



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

# Sağlıkta Kalite Standartları

**Ağız ve Diş Sağlığı  
Hizmetleri**



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Sürüm 4.0)

1. Baskı: Ankara, 2023

ISBN: 978-975-590-589-1

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1259

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı'na aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

### İletişim

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

E-posta: [shgm.kalite@saglik.gov.tr](mailto:shgm.kalite@saglik.gov.tr)

Web: [www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr)

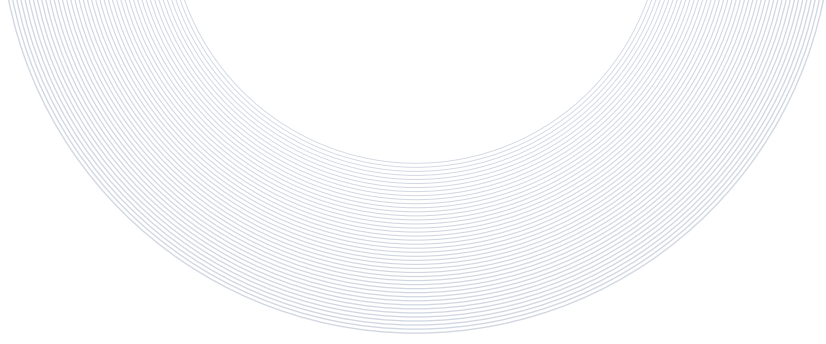
Grafik Tasarım & Baskı

Neyir Matbaacılık

Matbaacılar Sitesi 1341. Cd. No: 62 İvedik OSB/Yenimahalle-ANKARA

[www.neyir.com](http://www.neyir.com) – E-posta: [info@neyir.com](mailto:info@neyir.com)

Serfika No: 49891 Baskı Tarihi: 28.04.2023



*Bu kitap, ülkemiz sağlık insan gücünün sahip olduğu bilgi ve tecrübenin eseridir.*

*Kitapta emeği geçen Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı mensupları, akademisyenler, sağlıkta kalite değerlendiricileri, il kalite koordine edilmiş ve kalite yönetim birimi çalışanları, yöneticiler, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlığın tüm kahramanlarına minnet ve saygı ile...*





# SUNUŞ

**B**akanlığımız tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan sağlıkta kalite çalışmaları hem kurumsal anlamda hem de içerik olarak her geçen gün gelişmeye devam etmiş ve uluslararası arenada örnek teşkil edecek bir yapıya sahip olmuştur. Hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetinin sağlanması amacıyla çıkılan bu yolda, ülkemizin tüm coğrafi bölgelerinde farklı nitelikte hizmet sunan sağlık kuruluşlarında kalite kültürünün hissedilmesi gurur vericidir.

Türkiye sağlıkta kalite sistemi kapsamında planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler ve ülke sağlık politikaları ile öncelikleri esas alınarak yürütölmektedir. Sağlık hizmet sunum alanlarında kalite kültürünün geliştirilmesi ve benimsenmesi açısından büyük önem arz eden bu faaliyetler gerçekleştirilirken kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle hizmet sunumunda yer alan çalışanların kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi sağlanmaktadır.

Ulusal düzeyde tanımladığımız kalite sistemi; kurumsal yapı (merkez ve taşra teşkilatı), sağlık hizmet kalitesi (sağlıkta kalite standartları ve göstergeleri ile sağlıkta kalite değerlendirmeleri) ve Türkiye Klinik Kalite Programı olmak üzere üç yapı taşından oluşmaktadır. Tanımladığımız bu sistem kapsamında birçok hizmet alanı için sağlıkta kalite standart (SKS) setleri geliştirilmiş ve bu setler aracılığı ile sağlıkta kalite değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Geliştirilen ve yayımlanan standartların sağlık kuruluşlarında karşılanma düzeylerinin değerlendirilmesi, ortak bir dil kullanma ve kalite kültürü oluşturma çabalarımızı başarıya ulaştırmıştır.

Kalite çalışmalarının sağlık hizmetlerinde değişimin ve gelişimin öncüsü olması gerekliliğinden yola çıkarak her SKS seti üzerinde, güncel gelişmeler, ulusal ve uluslararası uygulamalar doğrultusunda revizyon çalışmaları yapılmaktadır. Genel Müdürlüğümüz tarafından ilk kez 2009 yılında ağız ve diş sağlığı hizmetleri için standartlar hazırlanmış ve hizmet sunucularının kullanımına sunulmuştur. Süreç içerisinde hizmet sunum alanında duyulan

ihtiyaçlar ve gelişmeler gözden geçirilerek 2011 yılında SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADSH) (S.2), 2017 yılında SKS ADSH (S.3) setleri yayımlanmıştır. 2017 yılında yayımladığımız SKS ADSH (S.3) seti üzerinde gerçekleştirdiğimiz revizyon çalışmalarımız ciddi bir emek ve gayretle devam etmiş ve SKS ADSH (S.4) seti yeni yüzü ve güncellenmiş bölümleri ile kullanıma sunulmuştur. SKS ADSH (S.4) setine Kurumsal Verimlilik, Evde Sağlık Hizmetleri bölümleri eklenmiş, bazı bölümlerin standartları ile birlikte adı değiştirilmiş, var olan diğer bölümler üzerinde güncelleme çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Bir önceki sette bulunan "Kalite Göstergeleri" bölümü SKS Gösterge Yönetim Rehberi'ne dahil edildiğinden SKS ADSH (S.4) setinden çıkarılmıştır.

SKS ADSH (S.4), ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan merkez ve hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır. Söz konusu set, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, risk yönetimi, hatalardan öğrenme ve sürekli kalite iyileştirme bakış açısı ile hazırlanan standartlar, değerlendirme ölçütleri, rehberlikler ve göstergeleri içerisinde barındırmaktadır. Uygulayıcı ve değerlendiricilerimiz tarafından dikkat edilmesi gereken husus, standart ve göstergeler ile birlikte Bakanlıkça yayınlanan uygulama rehberlerinin bir bütün olarak ele alınması ve uygulanması gerektiğidir.

Yayınlanan ilk standart setinden itibaren hazırlık ve güncelleme çalışmalarına destek veren, katkı sağlayan tüm paydaşlarımıza ve kalite ailesine teşekkürlerimizi sunar, SKS ADSH (S.4) setinin, ulusal ve uluslararası alanda sağlık hizmet sunumunun gelişimine katkı sağlamasını temenni ederim.

**Doç. Dr. İhsan ATEŞ**  
**Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü**

# İÇİNDEKİLER

<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	X
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	XI
<b>TANIMLAR</b> .....	1
<b>SKS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ (ADSH)</b> .....	13
Amaç ve Kapsam .....	16
Hedefler .....	16
Yapısal Çerçeve.....	17
SKS ADSH İlişki Matrisi .....	20
Kodlama Sistematiği.....	23
SKS ADSH Puanlandırma Metodolojisi .....	24
Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması .....	25
Standart ve Göstergelerin Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi .....	25
Kurum Kalite Puanının Belirlenmesi .....	26
Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar.....	27
<b>SKS ADSH (S.4) SETİ İLE DEĞİŞENLER</b> .....	29
<b>TABLolar</b> .....	33
<b>KURUMSAL HİZMETLER</b> .....	53
Kurumsal Yapı.....	55
Kalite Yönetimi .....	61
Doküman Yönetimi .....	69
Risk Yönetimi .....	73

Kurumsal Verimlilik .....	77
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi.....	81
Afet ve Acil Durum Yönetimi .....	85
Eğitim Yönetimi .....	97
Sosyal Sorumluluk.....	103
<b>HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER.....</b>	<b>107</b>
Hasta Deneyimi.....	109
Hizmete Erişim.....	117
Sağlıklı Çalışma Yaşamı .....	121
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ.....</b>	<b>129</b>
Hasta Bakımı.....	131
İlaç Yönetimi.....	147
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü .....	157
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri .....	165
Radyasyon Güvenliği.....	179
Dış Protez Laboratuvarı Hizmetleri .....	185
Ameliyathane.....	193
Evde Sağlık Hizmetleri .....	201
<b>DESTEK HİZMETLERİ.....</b>	<b>205</b>
Tesis Yönetim.....	207
Otelcilik Hizmetleri .....	219
Bilgi Yönetim Sistemi.....	229
Malzeme ve Cihaz Yönetimi .....	241
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri .....	251
Atık Yönetimi.....	257
Dış Kaynak Kullanımı .....	263
<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ.....</b>	<b>265</b>
Göstergelerin İzlenmesi.....	267



<b>EKLER</b> .....	271
<b>EK-1</b>	
Düşme Riski Ölçekleri .....	272
Harizmi II Düşme Riski Ölçeği .....	272
İtahi II Düşme Riski Ölçeği .....	275
<b>EK-2</b>	
Tanımlayıcı Figürler .....	278
<b>EK-3</b>	
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi .....	279
<b>YARARLANILAN KAYNAKLAR</b> .....	281

## TABLORAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> SKS ADŞH Boyut ve Bölümler Tablosu.....	19
<b>Tablo 2.</b> SKS ADŞH Bölümleri ve Hizmet Alanları İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden) .....	21
<b>Tablo 3.</b> Protez Laboratuvarında Uygulanması Gereken SKS ADŞH Bölüm ve Standartları.....	22
<b>Tablo 4.</b> SKS ADŞH Kodlama Sistematiğinde Harf Düzeni.....	23
<b>Tablo 5.</b> Örnek Kodlama Sistematiği.....	24
<b>Tablo 6.</b> Standardın Karşılama Düzeyine Göre Puanlama Örneği .....	26
<b>Tablo 7.</b> "Değerlendirme Dışı" Kavramının Kullanılması ile İlgili Kurallar....	28
<b>Tablo 8.</b> SKS ADŞH (S.4) Setinde Yeni Eklenen, Çıkarılan ve Değiştirilen Bölümler .....	30
<b>Tablo 9.</b> Sürüm 3 ile Sürüm 4 Boyut Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 10.</b> Sürüm 3 ile Sürüm 4 Boyut Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması (Özet Tablo).....	32
<b>Tablo 11.</b> Boyut ve Bölümler .....	34
<b>Tablo 12.</b> Sayısal Dağılım Tablosu (Genel) .....	35
<b>Tablo 13.</b> Sayısal Dağılım Tablosu (Özet Tablo) .....	36
<b>Tablo 14.</b> Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu.....	37
<b>Tablo 15.</b> Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu (Özet Tablo).....	38
<b>Tablo 16.</b> Standart Puan Tablosu .....	39

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları.....	14
Şekil 2. Standartların Geliştirilme Süreci .....	15
Şekil 3. SKS ADSH Hedefleri .....	16
Şekil 4. SKS ADSH Yapısı .....	17
Şekil 5. Güvenli ADSH.....	20



# TANIMLAR



**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 veya 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.

**Advers Reaksiyon:** Bir ilaca karşı gelişen zararlı ve amaçlanmayan cevaptır.

**Akılcı Antibiyotik Kullanımı:** Bir enfeksiyon hastalığının tedavi veya 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.

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

**Asepsi:** Temiz bir yüzey, ortam veya malzemeye mikrop bulaşmaması için alınan önlemlere denir.

**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:** Basılı ve elektronik ortamdaki tüm bilgilerin, yasal mevzuat ışığında hasarlardan korunması, doğru teknolojinin, doğru amaçla ve doğru şekilde kullanılarak "gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik" ilkeleri çerçevesinde istenmeyen kişiler tarafından elde edilmesini önlemektir.

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

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

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

**Dekontaminasyon:** Malzeme veya yüzeylerin, kontaminasyon oluşturan kirleticilerden arındırılarak kullanım öncesi haline döndürülmesinde uygulanan işlemlerin bütünüdür. Dekontaminasyon süreci tıbbi cihazlar için kullanım amacına göre; yıkama dezenfeksiyon basamaklarından veya yıkama, kurutma, paketlenme, steril etme basamaklarından oluşabilir. Kritik olmayan bir yüzeyi, çıplak elle dokunulduğunda enfeksiyon riski oluşturmayacak şekilde kan ve vücut sıvıları ile bulaşan mikroorganizmalardan arındırma işlemi de dekontaminasyon olarak tanımlanır.

**Denetimli Alan:** Radyasyon kaynağı ile çalışanların giriş ve çıkışlarının özel denetime, gerçekleştirilen faaliyetlerin radyasyondan korunma bakımından özel kurallara bağlı olduğu ve görevi gereği radyasyon ile çalışan kişilerin yıllık doz sınırlarının 6 mSv'den fazla radyasyon dozuna maruz kalabilecekleri, iyonlaştırıcı radyasyon kaynağının bulunduğu ve doğrudan radyasyona maruz kalınan alanı tanımlar.

**Dezenfeksiyon:** Enfeksiyon kaynağı olmasını önleyecek düzeyde, bir nesneyi veya ortamı mikroorganizmalardan arındırma işlemidir. Bakteri sporları ve mikobakterileri etkileme seviyelerine göre yüksek, orta ve düşük düzey dezenfeksiyon olarak üç kategoride değerlendirilir.

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

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

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

**Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır.

**Dozimetre:** İyonize radyasyon sonucu meydana gelen toplam birikmiş ışınlanmayı ölçen ve kaydeden taşınabilir ölçüm aletidir.

**Düzeltilici ve İyileştirici Faaliyet (DİF):** Tespit edilen uygunsuzluğu, oluşan problemin kaynağını ve uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmak ve mevcut durumu daha iyiye ulaştırmak üzere yapılan faaliyetlerdir.

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

**Endikasyon:** Bir uygulama, tedavi yöntemi veya 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 sıvısı, insan dokuları, organları, anatomik parçaları, otopsi materyali, plasenta, fetus ve diğer patolojik materyali, bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tamponlar, eküvyon ve benzeri atıkları, karantina altındaki hastaların vücut çıkartılarını, bakteri ve virüs tutucu hava filtrelerini, enfeksiyon yapıcı ajanların laboratuvar kültürlerini ve kültür stoklarını, enfekte hayvanlara ve çıkartılarına temas etmiş her türlü malzemeyi, veterinerlik hizmetlerinden kaynaklanan atıkları ifade eder.

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

**Evsel Atık:** Kurum bünyesindeki tıbbi, idari ve destek birimlerinde kaynaklanan tehlikeli, tıbbi ve radyoaktif atıklar dışındaki genel atıklar ile ambalaj atıklarıdır.

**Farmakovijilans:** Advers reaksiyonların ve ilaçla ilgili diğer sorunların tespit edilmesi, değerlendirilmesi, anlaşılması ve önlenmesine yönelik yürütülen faaliyetler ve bilimsel çalışmalardır.

**Farmakovijilans İrtibat Noktası/Sorumlusu:** Görev yaptığı sağlık kuruluşunda farmakovijilans çalışmalarını yürütmek ve TÜFAM'a bilgi akışını sağlamak üzere; kurum yönetimi tarafından görevlendirilmiş olan eczacı, hekim veya diş hekimidir.

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



**Geçici Depolama:** Atıkların, atık üreticisi tarafından işleme tesislerine ulaştırılmadan önce güvenli bir şekilde 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.

**Gözetimli Alan:** Radyasyon kaynağı ile çalışanlar için yıllık doz sınırlarının 1 mSv'i aşılma olasılığı olan, 6 mSv'i aşılması beklenmeyen, kişisel doz ölçümünü gerektirmeyen fakat çevresel radyasyonun izlenmesini gerektiren cihaz odası ile bağlantılı ve iyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile görsel takibi sağlanan alandır.

**Hasta Bakımı:** Hastaların, sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde tüm sağlık meslek grupları tarafından hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır. Hasta bakımı; ayaktan 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.

**Hasta Başı Test Cihazları (HBTC):** Kişisel test amaçlı olmayan, laboratuvar ortamı dışında genellikle hastanın yakınında veya yanında, bir sağlık profesyoneli tarafından kullanılan tıbbi tanı cihazlarıdır. Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokok antijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.

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

**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.

**İmza:** Kişinin herhangi bir belgeyi yazdığını veya onayladığını belirtmek için kullandığı işarettir (ıslak imza, e-imza gibi).

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

**İstenmeyen Olay:** Hasta ve çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) güvenliğini tehdit eden, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olayı ifade eder.

**İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi:** Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olayların bildirildiği, istenmeyen olayların risk analizlerinin yapılarak tespit edilen kök nedenlere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin yapılmasını hedefleyen kurumsal sistemdir.

**İz Kayıtları:** Bilgi yönetim sisteminde yapılan güncelleme ve silme işlemlerinin geriye dönük görülebilmesi ve izlenebilmesidir.

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

**Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR):** Ani kalp durması veya nefes alamama gibi vakalarda, kişiyi hayata döndürmek amacı ile uygulanan ilk yardım yöntemidir.

**Kesici-Delici Atık:** Enjektör ve diğer tüm tıbbi girişim iğneleri, lanset, kapiller tüp, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi suture iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar olarak tanımlanır.

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

**Kısıtlama:** Hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riskine karşı fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamaktır.

**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 Donanım:**

- Çalışanı, yürütülen işten kaynaklanan, sağlık ve güvenliği etkileyen bir veya birden fazla riske karşı koruyan, çalışan tarafından giyilen, takılan veya tutulan, bu amaca uygun olarak tasarımı yapılmış tüm alet, araç, gereç ve cihazları,
- Kişiyi bir veya birden fazla riske karşı korumak amacıyla üretici tarafından bir bütün haline getirilmiş cihaz, alet veya malzemeden oluşmuş donanımı,

- Belirli bir faaliyette bulunmak için korunma amacı olmaksızın taşınan veya giyilen donanımla birlikte kullanılan, ayrılabilir veya ayrılamaz nitelikteki koruyucu cihaz, alet veya malzemeyi,

- Kişisel koruyucu donanımın rahat ve işlevsel bir şekilde çalışması için gerekli olan ve sadece bu tür donanımlarla kullanılan değiştirilebilir parçalarını ifade eder.

