Toplanan atık poşetlerinin, hangi birimden toplandığına dair tanımlayıcı bilgi bulunmalıdır.	
DAY03.04	Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personele yönelik eğitim verilmelidir.	
DAY03.05	Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır.	

Kod	Standart	4
DAY04	Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DAY04.01	Kurumun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.	
DAY04.02	Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.	
DAY04.03	Geçici depolama alanlarının temizliği yapılmalıdır.	
DAY04.04	Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmelidir.	

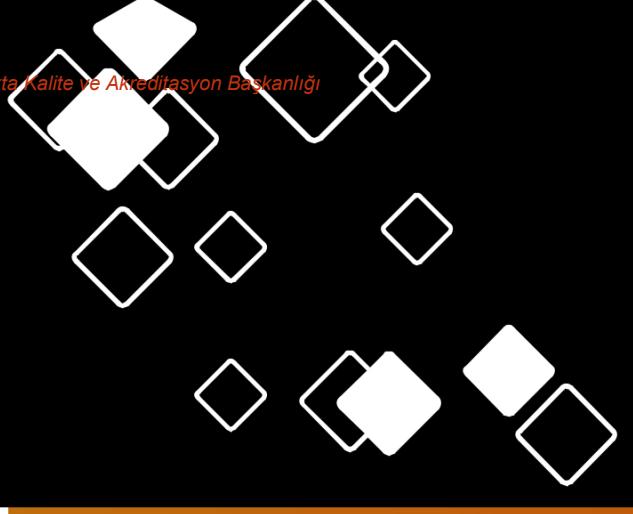
Kod	Standart	5
DAY05	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Sağlık çalışanlarına atık yönetimi konusunda verilecek eğitimler planlanmalıdır.	
	Eğitimler <b>asgari</b> aşağıdaki konuları kapsamalıdır:	
DAY05.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması</li> <li>o Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması <ul style="list-style-type: none"> <li>o Yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar</li> </ul> </li> <li>o Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler</li> </ul>	



# Dış Kaynak Kullanımı

## Amaç

İçin dış kaynak kullanımını yoldan verilen hizmetlerin kurumun temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve Sağlıkta Kalite Standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasını sağlamaktır.



Kod	Standart	1
DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.	

Kod	Standart	2
DDK02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DDK02.01	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmelidir.
DDK02.02	Dış hizmet sağlayıcısının kuruma sağlayacağı hizmetler ile ilgili kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir.
DDK02.03	Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.

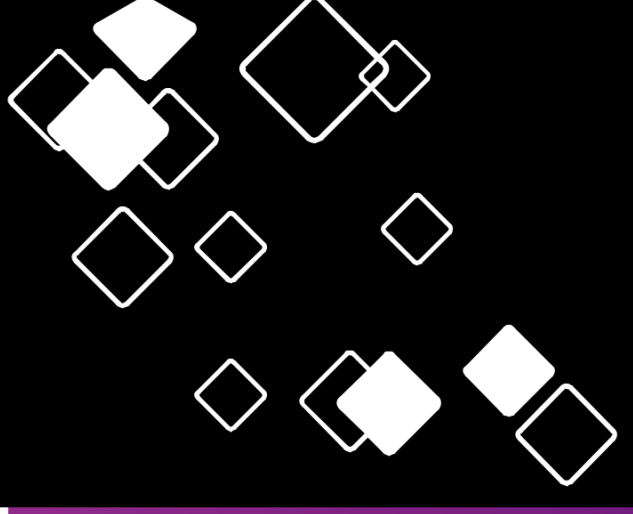
Kod	Standart	3
DDK03	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DDK03.01	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin, hasta ve/veya çalışanların güvenliğini sağlayacak şekilde sunumuna yönelik kontroller düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

# GÖSTERGE YÖNETİMİ

*Göstergelerin İzlenmesi* ■

*Kalite Göstergeleri* ■





# Göstergelerin İzlenmesi

## Amaç

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri kapsamında sunulan hizmetin performansını izlemek suretiyle kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

<b>GGİ01</b> <b>Çekirdek</b>	<b>Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>
---------------------------------	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

<b>GGİ01.01</b>	Kurumda izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.
-----------------	---

<b>GGİ01.02</b>	Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Yönetim Birimi tarafından koordine edilmelidir.
-----------------	---

<b>GGİ01.03</b>	Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
-----------------	---

<b>GGİ01.04</b>	Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.
-----------------	--

Kod	Standart	2
-----	----------	---

<b>GGİ02</b>	<b>Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.</b>
--------------	---

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

<b>GGİ02.01</b>	Kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS' de yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.
-----------------	---

	Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.
--	--

Kod	Standart	3
-----	----------	---

GGi03

**Çekirdek**

Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Kurumda izlenecek her gösterge için gösterge kartı oluşturulmalıdır.

Gösterge kartlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- o Göstergenin kısa tanımı
- o Amaç
- o Hesaplama yöntemi/formülü
- o Alt gösterge
- o Hedef değer
- o Veri kaynağı
- o Veri analiz periyodu
- o Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler
- o Sonuçların kimlerle paylaşılacağı
- o Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar

GGi03.01

Kod	Standart	4
-----	----------	---

GGi04

Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

GGi04.01

Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.

Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

GGi04.02

- o Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

GGi04.03

Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmelidir.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

GGi05

Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

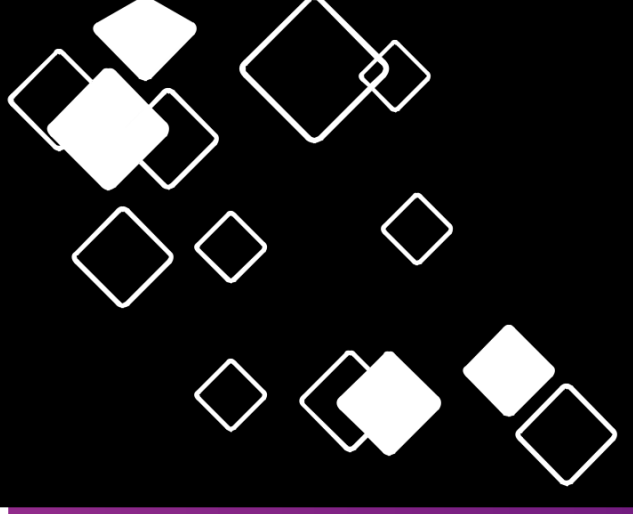
GGi06

Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

GGi07

Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.



# Kalite Göstergeleri

## Amaç

SKS bölümlerine yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

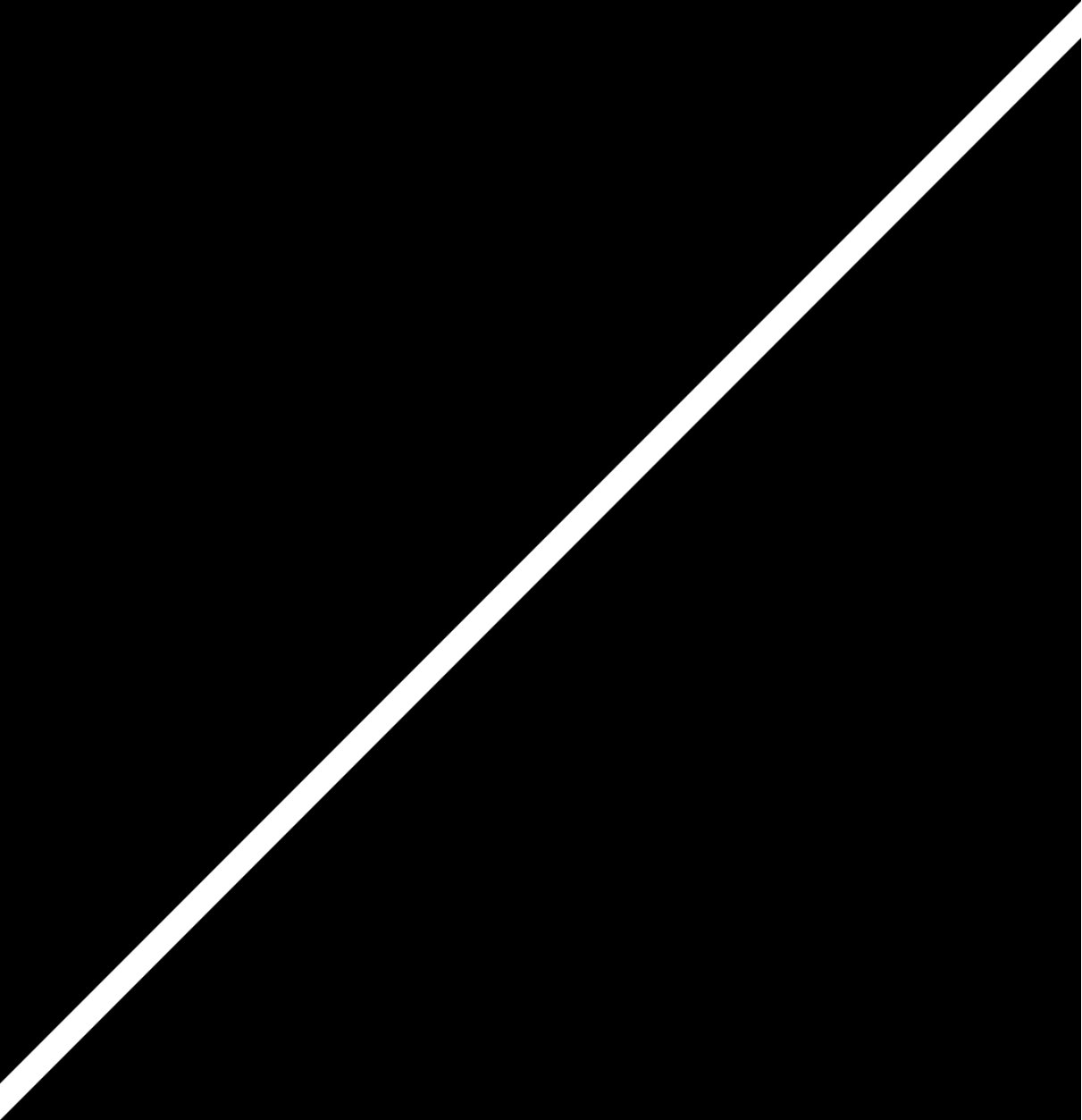
Kod	Gösterge
<b>Hizmet Kalite Göstergeleri</b>	
GKH01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
GKH02	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
GKH03	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
GKH04	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi
GKH05	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GKH06	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
GKH07	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı
GKH08	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GKH09	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GKH10	Personelin Devir Hızı
GKH11	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı
GKH12	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı
GKH13	Düşen Hasta Oranı
GKH14	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı
GKH15	Eİ Hijyeni Uyumu
GKH16	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı
GKH17	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı
GKH18	Kaybolan Ölçü Oranı
GKH19	Kaybolan Protez Oranı
GKH20	Kaybolan Alçı Model Oranı
GKH21	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı
GKH22	Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre
GKH23	Protez Tesliminden Sonra Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı
GKH24	İlk Muayene Sonrası ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre
GKH25	İlk Muayene Sonrası ile Ameliyat Yapılmasına Kadar Geçen Ortalama Süre
GKH26	İlk Muayene Sonrası ile Hastanın Tedavilerinin Tamamlanmasına Kadar Geçen Ortalama Süre
GKH27	Yıl İçerisinde Aynı Hasta Bazlı Ortalama Başvuru(Tedavi İçin Tekrar Gelmesi Dahil) Sayısı
GKH28	Bir Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı
GKH29	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranları
GKH30	BYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
GKH31	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı

**Klinik Kalite Göstergeleri**

<b>GKK01</b>	Fissur Sealant Uygulama Oranı	<b>GKK02</b>
	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı	<b>GKK03</b>
	Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı	
<b>GKK04</b>	Antibiyotik Tedavisinde Başarısızlık Nedeniyle Yeniden Başvuru Oranı	<b>GKK05</b>
	Tekrar Alınan Ölçü Oranı	
<b>GKK06</b>	Hatalı Protez Nedeniyle Yenilene Protez Oranı	
<b>GKK07</b>	Protez Tesliminden Sonra Klinik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı	
<b>GKK08</b>	Dolgu Yapılmış Ancak Kanal Tedavisi Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	
<b>GKK09</b>	Kanal Tedavisi Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	
<b>GKK10</b>	Dolgu Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	
<b>GKK11</b>	Sabit Protez Yapılmış Ancak Kanal Tedavisi Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	
<b>GKK12</b>	Sabit Protez Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı	
<b>GKK13</b>	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	
<b>GKK14</b>	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	
<b>GKK15</b>	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	
<b>GKK16</b>	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	

# Ekler





## *Harizmi* Düşme Riski Ölçeği (0-16 yaş)

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, hasta güvenliği uygulamalarının bir parçası olan hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda, ülkemize özgü bir ölçek geliştirilmesine yönelik Başkanlık bünyesinde oluşturulan komisyonca, çocuk hastalar için kullanılabilecek ayrı bir risk değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Komisyon, bu konuda literatür araştırmasıyla birlikte farklı ölçekleri gözden geçirmiş ve elde edilen bilgiler ışığında saha çalışması da yaparak çocuk hastalarda kullanılabilecek anlaşılır ve uygulanması kolay bir düşme riski ölçeği geliştirmiştir.

Geliştirilen bu ölçeğe matematik ve astronomi alanında ünlü bir bilim adamı olan **Harizmi**'nin adı verilerek "*Harizmi* Düşme Riski Ölçeği" adı ile kullanıma sunulmuştur.

Çocuk hastalar düşme riski açısından yetişkin hastalara göre daha riskli kabul edildiğinden, hastaneler kendi uygulamalarında düşmelerin önlenmesi adına tüm çocuk hastaları riskli kabul edip gerekli her türlü önlemi almalıdırlar. Geliştirilen bu ölçek ile daha özellikli olan yüksek düşme riskine sahip grubun ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

Bu ölçek kapsamında 15 puan ve üstü alan hastalarda "**Dört Yapraklı Yonca**" sembolü kullanılacaktır.

### *Harizmi* Düşme Riski Ölçeği'nin Kullanımında aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır;

Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalıdır;

Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme)

Post- Operatif dönemde

Bölüm değişikliğinde

Hasta düşmesi durumunda

Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

*Harizmi* Düşme Riski Ölçeği kullanan hastaneler sağlık çalışanlarına;

- Ölçeğin kullanımı

Risk faktörlerinin değerlendirilmesi  
Hasta bakım ekipmanları  
Riskli ilaçlar,  
Alınması gereken önlemler hakkında eğitim vermelidir.

Hastanelerde, çocuk yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, *Harizmi* **Düşme Riski değerlendirme Ölçeği** kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.

	<b>ARIZMI DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ</b>	Tarih:
		Hastanın Adı Soyadı:
		Yaşı:
		Yattığı Bölüm:

## Değerlendirme Gerekesi/Numarası

1	İlk Değerlendirme	2	Post-Op. Dönem	3	Hasta Düşmesi	4	Bölüm Değişikliği	5	Durum Değişikliği
---	-------------------	---	----------------	---	---------------	---	-------------------	---	-------------------

RİSK FAKTÖRLERİ		DEĞERLENDİRMELER				
		Değerlendirme Numarası				
		...	...	...	...	...
		Tarih:	Tarih:	Tarih:	Tarih:	Tarih:
		.....	.....	.....	.....	.....
1.	Nörolojik hastalığı/semptomu var.	5	5	5	5	5
2.	Oksijenlenme değişikliği var.	5	5	5	5	5
3.	Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu var.	15	15	15	15	15
4.	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor.	5	5	5	5	5
5.	Görme engeli var.	5	5	5	5	5
6.	Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var.	5	5	5	5	5
7.	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5	5	5	5	5
8.	Hasta post-op. ilk 48 saatlik dönemde.	5	5	5	5	5
9.	Riskli ilaç kullanımı var.	5	5	5	5	5
<b>TOPLAM PUAN</b>						
Değerlendirmeyi Yapan Hemşire:						

**YÜKSEK RİSK** Toplam puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli ve bu hastalarda Dört Yapraklı Yonca sembolü kullanılmalıdır.

Bilgilendirme tablosuna bakınız.

*i*

<b>DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ</b> <b>Bilgilendirme Tablosu</b>	
<b>Nörolojik Hastalıklar/Semptomlar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsi</li> <li>• Mental Retardasyon</li> <li>• Konvülsiyon</li> <li>• Denge bozukluğu</li> <li>• Kooperasyon bozukluğu vb.</li> </ul>
<b>Oksijenlenme Değişiklikleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunum Hastalıkları</li> <li>• Dehidratasyon</li> <li>• Anemi</li> <li>• Anoreksi</li> <li>• Senkop</li> <li>• Baş Dönmesi</li> <li>• Asidoz</li> <li>• Ödem</li> <li>• Hipotansiyon vb.</li> </ul>
<b>Özellikli Hastalıklar/Semptomlar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cam Kemik Hastalığı</li> <li>• Hemofili</li> <li>• Trombositopeni</li> <li>• İdiopatik Trombositopenik Purpura</li> </ul>
<p>Hastane yönetimi tarafından hastanın yaşına, genel durumuna, boy-kilo vb. özelliklerine göre uygun yatak tanımlaması yapılmalıdır.</p>	
<b>Hasta Bakım Ekipmanları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IV İnfüzyon</li> <li>• Solunum Cihazı</li> <li>• Kalıcı Kateter</li> <li>• Dren</li> <li>• Perfüzatör</li> <li>• Pacemaker vb.</li> </ul>
<p>Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyaç durumu yürüme kabiliyetini edinmiş hastalarda değerlendirilir.</p>	
<b>Riskli İlaçlar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipnotikler</li> <li>• Barbitüratlar</li> <li>• Nöroleptikler</li> <li>• Antidepresanlar</li> <li>• Laksatifler/Diüretikler</li> <li>• Narkotikler</li> <li>• Kemoterapötikler</li> <li>• Sedatifler</li> <li>• Antihipertansifler</li> <li>• Antidiyabetikler</li> </ul>

## İtakî Düşme Riski Ölçeği

**Sağlıkta Kalite Standartlarında** “Hasta Güvenliği” uygulamalarının bir parçası olan hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda, ülkemize özgü bir ölçek geliştirilmesine yönelik çalışmalar Başkanlık bünyesinde bir komisyon kurularak bu konuda gerekli literatür incelenmiş ve kurumlarımızda uygulanan farklı ölçekler gözden geçirilmiştir. Bu ön çalışmalardan sonra komisyon yoğun bir çalışma sonrası ülkemize özgü, anlaşılır, uygulanması kolay ve basit bir form tasarlayarak ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî adıyla “**İtakî Düşme Riski Ölçeği**”ni geliştirmiştir.