**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:** Problemin neden ve nasıl meydana geldiğinin tespit edilmesi ve sistemdeki aksaklıkların kalıcı bir şekilde düzeltilmesini amaçlayan bir analiz yöntemidir. Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizinde, tarafsız ve analitik bir yaklaşım oluşturulmalı, suçlu aranmamalı, soruna neden olan süreç, sistem veya koşulların tespit edilmesi temel amaç olmalıdır.

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

**Kurum:** Kamu, özel ve üniversite statüsünde bulunan ağız ve diş sağlığı merkez ve hastanelerini ifade eder.

**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.

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

**Minimal Etkin Konsantrasyon (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 özgün farklılıklarını ve felsefesini ortaya koyan, kuruluşu diğer sağlık kuruluşlarından ayıran soyut ve 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 yoluyla yok edilmesi veya zararsız hale getirilmesidir.

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

**Otelcilik Hizmeti:** Sağlık hizmeti veren kuruluştaki 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.

**Ölçüm Belirsizliği:** Ölçülen büyüklüğe karşılık gelebilecek değerlerin dağılımını karakterize eden bir parametre olup, ölçülen büyüklüğün gerçek değer etrafında bulunabileceği aralığı tanımlar.

**Öz Değerlendirme:** Kurum kalite yönetim biriminin 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, disiplinlerarası iş birliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

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

**Patolojik Atık:** Cerrahi girişim, otopsi, anatomi veya patoloji çalışması sonucu ortaya çıkan doku, organ, fetüs, vücut parçaları ve vücut sıvılarını 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 ihtiyaçlarını gideren yapay oluşumlardır.

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

**Psikotrop İlaç:** Merkezi sinir sisteminde etkisini gösteren ve beynin işlevlerini değiştirerek algıda, ruh hâlinde, bilinçlilikte ve davranışta geçici değişikliklere neden olan, uzun süre kullanıldığında fiziksel bağımlılığa yol açan ilaçlardır.

**Radyasyon Uyarı İşaretleri:** Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan, radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren ve bu alanlarda geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini ifade eden işaretlerdir.

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

**Rehber:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacı ile 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:** Tehlikeden kaynaklanabilecek kayıp, yaralanma veya başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalidir.

**Risk Değerlendirmesi:** Kurumda var olan veya dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacı ile yapılması gerekli çalışmalardır.

**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 olumsuz etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir.

**Sağlık Gözetimi:** İş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanların sağlığının korunması amacıyla, maruz kaldıkları risk faktörleri göz önüne alınarak yapılan muayene ve tetkiklerin bütünüdür.

**Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon (SHİE):** Hastaya bir sağlık kurumunda bakım veya sağlık hizmeti sunulması sırasında gelişen ve o kuruma başvuru sırasında var olmayan veya kuluçka döneminde olmayan enfeksiyonlardır. Kurumda sunulan hizmetle ilişkili olarak gelişen ancak taburculuk sonrasında bulgu veren enfeksiyonlar ve ilgili sağlık kurumundaki sağlık çalışanlarında meslekleriyle ilişkili olarak gelişen enfeksiyonlar da bu kategoride ele alınır.

**Sözel İstem:** Hekimin yazılı olarak istem veremeyeceği zorunlu hallerde, istemi ilgili sağlık çalışanına sözlü olarak iletmesidir.

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

**Tehlike:** Kurumda var olan veya dışarıdan gelebilecek; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, kurum ve kurum ekipmanını etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelidir.

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

**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 ilişkin tüm çalışmaların gerçekleştirilmesidir.

**Test, Kontrol ve Kalibrasyon:** Bir cihazın, ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici kriterleri dikkate alınarak belirlenmiş olan çalışma aralığında olup olmadığını tespit etmek amacı ile ayarlama faaliyetleri hariç olmak üzere gerçekleştirilen deneysel, duyuşsal ve ölçümsel faaliyetlerin tamamını ifade eder.

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

**Tıbbi Kayıt:** Muayene, teşhis ve tedavi amacı ile kurumda hizmet verilen hastalar ile adli vakalara ait her türlü elektronik veya manuel belgeyi ifade etmektedir.

**Tıbbi Müdahale:** Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde hastanın bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik gerçekleştirilen her türlü faaliyeti ifade eder.

**Türkiye Sağlıkta Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi (ÇGBS):** Sağlık kurumlarında çalışanların güvenliğini tehdit eden, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olaylar ile olaylara sebep olabilecek hataların bildirilmesi için geliştirilmiş ulusal sistemdir.

**Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi (HGBS):** Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta güvenliğini tehdit eden, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olayların bildirilmesi için geliştirilmiş ulusal sistemdir.

**Varlık (Bilgi Yönetimi):** Kuruma ait tüm hassas bilgiler ve bu bilgilerin işlendiği ortamlardır.

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

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

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



# SKS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ (ADSH)



Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır. "Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi"nin üç önemli yapı taşı bulunmaktadır (Şekil 1).

► **Merkez ve Taşra Teşkilatı Kurumsal Yapısı**

► **Sağlık Hizmet Kalitesi**

- Sağlıkta Kalite Standartları
- Sağlıkta Kalite Göstergeleri
- Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

► **Klinik Kalite**

- Klinik Kalite Standartları
- Klinik Kalite Göstergeleri
- Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi



Şekil 1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları

Bu amaç doğrultusunda hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setleri, ülkemizde sağlıkta kalite kültürünün geliştirilmesine yönelik faaliyetlerde önemli bir role sahiptir.

Bu kapsamda, fiziki koşulların iyileştirilmesi, insan gücü ve teknoloji kapasitesinin artırılması ile kalite alanında standartların belirlenmesi, uygulanması ve uygulanma düzeyinin yerinde değerlendirilmesi bir bütünlük arz etmektedir.

Bilindiği üzere kalite alanında ortaya konan kurallar ve geliştirilen standartların belli aralıklarla gözden geçirilmesi, yeniden düzenlenmesi ve yeni gelişmelere ayak uydurması, hatta bir adım ötesini hedeflemesi gerekmektedir. Bu gereklilik doğrultusunda, 2017 yılında yayımlanan SKS ADSH (S.3) seti gözden geçirilmiş ve SKS standart geliştirme algoritması doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. SKS ADSH (S.4) seti hazırlanırken, uluslararası gelişmeleri önceleyen, ülkemiz

sağlık sistemi ile uyumlu, hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, gelişimi teşvik edici bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

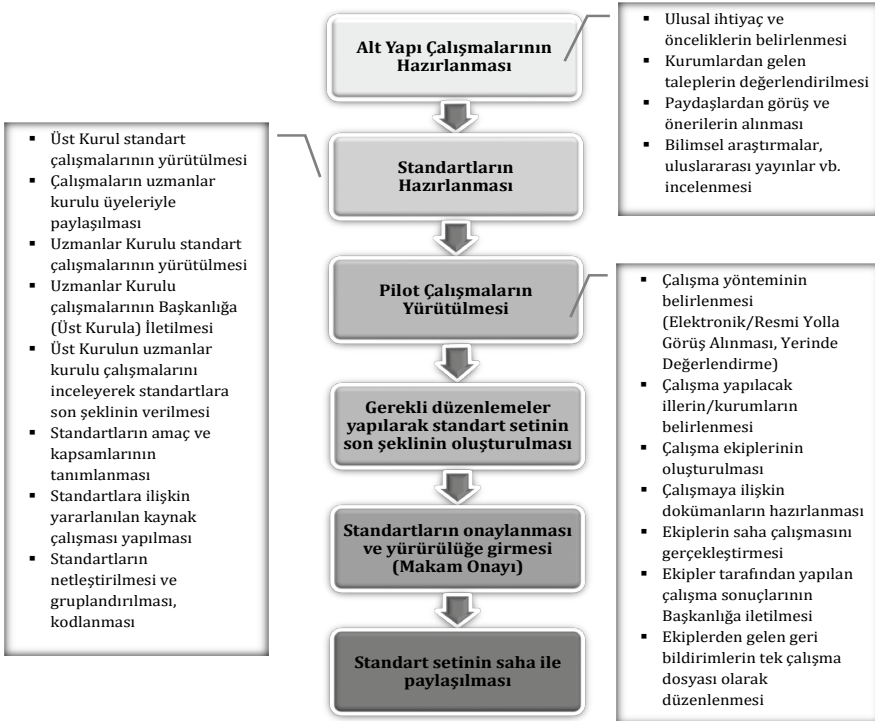
Bu süreçte öncelikle hizmet alanı ile ilgili bilimsel çalışmalar ve ulusal ve uluslararası yayınlar incelenmiştir. Sonrasında, SKS ADSH (S.4) setinin işlevsel ve amaçsal açıdan uyumunun sağlanması, standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla bir dizi çalışma gerçekleştirilmiştir.

Başkanlığımızca oluşturulan "SKS ADSH Görüş ve Öneri Platformu" aracılığı ile, kurumsal ve bireysel düzeyde çeşitli paydaşların mevcut standartlara yönelik görüş ve önerileri ile yeni standart ve değerlendirme ölçütlerine ilişkin önerilerini iletmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, yeni geliştirilen standart ve değerlendirme ölçütlerinin, anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla değerlendirici ve kullanıcılardan geri bildirimler alınmıştır.

Tüm bulgular ve geri bildirimler değerlendirilerek son hali verilen set üst yönetimin onayına sunulmuş ve yayımlanmıştır.

Şekil 2'de, standartların geliştirilme süreci gösterilmektedir.

## SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI Standart Geliştirme Algoritması



Şekil 2. Standartların Geliştirilme Süreci

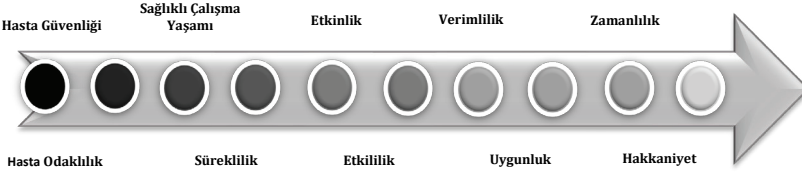
## Amaç ve Kapsam

SKS ADSH, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 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 yüksek kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

SKS ADSH, kamu, özel ve üniversite statüsünde bulunan ağız ve diş sağlığı merkez ve hastanelerine yönelik hazırlanmıştır.

## Hedefler

SKS ADSH, DSÖ hasta güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak kurumlarda kalitenin güvence altına alınması amacıyla Şekil 3'te yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



Şekil 3. SKS ADSH Hedefleri

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri alanında sunulan hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

Hedeflerin bir bütün olarak ele alınması ve uygulamaya konulması önemlidir. Hedefler arasında bir öncelik ilişkisinin bulunmaması, aksine hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi gerekliliği de sağlıkta kalite standartlarının bakış açısını yansıtmaktadır. Örneğin, sağlıklı çalışma ortamının sağlanmadığı bir kuruluştaki hasta odaklılık hedefini gerçekleştirmek de mümkün olmayacaktır.

SKS hedeflerine ilişkin tanımlar:

- ▶ **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 ulaşılmıştır.
- ▶ **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

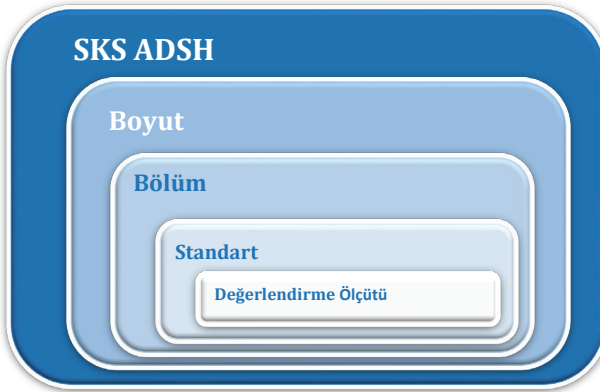
düzye risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.

- ▶ **Hakkaniyet:** Hizmet alanlarının hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- ▶ **Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde hastanın; istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak 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, disiplinlerarası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.

### Yapısal Çerçeve

SKS ADŞH, yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, kurumun tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

SKS ADŞH, boyut, bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri ile rehberlik ifadelerinden oluşmaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. SKS ADŞH Yapısı

SKS ADŞH (S.4)'de; 5 boyut, 28 bölüm, 280 standart, 818 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır.

SKS ADŞH'de bölümlerin amacına ve gerektiğinde kapsamına yer verilmiştir. Standart ve değerlendirme ölçütleri; ele alındığı hizmet konusuna özgü amacı belirlemek için ortaya konulmuş temel gereklilikler, rehberlik bilgileri ve tanımlamaları içeren kurallardır.

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

Standartlar, yer aldığı bölüme özgü süreçler esas alınarak hazırlanmış ve sıralanmıştır. Standartlar, ilgili bölüm, amaç, kapsam ve hedefleri doğrultusunda, değerlendirme ölçütleri ve rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

SKS ADSH,

- ▶ Kurumsal Hizmetler
- ▶ Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
- ▶ Sağlık Hizmetleri
- ▶ Destek Hizmetleri
- ▶ 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 oluşmaktadır.

**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 açısından bakmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

**Sağlık Hizmetleri Boyutu;** kurumda verilen tüm ağız ve diş sağlığı hizmetleri süreçlerinin SKS ADSH hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler, alan ve süreç bazlı sağlık hizmetlerini içermektedir.

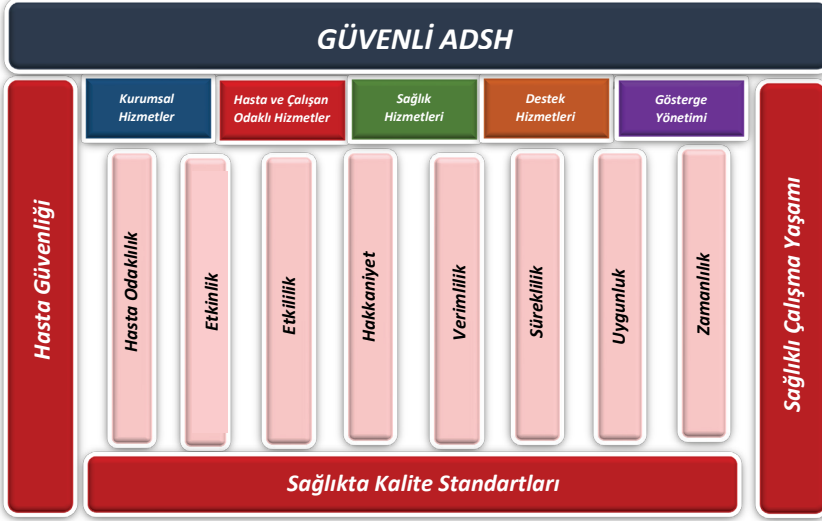
**Destek Hizmetleri Boyutu;** ağız ve diş sağlığı hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

**Gösterge Yönetimi Boyutu;** hizmet sunum performansını sürekli izleyerek kalite iyileştirme süreçlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla hazırlanmış bölümden oluşmaktadır. Bu bölümde Bakanlık tarafından yayımlanan SKS göstergelerine atıfta bulunmaktadır.

Tablo 1. SKS ADŞH Boyut ve Bölümler Tablosu

SKS ADŞH (S. 4)
<b>KURUMSAL HİZMETLER</b>
Kurumsal Yapı
Kalite Yönetimi
Doküman Yönetimi
Risk Yönetimi
Kurumsal Verimlilik
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Afet ve Acil Durum Yönetimi
Eğitim Yönetimi
Sosyal Sorumluluk
<b>HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER</b>
Hasta Deneyimi
Hizmete Erişim
Sağlıklı Çalışma Yaşamı
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>
Hasta Bakımı
İlaç Yönetimi
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri
Radyasyon Güvenliği
Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri
Ameliyathane
Evde Sağlık Hizmetleri
<b>DESTEK HİZMETLERİ</b>
Tesis Yönetimi
Otelcilik Hizmetleri
Bilgi Yönetim Sistemi
Malzeme ve Cihaz Yönetimi
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
Atık Yönetimi
Diş Kaynak Kullanımı
<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ</b>
Göstergelerin İzlenmesi

"Güvenli ADŞH", 10 hedef üzerine inşa edilen 5 boyuttan oluşmakta, hasta ve çalışan güvenliği temel ilkeleri ile tamamlanmaktadır (Şekil 5).



Şekil 5. Güvenli ADŞH

### SKS ADŞH İlişki Matrisi

SKS ADŞH'de yer alan boyutlar; kurumlarda sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak kurumun tamamını kapsayacak şekilde tüm hizmet sunum alanları ile ilişkili olarak hazırlanmıştır. Standartlar ilişkili olduğu tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

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

Tablo 2'de, SKS ADŞH bölüm ve standartlarının kurum alanları ile ilişkisi örnekler üzerinden açıklanmıştır.

Tablo 3'te ise, diş protez laboratuvarında hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusu örnek olarak ele alınmıştır.



Tablo 2. SKS ADŞH Bölümleri ve Hizmet Alanları İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden)

Bölüm	Standart	Hizmet Alanları ile İlişkisi
<b>Kurumsal Yapı</b>	<b>KKU05</b> Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	Bu standart, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Risk Yönetimi</b>	<b>KRY01</b> Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	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.
	<b>KRY02</b> Kurumda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	Kurum idari süreçleri dâhil olmak üzere tüm hizmet alanları ve süreçlerine yönelik uygulanır.
	<b>KRY03</b> Kurum risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	Bu standart, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	<b>KRY04</b> Kurum risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.	Bu standart, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	<b>KRY06</b> Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	Bu standart, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü</b>	<b>SEN04</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.

Bölüm	Standart	Hizmet Alanları ile İlişkisi
<b>Radyasyon Güvenliği</b>	<b>SRG06</b> Çalışanların 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 veya tamamı uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri</b>		Bu bölüm, diş protez laboratuvarı hizmetleri ile ilişkilidir. Bu nedenle diş protez laboratuvarı hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. İşlem öncesi ve işlem sonrası süreçlerde ilgili birimlerin standartlarla ilişkili sorumlulukları bulunmaktadır.
<b>Tesis Yönetimi</b>		Bu bölüm, kurumda yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Kurumdaki herhangi bir alanda, sunulan hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, "Tesis Yönetimi" bölümündeki standartların bir kısmı veya tamamı uygulanır ve değerlendirilir.

**Tablo 3.** Diş Protez Laboratuvarında Uygulanması Gereken SKS ADŞH Bölüm ve Standartları

SKS ADŞH Bölümü	Standart veya Değerlendirme Ölçütü Kodu
Kurumsal Yapı	KKU05
Kalite Yönetimi	KKY03, KKY04, KKY14
Doküman Yönetimi	KDY01.05, KDY02.03, KDY04
Risk Yönetimi	KRY03, KRY04
Kurumsal Verimlilik	KKV05
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO01.01, KİO01.02, KİO01.03, KİO03, KİO04.03, KİO04.04
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD02, KAD03, KAD05, KAD06, KAD07, KAD08, KAD09, KAD10, KAD12,
Eğitim Yönetimi	KEY03, KEY04
Hasta Deneyimi	HHD01.01, HHD01.05, HHD07.02, HHD07.03, HHD09, HHD10
Hizmete Erişim	HHE04
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSÇ05, HSÇ06, HSÇ07, HSÇ08, HSÇ09, HSÇ10
Hasta Bakımı	SHB14, SHB15, SHB22
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN02, SEN04, SEN05, SEN06, SEN07, SEN09, SEN10
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	SDS01, SDS02, SDS03, SDS04
Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri	Tüm Standartlar
Tesis Yönetimi	DTY02, DTY04, DTY05, DTY06, DTY10, DTY11

Otelcilik Hizmetleri	DOH03, DOH07
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY02, DBY03, DBY04, DBY05, DBY07, DBY08.01, DBY11.01, DBY11.02, DBY11.04
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC01, DMC03, DMC04, DMC05, DMC06, DMC07, DMC08, DMC10, DMC11, DMC12, DMC13, DMC14, DMC15, DMC16, DMC17
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA01, DTA03
Atık Yönetimi	DAY02, DAY03.02, DAY03.04, DAY05
Dış Kaynak Kullanımı*	DDK01, DDK02
Göstergelerin İzlenmesi	GGİ02, GGİ03, GGİ04, GGİ05, GGİ06
Kalite Göstergeleri	Bakanlıkça yayımlanan SKS gösterge listesinde yer alan protez hizmetleri ile ilgili göstergeler

\* Dış kaynak kullanımı söz konusu ise

## Kodlama Sistematiği

Standartın kodunda ilk kısım harflerden, ikinci kısım rakamlardan oluşmaktadır. Harf kullanılan kısımlar üç harften oluşmakta, ilk harf ilgili boyut adının baş harfini, devam eden ikinci ve üçüncü harfler ise ilgili bölüm adının kısaltmasını ifade etmektedir (Tablo 4).

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

Standart kodundaki rakamlar bölümdeki standartın 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 birinci değerlendirme ölçütünü ifade etmektedir.

Tablo 4. SKS ADSH Kodlama Sistematiğinde Harf Düzeni

SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4) Kodlama Sistematiği	
Boyutlar	Kod
Kurumsal Hizmetler	K
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	H
Sağlık Hizmetleri	S
Destek Hizmetler	D
Gösterge Yönetimi	G
Bölümler	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY

Risk Yönetimi	RY
Kurumsal Verimlilik	KV
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO
Afet ve Acil Durum Yönetimi	AD
Eğitim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Erişim	HE
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Bakımı	HB
İlaç Yönetimi	İY
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EN
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS
Radyasyon Güvenliği	RG
Dış Protez Laboratuvarı Hizmetleri	DP
Ameliyathane	AH
Evde Sağlık Hizmetleri	ES
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Bilgi Yönetim Sistemi	BY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Atık Yönetimi	AY
Dış Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ

Tablo 5. Örnek Kodlama Sistematiği

SEN01 <b>ÇEKİRDEK</b>	Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.	SEN01.01	Enfeksiyon kontrol komitesinde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.	50
		SEN01.02	Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	

## SKS ADSH Puanlandırma Metodolojisi

Sağlıkta kalite standartlarının puanlandırma metodolojisi 3 başlıkta ele alınmaktadır:

- ▶ Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması
- ▶ Standart ve Göstergelerin 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 Puanı"na ulaşılmaktadır.

## Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması

Sağlıkta kalite standartları puanlama sistemi kapsamında onluk puanlama sistemi kullanılmaktadır. Standart ve göstergeler, SKS ve Bakanlık stratejik hedefleri ile uygulamanın emek yoğunluğu göz önünde bulundurularak 10-50 puan aralığında puanlandırılmaktadır. Bu puan aralığında 50 puan değerindeki standartlar **çekirdek**, 40 puan değerindeki bazı standartlar ise **opsiyonel** standartlardır.

Çekirdek standartlar, sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik öneme sahip, Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan standartlardır. Bu standartların karşılanmaması durumunda Kurum Kalite Puanı doğrudan etkilenir. Set içinde yer alan çekirdek standartlar, ilgili standardın başında yer alan (Ç) harfi ile ifade edilmektedir.

Opsiyonel standartlar ise uygulanması zorunlu olmayan standartlardır. Bu standartların karşılanması durumunda Kurum Kalite Puanı pozitif yönde etkilenir. Set içinde yer alan opsiyonel standartlar, ilgili standardın başında yer alan (O) harfi ile ifade edilmektedir.

Daha önceki SKS sürümlerinde "Bölüm Bazlı Kalite Göstergeleri" başlığı altındaki göstergeler kitaptan çıkarılmış ve "**Gösterge Yönetim Rehberi**" ile Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı internet sitesinde yayımlanmıştır. Rehber ve gösterge listesi gerektiğinde Bakanlıkça güncellenebilecektir. Her bir göstergenin sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamındaki puansal değeri 20 olarak belirlenmiştir.

## Standart ve Göstergelerin Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi

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

"Göstergelerin İzlenmesi" bölümünde yer alan standartlar değerlendirilirken kurumun tüm göstergelere yönelik yaptığı çalışmalar bir bütün olarak değerlendirilmeli ve puanlandırılmalıdır.

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı internet sitesinde kurum türüne göre yayımlanan kalite göstergeleri için yapılan değerlendirmelerde ise her bir gösterge için ölçme, analiz ve iyileştirme süreçleri ayrı ayrı ele alınarak ilgili gösterge bazında karşılanma düzeyi belirlenmelidir.

Standart ve göstergelerin karşılanma düzeyi belirlenirken "**Sağlıkta Kalite Standartları Ölçme, Değerlendirme ve Puanlandırma Rehberi**" esas alınır.

Standart ve göstergelerin karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

- ▶ Karşılıyor (K)
- ▶ Kısmen Karşılıyor (KK)
- ▶ Karşılanmıyor (KM)

Standart ve göstergenin karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

- ▶ **Karşlanıyorsa;** standart için belirlenen tam puan
- ▶ **Kısmen Karşlanıyorsa;** standart için belirlenen puanın yarısı
- ▶ **Karşlanmıyorsa;** 0 (Sıfır) puan

**Tablo 6.** Standartın Karşlanma Düzeyine Göre Puanlama Örneği

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan
DTY01	Bina turları yapılmalıdır.	DTY01.01	Bina turlarını yapmak üzere ekip oluşturulmalıdır. ▶ Ekip, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır. ▶ Ekipte kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	40	K → 40 KK → 20 KM → 0	
		DTY01.02	Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.			
		DTY01.03	Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalıdır. ▶ İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır. ▶ Eylem planı kapsamında alınan kararlar kurum yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulmalıdır.			

### 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 kurumlar ile karşılaştırmalar yapılabilmekte, Bakanlık politikalarına uyum izlenebilmektedir.

Ayrıca, puan dağılımı kullanılarak kurumlar derecelendirilebilmektedir.

### Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül

$$\text{Kalite Puanı: } [(A + B - C) / D] \times 100$$

- A: SKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edilen puan toplamı  
 B: Kalite puanını pozitif etkileyen unsurlar  
 C: Kalite puanını negatif etkileyen unsurlar  
 D: (SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartlar ve göstergelerin puan toplamı) – (SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standart ve göstergelerden değerlendirme dışı bırakılan puan toplamı)  
 E: Standardın puan değeri

### Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

#### ► Pozitif Etkileyen Unsurlar

- Opsiyonel standardın karşılanması durumunda, SKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edilen toplam puana (A) ilgili standardın puan değeri kadar puan eklenir.
  - $B = E \times n$   
(n: Karşılanan opsiyonel standart sayısı)
- Opsiyonel standardın puan değeri paydaya (D) eklenmez.
- Opsiyonel standart veya göstergenin karşılanmaması veya değerlendirilmesinin talep edilmemesi durumunda, ilgili standart veya gösterge puanlamaya dâhil edilmez.
- Kurum Kalite Puanı bu kurallar dâhilinde 100'ü geçiyorsa, "Kalite Puanı" 100 kabul edilir.

#### ► Negatif Etkileyen Unsurlar

- SKS setinin bütününe yönelik yapılan yerinde değerlendirmede; "Karşılanmayan" her bir çekirdek standardın puanının yarısı kadar puan, elde edilen toplam puandan (A) düşürülür.
  - $C = [(E/2) \times n]$   
(n: Karşılanmayan çekirdek standart sayısı)
- SKS setinin bütününe yönelik yapılan yerinde değerlendirmede; "Kısmen Karşılanan" her bir çekirdek standardın puanının beşte biri kadar puan, elde edilen toplam puandan (A) düşürülür.
  - $C = [(E/5) \times n]$   
(n: Kısmen karşılanan çekirdek standart sayısı)
- Yapılan son değerlendirmede "Kısmen Karşılanıyor" ve "Karşılanmıyor" olarak tespit edilen standartlara yönelik yapılan yerinde değerlendirmeler ile Bakanlıkça belirlenen standart ve bölümlere yönelik gerçekleştirilen yerinde değerlendirmelerde, "Karşılanmayan" ve "Kısmen Karşılanan" çekirdek standartlara yönelik ayrıca puan düşürülmez.

**Tablo 7. "Değerlendirme Dışı" Kavramının Kullanılması ile İlgili Kurallar**

Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile İlgili 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 veya göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü veya göstergenin, mevzuat gereği kurumda uygulanmadığı durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge ile ilgili olarak, standardın veya göstergenin amacını tam olarak yerine getirmek kaydıyla, yenilikçi ve farklı bir uygulama bulunduğu durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge "Karşılıyor" olarak puanlanır.
SKS ADSH bölümlerinde yer alan opsiyonel standartların kurumda uygulanmaması halinde, bu standartlar değerlendirme dışı tutulur.
İlgili bölüm/standart, değerlendirme ölçütü ve/veya göstergenin değerlendirme dışı bırakılma nedeni tam, detaylı ve anlaşılır şekilde değerlendirme raporunda belirtilir.



# SKS ADŞH (S.4) SETİ İLE DEĞİŞENLER



Bu bölümde SKS ADSH (S.4) seti ile bir önceki SKS ADSH (S.3) setinin karşılaştırılması yapılmıştır. Bu kapsamda yeni setteki yenilikleri, değişiklikleri ve çıkarılan hususları gösteren tablolar ile standart ve değerlendirme ölçütlerinin sayılarındaki değişiklikler detaylı bir şekilde paylaşılmıştır. SKS ADSH (S.4) seti kapsamında yapılan tüm bu çalışmalar, ulusal ve uluslararası literatür, güncel mevzuat ve çalışmalar, uzman ve akademisyen görüşleri ile sahadan gelen öneriler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 8.** SKS ADSH (S.4) Setinde Yeni Eklenen, Çıkarılan ve Değiştirilen Bölümler

SKS ADSH (S.4)		
YENİ EKLENEN BÖLÜM	ÇIKARILAN BÖLÜM	ADI DEĞİŞTİRİLEN BÖLÜM
KURUMSAL VERİMLİLİK	KALİTE GÖSTERGELERİ	AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ		ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ
		TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ
		DİŞ PROTEZ LABORATUVARI HİZMETLERİ

SKS ADSH (S.4) setine toplam 2 bölüm eklenmiş olup bunlar Tablo 8’de görülmektedir. Daha önceki SKS sürümlerinde bulunan “Kalite Göstergeleri” bu setten çıkartılmıştır. Klinik kalite göstergeleri halihazırda Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığınca “Türkiye Klinik Kalite Programı” kapsamında takip edilmektedir. Kalite Göstergeleri (SKS ADSH Göstergeleri) ise ayrı bir rehber ile Daire Başkanlığı internet sitesinde yayımlanmıştır. Rehber ve gösterge listesi gerektiğinde Bakanlıkça güncellenebilecektir. SKS göstergelerinin kalite değerlendirmeleri kapsamında değerlendirilmesi ve puanlandırılmasına devam edilecektir. Ayrıca bazı bölüm adları ve içerikleri de değiştirilmiştir. “Sterilizasyon Hizmetleri” bölümü “Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri” olarak, “Enfeksiyonların Önlenmesi” bölümü ise “Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü” olarak, “Protez Laboratuvarı Hizmetleri” bölümü, “Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri” olarak değiştirilmiştir.

**Tablo 9.** Sürüm 3 ile Sürüm 4 Boyut Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması

BOYUTLAR	SKS ADŞH (S.3)		SKS ADŞH (S.4)	
	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI
KURUMSAL YAPI	8	13	7	14
KALİTE YÖNETİMİ	13	41	14	33
DOKÜMAN YÖNETİMİ	5	16	5	15
RİSK YÖNETİMİ	5	11	6	14
KURUMSAL VERİMLİLİK	-	-	5	8
İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ	5	11	6	15
AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ	12	40	13	53
EĞİTİM YÖNETİMİ	6	16	6	19
SOSYAL SORUMLULUK	3	4	2	3
<b>TOPLAM</b>	<b>57</b>	<b>152</b>	<b>64</b>	<b>174</b>
HASTA DENEYİMİ	12	31	13	36
HİZMETE ERİŞİM	6	15	5	16
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	12	38	12	37
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>84</b>	<b>30</b>	<b>89</b>
HASTA BAKIMI	18	52	24	69
İLAÇ YÖNETİMİ	14	43	15	48
ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ	11	19	10	20
TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ	9	21	13	56
RADYASYON GÜVENLİĞİ	8	18	8	20
DİŞ PROTEZ LABORATUVARI HİZMETLERİ	7	29	8	27
AMELİYATHANE	11	22	11	28
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	-	-	7	9
<b>TOPLAM</b>	<b>78</b>	<b>204</b>	<b>96</b>	<b>277</b>
TESİS YÖNETİMİ	15	38	17	62
OTELCİLİK HİZMETLERİ	15	47	16	55
BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ	16	52	17	59
MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ	8	20	18	50

TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	7	14	8	13
ATIK YÖNETİMİ	5	14	5	22
DIŞ KAYNAK KULLANIMI	3	4	2	5
<b>TOPLAM</b>	<b>69</b>	<b>189</b>	<b>83</b>	<b>266</b>
GÖSTERGELERİN İZLENMESİ	7	9	7	12
<b>TOPLAM</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
	<b>241</b>	<b>638</b>	<b>280</b>	<b>818</b>

SKS ADŞH (S.4) setine yeni bölümler eklenmesi ve var olan bölümlerde yapılan güncelleme çalışmaları neticesinde Tablo 9'da görüldüğü üzere bir önceki sete göre bölüm bazlı standart ve değerlendirme ölçütleri sayısında artış olmuştur. Bununla birlikte S.4'te kalite göstergeleri setten çıkartıldığı ve internet sitesinde yeni bir rehber olarak yayımlandığı için toplam standart sayısında azalma meydana gelmiştir.

**Tablo 10.** Sürüm 3 ile Sürüm 4 Boyut Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması (Özet Tablo)

BOYUTLAR	SKS ADŞH (S.3)		SKS ADŞH (S.4)	
	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI
KURUMSAL HİZMETLER	57	152	64	174
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	30	84	30	89
SAĞLIK HİZMETLERİ	78	204	96	277
DESTEK HİZMETLERİ	69	189	83	266
GÖSTERGE YÖNETİMİ	7	9	7	12
<b>TOPLAM</b>	<b>241</b>	<b>638</b>	<b>280</b>	<b>818</b>

Her iki setin boyut bazlı standart ve değerlendirme ölçütleri sayıları Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Bir önceki sette toplam **241** standart ve gösterge, **638** değerlendirme ölçütü sayısı yeni sette **280** standart ve **818** değerlendirme ölçütü olarak güncellenmiştir.