Geliştirilen bu ölçek hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini içerecek şekilde, toplam 19 risk faktöründen oluşmaktadır. Risk faktörleri majör ve minör olarak kategorize edilerek minör risk faktörlerine 1 puan, majör risk faktörlerine ise 5 puan verilmiştir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenmiştir. Yüksek riskli hastaları ayırt etmek ve gerekli önlemleri almak için düşme riski yüksek hastalarda “**Dört Yapraklı Yonca**” figürünün kullanılması öngörülmüştür.

### “İtakî Düşme Riski Ölçeği”nin Kullanımı:

Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalı ve her defasında yeni bir form kullanılmalıdır:

Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme)

Post- operatif dönemde

Bölüm değişikliğinde

Hasta düşmesi durumunda

Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

### “İtakî Düşme Riski Ölçeği” kullanan hastaneler;

Ölçeğin kullanımı

Risk faktörlerinin doğru değerlendirilmesi

Hasta bakım ekipmanları

Riskli ilaçlar

Alınması gereken önlemler

hakkında sağlık çalışanlarına eğitim vermelidir.

Hastanelerde, erişkin yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, **İtakî Düşme Riski değerlendirme Ölçeği** kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.



İtakı

DÜŞME RİSKİ RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı

Ölçeği

Yatır- Bölüm

Risk Değerlendirme

## Değerlendirme Zamanı

 İlk Değerlendirme
  Post-Operatif Dönem
  Hasta Düşmesi
  Bölüm Değişikliği

 Durum Değişikliği

RİSK FAKTÖRLERİ		PUAN
	65 yaş ve üstü.	1
	Bilinci kapalı.	1
	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
	Kronik hastalık öyküsü var.*	1
<b>Faktörler</b>	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1
<b>Risk</b>	Minör: Görme durumu zayıf.	1
	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1
	Bilinç açık, koopere değil.	5
	Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
<b>Faktörler</b>	Baş dönmesi var.	5
	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
<b>Risk</b>	Görme engeli var.	5
<b>Majör</b>	Bedensel engeli var.	5
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
<b>TOPLAM</b>		

## RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

<input type="checkbox"/>	Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
<input type="checkbox"/>	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

Değerlendirmeyi yapan Hemşire

Adı-Soyadı:

İmza:

NOT: Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.

**İtakı Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.**



<b>Düşme Riski Ölçeği</b> <b>DÜŞME RİSKİ ÖLÇEğİ</b> <b>Bilgilendirme Tablosu</b>	
<b>*Kronik hastalıklar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertansiyon</li><li>• Diyabet</li><li>• Dolaşım Sistemi Hastalıkları</li><li>• Sindirim Sistemi Hastalıkları</li><li>• Artrit</li><li>• Paralizi</li><li>• Depresyon</li><li>• Nörolojik Hastalıklar</li></ul>
<b>**Hasta Bakım Ekipmanları</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IV İnfüzyon</li><li>• Solunum Cihazı</li><li>• Kalıcı Kateter</li><li>• Göğüs Tüpü</li><li>• Dren</li><li>• Perfüzatör</li><li>• Pacemaker vb.</li></ul>
<b>***Riskli İlaçlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psikotropolar</li><li>• Narkotikler</li><li>• Benzodiazepinler</li><li>• Nöroleptikler</li><li>• Antikoagülanlar</li><li>• Narkotik Analjezikler</li><li>• Diüretikler/Laksatifler</li><li>• Antiğiayebetikler</li><li>• Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.)</li><li>• Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar</li></ul>



## ADSH GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ TR

Hastanın Adı Soyadı

Ameliyat /Bölgesi

Ameliyat Tarihi

### I. Klinikten Ayrılmadan Önce

Hastanın;

- Kimlik bilgileri  
 Ameliyatı  
 Ameliyat bölgesi doğrulandı.

Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?

Evet

3. Hasta aç mı?

Evet  Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi tıraş yapıldı mı?

Evet  Hayır  Gerekli değil

Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?

Evet  Hayır.....

Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?

Evet  Hayır.....

Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kemik grefti vb. temin edildi mi?

Evet  Hayır.....

8. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji ve tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mu?

Evet

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

### II. Anestezi Verilmeden Önce

09. Hastanın kendisinden

- Kimlik bilgileri  
 Ameliyatı  
 Ameliyat bölgesi  
 Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?

10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?

Var  İşaretlenme Uygulanamaz

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
87	86	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?

Evet

Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?

- Evet  
 Hastanın Risk Değerlendirmesi

13. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?

Yok  Var

14. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?

Yok  Var  Gerekli Değil

15. Hastada kan kaybı riski var mı?

- Yok  
 Var; uygun damar yolu erişimi, sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

### III. Ameliyat Kesisinden Önce

16. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?

Evet

17. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?

Evet

Kritik olaylar gözden geçirildi mi?  Tahmini ameliyat süresi

- Beklenen kan kaybı  
 Ameliyat sırasında  
- gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar  
 Olası anestezi riskleri  
 Hastanın pozisyonu

19. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?

- Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı  
 Kullanılmaz

20. Kullanılacak malzemeler hazır mı?

Evet  Hayır

Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?

Evet  Hayır

22. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

Evet  Hayır

23. Antikoagülan kullanımı var mı?

Evet  Hayır

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

### IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

24. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak;

- Hasta,  
 Yapılan ameliyat,  
 Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

25. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?

- Evet/Tam  Hayır  Sayım Uygulanmaz

26. Hastadan alınan numune etiketinde

- Hastanın adı doğru yazılı  
 Numunenin alındığı bölge yazılı

27. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?

- Anestezistin önerileri:

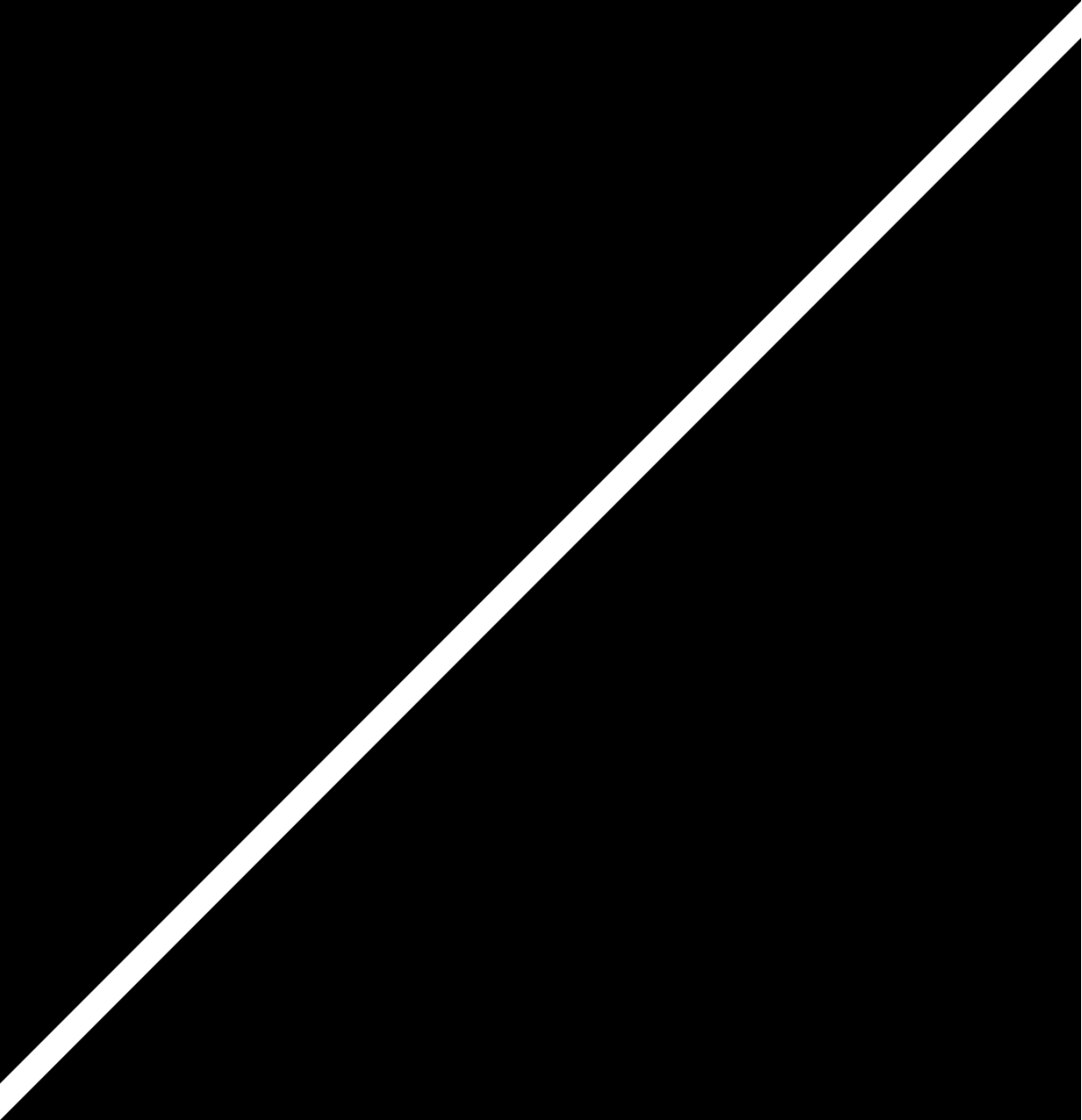
- Cerrahin önerileri:

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

\* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

# Kaynaklar



Acar, A. Yeğenoğlu, S. (2005). "Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoeкономи ve Hastane Formüllerleri" Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi. J. Fac. Pharm, (34 (3), ss 207-218)

Accreditation Canada Standards, Qmentum International. 2010-2011

"Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). National Healthcare Disparities Report, Chapter 3, Erişim: <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm>, Erişim Tarihi:15.05.2014