# TABLULAR



## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4)

Tablo 11. Boyut ve Bölümler

KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLERİ	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	
Doküman Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	Bilgi Yönetim Sistemi	
Risk Yönetimi		Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Kurumsal Verimlilik		Radyasyon Güvenliği	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri	Atık Yönetimi	
Afet ve Acil Durum Yönetimi		Ameliyathane	Dış Kaynak Kullanımı	
Eğitim Yönetimi		Evde Sağlık Hizmetleri		
Sosyal Sorumluluk				

## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4)

Tablo 12. Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)

Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
<b>Kurumsal Hizmetler</b>	<b>64</b>	<b>174</b>
Kurumsal Yapı	7	14
Kalite Yönetimi	14	33
Doküman Yönetimi	5	15
Risk Yönetimi	6	14
Kurumsal Verimlilik	5	8
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	6	15
Afet ve Acil Durum Yönetimi	13	53
Eğitim Yönetimi	6	19
Sosyal Sorumluluk	2	3
<b>Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler</b>	<b>30</b>	<b>89</b>
Hasta Deneyimi	13	36
Hizmete Erişim	5	16
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	12	37
<b>Sağlık Hizmetleri</b>	<b>96</b>	<b>277</b>
Hasta Bakımı	24	69
İlaç Yönetimi	15	48
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	10	20
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	13	56
Radyasyon Güvenliği	8	20
Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri	8	27
Ameliyathane	11	28
Evde Sağlık Hizmetleri	7	9
<b>Destek Hizmetleri</b>	<b>83</b>	<b>266</b>
Tesis Yönetimi	17	62
Otelcilik Hizmetleri	16	55
Bilgi Yönetim Sistemi	17	59
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	18	50
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	8	13
Atık Yönetimi	5	22
Dış Kaynak Kullanımı	2	5
<b>Gösterge Yönetimi</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
Göstergelerin İzlenmesi	7	12
<b>TOPLAM</b>	<b>280</b>	<b>818</b>

## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4)

Tablo 13. Sayısal Dağılım Tablosu (Özet Tablo)

Boyutlar	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	64	174
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	30	89
Sağlık Hizmetleri	96	277
Destek Hizmetleri	83	266
Gösterge Yönetimi	7	12
TOPLAM	280	818



## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4)

Tablo 14. Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölümler	Standart Kategorileri										Puan
	10 Puanlık Standartlar		20 Puanlık Standartlar		30 Puanlık Standartlar		40 Puanlık Standartlar		50 Puanlık Standartlar		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	5	50	1	20	28	840	7	280	23	1150	2340
Kurumsal Yapı					5	150	1	40	1	50	240
Kalite Yönetimi	2	20			3	90	1	40	8	400	550
Doküman Yönetimi	3	30			2	60					90
Risk Yönetimi					1	30	1	40	4	200	270
Kurumsal Verimlilik					3	90	2	80			170
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi					2	60	1	40	3	150	250
Afet ve Acil Durum Yönetimi			1	20	6	180			6	300	500
Eğitim Yönetimi					4	120	1	40	1	50	210
Sosyal Sorumluluk					2	60					60
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	1	10	6	120	12	360	2	80	8	400	970
Hasta Deneyimi			4	80	4	120			5	250	450
Hizmete Erişim			1	20	4	120					140
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	1	10	1	20	4	120	2	80	3	150	380
Sağlık Hizmetleri	1	10	3	60	40	1200	20	800	31	1550	3620
Hasta Bakımı			1	20	12	360	4	160	7	350	890
İlaç Yönetimi	1	10			9	270	1	40	4	200	520
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü					4	120	1	40	4	200	360
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri					2	60	8	320	3	150	530
Radyasyon Güvenliği					2	60	1	40	5	250	350
Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri					3	90			5	250	340
Ameliyathane			2	40	3	90	3	120	3	150	400
Evde Sağlık Hizmetleri					5	150	2	80			230

Destek Hizmetleri			9	180	39	1170	20	800	15	750	2900
Tesis Yönetimi			2	40	6	180	7	280	2	100	600
Otelcilik Hizmetleri			2	40	9	270	3	120	2	100	530
Bilgi Yönetim Sistemi			1	20	8	240	3	120	5	250	630
Malzeme ve Cihaz Yönetimi			3	60	8	240	4	160	3	150	610
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri			1	20	5	150	1	40	1	50	260
Atık Yönetimi					2	60	2	80	1	50	190
Dış Kaynak Kullanımı					1	30			1	50	80
Göstergelerin İzlenmesi					5	150			2	100	250
<b>TOPLAM</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	<b>19</b>	<b>380</b>	<b>124</b>	<b>3720</b>	<b>49</b>	<b>1960</b>	<b>79</b>	<b>3950</b>	<b>10080</b>

## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4)

Tablo 15. Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu (Özet Tablo)

Bölümler	Standart Kategorileri										Puan
	10 Puanlık Standartlar		20 Puanlık Standartlar		30 Puanlık Standartlar		40 Puanlık Standartlar		50 Puanlık Standartlar		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	5	50	1	20	28	840	7	280	23	1150	2340
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	1	10	6	120	12	360	2	80	8	400	970
Sağlık Hizmetleri	1	10	3	60	40	1200	20	800	31	1550	3620
Destek Hizmetleri			9	180	39	1170	20	800	15	750	2900
Göstergelerin İzlenmesi					5	150			2	100	250
<b>TOPLAM</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	<b>19</b>	<b>380</b>	<b>124</b>	<b>3720</b>	<b>49</b>	<b>1960</b>	<b>79</b>	<b>3950</b>	<b>10080</b>

## SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (S.4)

Tablo 16. Standart Puan Tablosu

Boyut	Kurumsal Hizmetler	
Bölüm	Kurumsal Yapı	
Kod	Standart	Puan
KKU01	Kurum misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	30
KKU02	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	40
KKU03	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30
KKU04 (Çekirdek)	Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50
KKU05	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
KKU06	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30
KKU07	Kurumun elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.	30
Bölüm	Kalite Yönetimi	
KKY01 (Çekirdek)	Kurum kalite politikası oluşturulmalıdır.	50
KKY02 (Çekirdek)	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50
KKY03 (Çekirdek)	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	50
KKY04 (Çekirdek)	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50
KKY05	Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30
KKY06	Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır.	40
KKY07 (Çekirdek)	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY08 (Çekirdek)	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY09 (Çekirdek)	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY10 (Çekirdek)	Tesis Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY11	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	10
KKY12	Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30
KKY13	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30
KKY14	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10

Bölüm	Doküman Yönetimi	
KDY01	Kurumda kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KDY02	Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan doküman güncel olmalıdır.	30
KDY03	Dış kaynaklı dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY04	Panolara asılan dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY05	Fiziksel veya elektronik imzalı dokümanın arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	10
Bölüm	Risk Yönetimi	
KRY01 (Çekirdek)	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50
KRY02 (Çekirdek)	Kurumda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KRY03 (Çekirdek)	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50
KRY04 (Çekirdek)	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.	50
KRY05	Kurum risk değerlendirmesi en geç iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.	40
KRY06	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	30
Bölüm	Kurumsal Verimlilik	
KKV01	Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	40
KKV02	Verimlilik ölçümleri bir plan dahilinde gerçekleştirilmelidir.	30
KKV03	Verimlilik ölçümü yapılacak alanlar ile ölçüm metodları tanımlanmalıdır.	30
KKV04	Belirlenen her bir konu başlığı ile ilgili mevcut durum analizi yapılmalıdır.	30
KKV05	Verimliliğin artırılmasına yönelik faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.	40
Bölüm	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
KİO01 (Çekirdek)	İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır.	50
KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30
KİO03	Çalışanlara istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	40
KİO04 (Çekirdek)	İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KİO05	Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarda geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30
KİO06 (Çekirdek)	İstenmeyen olay bildirim sisteminin, ulusal bildirim sistemlerine entegrasyonu sağlanmalı ve çalışanlara ulusal bildirim sistemleri hakkında eğitim verilmelidir.	50

Bölüm	Afet ve Acil Durum Yönetimi	
KAD01	Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30
KAD02 (Çekirdek)	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50
KAD03	Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.	30
KAD04	Kuruma ait acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	20
KAD05	Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
KAD06	Kurumda görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitimler verilmelidir.	30
KAD07 (Çekirdek)	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD09 (Çekirdek)	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KAD10	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD11 (Çekirdek)	Kurum, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.	50
KAD12 (Çekirdek)	Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD13 (Çekirdek)	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50
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.	40
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30
KEY05	Çalışanlara yönelik eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30
KEY06 (Çekirdek)	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
Bölüm	Sosyal Sorumluluk	
KSS01	Kurum, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	30
KSS02	Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, kurum tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	30

Boyut	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	
Bölüm	Hasta Deneyimi	
HHD01 (Çekirdek)	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.	50
HHD02 (Çekirdek)	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	50
HHD03	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	30
HHD04	Hasta ve yakınlarının kurum bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HHD05 (Çekirdek)	Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır.	50
HHD06 (Çekirdek)	Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	50
HHD07 (Çekirdek)	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50
HHD08	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	20
HHD09	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.	30
HHD10	Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	20
HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	30
HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
HHD13	Genel anestezi altında müdahale gereken hastaların, sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.	20
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.	20
HHE03	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	30
HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenlemeler bulunmalıdır.	30
HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30
Bölüm	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
HSÇ01	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HSÇ02	İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10
HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	20

HSÇ04 (Opsiyonel)	Sağlık çalışanlarının performanslarını ölçmeye yönelik kriterler belirlenmelidir.	40
HSÇ05	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	40
HSÇ06 (Çekirdek)	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
HSÇ07 (Çekirdek)	Çalışanların sağlık gözetiminin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
HSÇ08 (Çekirdek)	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu donanım kullanılmalıdır.	50
HSÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	40
HSÇ10	Personelin sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HSÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30
<b>Boyut</b>	<b>Sağlık Hizmetleri</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Hasta Bakımı</b>	
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan ve yatan hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	30
SHB02	Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve diş hekimi tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı, tedavi ve koruyucu hizmetlere yönelik plan, kurum tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.	30
SHB03	Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	40
SHB04 (Çekirdek)	Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.	50
SHB05	Özellikli hasta grupları tanımlanmalı, bu gruplara özgü hizmet sunumu ve klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	30
SHB06	Yatan hastalarda ağrının değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB07	Yatan hastalarda ağrının takibi yapılarak ağrıyı en aza indirecek uygun yaklaşımların planlanması ve uygulanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB08	Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SHB09	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	30
SHB10 (Çekirdek)	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SHB11 (Çekirdek)	Klinikte cerrahi uygulamaların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50

SHB12	Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB13	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SHB14 (Çekirdek)	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50
SHB15	Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.	30
SHB16	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
SHB17 (Çekirdek)	Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50
SHB18 (Çekirdek)	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SHB19	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB20	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	30
SHB21 (Çekirdek)	Hastaların güvenli transferi sağlanmalıdır.	50
SHB22	Kurum çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.	30
SHB23	Yatan hasta ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	20
SHB24	Zihinsel ve fiziksel özel gereksinimi bulunan bireylere sağlık hizmet sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>İlaç Yönetimi</b>	
SİY01	İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
SİY02	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SİY03 (Çekirdek)	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SİY04 (Çekirdek)	İlaçların stok ve miat takibine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SİY05 (Çekirdek)	İlaç istem süreçlerine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	50
SİY06	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY07	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY08 (Çekirdek)	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SİY09	Advers reaksiyon bildirim (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	40
SİY10	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY11	Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SİY12	Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30



SIY13	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
SIY14	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SIY15	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü</b>	
SEN01 (Çekirdek)	Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.	50
SEN02	Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.	30
SEN03	Kurum el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.	30
SEN04 (Çekirdek)	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50
SEN05	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.	40
SEN06 (Opsiyonel)	Personelin el hijyeni bilinci ve uygulama düzeyi ölçülmelidir.	40
SEN07 (Çekirdek)	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50
SEN08	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN09 (Çekirdek)	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SEN10	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri</b>	
SDS01 (Çekirdek)	Kurum temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
SDS02	Kurumda gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.	40
SDS03	Kurumda kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.	30
SDS04	Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	40
SDS05 (Çekirdek)	Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır.	50
SDS06	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SDS07	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40
SDS08	Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	40
SDS09	Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	40

SDS10 (Çekirdek)	Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır.	50
SDS11	Basıncılı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	40
SDS12	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	40
SDS13	Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır.	40
<b>Bölüm</b>	<b>Radyasyon Güvenliği</b>	
SRG01	Radyasyondan korunma sorumlusu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	40
SRG02	Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.	30
SRG03 (Çekirdek)	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SRG04 (Çekirdek)	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır.	50
SRG05 (Çekirdek)	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG06 (Çekirdek)	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG07 (Çekirdek)	Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG08	Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri</b>	
SDP01	Diş protez laboratuvarının fiziki ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SDP02 (Çekirdek)	Çalışanların toz ve kimyasal madde maruziyetinden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50
SDP03 (Çekirdek)	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SDP04 (Çekirdek)	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SDP05 (Çekirdek)	Protez yapım sürecinde kullanılan cihazların kontrolü sağlanmalı, güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDP06 (Çekirdek)	Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	50
SDP07	Hasta, protez teslim süresi ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	30
SDP08	Diş Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Ameliyathane</b>	
SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAH03	Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	30

SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SAH05	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SAH06	Tbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.	30
SAH07 (Çekirdek)	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAH08 (Çekirdek)	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	40
SAH10 (Çekirdek)	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SAH11	Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
<b>Bölüm</b>	<b>Evde Sağlık Hizmetleri</b>	
SES01	Ağız ve diş sağlığına yönelik evde sağlık hizmet süreçleri tanımlanmalıdır.	30
SES02	Hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bakım ihtiyaçları bütüncül bir şekilde değerlendirilmelidir.	40
SES03	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	30
SES04	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	40
SES05	Birim çalışanlarının eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.	30
SES06	Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde kuruma transferi sağlanmalıdır.	30
SES07	Evde sağlık hizmeti sunumu sırasında bulundurulması gerekli olan tıbbi cihaz, araç-gereç ve ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
<b>Boyut</b>	<b>Destek Hizmetleri</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Tesis Yönetimi</b>	
DTY01	Bina turları yapılmalıdır.	40
DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY03	Kurum yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	30
DTY04 (Çekirdek)	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	50
DTY05	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	20
DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	30
DTY07	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	20
DTY08 (Çekirdek)	Kurumda su, elektrik enerjisi, ısıtma, soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılacak alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.	50

DTY09	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY10	Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY13	Sihhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY14	Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY15	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY16	Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY17	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	40
<b>Bölüm</b>	<b>Otelcilik Hizmetleri</b>	
DOH01	Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40
DOH02	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30
DOH03	Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH04	Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	20
DOH05	Poliklinik alanlarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	30
DOH06	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	30
DOH07 (Çekirdek)	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50
DOH08	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	40
DOH09	Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	40
DOH10 (Çekirdek)	Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DOH11	Kurum dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
DOH12	Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	30
DOH13	Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DOH14	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
DOH15	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH16	Kurum bünyesinde hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına yönelik ibadethane bulunmalıdır.	30

Bölüm	Bilgi Yönetim Sistemi	
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	Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DBY05 (Çekirdek)	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50
DBY06	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	30
DBY07	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.	30
DBY08	Sağlık bilgi yönetim sisteminde (SBYS) yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	40
DBY09	SBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	30
DBY10 (Çekirdek)	SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
DBY11	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DBY12	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.	40
DBY13 (Çekirdek)	Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50
DBY14	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.	20
DBY15 (Çekirdek)	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
DBY16	Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30
DBY17 (Çekirdek)	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50
Bölüm	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
DMC01	Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20
DMC02	Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC03	Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
DMC04	Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	40
DMC05	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC06	Uygun olmayan malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	30
DMC07 (Çekirdek)	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50

DMC08	Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20
DMC09	Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC10	Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	40
DMC11	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DMC12	Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	30
DMC13 (Çekirdek)	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	50
DMC14	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	40
DMC15	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	30
DMC16	Tıbbi cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DMC17	Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20
DMC18 (Çekirdek)	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
<b>Bölüm</b>	<b>Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri</b>	
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
DTA02	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri elektronik ortama dayalı olarak kurgulanmalıdır. İlgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanması zorunlu olan yazılı doküman haricindeki tüm doküman ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmalı, kullanılmalı ve saklanmalıdır.	30
DTA03	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	20
DTA04	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	30
DTA05 (Çekirdek)	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	50
DTA06	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	30
DTA07	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.	40
DTA08	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Atık Yönetimi</b>	
DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DAY02 (Çekirdek)	Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50

DAY03	Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	40
DAY04	Atıklar ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	40
DAY05	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Dış Kaynak Kullanımı</b>	
DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30
DDK02 (Çekirdek)	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
<b>Boyut</b>	<b>Gösterge Yönetimi</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Göstergelerin İzlenmesi</b>	
GGİ01 (Çekirdek)	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.	50
GGİ02	Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30
GGİ03 (Çekirdek)	Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50
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





# KURUMSAL HİZMETLER

*Kurumsal Yapı* ◀

*Kalite Yönetimi* ◀

*Doküman Yönetimi* ◀

*Risk Yönetimi* ◀

*Kurumsal Verimlilik* ◀

*İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi* ◀

*Afet ve Acil Durum 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
- ▶ 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.

**KKU01 Kurum misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.**

**Rehberlik:**

Değerler, kurumun gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.

**KKU01.01**

Kurum, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.

**KKU01.02**

Misyon, vizyon ve değerler çalışanlar ile paylaşılmalı, konu ile ilgili çalışanlara yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenmelidir.

**KKU02 Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.**

**KKU02.01**

Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, kurum amaç ve hedefleri belirlenmelidir.

- ▶ Kurumun amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geri bildirimleri dikkate alınmalıdır.
- ▶ Tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, kurumun temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.

**KKU02.02**

Kurum faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

**KKU03 Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.**

**(Ç) KKU04 Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.**

**KKU04.01**

Organizasyon yapısı, kurumun misyon, vizyon, amaç ve hedefleri doğrultusunda, kurumsal ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı ve kurum faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.

**Rehberlik:**

Klinik yönetim, sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen bir klinik liderlik varlığında, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmeliği hedefleyen yapı veya düzendir.

Klinik yönetimin yapı taşları aşağıda tanımlanmıştır:

- ▶ Klinik denetim
- ▶ Klinik risk yönetimi
- ▶ Kalite güvencesi
- ▶ Klinik etkinlik
- ▶ Kurumsal ve bireysel gelişim

**KKU04.02**

Organizasyon yapısı en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkileri gösterecek şekilde tanımlanmalıdır.

**KKU04.03**

Kurum organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren güncel organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

**KKU05 Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

**KKU05.01**

Görev tanımları, kapsayıcı ve net, çatışmaya yol açmayacak şekilde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.

Görev tanımları asgari aşağıdaki hususları içermelidir:

- ▶ Birim
- ▶ Görev adı
- ▶ Amir ve üst amirler
- ▶ Görev devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişilerin belirlenmesi)
- ▶ Görev amacı

- ▶ Temel iş ve sorumluluklar
- ▶ Yetkiler
- ▶ Sağlık meslekleri için etik ilkeler

#### KKU05.02

Görev tanımları, ilgili birimdeki tüm süreçleri kapsayacak şekilde etik ilkeler ve ekip anlayışı içerisinde tanımlanmalıdır.

#### KKU06 Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.

##### Rehberlik:

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.

#### KKU06.01

Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.

Hedef kitle tanımlanırken; kurum türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.

##### Rehberlik:

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.

#### KKU06.02

Kurum içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi ve karar akışı
- ▶ Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı
- ▶ Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim
- ▶ Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim

**KKU06.03**

Kurum dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi
- ▶ Kurum çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi
- ▶ Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi

**KKU07 Kurumun elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.**

**KKU07.01**

Kurumun web sitesi olmalıdır.

**KKU07.02**

Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel ve yeterli bilgi içermeli, kolay ve kullanılabilir olmalıdır.

Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır:

- ▶ Organizasyon yapısı
- ▶ Kurum misyon, vizyon ve değerleri
- ▶ Kurum kalite yönetim birimi ve çalışmaları
- ▶ Kuruma ulaşım ve kurum iletişim bilgileri
- ▶ Kurumun hizmet verdiği bölüm ve branşlar
- ▶ Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları
- ▶ Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım veya tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler
- ▶ Randevu alma bilgileri
- ▶ Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar
- ▶ Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler (varsa)
- ▶ Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri





# Kalite Yönetimi

## Amaç

- ▶ Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması
- ▶ Tüm çalışanların kalite iyileştirme faaliyetlerindeki rol ve sorumluluklarının tanımlanması
- ▶ Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu
- ▶ Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

**(Ç) KKY01 Kurum kalite politikası oluşturulmalıdır.****Rehberlik:**

Kalite politikası, bir kuruluşun üst yönetimince resmi olarak beyan edilen kalite ile ilgili amaçları ve bu amaçlara uygunluğun sürekli olarak sağlanmasına yönelik taahhüdüdür.

**KKY01.01**

Üst yönetim, aşağıdaki hususlara yönelik taahhütlerini içeren bir kalite politikası oluşturmalıdır:

- ▶ Kurumun amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu
- ▶ Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi
- ▶ Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması
- ▶ Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi

**KKY01.02**

Kurum kalite politikası üst yönetim tarafından onaylanmalı, yönetimin değişmesi durumunda yeniden gözden geçirilerek taahhüt yenilenmelidir.

**(Ç) KKY02 Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.****KKY02.01**

Kalite yönetimine ilişkin dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmalıdır.

**KKY02.02**

Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

**KKY02.03**

Kalite yönetim birimi oluşturulmalıdır.

- ▶ Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır.
- ▶ Kalite yönetim biriminde çalışacak personel sayısı, ilgili kurumun büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir.
- ▶ Kalite yönetim biriminde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.
- ▶ Kalite yönetim sorumlusu belirlenmelidir.

**KKY02.04**

Kalite yönetim biriminin görev alanı tanımlanmalıdır.

Kalite yönetim birimi;

- ▶ SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır.
- ▶ Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir.
- ▶ Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.
- ▶ İstenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
- ▶ Risk yönetimi ile ilgili çalışmalarda yer almalıdır.
- ▶ Hasta deneyimi ve çalışan geri bildirim anketlerinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları gibi) yönetmelidir.
- ▶ SKS çerçevesinde dokümanın yönetimini sağlamalıdır.
- ▶ Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.
- ▶ SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

**Rehberlik:**

Kalite yönetim birimi SKS'ye ilişkin tüm süreçleri bizzat uygulamakla sorumlu değildir.

Birimlerin faaliyet alanında gerçekleştirilmesi gereken kalite çalışmaları ilgili birimde görev alan tüm çalışanların sorumluluğundadır.

**(Ç) KKY03 SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.**

**KKY03.01**

Bölüm kalite sorumluları hizmet birimi kapsamında belirlenmelidir.

**KKY03.02**

Sorumlular kalite yönetim sorumlusu ile koordineli çalışmalıdır.

**KKY03.03**

Sorumlular bölümlerinde yürütülen düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri takip etmelidir.

**(Ç) KKY04 SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.**

**KKY04.01**

SKS'ye ilişkin öz değerlendirmeler, yılda en az iki kez olacak şekilde ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**KKY04.02**

Öz değerlendirme öncesinde sürece ilişkin plan yapılmalıdır.

- ▶ Öz değerlendirme ile ilgili ekip veya ekipler belirlenmelidir.
- ▶ Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır.
- ▶ Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir.
- ▶ Öz değerlendirme tüm SKS 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.

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

**KKY05.01**

Yılda en az iki kez ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

**KKY05.02**

Değerlendirme toplantılarında, kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve kalite süreçleri değerlendirilmelidir.

**KKY05.03**

Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.

**KKY06 Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır.**

**KKY06.01**

Kalite yönetiminin etkinleştirilmesi amacıyla kurulacak komiteler belirlenmelidir.

- ▶ Kalite yönetimi kapsamında asgari aşağıda belirtilen komiteler oluşturulmalıdır:
  - Hasta güvenliği komitesi
  - Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi
  - Eğitim komitesi
  - Tesis güvenliği komitesi

#### **KKY06.02**

Komitelerde görev alacak kişilerin niteliği ve sayısı, hizmet sunulan alanın büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yönetim tarafından belirlenmelidir.

- ▶ Her komitede yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır.

#### **KKY06.03**

Komite üyelerinin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.

#### **Rehberlik:**

SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde ilgili mevzuat kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.

#### **KKY06.04**

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

#### **KKY06.05**

Komiteler, görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarını izlemelidir.

#### **KKY06.06**

Komiteler, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

**(Ç) KKY07 Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.**

#### **KKY07.01**

Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- ▶ Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- ▶ İlaç güvenliğinin sağlanması

- ▶ Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- ▶ Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- ▶ Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- ▶ Hasta mahremiyetinin sağlanması
- ▶ Hastaların güvenli transferi
- ▶ Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- ▶ Bilgi güvenliğinin sağlanması
- ▶ Enfeksiyonların önlenmesi
- ▶ Diş protez laboratuvarında hasta güvenliğinin sağlanması

**(Ç) KKY08 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.**

**Rehberlik:**

Komite; bünyesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu bulunmayan kurumlarda oluşturulmalıdır.

**KKY08.01**

Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Çalışana yönelik risk değerlendirmesi çalışmalarının takibi
- ▶ Çalışan güvenliğine yönelik tespit edilen risklere yönelik iyileştirme faaliyetlerinin takibi
- ▶ Sağlık gözetimi programının hazırlanması ve takibi
- ▶ Özellikle durumu olan personelin (gebe, emziren, engelli, kronik hastalık gibi) sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının sağlanması ve takibi
- ▶ Çalışan geri bildirimlerinin (öneri, şikayet gibi) ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi
- ▶ Çalışan geri bildirimleri ve anket sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılması

**(Ç) KKY09 Eğitim Komitesi bulunmalıdır.**

**KKY09.01**

Komite, eğitim faaliyetlerini planlamalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır.

Komite görev alanı asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Sağlıkta kalite standartları eğitimleri
- ▶ Hizmet içi eğitimler
- ▶ Uyum eğitimleri
- ▶ Hastalara yönelik eğitimler

**(Ç) KKY10 Tesis Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.**

#### **KKY10.01**

Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi
- ▶ Kurum alt yapı güvenliğinin sağlanması  
(Bkz. Tesis Yönetimi Bölümü)
- ▶ Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması
- ▶ Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları
- ▶ Atık yönetimi çalışmaları
- ▶ Tıbbi cihaz güvenliği
- ▶ Tehlikeli maddelerin yönetimi

**KKY11 Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.**

#### **Rehberlik:**

SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.

#### **KKY11.01**

Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmeli ve bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Toplantı yöneticisi ve katılımcıları
- ▶ Toplantı gündemi ve süresi
- ▶ Toplantı yeri ve zamanı

**KKY11.02**

Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.

**KKY12 Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

**KKY12.01**

Gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.

**KKY12.02**

Gerekli durumlarda, düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**Rehberlik:**

Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetler kapsamında ele alınabilir.

**KKY12.03**

Düzeltilici ve iyileştirici faaliyetler kapsamında ele alınan çalışmalar kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde kayıt altına alınmalı ve izlenmelidir.

**KKY13 Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.**

**KKY14 Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.**

**KKY14.01**

Tanıtım kartları; standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir.

**Rehberlik:**

Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.

**KKY14.02**

Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.



# Doküman Yönetimi

## Amaç

Kurumda;

- ▶ Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi
- ▶ Uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi
- ▶ Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesinin sağlanmasıdır.

**KDY01 Kurumda kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **KDY01.01**

Doküman yönetimi ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Doküman ihtiyacının belirlenmesi
- ▶ Dokümanın;
  - Hazırlanması
  - Kontrolü
  - Onaylanması
  - Dağıtılması ve duyurulması
  - Güncellenmesi
  - Muhafazası
  - Kullanımdan kaldırılması
  - İmhası
- ▶ Dış kaynaklı dokümanların yönetimi

#### **KDY01.02**

Dokümanların biçimi ve düzeni doküman türü bazında belirlenmeli, kurumun hizmet kapsamı içinde oluşturulan tüm dokümanlarda bu biçim ve düzene uygun hareket edilmelidir.

- ▶ Dış kaynak kullanımı yoluyla sunulan hizmetlere ilişkin doküman da kurum tarafından belirlenen biçim ve düzene uygun olmalı ve kurum adına yayımlanmalıdır.

#### **KDY01.03**

Dokümanın hazırlanması, kontrolü ve onaylanmasından sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.

- ▶ Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan doküman üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.

#### **KDY01.04**

Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.

#### **KDY01.05**

İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.

**KDY02 Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan doküman güncel olmalıdır.****KDY02.01**

Doküman kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir.

- ▶ Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.

**KDY02.02**

Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalı, güncelleme bilgisi doküman listesinde izlenebilir olmalıdır.

**KDY02.03**

İlgili çalışanlar güncel dokümana kolay ulaşabilmelidir.

- ▶ Doküman intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır.
- ▶ Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.

**KDY03 Dış kaynaklı dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.****KDY03.01**

Dış kaynaklı doküman belirlenmelidir.

**Rehberlik:**

Dış kaynaklı doküman, kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

Dış kaynaklı doküman için format şartı aranmamaktadır.

**KDY03.02**

Dış kaynaklı doküman orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.

**KDY04 Panolara asılan dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.****KDY04.01**

Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanın asılacağı alanlar belirlenmelidir.

**KDY04.02**

Dokümanın asılma kuralları belirlenmelidir.

- ▶ Panolarda asılacak dokümana yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği belirlenmelidir.
- ▶ Dokümanın panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır.
- ▶ Dokümanın takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmelidir.

**KDY04.03**

Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanı güncel olmalıdır.

**KDY04.04**

Panolar ve panolarda asılı doküman, görsel olarak uygun şekilde düzenlenmelidir.

**KDY04.05**

Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalara yönelik kurallar belirlenmelidir.

**KDY05 Fiziksel veya elektronik imzalı dokümanın arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.**

# Risk Yönetimi

## Amaç

Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil), kurum, ekipman ve çevreyi olumsuz etkileyebilecek risklerin belirlenmesi, risklerle kaynağında mücadele edilerek yok edilmesi, bu mümkün değil ise kabul edilebilir seviyeye indirilmesidir.

**(Ç) KRY01 Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

#### **KRY01.01**

Kurumda risk yönetim kurulu oluşturulmalıdır.

#### **KRY01.02**

Risk yönetim kurulunun sorumlulukları tanımlanmalıdır.

#### **KRY01.03**

Risk yönetimi çalışmalarının aktif olarak yürütülmesi ve raporlanmasına yönelik görev ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

#### **KRY01.04**

Risk yönetimi çalışmaları, kalite yönetim birimi, ilgili komite, kurul ve birimlerle (iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili birimler, hasta güvenliği komitesi gibi) koordineli şekilde yürütülmelidir.

#### **KRY01.05**

Bölmelerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmelidir.

**(Ç) KRY02 Kurumda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

#### **KRY02.01**

Risk yönetimi; hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışanlara yönelik asgari aşağıdaki hususlar kapsamında ele alınmalıdır:

- ▶ Tıbbi hizmetler
- ▶ Yönetimsel hizmetler
- ▶ Tesis güvenliği
- ▶ Çevre güvenliği
- ▶ İş sağlığı ve güvenliği

#### **KRY02.02**

Risk yönetimi; fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve sunulan hizmetlere ilişkin tüm riskleri içermelidir.

#### **KRY02.03**

Risk yönetimi süreci asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Amaç ve hedefler
- ▶ Kapsam
- ▶ Risk yönetimi kurumsal yapısının oluşturulması
- ▶ Kurulların çalışma esasları
- ▶ Kurul üyeleri ve risk değerlendirme ekibinin eğitilmesi
- ▶ Risk değerlendirme süreci

**(Ç) KRY03 Kurum risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.**

#### **KRY03.01**

Kurumda risk değerlendirme çalışmasını yapmak üzere risk değerlendirme ekibi oluşturulmalı, ekibin çalışma usul ve esasları ile sorumlulukları tanımlanmalıdır.

#### **KRY03.02**

Kurum risk değerlendirme ve eylem planı; SKS risk değerlendirme ve eylem planı ve İSG risk değerlendirmesi olmak üzere iki ayrı doküman şeklinde hazırlanmalıdır.

#### **KRY03.03**

Risk analizi yöntemi veya yöntemleri belirlenmelidir.

#### **KRY03.04**

Risk değerlendirme ekibi tarafından, ilgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımı ile bölüm veya süreç bazında tehlikeler tanımlanmalı ve riskler belirlenmelidir.

#### **KRY03.05**

Mevcut durum ve tedbirler dikkate alınarak riskler analiz edilmeli ve risk düzeyleri belirlenmelidir.

#### **KRY03.06**

Risklere yönelik yapılması gereken düzeltici ve iyileştirici faaliyetler, faaliyet sorumluları ve hedeflenen gerçekleştirme tarihleri tanımlanmalıdır.

**(Ç) KRY04 Kurum risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.**

**KRY05 Kurum risk değerlendirmesi en geç iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.**

**Rehberlik:**

Belirlenen aralıklar dışında risk değerlendirmesinin tamamen veya kısmen güncellenmesi gerekliliğine ilişkin örnekler:

- ▶ Kurumun taşınması veya binalarda değişiklik yapılması
- ▶ Kurumda uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanlarda değişiklikler yapılması
- ▶ İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olayın meydana gelmesi
- ▶ Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen bir olayın meydana gelmesi
- ▶ Hasta bakım süreçlerinde meydana gelen önemli değişiklikler
- ▶ Çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olması
- ▶ Çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetimi sonuçlarına göre gerekli görülmesi
- ▶ Kurum dışından kaynaklanan ve kurumu etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması

**KRY06 Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.**



# Kurumsal Verimlilik

## Amaç

Kurumun, etkinlik, etkililik, hasta güvenliği, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta odaklılık, uygunluk, hakkaniyet, zamanlılık, süreklilik hedeflerinden ödün vermeden, en az kaynak kullanımı ile hedeflere ulaşmasının sağlanmasıdır.

## Kapsam

Bu bölüm Bakanlığımıza bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık tesislerinde uygulanır ve değerlendirilir.

**KKV01 Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

#### KKV01.01

Verimlilik çalışmalarına yönelik sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Verimlilik ile ilgili gerçekleştirilen faaliyetlerin koordinasyonu ve izlenmesi
- ▶ Veri toplama ve analiz çalışmaları ile iyileştirme faaliyetlerinin koordinasyonu ve izlenmesi
- ▶ Verimlilik ölçümünde kullanılacak yöntemlerin tanımlanması
- ▶ Raporların hazırlanması ve üst yönetime sunulması

**KKV02 Verimlilik ölçümleri bir plan dahilinde gerçekleştirilmelidir.**

#### KKV02.01

Verimlilik ölçümlerine ilişkin plan oluşturulmalıdır.

- ▶ Ölçüm aralıkları alana özgü olarak belirlenmelidir.
- ▶ Verimlilik ölçümleri plan dahilinde gerçekleştirilmeli, en az yılda bir kez sonuçlar analiz edilmelidir.

**KKV03 Verimlilik ölçümü yapılacak alanlar ile ölçüm metodları tanımlanmalıdır.**

#### KKV03.01

Asgari aşağıdaki konulara yönelik verimlilik ölçümleri yapılmalıdır:

- ▶ İlaç
- ▶ Tıbbi sarf ve malzeme
- ▶ Tetkik ve teşhis hizmetleri
- ▶ İnsan kaynakları
- ▶ Enerji kullanımı
- ▶ Tesis kullanımı
- ▶ Tıbbi cihaz
- ▶ Zaman yönetimi

► Bütçe

**KKV03.02**

Verimlilik ölçüm ve analizi, istatistiksel analizler, oran analizi, regresyon analizi, veri zarflama analizi gibi güncel bilimsel yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmelidir.

**KKV04 Belirlenen her bir konu başlığı ile ilgili mevcut durum analizi yapılmalıdır.**

**KKV04.01**

Yılda en az bir kez, verimlilik ile ilgili belirlenen her bir konu başlığı için, kurumun güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerini tanımlamaya yönelik çalışma yapılmalıdır.

- Verimliliği azaltan nedenler ve kaynakların gereksiz kullanım durumu tespit edilmelidir.
- Mevcut durum analizi sırasında ilgili çalışanlar ve yöneticilerin görüşleri alınmalıdır.
- Verimlilik ölçüm sonuçları ve konuyla ilgili elde edilebilen diğer yardımcı veriler de kullanılmalıdır.

**KKV04.02**

Mevcut durum analizine ilişkin rapor oluşturularak üst yönetime sunulmalıdır.

**KKV05 Verimliliğin artırılmasına yönelik faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.**

**KKV05.01**

Verimlilik ölçümlerine yönelik analiz sonuçları doğrultusunda iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

**KKV05.02**

Gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetlerinin etkinliği değerlendirilmelidir.



# İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

## Amaç

Kurumda;

- ▶ Hasta ve çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) güvenliğini tehdit eden, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olayların bildirilmesini,
- ▶ İstenmeyen olayların kök neden analizlerinin yapılmasını,
- ▶ Tespit edilen nedenlere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin yapılmasını ve takibini sağlamaktır.

**(Ç) KiO01 İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır.**

**KiO01.01**

Sistem, hasta ve çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) güvenliğini tehdit eden, ramak kala veya gerçekleşen her türlü istenmeyen olayı kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.

- ▶ Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.

**KiO01.02**

Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır.

**Rehberlik:**

- ▶ Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.
- ▶ Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde veya her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir.
- ▶ Ana modüllerin altında ilaç güvenliği, laboratuvar güvenliği, kesici delici alet yaralanmaları gibi alt modüller yer alabilir.

**KiO01.03**

Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.

**KiO01.04**

Analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.

**KiO01.05**

Sistem, bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.

**KiO01.06**

Bildirim formları, asgari aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir:

- ▶ Olayın konusu
- ▶ Olayın gelişim süreci
- ▶ Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

**Rehberlik:**

- ▶ Bildirim, "Olayın Konusu" başlığı altında kodlama ile yapılabilir.
- ▶ "Olayın Gelişim Süreci" başlığı, bildirim yapan kişinin olayı kendi cümleleri ile anlatmasına izin verecek şekilde düzenlenmelidir.

**KİO02 Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.**

**KİO02.01**

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

**KİO03 Çalışanlara istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.**

**KİO03.01**

İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını ve asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde planlanmalıdır:

- ▶ İstenmeyen olay bildirim sisteminin amacı, önemi ve sorumluluklar
- ▶ Sistemin yapısı
- ▶ Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
- ▶ Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
- ▶ Bildirim sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar
- ▶ Bildirimin yapılma şekli ve uyulması gereken kurallar
- ▶ Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı
- ▶ Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin genel bilgi
- ▶ İstenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta ve hasta yakınlarının nasıl bilgilendirileceği

**(Ç) KİO04 İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

**KİO04.01**

Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve bildirim yapılan her olay için kök neden analizi yapılmalıdır.

**KİO04.02**

Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

**KİO04.03**

Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler gerçekleştirilmeli ve sonuçları izlenmelidir.

**KİO04.04**

Gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

**KİO05 Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarda geri bildirimlerde bulunulmalıdır.**

**(Ç) KİO06 İstenmeyen olay bildirim sisteminin, ulusal bildirim sistemlerine entegrasyonu sağlanmalı ve çalışanlara ulusal bildirim sistemleri hakkında eğitim verilmelidir.**

**KİO06.01**

Sistemin, Bakanlıkça oluşturulan ulusal çalışan güvenliği bildirim sistemine entegrasyonu sağlanmalıdır.

**KİO06.02**

Sistemin, Bakanlıkça oluşturulan ulusal hasta güvenliği bildirim sistemine entegrasyonu sağlanmalıdır.

**KİO06.03**

Çalışanlara ulusal sistemler hakkında eğitim verilmelidir. Eğitim asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

- ▶ Bildirimlerin bireysel ve kurumsal olarak yapılabildiği
- ▶ Bildirim sırasında hiçbir kişisel bilginin (IP adresi, lokasyon bilgisi, kişi adı vb.) veri tabanına kaydedilmediği
- ▶ Bildirimlerin hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili iyileştirmeler yapılmasına katkı sağladığı aynı zamanda SKS'nin geliştirilmesi amacı ile kullanılacağı
- ▶ Bildirimlerin yapılacağı ulusal sistemlerin adresleri



# Afet ve Acil Durum Yönetimi

## Amaç

- ▶ Kurumda karşılaşılabilecek olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olayların gelişmesi durumunda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi veya görecekları zararın en aza indirilmesi
- ▶ Kurumda karşılaşılabilecek solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması
- ▶ Kurumda görevli personele yönelik şiddet girişimi ihtimali bulunan durumlarda ve şiddet girişimi esnasında olaya en kısa sürede müdahale edilmesidir.

**KAD01 Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

#### **KAD01.01**

Afet ve acil durum yönetimi ekibi tanımlanmalıdır.

- ▶ Ekipte, kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.
- ▶ Ekip tarafından düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

#### **KAD01.02**

Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

**(Ç) KAD02 Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**

#### **KAD02.01**

Risk değerlendirme kapsamı, olası olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım ve tahliye gerektiren olaylar göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Risk değerlendirmesi asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Tehlikeli kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerden kaynaklanan yayılım ve zehirlenme
- ▶ Salgın hastalık
- ▶ Yangın
- ▶ Patlama
- ▶ Doğal afetler
- ▶ Sabotaj
- ▶ Savaş
- ▶ Terör eylemi
- ▶ Göç

**KAD03 Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.**

**Rehberlik:**

Yataklı tedavi hizmeti sunan kurumlar Hastane Afet Planı (HAP) oluşturmakla yükümlüdür. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan kurumlar ilgili mevzuat doğrultusunda plan oluşturmalıdır.

**KAD03.01**

Afet ve acil durumlara ilişkin tespit edilen risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Acil durum müdahale yöntemleri
- ▶ Tespit edilen riskler
- ▶ Koruyucu önlemler
- ▶ Kontrol
- ▶ Erken teşhis ve tespit
- ▶ Triyaj
- ▶ Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, arşiv vb.)
- ▶ Tesisin tahliyesi
- ▶ Kullanılacak alternatif alanlar
- ▶ Kullanılacak malzemelerin temini
- ▶ Afet ve acil durum malzeme envanteri
- ▶ İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon
- ▶ İş sürekliliğinde kesinti

**KAD03.02**

Afet ve acil durum planı her yıl güncellenmeli ve il düzeyinde gerekli onaylar alınmalıdır.

**KAD04 Kuruma ait acil durum plan krokileri bulunmalıdır.**

**KAD04.01**

Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri bulunmalıdır.

**KAD04.02**

Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunmalıdır.

**KAD04.03**

Acil durum plan krokilerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler
- ▶ Acil müdahale setinin bulunduğu yerler
- ▶ Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler
- ▶ İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında kurum haricindeki kuruluşların irtibat numaraları

**KAD04.04**

Çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendirilmelidir.

**KAD05 Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**KAD05.01**

Afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalı, tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

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

**KAD05.02**

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

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

**KAD05.03**

Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

**KAD05.04**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

**KAD06 Kurumda görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitimler verilmelidir.**

**(Bkz. Eğitim Yönetimi Bölümü)**

**KAD06.01**

Afet ve acil durum eğitimleri asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Temel afet bilinci
- ▶ Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı)
- ▶ Yapısal olmayan risklerin azaltılması (YORA)
- ▶ Afet ve acil durum triyajı
- ▶ Deprem ve acil durum krokileri
- ▶ Uygulamalı hastane afet planı (HAP) (yataklı tedavi kurumları için)

**(Ç) KAD07 Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**KAD07.01**

Depreme yönelik gerçekleştirilen risk değerlendirmesi doğrultusunda YORA'ya yönelik gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Yapısal olmayan riskler, binanın taşıyıcı sistemi (kolon, kiriş, döşeme, çatı vb.) dışında kalan ve yapıya ait olmayan elemanlardan (mobilyalar, cihazlar, aydınlatma sistemleri, asansör sistemleri, havalandırma sistemleri vb.) kaynaklanan risklerdir.

Yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

- ▶ Risk içeren tıbbi cihazların sabitlenmesi
- ▶ Yüksek mobilyaların sabitlenmesi

- ▶ Oksijen tüplerinin, sedye, tekerlekli sandalye gibi ekipmanın hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi
- ▶ Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır veya büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve /veya duvara sabitlenmesi
- ▶ Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi
- ▶ Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması
- ▶ Jeneratörler ile ilgili sismik tedbirlerin alınması amacı ile sarsıntıyı algılayan sistemlerin kullanılması
- ▶ Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi
- ▶ Çalışanlara depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi

**KAD08 Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **Rehberlik:**

Mavi kod; kurumda karşılaşılabilecek solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.

#### **KAD08.01**

Mavi kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- ▶ Telefon üzerinden uygulama yapan kurumlarda, mavi kod için 2222 numarası kullanılmalıdır.

#### **KAD08.02**

Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- ▶ 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 ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

#### **KAD08.03**

Her vardiya için ekipler belirlenmelidir.

- ▶ Ekipte; en az bir diş hekimi/hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır.
- ▶ Diş hekimi/hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır.
- ▶ Mesai saatleri dışında ekip oluşturmak için yeterli personelin bulunmadığı durumlarda acil müdahalenin ne şekilde yapılacağı belirlenmelidir.

#### **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 kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
- ▶ Yapılan uygulama
- ▶ Müdahalenin yeri
- ▶ Çağrının yapıldığı zaman
- ▶ Ekibin olay yerine ulaşma zamanı
- ▶ Müdahalenin sonucu
- ▶ Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri

#### **KAD08.06**

Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef süre tanımlanmalı, gerçekleşen süreler takip edilmelidir.

#### **KAD08.07**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez mavi kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılmalıdır.

- ▶ Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır.
- ▶ Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

#### **KAD08.08**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

#### **KAD08.09**

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

**KAD08.10**

Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

**(Ç) KAD09 Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

**Rehberlik:**

Beyaz kod; kurumda görevli personele yönelik şiddet girişimi ihtimali bulunan durumlarda ve şiddet girişimi esnasında olaya en kısa sürede müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

**KAD09.01**

Beyaz kod yönetimi ile ilgili acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- ▶ Telefon üzerinden uygulama yapan kurumlarda, beyaz kod için 1111 numarası kullanılmalıdır.

**KAD09.02**

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 organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

**KAD09.03**

Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Olayın olduğu tarih ve saat
- ▶ Olayın olduğu yer
- ▶ Olayın başlama nedeni
- ▶ Olayın oluş şekli
- ▶ Varsa olayda kullanılan cisim
- ▶ Olaya karışanların yaşları, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri
- ▶ Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri

**KAD09.04**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez beyaz kod uygulamasına yönelik tatbikat yapılmalıdır.



- ▶ Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır.
- ▶ Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

#### KAD09.05

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

#### KAD09.06

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

#### KAD09.07

Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.

#### KAD09.08

Sağlık hizmeti sunumu kaynaklı şiddet olayının gerçekleşmesi durumunda, hukuki süreç başlatılmak üzere beyaz kod bildirim (113) yapılmalıdır.

#### KAD09.09

Çalışanlara, beyaz kod acil uyarı sistemi (1111) ve sağlıkta şiddet olayının gerçekleşmiş olması halinde bildirim yapılan beyaz kod (113) uygulaması konusunda eğitim verilmelidir.

**KAD10 Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### Rehberlik:

Kırmızı kod; kurumda çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek veya önlemek amacı ile oluşturulan acil uyarı kodudur.

#### KAD10.01

Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- ▶ Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- ▶ Sorumluluk alanı; yangın algılama ve uyarı sisteminin bakım ve kontrollerinin düzenli aralıklarla yapılmasının sağlanması, kırmızı kod ile ilgili tatbikat

ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

#### **KAD10.02**

Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari 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

#### **KAD10.03**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır.

- ▶ Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır.
- ▶ Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

#### **KAD10.04**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

#### **KAD10.05**

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

#### **KAD10.06**

Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

**(Ç) KAD11 Kurum, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.**

#### **KAD11.01**

Kurumun yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilmelidir.

#### **KAD11.02**

Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**(Ç) KAD12 Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****KAD12.01**

Kurum kapasitesi ve kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturulmalı, alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlanmalıdır.

**KAD12.02**

Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

**KAD12.03**

Kurum krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.

**KAD12.04**

Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.

**KAD12.05**

Alan veya birimin özelliklerine göre uygun yangın söndürücü kullanılmalıdır.

**KAD12.06**

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

**KAD12.07**

Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

- ▶ Yangın hortumu hasarsız olmalıdır.
- ▶ Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir.
- ▶ Vanalar kolayca açılmalıdır.
- ▶ Yangın dolabı içindeki ekipmanlar belirli aralıklarda kontrol edilerek kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

**(Ç) KAD13 Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.****KAD13.01**

Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanmalıdır.

**KAD13.02**

Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.

**KAD13.03**

Bina çatılarında yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.

**KAD13.04**

Bina çatılarında bulunan 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.

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

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

#### KEY02.01

Çalışanların güvenliğini ve sağlıklı çalışma ortamını sağlamaya yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.

#### KEY02.02

Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planı oluşturulmalı, planda asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

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

#### KEY02.03

Eğitim planında, sağlıklı çalışma ortamı ve SKS kapsamındaki gereklilikleri sağlamaya yönelik asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- ▶ Stres yönetimi
- ▶ Etkili iletişim
- ▶ Mobbing
- ▶ Kişisel koruyucu donanım kullanımı
- ▶ Birim ve bölüm bazlı riskler ile risklere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler
- ▶ İş ekipmanlarının güvenli ve verimli kullanımı
- ▶ İş güvenliği kapsamında ilgili mevzuatta belirlenen diğer eğitimler
- ▶ SKS kapsamında ilgili bölümlerde belirtilen çalışana yönelik eğitimler

**KEY02.04**

Plan dışında eğitim düzenlenmesi veya eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan güncellenmelidir.

**KEY02.05**

Yapılan güncelleme geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

**KEY03 Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.****KEY03.01**

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

- ▶ Genel ve bölüm uyum eğitimlerine ilişkin konular, kurumun türü, hizmet sunum alanları ve meslek grupları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

**KEY03.02**

Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.

**KEY03.03**

Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.

- ▶ Rehber, kurumun belirlediği kurallar çerçevesinde meslek bazında hazırlanmalıdır.

**KEY03.04**

Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında izlenebilir olmalıdır.

**KEY04 Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.****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.

**KEY04.04**

Personele, çalıştığı birim bazında SKS'ye ilişkin süreçleri kapsayacak şekilde eğitim verilmelidir.

**KEY04.05**

Verilen eğitimlere ilişkin kayıtlara personel dosyasından ulaşılabilir.

**KEY04.06**

İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyal dokümanına ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**KEY05 Çalışana yönelik eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.**

**KEY05.01**

Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.

**Rehberlik:**

Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılacak yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- ▶ Ön test-son test
- ▶ Öz değerlendirmeler
- ▶ Gözlemler
- ▶ Kişilerle yapılan görüşmeler
- ▶ Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler
- ▶ Anketler
- ▶ Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)

**(Ç) KEY06 Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**KEY06.01**

Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.



- ▶ Eğitimlerin, hangi konularda, hangi hasta grubuna, hangi sıklıkla, kimler tarafından verileceği ve nasıl kayıt altına alınacağı tanımlanmalıdır.

**KEY06.02**

Hasta ve hasta yakınlarına, tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik asgari aşağıdaki eğitimler verilmelidir:

- ▶ Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları
- ▶ Hastalığın seyri
- ▶ Hasta düşmelerinin önlenmesi
- ▶ Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar
- ▶ Hasta tarafından kullanılacak bakım ekipmanlarının kullanımı
- ▶ El hijyeni ve beslenme
- ▶ Kontrol için ilgili diş hekimine ne zaman ve nasıl başvurulacağı
- ▶ Taburculuk sonrası bakım

**KEY06.03**

Hastalara verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.



# Sosyal Sorumluluk

## Amaç

Kurumun, sosyal sorumluluk çerçevesinde sağlığı teşvik edici ve geliştirici hizmetler sunmasını sağlayarak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir.

**KSS01 Kurum, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.**

### **KSS01.01**

Kurum hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun yapısı ve sağlık dokusundaki farklılıklar ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Sağlık sorunlarının araştırılması kapsamında aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılabilir:

- ▶ Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik veriler
- ▶ Morbidite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri
- ▶ Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları
- ▶ Sosyal ve kültürel yapı

### **KSS01.02**

Hedef popülasyona yönelik sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında en az iki program uygulanmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Standart kapsamında geliştirilecek programlar aşağıdaki konu başlıklarında veya bunlara benzer konularda oluşturulabilir:

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

**KSS02 Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, kurum tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.**

#### **KSS02.01**

Program sonuçları kurum tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşılma derecesi belirlenmelidir.

- ▶ Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.



# HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER



*Hasta Deneyimi* ◀

*Hizmete Erişim* ◀

*Sağlıklı Çalışma Yaşamı* ◀







# Hasta Deneyimi

## Amaç

Sağlık hizmeti sunumunda temel hasta hakları esas alınarak tüm süreçlerde hasta katılımının sağlanması, hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanın özenle hizmet almasının temin edilmesidir.

**(Ç) HHD01 Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.**

#### **HHD01.01**

Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirme süreci ve sürece ilişkin kurallar belirlenmelidir.

#### **HHD01.02**

Hasta ve hasta yakını, hastanın genel durumu, teşhis, tedavi süreci, bakım uygulamalarının seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale ve takip süreci hakkında bilgilendirilmelidir.

#### **HHD01.03**

Hasta ve hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi ve takip sürecinde dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği sağlık personeli ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

**(Bkz: Eğitim Yönetimi Bölümü, KEY06)**

#### **HHD01.04**

Ayaktan ve yatan hastalarda hasta ve hasta yakınının, hasta hakları ve sorumlulukları hakkında nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalı, tanımlama doğrultusunda uygulama gerçekleştirilmelidir.

#### **HHD01.05**

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

**(Ç) HHD02 Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.**

#### **HHD02.01**

Tanı, tedavi ve taburculuk sonrası süreçlerdeki tüm karar alma aşamalarına hasta ve yakınlarının katılımı sağlanmalıdır.

#### **HHD02.02**

Hastaların, bakım sürecinde kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.

**HHD02.03**

Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği tıbbi uygulamalara ve mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri değerlendirilmelidir.

**Rehberlik:**

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 veya 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.

**HHD03 Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.**

**HHD03.01**

Hasta hakları uygulamalarından sorumlu bir birim bulunmalıdır.

**HHD03.02**

Birim çalışmalarına yönelik sorumlu veya sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır.