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 14.10.1999- 23846

Akçabay, M. ""Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon". Erişim:med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728, Erişim Tarihi:10.07.2013

Akdur, R. (2005). "Afetlere Karşı Sağlık Hizmetleri Senaryoları Yazma; Deprem Örneği", Afet Tıbbı, (ss:213-225)

"Akılcı İlaç Kullanımı", Erişim:<http://www.akilciilac.gov.tr/> , Erişim tarihi: 25 Haziran 2013

Alp Meşe, E., "Ameliyathane Organizasyonu". Erişim: <http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/Ameliyathanelerde0/o20Enfeksiyon0/o20Kontrol0/oC30/oBC.pdf>, ErişimTarihi:10.07.2013

Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. 1994

Arslandoğlu, A. (2009). "Yönetimde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Marmara Üniversitesi SBE Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul

Aştı, T. (2003). Bakım Teknolojisinde Yenilikler, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı

Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 05.07.2008-26927

Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26.03.2010-27533

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, National Safety and Quality Health Service Standards, 2012

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australia, 2012

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia, 2009

Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı:26.7.2002-24822

Bozkurt, Ö. ve diğeri (2008). Kamu Yönetimi Sözlüğü

Caldwell, C. (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, (Çev.Akınhay, O.), Sistem Yayıncılık. İstanbul

Çakmakçı, M. "Hastane Enfeksiyonları ve Hastane Tasarımı: Ameliyathanelerin Planlanması". Erişim: [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm), Erişim Tarihi:10.07.2013

Çalılıkocaoğlu, S. (1998). "Tam Protezler ".İstanbul: Protez Akademisi ve Gnatoloji Derneği Bilimsel Yayını, cilt 1(3), 2. Baskı  
Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 14.05.2012-951.99/6665

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik., T.C. Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 15.05.2013-28648

Çırpı, F., Merih, Y. ve Kocabey, M. (2009). "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi", I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı. Cilt 2

Demir, H., Okan, T. (2009). "Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma". İstanbul: Doğuş Üniversitesi Dergisi, (cilt1(10), ss. 57-72)

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/

Sayı: 16.5.1988-19816

Devlet Memurları Kanunu, Kanun No:657, T.C. Resmi Gazete,  
Tarih/Sayı: 23.07.1965-12056

Diş Hekimliği Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması T.C. Sağlık  
Bakanlığı, 06 Ekim 2010 Tarih ve 39939 Sayılı Makam Onayı

Diş Protez Laboratuvarları Yönetmelik, Resmi Gazete,  
Tarih/Sayı:07 Aralık 2005-26016

DUSDATA, DUS Hazırlık Merkezleri. (2012). Protetik Diş Tedavisi.  
İstanbul: Klas Ofset ve Tasarım San. Tic. Ltd. şti. ; 2. Baskı

Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning  
Systems: From information to Action, WHO, 2005

Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Ruhsat  
Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 02.09.1988-19917

Eren, E. (2000). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. İstanbul:  
Beta Basım Yayım Dağıtım A.ř

Eren, E. (2013). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Eren Beta Yayınları.  
Erişim: [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_03/sr03\\_033.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_033.pdf), Erişim  
Tarihi: 05.05.2014

Ertem, G. (2003). "Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının  
Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi" Yayınlanmamış  
Doktora Tezi, İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

Exploring Patient Participation in Reducing Health-Care-Related  
Safety Risks, WHO, 2013

Faculty of Intensive Care, Australian and New Zeland College of  
Anaesthetists (FICANZCA): Minumum Standards for Intensive  
Care Units. IC-1. Australian and New Zeland College of  
Anaesthetists, Melbourne, (1997), (1-2).

Faculty of Intensive Care, Australian and New Zeland College of  
Anaesthetists (FICANZCA): Minumum Standards for High Dependency Units  
Seeking Accreditation for Training in Intensive Care. IC-13. Australian

and New Zeland College of Anaesthetists, Melbourne, (2000), (1-4).

Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı:  
17.12.2011-281457

Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Denetimi ve Kontrolüne Dair  
Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26.09.2012-27009

Glenn M. Rampton, Ian J. Turnbull, J. Allen Doran “Human Resource  
Management Systems: A Practical Approach”, 2nd edition. Ontario,  
Carswell Thomson Professional Publishing, (1999), (s.25)

Groene O., Barbero, M.G., Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi,  
Kanıt ve Kalite Yönetimi, (Çev. Zaralı, F. ve diğerleri), Dünya  
Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara, Mayıs, 2005

Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities,  
CDC, (2008).

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of  
Infectious Agents in Healthcare Settings, Centers for Disease  
Control and Prevention (CDC), 2007

Guidelines for Environmental Infection Control in HealthCare-  
Facilities, Recommendations of Centers for Disease Control and  
Prevention (CDC) and the Healthcare Infection Control Practices  
Advisory Committee (HICPAC), 2003

“Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care  
Facilities. Recommendations of CDC and HICPAC, (2003). Erişim:  
[http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Enviro\\_guide\\_03](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Enviro_guide_03),  
Erişim Tarihi: 25.02.2014

Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care  
Workers. (1988). NIOSH Publication. (No: 88-119).

Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient  
Safety Challenge Clean Care is Safer Care, WHO, 2009

Güler, H. ve diğerleri, SKS Doküman Yönetim Sistemi, Ankara,  
Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2013



Güler, H. ve diğerleri, SKS ve İlaç Güvenliği, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2012

Güler, H., Öztürk, A., ADMS Hizmet Kalite Standartları, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2011

Güllülü, U. Özer, S. Candan, B. (2000). "Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması". 5.Ulusal Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi. (ss. 91-109)

Hasta Güvenliği, Türkiye ve Dünya, (2011). Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 01.08.1998-23420

Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 08.05.2014-28994

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 06 Nisan 2011-27897

Hastane Hizmet Kalite Standartları, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2011). Ankara.

Hayran ve Diğerleri. "Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanım Araştırması" Türk Diş Hekimleri Birliği Araştırma Dizisi-4, Ankara, Temmuz 2000

Hayran ve Diğerleri. "Diş Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması" Türk Diş Hekimleri Birliği Araştırma Dizisi-6, Ankara, Haziran 2008

Türkiye Atom Enerjisi Kurumu.Erişim:<http://www.taek.gov.tr>, Erişim tarihi: 10.05.2014.

Health at a Glance, OECD, 2011

Health Care Criteria for Performance Excellence, (2011-2012). National

Institute of Standards and Technology, Department of Commerce  
Baldrige Performance Excellence Program

Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators  
Report, OECD, (2009). Health Working Papers No. 47

Health Promotion Glossary, WHO, (1998). Erişim:<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, Erişim Tarihi: 11.08.2014

Hillman, B. J., Amis, E. S., Neiman, H. L. (2004). "The Future Quality and Safety of Medical Imaging: Proceedings of The Third Annual" ACR FORUM. J Am Coll Radiol, (1(1):33-9)

Holyt, J. W., Harwey, M. A., Axon, D. C. (1995). "The Critical Care Unit: Design Recommendations and Standards" In: Shoemaker, W. C., Ayres S. M., Grenvik, A., Holbrook, P. R. (eds). Textbook of Critical Care. Philadelphia: WB Saunders Company, (7,1-14).

Inozu, B., Chauncey, D. et.al. (2012). Performance Improvement for Healthcare-Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management. Novaces: LLC.

Institute of Medicine.(1999). "To Err is Human: Building a Safer Health System" Washington: DC: National Academy Press

International Atomic Energy Agency Safety Standart Series No. GSR Part 3 (Interim), Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standarts, 2011, Vienna

International Atomic Energy Agency Training Mateerial on Radiation Protection in Diagnostic and Interventional Radiology (Patient Dose)-4. International Atomic Energy Agency, Radiological Protection in Medicine, 2007

ISO 31000. (2009). "Risk Management-Principles and Guidelines"

ISO 9001. (2008). "Quality management systems-Requirements"

İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Alımları Genelgesi, T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 25 Şubat 2010-010-06-7816

İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, T.C.Resmi Gazete,  
Tarih/Sayı: 15 Nisan 2014-28973

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No: 6331, T.C. Resmi Gazete, Tarih/  
Sayı: 30.06.2012-28339

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî  
Gazete, Tarih/Sayı: 18.01.2013-28532

İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, T.C.  
Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 29.12.2012-28512

İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme.  
International Labour Organization. Erişim:[http://www.ilo.org/public/  
turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm](http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm), Erişim Tarihi:  
11.04.2014

İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik  
Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29.03.2013-28602

İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri  
Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29.12.2012-28512

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete,  
Tarih/Sayı: 29.12.2012-28545

İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine  
İlişkin Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 17.07.2013-28710

İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, T.C Resmî  
Gazete, Tarih/ Sayı: 18.06.2013-28681

İzzettin, F. V, Sancar, M., Acar, Sancar, A., Apikoğlu-Rabuş, Ş.  
(2013). İlaç Yönetimi. (Hastane Yönetimi), Bölüm.İstanbul, Nobel  
Tıp Kitabevi, (55, ss 845-862)

Jeng, J. (2005). Usability Assessment of Academic Digital  
Libraries: Effectiveness, Efficiency, Satisfaction and Learnability.  
School of Communication, Information and Library Studies,  
Rutgers, The State University of New Jersey.

Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey  
Process Guide, (4th Edition for Academic Medical Centers), 2013

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. (4th Edition), 2011

Kaji, A.H., Lewis, R.J., (2008) Assessment of the reliability of the Johns Hopkins/Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Disaster Drill Evaluation Tool. US National Library of Medicine National Institutes of Health, (52(3): ss204-10)

Kalite İndikatörleri ve SİYÖS, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2014). Ankara

Kaya, A. (2010). "Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul

Esen Ş, Saniç A, Leblebicioğlu H (editörler). Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları Kitabı. (1. Baskı). Samsun: SİMAD Yayınları, (ss:105-13).

Keskin H, Özdemir T. (1995). Çene – Yüz Protezleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları

Kılıçarslan M.A. (2013). Dört Elli Diş Hekimliğinde Yardımcı Personel ve Klinik Yöntemi. Ankara: Palme Yayıncılık

Kılıçarslan MA. (2005). Sabit protez X. sınıf ders kitabı. Ankara: Şule Ofset Matbaacılık

Kılıçarslan MA. (2005). Sabit protez XI. sınıf ders kitabı. Ankara: Şule Ofset Matbaacılık

Küçükler, N.D., Çelebi, G. (2009). "Hastane Enfeksiyonları Kontrolünde Çamaşırhane" Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel Sunumu

Küçükler, N. D., Çelebi, G. (2009). "Hastane Enfeksiyonları Kontrolünde Çamaşırhane" Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel Sunumu.

Külekçi, G. (2007). "Diş Hekimliği İnfeksiyon Kontrol Rehberi" Türk Diş Hekimleri Birliği, İstanbul Diş Hekimleri Odası, İstanbul

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981

Meral, Y. (2006). "Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma" Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

"Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences", WHO, (2009). Erişim: [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf), Erişim Tarihi: 11.08.2014

Nielsen, J. (1993). Usability Engineering. Boston Academic Press, Boston.

NIOSH Publication. (1988). "Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers", No. 88-119

OECD Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report (2009), Health Working Papers, No. 47, 2009

OECD, Health at a Glance, OECD Indicators, 2011

Okay, A. (2012). Sağlık İletişimi. Derin Yayınları

Ovayolu, N., Bahar, A. (2006). "Hemşirelikte Kalite" Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. (Cilt: 9; Sayı: 1)

"Öncü, S. (2011). "Cerrahide Antibiyotik Profilaksisi" Ulusal Cerrahi Dergisi. (27(3): 176-181). Erişim: <http://www.ulusalcerrahidergisi.org/text.php?id=947>, Erişim Tarihi: 10.07.2013

Özel Hastaneler Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 27.03.2002-24708

Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikler, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 13.04.2003-25078; 14.01.2004-25346; 03.03.2004-25391; 28.5.2004-25475; 21.10.2006-26326; 15.02.2008-26788; 23.07.2008-26945; 11.03.2009-27166

Özli, T. ( 2005). Kuramsal Metinler, "Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakınız var, Çünkü Hastasınız." TİMAŞ Yayınları, İstanbul

Özli, T. (2005). Hasta Hakları. TİMAŞ Yayınları, İstanbul

"Philips, RL., Dovey SM., Hickner, JS., Graham, D., Johnson, M. (2005) "The AAFP Patient Safety Reporting System; Development and Legal Issues Pertinent to Medical Error Tracking and Analysis"" In: Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Vol.3 ,page 34-121). Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookself/br.fcgi?booksaps3&partsA4255>, Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2010

Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge, T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tarih/Sayı: 2010/73-80

Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities, WHO, 2004, Regional Office for South-East Asia, New Delhi

Pugh, D. S., (Ed). (1990).Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.

"Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality"(AHRQ).Erişim: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/index.html>, Erişim Tarihi: 03.01.2015

"Radyasyon Güvenliği Komiteleri Çalışma Usul ve Esasları".Erişim: <http://www.taek.gov.tr/belgeler-formlar/rsgd-formlari/usul-esaslar/>,Erişim Tarihi:10.07.2013

Radyasyon Güvenliği Tüzüğü, T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 07.09.1985-18861

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 24.03.2000-23999

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 30 Haziran 2010-27600

Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 09.03.2013-28582

Raju, P. S., Lonial, S. C. (2003). "The Impact of Service Quality and

Marketing on Financial Performance in the Hospital” Industry: An Empirical Examination. Journal of Retailing and Consumer Services. (Cilt.9(6), ss335-348)

Rampton, G.M., Turnbull, L.J., Doran, J. A. (1999). Human Resource Management Systems: A Practical Approach, (2nd edition) Ontario: Carswell Thomson Professional Publishing, (ss.25)

“Recommendations of the International Commission on Radiological Protection, (2007). ICRP publication 103.Erişim:[http://www.icrp.org/docs/ICRP\\_Publication\\_103\\_Annals\\_of\\_the\\_ICRP\\_37%282-4%29-Free\\_extract.pdf](http://www.icrp.org/docs/ICRP_Publication_103_Annals_of_the_ICRP_37%282-4%29-Free_extract.pdf) , Erişim Tarihi: 13.11.2014

Restuccia, D.J. (2013). Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, (Çev. KAYA, S.)

Robert, J.M et. Al. (2010). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Klavuz (Çev.T.C.Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü), Ankara

Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, (2005),(ss:34-121). internet erişimi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?booksaps3&partsA4255>. Erişim tarihi: 17.03. 2014.

Rootman, I. et.al. (2001). Evaluation in Health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series

“Rubin, D. L. (2010). Informatics in Radiology: Measuring and Improving Quality in Radiology: Meeting the Challenge with Informatics Erişim: DOI: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.316105207>, Erişim Tarihi: 11.11.2014

Rutala, W. A., Weber, D. J. (2007). Sterilization and Disinfection. Jarvis WR (eds). Bennett and Brachman’s Hospital Infections. (5.bs), 20. Bölüm. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete Tarih/Sayı: 26 Mart 2013-28599

Sağlık Bakanlığına Bağlı Pilot Hastanelerdeki Tıbbi Kayıt ve Hasta Dosyaları Arşiv Sistemlerinin ICD 10 AM Kodlamaları Açısından Değerlendirme Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı 06.06.2007 Tarihli ve 5228 Sayılı Makam Onayı

Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 06.08.2013-28730

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 05 Temmuz 2012-28344

Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, 2012, Ankara

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 01.03.2011 Tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı

Sağlıkta Performans Yönetimi, (1. Baskı) T.C. Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2006), Ankara

Sağlıkta Performans Yönetimi, (2. Baskı) T.C. Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2007), Ankara

Samastı, M. (2008). "Hastanelerde Dezenfeksiyon Kullanım Esasları, Yapılan Hatalar" İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi. (Cilt: 60, ss: 143-168)

Sistrom C. L. (2009). "The Appropriateness of İmaging: Comprehensive Conceptual Framework" Radiology. (251(3):ss49-637)

SKS Doküman Yönetim Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2013, Ankara

SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1. Cilt, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, Ankara

SKS Işığında Sağlıkta Kalite 2. Cilt, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, Ankara

SKS Işığında Sağlıkta Kalite 3. Cilt, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri



Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı,  
2012, Ankara

SKS ve İlaç Güvenliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel  
Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, Ankara

Starfield, B., Shi, L. (2007). "The Medical Home, Access to Care,  
and Insurance" Pediatrics, (113(5), ss:1493-8)

Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, Dezenfeksiyon Antisepsi  
Sterilizasyon Derneği (DAS), 2015

Sur, H. (2012). Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları  
İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları

Sur, H. Palteki, T. (2013). Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevi,  
İstanbul. (ss 509-519)

Süngü, A. (2007). "Ameliyathane Havalandırma Sistemleri IVF ve  
Genetik Laboratuvar Havalandırma Sistemleri" 5. Ulusal Sterilizasyon  
Dezenfeksiyon Kongresi, Erişim: [http://www.das.org.tr/kitaplar/  
kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf](http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf) Erişim Tarihi:10.07.2013

Şimşek, Ö. Y. ve diğerleri (2012). "Neredeyse Kaybedilecek (near  
miss) Obstetrik Hasta Profili, Tedavi Sonuçları ve Maternal  
Mortalite Değerlendirmesi: Üçüncü Basamak Merkez Deneyimi"  
Perinatoloji Dergisi ( 20(1):1-5).

T.C. Sağlık Bakanlığı "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Alımları  
Genelgesi" Sayı: 010-06-7816 Tarih 25 Şubat 2010

T.C. Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair  
Genelge, Tarih/Sayı: 14.05.2012-951.99/6665

T.C. Sağlık Bakanlığı, Akılcı İlaç Kullanımı İnternet Sitesi. Erişim: [http://  
www.akilciilac.gov.tr/](http://www.akilciilac.gov.tr/), Erişim Tarihi: 25 Haziran 2013.