**HHD03.03**

Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenleme (birime doğrudan başvuru, internet veya görüş, öneri ve şikayet kutuları aracılığı ile başvuru vb.) yapılmalıdır.

**HHD03.04**

Birime yapılan başvuruların ve hasta hakları kapsamındaki şikayetlerin değerlendirilmesi, incelenmesi, zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmalıdır.

**HHD04 Hasta ve yakınlarının kurum bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**

**HHD04.01**

Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- ▶ Hastalar görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin internet üzerinden bildirim yapabilmelidir.

**HHD04.02**

Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar veya kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

- ▶ Görüş, öneri ve şikayetlerini, ne şekilde, kimlere, hangi birimler aracılığıyla veya hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

**HHD04.03**

Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

- ▶ Hasta ve yakınlarına ait görüş ve öneriler ile hasta hakları kapsamı dışında kalan şikayetler kalite yönetim birimi tarafından değerlendirilmelidir.
- ▶ Hasta hakları kapsamına giren şikayetler hasta hakları uygulamalarından sorumlu birim tarafından değerlendirilmelidir.
- ▶ Görüş, öneri ve şikayetler düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.
- ▶ Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır.
- ▶ 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 hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.

**(Ç) HHD05 Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır.**

**(Bkz: Anket Uygulama Rehberi)**

**HHD05.01**

Hasta deneyimi anketi asgari Bakanlık tarafından yayımlanan anket sorularını içermelidir.

- ▶ Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.

**HHD05.02**

Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

**(Ç) HHD06 Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.**

**HHD06.01**

İşlem öncesi hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.

**HHD06.02**

Yatarak tedavi edilmek üzere kuruma kabul edilen veya ayaktan ilk kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecinde gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.

**HHD06.03**

Cerrahi veya girişimsel işlemler, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve işleme özel rızası alınmalıdır.

Hastanın işleme özel olarak bilgilendirilmesine yönelik oluşturulan rıza belgesinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ İşlemden beklenen faydalar
- ▶ İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- ▶ Varsa işlemin alternatifleri
- ▶ İşlemin riskleri, komplikasyonları
- ▶ İşlemin tahmini süresi
- ▶ Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar
- ▶ Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar
- ▶ İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, unvanı, imzası ve tarih bilgisi
- ▶ Hastanın adı, soyadı, imzası ve tarih bilgisi

**HHD06.04**

Çocuk hastalar, zihinsel engelli hastalar, bilinci açık olmayan hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetisine sahip olmayan hastalara yönelik bilgilendirme ve rıza süreçleri tanımlanmalıdır.

**HHD06.05**

Engellilerin engel durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli düzenleme yapılmalıdır.

**(Ç) HHD07 Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.**

**HHD07.01**

Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.

- ▶ Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.
- ▶ Hasta yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.
- ▶ Çoklu muayene ve tedavi alanlarında yer alan dış ünitleri, tavana kadar kullanılan malzeme (alçıpan, dayanıklı cam vb.) ile ayrılmalıdır.

**HHD07.02**

Hastanın bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Bilgi mahremiyeti, hastanın psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel durumuna yönelik hususları da kapsamalıdır.
- ▶ Hastaya yönelik tıbbi değerlendirmeler ve yapılan uygulamalara ait bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır.
- ▶ Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir.
- ▶ Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.
- ▶ Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

**HHD07.03**

Tüm kurum çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.

**HHD08 Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.**

**HHD08.01**

Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.

**HHD08.02**

Kurumda görev yapan hekimler ve ihtisas alanları tanıtılmalıdır.

**HHD09 Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.**

**HHD10 Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.**

**HHD10.01**

Hasta, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtları inceleyebilmeli, istediğinde ilgili belgelerin (yapılan işlemler, tahliller veya kendisine ait özel bilgiler vb.) kopyasına ulaşabilmelidir.

**HHD10.02**

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

**HHD11 Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.**

**HHD11.01**

Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir.

**HHD11.02**

Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, hasta ziyaretlerine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.

**HHD12 Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**HHD12.01**

Refakatçi politikası belirlenmelidir.

**HHD12.02**

Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, refakatçi uygulamasına ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.

**HHD13 Genel anestezi altında müdahale gereken hastaların, sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.**

**HHD13.01**

Hizmete yönelik reddin geçerli olarak kabul edilebilmesine ilişkin koşullar tanımlanmalıdır.

- ▶ Hizmete yönelik reddin geçerli kabul edilebilmesi için asgari aşağıdaki koşulların sağlanması gereklidir:
  - Etki altında kalmadan kendi isteği ile karar verme durumu
  - Kişinin hizmet almama durumunda yaşayacağı olası sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi
  - Reddin sunulacak hizmet ile doğrudan ilişkili olması
  - Kişinin verdiği kararın sonuçlarını değerlendirebilecek kapasite ve bilinç düzeyine sahip olması

**HHD13.02**

Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanamadığı hallerde, hastanın yasal vekilinin yazılı onayı varsa hizmet sunumu gerçekleştirilmelidir.

**HHD13.03**

Hizmetin reddedilmesi durumunda asgari aşağıdaki hususlar kayıt altına alınmalıdır:

- ▶ Reddin sebebi
- ▶ Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanma durumu
- ▶ Hastanın veya yasal vekilinin redde ilişkin yazılı beyanı



# Hizmete Erişim

## Amaç

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

**HHE01 Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.**

#### **Rehberlik:**

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

#### **HHE01.01**

Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.

- ▶ 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:

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

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

#### **HHE02.01**

Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.

#### **HHE02.02**

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

**HHE02.03**

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

Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

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

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

**HHE03.01**

Hastaların muayene olacağı zaman aralığı belirlenmelidir.

**HHE03.02**

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

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

**HHE04.01**

Randevu verme süreleri kurum tarafından belirlenmelidir.

- ▶ Randevu verme süreleri belirlenirken, kurumun koşulları, istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.

**HHE04.02**

Hasta veya yakınları randevu verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

**HHE04.03**

Randevu süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.

- ▶ Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

**HHE05 Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya y6nelik d6zenlemeler bulunmalıdır.**

#### **HHE05.01**

Yaşlı ve engelli kişilerin 6ncelikli kayıt yaptırılmaları sağlanmalıdır.

#### **HHE05.02**

Yaşlı, engelli ve sağlık hizmet alanlarına ulaşımları için yardıma ihtiyacı olan hastalara destek sağlanmalıdır.

#### **HHE05.03**

Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında 6ncelikli oturabilmelerine y6nelik d6zenleme yapılmalıdır.

#### **HHE05.04**

Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde 6ncelikli olmaları sağlanmalıdır.

# Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Amaç

İnsan kaynaklarının etkin yönetimini sağlamak, sağlık çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörleri belirlemek, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemleri almak, güvenli, teşvik edici ve konforlu bir çalışma ortamı oluşturmaktır.

**HSÇ01 İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****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.

**HSÇ02 İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.****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.

**HSÇ03 Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.****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.

► 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 kişilerce sunulmalıdır.

- ▶ İşe yeni başlayan çalışanların çalışma alanlarına yönelik diploma ve yetki belgeleri (sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) doğrulanmalıdır.
- ▶ Daha önce diploması doğrulanmış ve halihazırda görevli olan çalışanların çalışma alanına yönelik yetki belgeleri, belgenin geçerlilik süresine göre düzenli aralıklarla doğrulanmalıdır.

**(O) HSÇ04 Sağlık çalışanlarının performanslarını ölçmeye yönelik kriterler belirlenmelidir.**

**HSÇ04.01**

Tıbbi süreçlerde görevli sağlık çalışanlarının başarı düzeylerinin ölçülmesine yönelik performans kriterleri belirlenmeli ve izlenmelidir.

- ▶ Performans kriterleri birim sorumluları ile birlikte belirlenmelidir.
- ▶ Performans kriterleri belirlenirken, çalışanların iş tanımları, hizmet sunum alanları, meslek grupları gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

**HSÇ04.02**

Çalışanlar, performans kriterleri hakkında bilgilendirilmelidir.

**HSÇ04.03**

Performans ölçümlerine göre gerektiğinde çalışan performansını artırmaya yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

**HSÇ05 Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.**

**HSÇ05.01**

Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

**HSÇ05.02**

Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe, zaman ve fiziki koşullar gibi gereklilikler belirlenmelidir.

**HSÇ05.03**

Hedeflere ilişkin üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılmalıdır.

**(Ç) HSÇ06 Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**HSÇ06.01**

Kurum ve bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

- ▶ Risk değerlendirmesi; çalışanların kurumda karşılaşabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır.
- ▶ Risk değerlendirmesi 7/24 mesai sürecini kapsayacak şekilde planlanmalıdır. şeklinde değişmeli.
- ▶ Çalışan güvenliği açısından kurum ve bölüm bazında asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
  - Enfeksiyonların önlenmesi
  - Sağlık gözetimi kapsamında belirlenen işlemler ve bağışıklama
  - Kimyasal madde güvenliği
  - Radyasyon güvenliği
  - Gıda güvenliği
  - Gürültü
  - Toz
  - Aydınlatma
  - Tesis kaynaklı riskler
  - Ergonomik faktörler
  - Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
  - Mobbingin önlenmesi
  - Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
  - İş yükünün neden olduğu olumsuz unsurlar
  - Stres yönetimi

**(Bkz: Risk Yönetimi Bölümü)**



**HSÇ06.02**

Kurum ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına veya önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

**HSÇ06.03**

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden, ramak kala veya gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

**(Bkz: İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bölümü)**

- ▶ Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı, gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

**HSÇ06.04**

Çalışanların, istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır.

**(Ç) HSÇ07 Çalışanların sağlık gözetiminin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**HSÇ07.01**

Çalışanların sağlık gözetimine ilişkin program hazırlanmalıdır.

- ▶ Programın hazırlanması ve takibine ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- ▶ Program oluşturulurken bölüm bazında belirlenen riskler dikkate alınmalıdır.
- ▶ Belirlenen risklere göre sağlık gözetimi kapsamında yapılması gereken işlemler, işlemlerin zamanı ve tekrarlanma sıklığı tanımlanmalıdır.

**HSÇ07.02**

Programın uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesine ilişkin süreçler ve uygun olmayan sonuçlar elde edildiğinde izlenmesi gereken yol tanımlanmalıdır.

- ▶ Sağlık gözetimi sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.

**HSÇ07.03**

Çalışanlar sağlık gözetimi sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.

- ▶ Sağlık gözetimi sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.

**HSÇ07.04**

Sağlık gözetimi sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.

**(Ç) HSÇ08 Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu donanım kullanılmalıdır.****HSÇ08.01**

Yapılacak risk değerlendirmesi sonucuna göre ve konuyla ilgili uzmanların da görüşü alınarak bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu donanım (eldiven, maske, önlük, biyogüvenlik kabini, kilitli enjektör, yüz maskesi, kurşun önlük, kulaklık, vakumlu toz emicili çalışma masası vb.) belirlenmelidir.

- ▶ Kişisel koruyucu donanımın kullanım şartları (azami kullanım süresi, kontrol sıklığı, değiştirme koşulları, kullanılacak hasta grupları gibi) ve özellikleri; riskin derecesi, maruziyet sıklığı, her bir çalışanın iş yaptığı yerin özellikleri ve kişisel koruyucu donanımın performansı dikkate alınarak belirlenmelidir.

**HSÇ08.02**

Kullanılan kişisel koruyucu donanım asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- ▶ Kendisi ek risk oluşturmadan ilgili riski önlemeye uygun olmalıdır.
- ▶ Kurumun çalışma koşullarına uygun olmalıdır.
- ▶ Kullanıcının ergonomik gereksinimlerine ve sağlık durumuna uygun olmalıdır.
- ▶ Gerekli ayarlamalar yapıldığında kullanana tam uymalıdır.
- ▶ Birden fazla kişi tarafından kullanılmasını gerektiren durumlarda, bu kullanımdan dolayı sağlık ve hijyen problemi doğmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

**HSÇ08.03**

Kişisel koruyucu donanım çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve donanımın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

**HSÇ08.04**

Tek kullanımlık olmayan kişisel koruyucu donanımın temizlik, bakım, onarım ve periyodik kontrolleri yapılmalıdır.

**HSÇ08.05**

Çalışanlara kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda eğitim verilmelidir.

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

### HSÇ09.01

Çalışma ortamına yönelik fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.

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

### HSÇ09.02

Çalışanların, dini inançlarına yönelik ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.

### HSÇ09.03

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

- ▶ Çalışanlar için okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü gibi fiziksel ve sosyal imkanlar sağlanmalıdır.
- ▶ Kişisel gelişim eğitimleri, mesleki eğitim aktiviteleri gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik etkinlikler düzenlenmelidir.

**HSÇ10 Personelin sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

### HSÇ10.01

Engelli ve kronik hastalığı olan personelin ihtiyacına yönelik düzenlemeler (ulaşım, diyet, uygun çalışma ortamı gibi) yapılmalıdır.

Gebe ve emziren çalışanların çalışma alanları ve koşulları tanımlanmalı, tanımlama doğrultusunda uygulama gerçekleştirilmelidir.

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

### HSÇ11.01

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Çalışanlar görüş, öneri ve şikayetlerini intranet, telefon, internet veya kağıt ortamında bildirebilirler.

**HSÇ11.02**

Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar veya kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdır.

**HSÇ11.03**

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

- ▶ Değerlendirmelerde kalite yönetim sorumlusu, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalıdır.
- ▶ Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.
- ▶ Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa sürede ele alınmalıdır.
- ▶ 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.
- ▶ Gerektiğinde görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana geri bildirimde bulunulmalıdır.

**HSÇ12 Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.  
(Bkz: Anket Uygulama Rehberi)**

**HSÇ12.01**

Çalışan geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayımlanan anket sorularını içermelidir.

- ▶ Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.

**HSÇ12.02**

Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

- ▶ Üst yönetimin, sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine katılımı sağlanmalıdır.

# SAĞLIK HİZMETLERİ



*Hasta Bakımı* ◀

*İlaç Yönetimi* ◀

*Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü* ◀

*Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri* ◀

*Radyasyon Güvenliği* ◀

*Diş Protez Laboratuvarı Hizmetleri* ◀

*Ameliyathane* ◀

*Evde Sağlık Hizmetleri* ◀





# 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.

**SHB01 Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan ve yatan hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.**

**Rehberlik:**

Hasta bakımı; hastaların kuruma kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de kapsayan süre içinde tüm sağlık meslek grupları tarafından hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır.

**SHB01.01**

Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- ▶ Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
- ▶ Planlanan bakımın hastaya uygulanması
- ▶ Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
- ▶ Gerekğinde bakım planında değişiklikler yapılması
- ▶ Bakım sürecinde hastanın güvenliğinin sağlanması
- ▶ Hastanın bakım sürecine katılımının sağlanması

**(Bkz: Hasta Deneyimi Bölümü)**

**SHB02 Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve dış hekimi tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı, tedavi ve koruyucu hizmetlere yönelik plan, kurum tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.**

**(Bkz: Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü)**

**SHB03 Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.**

**SHB03.01**

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.



**(Bkz: Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü)****SHB03.02**

Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Aşağıda, klinik risk değerlendirme uygulamalarına örnekler verilmiştir:

- ▶ İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi
- ▶ Düşme riski değerlendirmesi
- ▶ Ağrı şiddeti değerlendirmesi
- ▶ Bilinç düzeyi takibi
- ▶ Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- ▶ Ağız bakımı ve takibi

**(Ç) SHB04 Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.**

**Rehberlik:**

Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.

**SHB04.01**

Bakım planı, hastanın bakım ihtiyaçları dikkate alınarak yatışından itibaren en geç 8 saat içinde hazırlanmalıdır.

**SHB04.02**

Bakım planı, hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalı ve planın aynı alanda izlenebilmesi sağlanmalıdır.

**Rehberlik:**

Hastaya bakım veren ilgili disiplinlerin (hekim, hemşire vb.) bakım planını aynı alanda izleyebilmeleri açısından elektronik ortamda hazırlanması tercih edilir.

**SHB04.03**

Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Hastanın bakım ihtiyaçları
- ▶ Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler
- ▶ Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar
- ▶ Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi

**SHB04.04**

Hasta bakım planlarında uluslararası ortak terminoloji (ICD 10, NANDA, NIC, NOC vb.) kullanılmalıdır.

**SHB04.05**

Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalıdır.

- ▶ Bakım planında yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

**SHB05 Özellikli hasta grupları tanımlanmalı, bu gruplara özgü hizmet sunumu ve klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.**

**Rehberlik:**

Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir:

- ▶ Psikiyatri hastaları
- ▶ Otizm spektrum bozukluğu tanılı hastalar
- ▶ Zihinsel veya fiziksel özel gereksinimi olan hastalar
- ▶ Geriatri hastaları
- ▶ Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
- ▶ Hamileler
- ▶ Bakteriyel endokardit riski taşıyan hasta grupları
- ▶ Orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar

**SHB05.01**

Kurum özellikli hasta gruplarını belirlemelidir.

**SHB05.02**

Özellikli hasta gruplarına yönelik tanımlanan süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Hizmet sunum süreçleri
- ▶ Disiplinlerarası işbirliği
- ▶ Hizmet verilecek ortam şartları
- ▶ Gerekli ekipman
- ▶ Özel bakım uygulamaları ve işlemler

**SHB05.03**

Özellikli hasta gruplarına özgü süreçlerin tanımlanmasında, varsa ulusal ve uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve klinik bakım klavuzlarından yararlanılmalıdır.

**SHB06 Yatan hastalarda ağrının değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SHB06.01**

Hastanın ağrı durumu, ulusal veya uluslararası kabul görmüş ağrı değerlendirme ölçekleri kullanılarak değerlendirilmelidir.