T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı,  
"Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken  
Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, Tarih: 30.10.2012

T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi

Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, Resmi Gazete  
Tarih/Sayı: 11 Ağustos 2005-25903

T.C. Sağlık Bakanlığı, Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi,  
Tarih/Sayı: 20 Ağustos 2008-2652

Tatar, M.(Ed). (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir  
Anadolu Üniversitesi

Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete,  
Tarih/Sayı: 14.03.2005-25755

Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara

Thompson, B.L., (1998). Yönetim Fonksiyonları. (Çev.Diker, V.G.),  
Hayat Yayınları, İstanbul

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete,  
Tarih/Sayı: 22.07.2005-25883

“Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında  
Yönetmelik Taslağı Erişim: <http://www.medikalplus.com/muhittin-erturk/746-tibbi-cihazlarin-test-kontrol-ve-kalibrasyon-hakkindaki-yonemelik-taslagi.html> Erişim Tarihi: 05.12.2014

“Türkiye Atom Enerjisi Kurumu. Erişim: <http://www.taek.gov.tr>, Erişim tarihi: 10.07.2013

Türk Dil Kurumu, Erişim :[www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr), Erişim Tarihi: 20.06.2016

Ulusoy M, Aydın K. Diş hekimliğinde hareketli bölümlü protezler.  
1. Cilt. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2003

Usluer, G. ve diğerleri (2006). İzolasyon Önlemleri Kılavuzu, Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, (Cilt: 10, Ek 2)

Uztuğ, F. (Ed). Kurumsal İletişim. Eskişehir Anadolu Üniversitesi,  
Yayın No 1562

Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim.  
Literatür Yayınları

WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to action, ,2005

WHO, Core components for infection prevention and control programmes, Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care, 2008

WHO, Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013

WHO, Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009

WHO, Health Promotion Glossary, 1998

WHO, Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences, 2009

WHO, Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide 2nd edition, 2002

WHO, Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists, 2013

WHO, Safe Surgery Save Lives, safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists, 2009

WHO, World Alliance for Patient Safety, 2009

Williams, SJ., Calnan, M., (1991). Convergence and Divergence: "Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine", (cilt.33 (6), ss707-716).

World Alliance for Patient Safety, World Health Organization, 2009

Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 20.08.2008-2652

Yapı Denetimi Uygulama Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 05.02.2008-26778

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, T.C. Resmi

Gazete, Tarih/ Sayı: 11.08.2005-25903

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 25.06.2011-27975

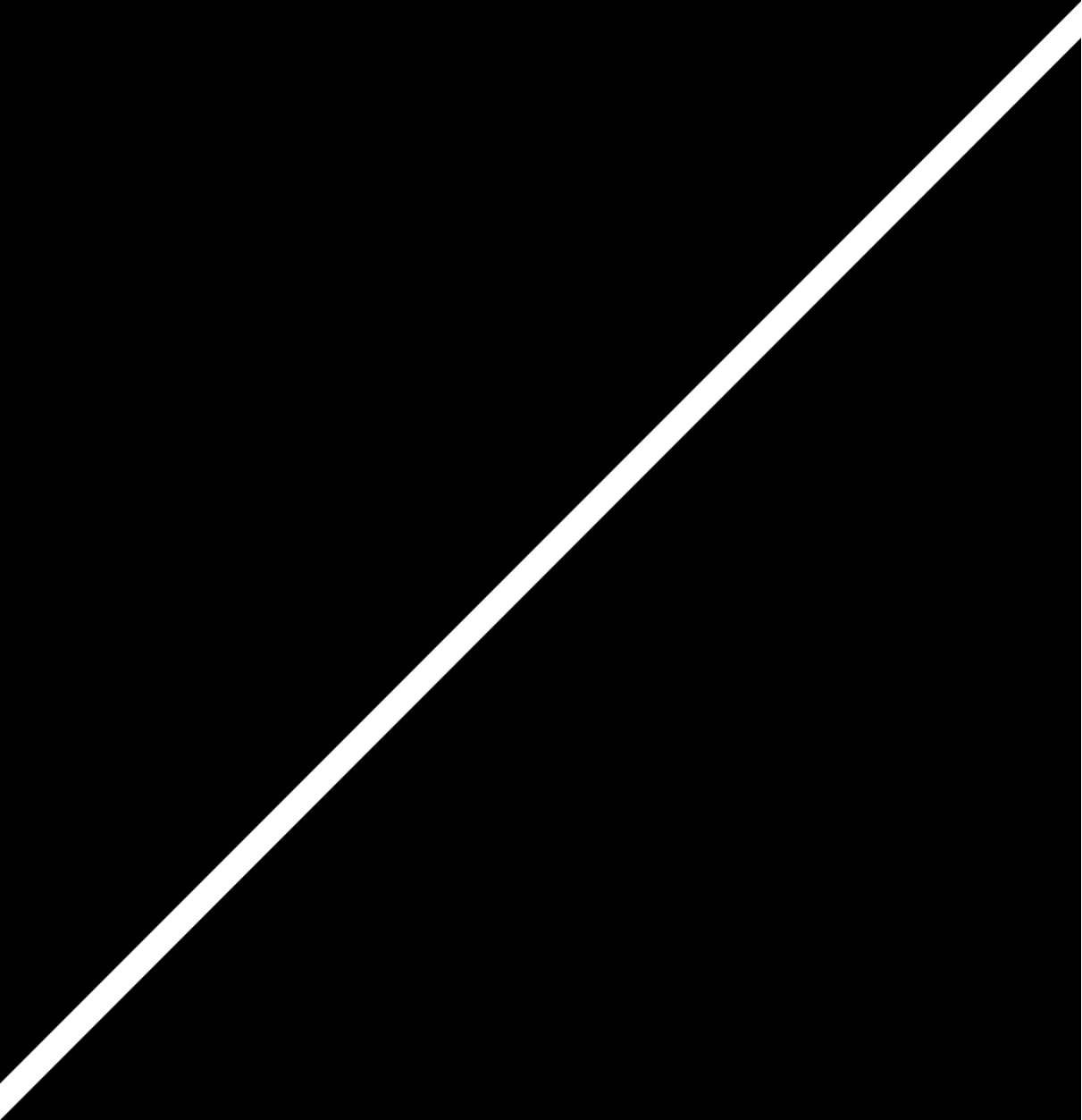
Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 13.01.1983-17927

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi, T.C. Sağlık Bakanlığı 06.11.2001 Tarihli ve 10588 Sayılı Makam Onayı

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı 06.06.2007 Tarihli ve 5228 Sayılı Makam Onayı

Zaimoğlu A, Can G. Sabit Protezler. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2004

# İndeks



**A**

Advers	3, 6, 49, 148, 152, 264, 276
Afet	ix, 25, 30, 32, 41, 42, 45, 46, 59, 73, 89, 90, 91, 92, 262
Ağrı	10, 157
Alet	7, 49, 56, 71, 86, 140, 142, 145, 248
Ameliyat	ix, 3, 25, 32, 41, 42, 51, 52, 56, 57, 129, 149, 168, 169, 185, 186, 187, 188, 189, 248, 249, 262, 263, 274
Ameliyathane	ix, 3, 25, 32, 42, 51, 57, 129, 149, 168, 185, 186, 187, 188, 249, 262, 263, 274
Analiz	3, 8, 13, 28, 45, 49, 55, 82, 83, 86, 87, 88, 110, 119, 127, 134, 137, 198, 202, 209, 213, 244, 245
Anestezi	52, 57, 168, 188, 189, 249
Anket	xi, 47, 48, 68, 101, 111, 127
Antibiyotik	3, 57, 132, 148, 249, 270
Antisepsi	iv, 3, 48, 132, 135, 274
Arşiv	ix, 25, 30, 32, 41, 42, 45, 54, 55, 79, 91, 191, 227, 228, 229, 230, 231, 263, 272, 277
Asgari	2, 10, 62, 64, 65, 72, 74, 82, 86, 87, 90, 91, 92, 93, 96, 100, 102, 111, 112, 125, 127, 132, 133, 134, 135, 140, 145, 148, 150, 156, 158, 159, 161, 163,

164, 165, 166, 167, 181, 182, 183, 186, 189, 202, 203, 212, 213, 215, 217, 218, 222, 223, 225, 228, 229, 230, 231, 234, 235, 245, 274
---

**Atık**

ix, 25, 30, 32, 41, 42, 50, 55, 132, 136, 154, 191, 198, 233, 234, 235, 262
---

**B****Bağıışıklık**

137, 166
----------

**Bakım**

ix, x, 4, 8, 9, 11, 13, 133, 140, 143, 145, 155, 187, 188, 218, 253, 256, 262, 264
--

**Bertaraf**

4, 6, 10, 50, 55, 233, 234, 235
---------------------------------

**Beslenme**

102, 105, 157, 160, 188
-------------------------

**Bildirim**

19, 25, 30, 32, 41, 42, 45, 47, 48, 53, 54, 110, 111, 124, 127, 132, 148, 152, 154, 163, 181, 194, 224
--

**Bilgi**

ix, x, xiii, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 145, 150, 151, 152, 189, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 252, 273
--

**Bilgilendirme**

12, 64, 74, 105, 111, 112, 160, 168, 179, 182, 189, 206, 212
--

**Bilgisayar**

4, 54, 118, 217
-----------------

**Bina**

46, 52, 73, 91, 97, 194, 216, 263, 268
--

**Bölüm**

v, 3, 4, 8, 9, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54,
--

	55, 56, 57, 64, 65, 69, 70, 78, 82, 83, 92, 100, 101, 110, 114, 115, 119, 122, 123, 124, 125, 132, 157, 159, 163, 164, 167, 168, 172, 179, 183, 186, 195, 196, 198, 202, 213, 215, 217, 223, 230, 234, 244, 247, 248, 252, 256, 268, 272, 275		205, 209, 235, 239, 244
Boyut	7, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 37, 40, 42, 43, 44, 46, 48, 52, 55, 235	Çevre	iv, x, 4, 6, 7, 10, 13, 52, 63, 81, 82, 95, 96, 134, 163, 166, 196, 233
<b>C</b>		Çocuk	2, 105, 126, 167, 174, 198, 206, 209, 252, 253
Cerrahi	xi, 3, 7, 8, 11, 50, 52, 57, 70, 86, 168, 169, 185, 186, 187, 188, 189, 248, 249, 270	<b>D</b>	
Cihaz	iv, v, ix, 4, 8, 12, 25, 30, 32, 41, 42, 49, 51, 52, 54, 70, 73, 91, 93, 126, 140, 142, 143, 144, 145, 167, 173, 181, 186, 188, 191, 215, 221, 222, 223, 224, 239, 275	Danışma	47, 118
<b>Ç</b>		Değer	xi, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 55, 187
Çalışan	18, 22, 23, 24, 28, 29, 32, 33, 34, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 53, 55, 56, 68, 70, 71, 75, 78, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 113, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 157, 159, 161, 164, 166, 168, 178, 179, 180, 181, 183, 193, 196, 198, 201, 202, 204,	Deneyim	ix, 25, 30, 32, 41, 42, 46, 107, 274
		Depo	6, 8, 10, 14, 52, 93, 97, 198, 203, 204, 205, 223, 225, 234, 235, 262
		Destek	10, 15, 18, 23, 24, 25, 32, 40, 41, 42, 43, 52, 54, 61, 92, 95, 124, 132, 141, 188
		Dezenfeksiyon	iv, 4, 5, 48, 49, 132, 135, 136, 142, 186, 203, 204, 205, 222, 234, 269, 273, 274
		Diş	iv, v, vi, vii, xi, xii, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 33, 41, 94, 102, 105, 157, 159, 165, 179, 183, 243
		Doküman	viii, xi, xii, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 25, 30, 31, 32, 41, 42, 45, 59, 68, 77, 78, 79, 82, 101, 102, 133, 140, 156, 161, 163, 164, 181, 186, 212, 222, 223, 225, 228, 229, 230, 234,



	244, 265, 273
Donanım	65, 151, 174, 175, 213, 217, 218
Dosya	14, 54, 57, 100, 101, 145, 154, 188, 189, 216, 228, 229, 230, 231, 248, 272
Dozimetre	175
Düşme	ix, 7, 50, 52, 70, 86, 93, 157, 163, 194, 252, 253, 256, 257, 258
Düzeltilici	xiii, 5, 55, 69, 74, 88, 94, 95, 96, 119, 124, 248
Düzenleme	14, 28, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 74, 78, 79, 82, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 104, 110, 114, 115, 119, 120, 122, 124, 126, 127, 135, 136, 137, 149, 151, 152, 153, 154, 165, 166, 168, 169, 173, 178, 181, 186, 187, 188, 195, 196, 197, 198, 199, 204, 205, 206, 207, 208, 213, 214, 216, 217, 222, 223, 225, 228, 231, 234, 239, 244, 245
Düzey	viii, x, 9, 10, 19, 20, 22, 28, 33, 34, 35, 45, 52, 81, 82, 83, 89, 100, 101, 103, 105, 110, 123, 127, 133, 136, 157, 163, 172, 188, 202, 212, 256

**E**

5 Endikasyon	134
Eczane	4, 49, 149, 150, 151, 154, 215

Eğitim	ix, x, 4, 6, 9, 25, 30, 32, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 51, 54, 55, 56, 59, 64, 68, 70, 71, 72, 73, 82, 87, 92, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 113, 118, 119, 122, 123, 125, 126, 133, 136, 137, 151, 152, 160, 161, 164, 173, 175, 179, 180, 181, 189, 202, 204, 205, 214, 215, 223, 224, 225, 229, 234, 235, 244, 248, 253, 256, 263, 268, 269, 273, 274
Ekip	69, 94, 148, 194
Ekipman	2, 8, 11, 48, 91, 97, 102, 118, 125, 136, 140, 151, 164, 166, 167, 202, 204, 205, 208, 209, 234, 239, 253, 256
El Hijyeni	5, 29, 48, 56, 102, 132, 133, 134, 160, 248
Endikasyon	5, 133, 134
Enfeksiyon	ix, xiii, 3, 5, 7, 13, 25, 29, 30, 32, 33, 35, 41, 42, 48, 49, 57, 70, 129, 131, 132, 137, 139, 160, 186, 187, 197, 202, 249, 262, 263, 269, 273, 275, 276, 277
Engelli	47, 48, 52, 105, 112, 120, 126, 196
Envanter	5, 91, 181, 217, 223, 225
Erişim	ix, 25, 30, 32, 41, 42, 47, 54, 78, 107, 118, 120, 149, 212, 219, 223, 228, 231, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271,

	272, 274, 275		10, 11, 12, 13, 14, 15, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 64, 65, 68, 70, 72, 75, 79, 81, 82, 85, 86, 91, 92, 93, 99, 100, 102, 105, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 145, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 171, 172, 174, 175, 185, 186, 188, 189, 211, 215, 248, 252, 253, 256, 262, 263, 264, 266, 270, 271, 272, 274
<b>F</b>			
Faaliyet	x, xi, xiii, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 18, 22, 23, 24, 26, 44, 46, 49, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 78, 83, 88, 94, 95, 96, 99, 105, 119, 122, 123, 124, 126, 137, 212, 239, 245, 248		
Faktör	9, 13, 63, 69, 118, 123, 157, 163, 252, 253, 256		
Farmakovijilans	xiii, 6, 49, 152		
Format	78, 157, 168		
<b>G</b>			
Görev	19, 28, 33, 35, 44, 45, 61, 62, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 82, 89, 90, 100, 114, 122, 132, 137, 148, 179, 209, 212, 222, 234, 235, 268	Hata	9, 15, 53, 56, 57, 87, 148, 153, 154, 213, 214, 216, 219, 248, 249, 273
Görüntüleme	174	Havalandırma	51, 52, 132, 136, 141, 173, 178, 187, 197, 205, 206, 207, 208, 274
Görüş	xi, 19, 45, 47, 48, 65, 82, 86, 88, 101, 110, 125, 127, 159, 263	Hekim	vi, 9, 10, 12, 14, 47, 65, 94, 102, 111, 112, 114, 119, 125, 150, 157, 158, 164, 165, 168, 179, 183, 208, 212, 264, 266, 269, 270, 275
Gösterge	ix, xi, 6, 7, 18, 23, 24, 25, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 52, 55, 57, 68, 148, 188, 241, 243, 244, 245, 247, 248, 249	<b>İ</b>	
Gözlem	101, 134	İlaç	xi, 2, 3, 7, 10, 12, 15, 49, 50, 93, 94, 102, 111, 112, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 161, 167, 262, 268, 274
Güncelleme	9, 78, 158, 214	İletişim	7, 9, 44, 50, 52, 61, 64, 65, 70, 92, 95, 96, 111, 152, 159, 181, 196, 202, 217, 219, 270, 275
Güvenlik	iii, 7, 54, 86, 92, 133, 141, 163, 189, 205, 209, 218, 219, 268	İlk yardım	91
<b>H</b>		İmha	45, 50, 79, 154, 231
Hasta	ix, x, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9,		

İndikatör	136, 142, 143, 145	260, 262, 270, 273	
İnternet	110, 272, 274	Kaza	3, 52, 90, 198, 199, 202, 234, 235
İşlem	3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 112, 134, 143, 179	Kimlik	8, 50, 56, 70, 151, 161, 162, 189, 223, 248
İstatistik	104, 119	Kırmızı	46, 96, 162, 197
İstem	14, 49, 148, 150, 174, 215	Klinik	v, 7, 32, 34, 50, 57, 134, 152, 157, 166, 168, 215, 229, 249, 269
İstihdam	48, 122	Kod	5, 30, 31, 32, 33, 44, 46, 55, 56, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 82, 83, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 104, 105, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 172, 173, 174, 175, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 186, 187, 188, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 222, 223, 224, 225, 228, 229, 230, 231, 234, 235, 239, 244, 245, 248
İyileştirme	x, 6, 7, 13, 22, 28	Kök	8, 83, 88
İzlem	7, 9, 18		
İzlenebilirlik	49, 145		
İzolasyon	7, 48, 132, 135, 275		
<b>K</b>			
Kalibrasyon	v, 7, 54, 73, 143, 145, 181, 222, 224, 275		
Kalite	i, ii, iii, vii, x, xi, xii, 5, 7, 10, 11, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 44, 55, 57, 59, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 77, 78, 82, 110, 123, 124, 127, 145, 181, 203, 237, 241, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 252, 256, 262, 263, 264, 266, 269, 270, 272, 273, 274		
Kamu	iv, 7, 20, 63, 64, 263, 269		
Kanal	9, 57, 249		
Kayıt	14, 70, 74, 78, 90, 92, 94, 95		
Kaynak	ix, xi, 5, 6, 14, 45, 47, 48, 52, 55, 57, 63, 70, 78, 82, 90, 91, 92, 101, 122, 132, 137, 171, 188, 191, 194, 197, 218, 237, 239, 245, 249,		



Medikal	52, 188, 197, 199, 275	Organ	5, 11, 189
Memnuniyet	9, 18, 24, 68, 109, 118, 119, 155, 201, 214, 264, 266, 270	Organizasyon	x, 9, 10, 11, 21, 28, 44, 61, 62, 63, 65, 91, 92, 94, 95, 96, 262
Meslek	6, 7, 13, 14, 28, 45, 56, 83, 100, 101, 122, 123, 126, 132, 133, 152, 156, 159, 164, 248	Orijinal	78, 153
Miat	94, 149, 151, 154, 167	Otelcilik	ix, 10, 25, 30, 32, 41, 42, 53, 191, 201
Misyon	10, 14, 44, 63, 65	Otoklav	49, 52, 54, 143, 199, 224
Model	56, 161, 179, 180, 181, 182, 183, 217, 248	Ö	
Morbidite	104	Ölçü	56, 57, 187, 249, 266
Mortalite	274	Ölçüm	123, 172, 187, 198, 223
Muayene	14, 52, 53, 56, 113, 119, 120, 157, 183, 199, 208, 248, 266	Öneri	xi, 19, 45, 47, 48, 86, 88, 110, 112, 127, 154, 224
Müdahale	2, 3, 7, 14, 47, 50, 89, 91, 94, 95, 96, 110, 111, 112, 124, 127, 151, 167, 207, 219, 222	Önleyici	xiii, 5, 55, 69, 74, 88, 94, 95, 96, 105, 119, 124, 248
Muhafaza	4, 45, 49, 54, 79, 126, 144, 148, 149, 153, 188, 189, 204, 205, 222, 223, 227, 228	Öz	
<b>N</b>		değerlendirme	10, 44, 68, 69, 70, 101
Narkotik	10, 49, 153	Özellikli	11, 50, 65, 114, 115, 164, 166, 252
Nem	51, 141, 149, 178, 187, 205, 218, 223, 230	<b>P</b>	
Numune	3, 198, 204	Paketleme	49, 142, 145, 151, 203
<b>O</b>		Panel	206
Oksijen	2, 52, 93, 167, 188	Pano	45, 52, 79, 188
Olay	ix, 7, 12, 25, 30, 32, 41, 42, 45, 55, 56, 59, 85, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 111, 124, 152, 154, 163, 194, 209, 248	Performans	x, 11, 24, 48, 123, 187, 243, 263, 272, 273
Operasyon	57, 157, 161, 187, 188, 249	Personel	6, 13, 47, 48, 51, 53, 56, 67, 68, 89, 93, 94, 95, 110, 118, 122, 127, 134, 141, 149, 151, 154, 164, 175, 177, 178, 179, 186, 196, 204, 206, 212, 215, 218, 223, 234, 235, 239, 248, 269, 273
		Plan	4, 11, 14, 15, 21, 28, 44, 45, 46, 47, 50, 55, 56,

	57, 63, 67, 69, 72, 73, 77, 83, 87, 91, 92, 100, 101, 105, 110, 111, 114, 122, 123, 124, 127, 156, 157, 158, 159, 168, 181, 196, 202, 223, 224, 228, 231, 248, 249, 263, 271		165, 182, 183, 197, 215, 272
Poliklinik	4, 6, 47, 118, 119, 120, 149, 156, 215, 271	Raporlama	86, 87, 163
Popülasyon	46, 104, 105	Reaksiyon	152
Postoperatif	11, 169	Refakatçi	47, 115, 206
Preoperatif	11, 168, 262	Rehber	xi, 5, 12, 15, 35, 118, 135, 148, 270, 273, 274
Profil	64, 75, 244, 274	Rehberlik	xi, 22, 23, 61, 63, 64, 71, 74, 75, 78, 83, 86, 94, 95, 96, 101, 104, 113, 118, 120, 134, 137, 143, 144, 149, 153, 154, 156, 160, 161, 162, 166, 169, 172, 174, 179, 186, 187, 188, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 202, 212, 213, 214, 228, 230
Program	x, 20, 46, 48, 49, 71, 104, 105, 118, 119, 125, 132, 133, 143, 202, 217, 267, 269, 274, 276	Revizyon	13, 18, 100
Protez	ix, 7, 10, 11, 12, 25, 27, 30, 32, 41, 42, 51, 56, 57, 129, 160, 161, 168, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 215, 248, 249, 263, 264, 269, 275, 277	Risk	viii, ix, x, 8, 12, 13, 45, 46, 48, 50, 53, 59, 68, 70, 71, 81, 82, 83, 89, 90, 91, 95, 112, 124, 131, 132, 134, 137, 147, 148, 152, 153, 157, 163, 166, 169, 187, 213, 252, 253, 256, 257, 258, 267, 268
Psikotrop	12, 49, 153	Rıza	13, 15, 47, 54, 112, 114, 168
Puan	viii, xi, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 44, 46, 47, 48, 252, 256		
<b>R</b>		<b>S</b>	
Radyasyon	ix, 7, 12, 15, 25, 29, 32, 41, 42, 51, 70, 129, 171, 172, 173, 174, 175, 271, 273	Sağlık	ii, vii, x, xi, xii, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 44, 47, 48, 50, 53, 55, 56, 63, 70, 71, 72, 94, 103, 104, 105, 110, 113, 120, 121, 122, 123, 125, 131, 132, 133, 134, 137, 154, 156, 157, 159, 161, 164, 166, 167, 168,
Radyoaktif	12, 91, 234, 271		
Radyoloji	4, 51, 172, 173, 174, 175, 215		
Randevu	47, 65, 119		
Rapor	37, 82, 87, 92, 96, 142,		



Süreç	xi, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 28, 33, 34, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 68, 69, 82, 83, 86, 102, 109, 110, 113, 114, 118, 119, 122, 126, 127, 132, 135, 140, 141, 142, 145, 147, 148, 150, 154, 156, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 178, 179, 180, 181, 183, 186, 212, 213, 215		
Süreklilik	21, 22		
<b>T</b>			
Taburcu	13, 54, 102, 230		
Tahliye planı	92		
Tanım	xiv, 21, 23, 28, 33, 35, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 90, 94, 95, 96, 100, 110, 111, 114, 122, 123, 132, 135, 156, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 178, 179, 180, 181, 182, 198, 202, 203, 205, 209, 222, 223, 224, 228, 229, 231, 235, 239, 244, 245		
Tanıtım	ii, 44, 65, 75, 269		
Tarama	48, 56, 71, 105, 125, 137, 248		
Tatbikat	92, 94, 95, 96		
Teçhizat	54, 93, 153, 223, 224		
Tedavi	3, 4, 5, 6, 9, 14, 15, 22, 47, 50, 52, 53, 56, 57, 64, 102, 111, 113, 119, 120, 125, 137, 150, 152, 156, 157, 161, 162, 164, 165, 189, 230, 248, 249, 264, 274,		276, 277
		Tehlikeli	4, 14, 54, 73, 151, 222, 223, 225, 234, 275
		Teknik	v, 54, 141, 151, 153, 193, 217, 222, 224, 274
		Temiz	3, 4, 5, 8, 10, 48, 53, 97, 132, 135, 181, 186, 187, 198, 201, 202, 204, 205, 208, 222, 234
		Teşhis	3, 14, 22, 47, 91, 111, 113, 119, 230
		Tesis	ix, 7, 10, 14, 25, 29, 30, 32, 41, 42, 44, 46, 52, 73, 81, 82, 91, 92, 97, 132, 186, 191, 194, 198, 264, 274
		Test	3, 101, 142, 143, 145, 161, 187, 216, 275
		Teşvik	13, 18, 19, 29, 46, 48, 103, 104, 105, 126, 133
		Tetkik	9, 119, 161, 165
		Tıbbi	iv, v, ix, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 22, 24, 25, 30, 32, 41, 42, 47, 50, 52, 53, 54, 65, 70, 73, 89, 91, 93, 111, 112, 113, 114, 124, 161, 174, 188, 191, 206, 208, 211, 216, 222, 223, 224, 227, 228, 229, 267, 272, 274, 275, 277
		Toplantı	44, 45, 70, 74, 90
		Toplum	vii, 9, 13, 63, 103, 104, 105, 113
		Transfer	49, 50, 54, 70, 92, 140, 148, 151, 161, 163, 164, 165, 179, 189, 195, 222, 223
		Triaj	91, 92



**Tür** ii, x, 4, 5, 10, 12, 14, 64, 86, 111, 112, 113, 122, 161, 163, 203, 204, 227, 234, 235, 252

## U

**Uygulama** xi, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 19, 23, 37, 44, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 57, 63, 68, 70, 77, 92, 93, 94, 95, 96, 105, 110, 111, 114, 115, 127, 135, 137, 139, 144, 148, 150, 151, 152, 157, 158, 160, 161, 166, 168, 169, 174, 175, 185, 186, 188, 189, 196, 212, 214, 218, 249, 252, 256, 263, 266, 272, 276

**Uyum** 4, 6, 18, 19, 21, 35, 46, 48, 50, 56, 62, 72, 100, 101, 134, 159, 237, 248

## Ü

**Ünite** 6, 15, 49, 51, 140, 141, 142, 169, 172, 174, 175, 215

**Üniversite** iv, v, vi, 20, 262, 263, 266, 269, 270, 274, 275, 277

## V

**Vaka** 14

**Veri** 6, 14, 19, 47, 55, 110, 114, 127, 244, 245, 247

**Veritabanı** 54, 55, 216, 219, 245

**Vizyon** 14, 15, 44, 63, 65

**Vücut** 5, 7, 8, 11, 56, 71, 134, 248

## W

**Web** ii, 65, 86

## Y

**Yangın** 15, 46, 89, 90, 91, 92, 96, 97, 230, 263, 275, 276

**Yaralanma** 3, 56, 71, 78, 86, 235, 248

**Yaşlı** 47, 52, 105, 120, 196

**Yatak** 113, 206, 274, 276, 277

**Yedekleme** 216

**Yetki** 9, 14, 28, 33, 35, 44, 45, 61, 62, 68, 74, 82, 90, 122, 132, 152, 173, 179, 212, 216, 218, 223, 228, 233, 235, 268

**Yıkama** 3, 49, 140, 142, 145, 186, 203, 205

**Yönetim** iv, viii, ix, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 52, 53, 54, 55, 147, 148, 154, 172, 186, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 219, 222, 225, 233, 234, 235, 244

**Yöntem** xi, 4, 5, 13, 14, 23, 49, 82, 86, 100, 101, 133, 135, 141, 143, 145, 168, 179, 198, 222, 225, 245, 269

## Z

**Ziyaretçi** 114

**Zırlama** 15