**Rehberlik:**

Ağrı değerlendirmesi hastaların yaşı ve klinik durumu dikkate alınarak yapılmalıdır. Aşağıda, ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçeklere örnekler verilmiştir:

- ▶ İletişim kurulabilen yetişkin hastalarda Görsel Kıyaslama Ölçeği, Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği
- ▶ İletişim kurulamayan yetişkin hastalarda Davranışsal Ağrı Ölçeği
- ▶ İletişim kurulabilen altı yaş üstü çocuklarda Revize Yüzler Ağrı Ölçeği, Görsel Kıyaslama Ölçeği
- ▶ Altı yaş altı çocuklar ile iletişim kurulamayan çocuklarda Children and Infants Postoperative Pain Scale (CHIPPS) Ölçeği, The Faces Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC) Ölçeği

**SHB07 Yatan hastalarda ağrının takibi yapılarak ağrıyı en aza indirecek uygun yaklaşımların planlanması ve uygulanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SHB07.01**

Hastalarda ağrı takibi yapılmalı ve ağrı kontrolüne yönelik tedbirler alınmalıdır.

**SHB07.02**

Uygulanan tedavi ve ağrının şiddetine göre yeniden ağrı değerlendirme sıklığı hasta bazında belirlenmelidir.

**SHB07.03**

Ağrı takibinde tespit edilen bulgular ve gerçekleştirilen tüm uygulamalar bakım planına kaydedilmeli ve izlenmelidir.

**SHB07.04**

Ağrı değerlendirme ve bakım sürecinde görev alan sağlık profesyonellerine (hekim, hemşire vb.) ağrının değerlendirilmesi ve tedavisinde izlenecek yöntemler hakkında gerekli eğitimler verilmelidir.

**SHB08 Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.**

**SHB08.01**

Konsültasyon süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir.
- ▶ Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.
- ▶ Dış konsültasyon ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır (konsültasyon istemi süreci, patolojik materyalin transferi, konsültasyon sonucunun nasıl raporlanacağı, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime nasıl bildirileceği gibi).

**SHB08.02**

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

**SHB08.03**

Konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

**SHB08.04**

Konsültasyon süreci, hastanın sorumlu dış hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.

**SHB09 Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.**

**SHB09.01**

Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.

- ▶ Acil müdahale setinde asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır:
  - 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 veya kombi tüp)
  - Kişisel koruyucu donanım
- ▶ Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir.
- ▶ Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı kurum tarafından belirlenmelidir.

#### **SHB09.02**

Acil müdahale seti sağlık hizmeti sunum alanlarında ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir olmalıdır.

#### **SHB09.03**

Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

#### **SHB09.04**

İlaç ve malzemelerin miat takibi ve fiziki kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**(Ç) SHB10 Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SHB10.01**

Ameliyatlar öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar tanımlanmalıdır.

#### **SHB10.02**

Hasta preoperatif dönemde anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.

**SHB10.03**

Anestezi öncesi gereken açlık süresine uyumun sağlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalı, hastaların planlanandan uzun süre aç kalmasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

**SHB10.04**

Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan bileşenlerine yönelik planlama yapılmalıdır.

**SHB10.05**

Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası kayıt altına alınmalıdır.

**SHB10.06**

Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.

**SHB10.07**

Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.

**SHB10.08**

Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

**SHB10.09**

Hizmet alım protokolü kapsamında başka bir kurumda genel anestezi ile yapılacak işlemlere yönelik süreçler belirlenmelidir.

**(Ç) SHB11 Klinikte cerrahi uygulamaların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SHB11.01**

ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü doldurulmalıdır.

**(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)**

**(Bkz: Ek-3 ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)**

**SHB11.02**

Cerrahi işlem öncesinde 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 işlemi yapacak ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.
- ▶ Hasta üzerinde gerçekleştirilen cerrahi bölge işaretlemesi, kurum tarafından belirlenen usulde ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.

**SHB12 Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **Rehberlik:**

Bu standart cerrahi işlem sonrasında hasta izleminin yapıldığı tüm alanları kapsar.

#### **SHB12.01**

Hastaların cerrahi işlem sonrası ameliyat odası veya uyandırma ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

#### **SHB12.02**

Cerrahi uygulama sırasında ve sonrasında hastanın hipotermiden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

#### **SHB12.03**

Hasta postoperatif dönemde muhtemel riskler ve komplikasyonlar açısından yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.

#### **SHB12.04**

Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.

**SHB13 Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SHB13.01**

Ameliyathane dışında uygulanabilecek sedasyon yöntemleri ve uygulama alanları belirlenmelidir.

#### **SHB13.02**

Ameliyathane dışında yapılacak olan sedasyon uygulamalarına ilişkin kurallar ve geliştirilecek acil durumlarda izlenecek yol tanımlanmalıdır.

**(Ç) SHB14 Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**

#### SHB14.01

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 gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama yöntemleri ile doğrulanmalıdır.

#### SHB14.02

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı
- ▶ Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı
- ▶ Kimlik doğrulama aracının kullanımına ilişkin kurallar
- ▶ Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği
- ▶ Kimlik doğrulama açısından özellikli hasta gruplarında (psikiyatri hastası, Otizm spektrum bozukluğu tanılı hastalar, zihinsel veya fiziksel özel gereksinimi olan hastalar gibi) kimlik tanımlamanın nasıl yapılacağı

#### SHB14.03

Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

**SHB15 Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.**

#### SHB15.01

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

#### **Rehberlik:**

Tanı ve tedavi süreçlerinin farklı aşamalarında farklı kimlik tanımlayıcılar kullanılabilir.

#### **Ayaktan hastalarda:**

- ▶ Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler gibi



**Yatan hastalarda;**

- ▶ Kol bantları/bileklikler gibi

**SHB15.02**

Kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

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 bilgiler okunaklı olmalıdır.

**SHB16 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

**SHB16.01**

Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Yatan hastalarda risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi)
- ▶ Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta veya 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)
- ▶ Ayaktan hastalarda düşme risklerinin önlenmesine yönelik alınması gereken tedbirler
- ▶ Hasta transferi sırasında ne tür önlemler alınacağı

**(Ç) SHB17 Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**

**SHB17.01**

Yatan hastalarda düşme riski değerlendirme ölçeği kullanılmalıdır.

**Rehberlik:**

İtaki Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) Morse, Hendrich II gibi ulusal ve uluslararası skorlama ölçekleri bu ölçeklere örnek olarak verilebilir.

**(Bkz: Ek-1 İtaki II ve Harizmi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçekleri)**

**SHB17.02**

Risk değerlendirmesi, hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekim tarafından yapılmalıdır.

- ▶ Hastanın ilk düşme riski değerlendirmesinde risk değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.
- ▶ Hastanın risk düzeyindeki değişikliklere göre risk değerlendirme aralığı gözden geçirilmelidir.
- ▶ Risk değerlendirmesi, postoperatif dönem, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması ve bir düşme olayı gerçekleşmesi halinde tekrarlanmalıdır.

**(Ç) SHB18 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.**

**SHB18.01**

Belirlenen risklere göre ayaktan ve yatan hasta düşmelerini önlemek üzere, hasta, bölüm ve kurum bazlı önlemler alınmalıdır.

**SHB18.02**

Düşme riski yüksek olan yatan hastalar için düşme riski yüksek hasta figürü kullanılmalıdır.

**(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)**

**SHB18.03**

Düşme risk düzeyinin yüksek olduğu durumlarda hasta ve hasta yakını düşme riski ile düşmenin önlenmesine yönelik tedbirler hakkında bilgilendirilmelidir.

**SHB18.04**

Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim yapılmalıdır.

**SHB18.05**

Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**SHB19 Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SHB19.01**

Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar durum hakkında bilgilendirilmelidir .

#### **SHB19.02**

Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan ayaktan ve yatan hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

#### **SHB19.03**

İlaçla kısıtlama ile ilgili asgari kurallar tanımlanmalıdır.

#### **SHB19.04**

Fiziksel kısıtlama aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir:

- ▶ Fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir.
- ▶ Fiziksel kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, planda;
  - Uygulamanın başladığı tarih ve saat,
  - Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği,
  - Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.
- ▶ Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

**SHB20 Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.**

#### **SHB20.01**

Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

#### **SHB20.02**

Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin minimum içeriği kurum tarafından belirlenmelidir.

**(Ç) SHB21 Hastaların güvenli transferi sağlanmalıdır.**

**SHB21.01**

Hastaların güvenli transferine yönelik aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastaların bölümlere transferi
- ▶ Hastaların kurum dışına transferi
- ▶ Acil müdahale gerektiren durumlarda hastanın transferi
- ▶ Özellikle hastaların (psikiyatri, geriatri hastaları ile orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar vb.) transferi
- ▶ Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
- ▶ Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
- ▶ Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması

**SHB21.02**

Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.

- ▶ Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.

**SHB21.03**

Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.

**SHB21.04**

Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.

**SHB21.05**

İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

**SHB22 Kurum çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.**

**Rehberlik:**

Çalışanlar, olumlu bir iletişim ortamı oluşturmak amacıyla, hasta ve hasta yakınına kendini tanıtır. Uygun ses tonu, uygun beden dili, mesleki terimlerden uzak uygun sözcük seçimi ile anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterir.

**SHB23 Yatan hasta ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.**

**SHB23.01**

Hasta ve hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin asgari aşağıdaki hususlar açısından bilgilendirilmelidir:

- ▶ Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı
- ▶ Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri
- ▶ Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar
- ▶ Hasta hakları ve sorumlulukları
- ▶ Ziyaret saatleri ve kuralları
- ▶ Hekim vizitleri
- ▶ Hemşire çağrı sistemi kullanımı
- ▶ Bölüm çalışanlarına erişim
- ▶ Tuvalet-banyo kullanımı
- ▶ Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar

**SHB24 Zihinsel ve fiziksel özel gereksinimi bulunan bireylere sağlık hizmet sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

**SHB24.01**

Özel gereksinimi bulunan bireylere yönelik, ayaktan ve yatan hastaları kapsayacak şekilde asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalıdır:

- ▶ Hizmet sunum süreçleri
- ▶ Evde sağlık hizmetleri ve disiplinlerarası işbirliği
- ▶ Fiziki gereklilikler
- ▶ Personel gereklilikleri
- ▶ İleri işlem gereksinimleri, sevk ve taburcu süreci

**SHB24.02**

Özel gereksinimi bulunan bireylere yönelik kurumun verdiği hizmet kapsamında Bakanlık tarafından belirlenen hizmet birimleri oluşturulmalıdır.

**Rehberlik:**

Bakanlık tarafından belirlenen kurumlarda, özel gereksinimi bulunan bireylere yönelik aşağıdaki hizmet birimleri oluşturulmalıdır:

- ▶ Engelli Polikliniği: Bakanlığımıza bağlı ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerinde, ayaktan başvuran engelli hastaların ağız ve diş sağlığı muayeneleri ile tedavi işlemlerinin yapıldığı birimdir.

- ▶ Engelli Ünitesi: Bakanlığımıza bağlı ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerinde, engelli polikliniğinde belirtilen hizmetlere ilave olarak genel anestezi altında gününbirlik dental işlemlerin yapıldığı birimdir.
- ▶ Engelli Diş Tedavi Merkezi: Bakanlığımız planlamaları kapsamında uygun görülen yataklı sağlık tesisleri bünyesinde, engelli polikliniği ve ünitesinde belirtilen hizmetlere ilave olarak yatış gerektiren dental işlemlerin yapıldığı birimdir.

Bakanlık tarafından belirlenen kurumlarda, özel gereksinimi bulunan bireylere hizmet veren birimlere yönelik uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır.

### **SHB24.03**

Özel gereksinimi bulunan bireylere, Bakanlığımızca tanımlanan eğitimlere katılmış personel tarafından hizmet verilmesi sağlanmalıdır.

# İlaç Yönetimi

## Amaç

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

## **SİY01 İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

### **SİY01.01**

Kurumda ilaç yönetiminden sorumlu bir ekip bulunmalıdır.

- ▶ Ekip üyeleri, ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar arasından belirlenmelidir.

### **SİY01.02**

Ekibin sorumlulukları tanımlanmalı ve asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi
- ▶ Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması
- ▶ "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanması

## **SİY02 İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

### **SİY02.01**

İlaç yönetimi ile ilgili kuruma özgü kurallar asgari aşağıdaki süreçleri içerecek şekilde belirlenmelidir:

- ▶ İlaçların temini
- ▶ İlaçların muhafazası
- ▶ İlaç istemleri
- ▶ İlaçların hazırlanması
- ▶ İlaçların transferi
- ▶ İlaç uygulamaları
- ▶ Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü
- ▶ İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü
- ▶ Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü
- ▶ Advers reaksiyon bildirimleri
- ▶ İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
- ▶ Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci
- ▶ Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri



- ▶ Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçleri
- ▶ Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
- ▶ ilaç atıklarının yönetimi

**(Ç) SİY03 İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **Rehberlik:**

İlaçlar için depolama alanları, eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını kapsamaktadır.

#### **SİY03.01**

İlaçlar uygun niteliklere sahip depolama alanlarında muhafaza edilmelidir.

#### **SİY03.02**

Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.

#### **SİY03.03**

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.
- ▶ İlacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.
- ▶ Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır.
- ▶ Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.

#### **SİY03.04**

Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.

#### **SİY03.05**

İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.

#### **SİY03.06**

Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.

- ▶ Elektrik kesilmesi, cihaz arızası gibi durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

**(Ç) SİY04 İlaçların stok ve miat takibine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****SİY04.01**

İlaçların stok ve miat takibi SBYS üzerinden yapılmalıdır.

- ▶ İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmelidir.
- ▶ Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri SBYS'de takip edilmelidir.
- ▶ Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda SBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.
- ▶ Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik SBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.

**SİY04.02**

İlaç miatları düzenli aralıklarla randomize olarak manuel yöntemlerle de kontrol edilmelidir.

**SİY04.03**

Bozulan veya miadı geçen ilaçlar imha edilmek üzere ayrı bir alanda saklanmalıdır.

**SİY04.04**

İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

**(Ç) SİY05 İlaç istem süreçlerine ilişkin kurallar belirlenmelidir.****SİY05.01**

İlaç istem süreci, sürece yönelik kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmalıdır.

**SİY05.02**

Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı hekim tarafından günlük olarak yapılmalı ve onaylanmalıdır.

- ▶ Günlük olarak hazırlanması mümkün veya etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmeli, söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
- ▶ Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır.

- ▶ Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası veya mobil imza bulunmalıdır. SBYS'de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.

### **SİY05.03**

Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içermelidir.

### **SİY05.04**

Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı, SBYS eczane modülünde de görülebilmelidir.

### **SİY05.05**

Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmelidir.

- ▶ İstem süreçlerinde listede belirtilen kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.
- ▶ Liste dışındaki kısaltmaların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

### **SİY05.06**

Yatan hastalar için sözel istem uygulanması gereken durumlarda uyulması gereken kurallar asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde belirlenmelidir:

- ▶ Hangi durumlarda sözel istem uygulanabileceği
- ▶ Sözel istem ile uygulanamayacak ilaçlar (örneğin, yüksek riskli ilaçlar sözel istem ile uygulanamaz)
- ▶ Sözel istem yapılması ve istemin uygulanması durumunda dikkat edilecek hususlar
- ▶ Sözel istemlerin en fazla kaç saat içerisinde yazılı hale getirilmesi gerektiği

**SİY06 İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

### **SİY06.01**

İlaçların eczaneden veya ilaç deposundan çıkışına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

### **SİY06.02**

Yatan hastalarda, eczanede ilaçlar her hasta için ayrı olacak şekilde, birim dozlara bölünerek paketlenmelidir.

- ▶ İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer almalıdır.

- ▶ 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 uygulama saati, uygulama yolu ve miat bilgileri bulunmalıdır.

### **SİY07 İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SİY07.01**

İlacın güvenli transferi için gerekli ekipman bulunmalıdır.

#### **SİY07.02**

Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.

#### **SİY07.03**

Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.

### **(Ç) SİY08 İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SİY08.01**

Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.

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

#### **SİY08.02**

İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.

- ▶ Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.

#### **SİY08.03**

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.

**SİY08.04**

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

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

**SİY09 Advers reaksiyon bildirim (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**

**SİY09.01**

Advers reaksiyon bildirimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

**SİY09.02**

Farmakovijilans sorumlusu ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

**SİY09.03**

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

**SİY09.04**

Ciddi ve beklenmeyen advers reaksiyonlar farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.

**SİY09.05**

Ciddi ve beklenmeyen advers reaksiyonlar en geç 15 gün içinde TÜFAM'a bildirilmelidir.

**SİY10 Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**Rehberlik:**

Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir:

- Görünüşü Benzer İlaçlar
- Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
- Psikotrop İlaçlar

- Narkotik ilaçlar
- Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
- Yüksek Riskli İlaçlar
- Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar

#### **SiY10.01**

Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalıdır.

#### **SiY10.02**

Listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.

#### **SiY10.03**

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

#### **SiY10.04**

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

### **SiY11 Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SiY11.01**

Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

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

#### **SiY11.02**

Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.

- ▶ Devir teslim kayıtlarında;
  - İlacın hangi hastaya, ne sıklıkta ve dozda kullanıldığı
  - İlacın kullanıldığı tarih
  - İlacı kimin uyguladığı
  - Kime ne miktarda ilaç teslim edildiği
  - Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır.
- ▶ Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.

**SİY11.03**

Miadı geçmiş veya bozulmuş, kullanımı risk oluşturan vb. nedenlerle imha edilen narkotik ve psikotrop ilaçlar kayıt altına alınmalıdır.

**SİY12 Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

**SİY12.01**

Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilerek teslim alınmalı ve dosyasına kaydedilmelidir.

**SİY12.02**

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

**Rehberlik:**

Hastaların yanında getirdiği ilaçların sağlık personeli tarafından teslim alınması ve yine sağlık personeli gözetiminde uygulanması hasta güvenliği açısından önerilen yoldur.

**SİY13 Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SİY13.01**

Eczaneye iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmelidir.

**SİY13.02**

iade edilen ilaçların kayıtları tutulmalıdır.

**SİY14 İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

**SİY14.01**

İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

**SiY14.02**

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

**SiY15 İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SiY15.01**

İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**SiY15.02**

İmha edilen ilaçlara ilişkin kayıtlar (ilaç adı, miktarı, imha nedeni, yöntemi, birimi, tarihi, kim tarafından gerçekleştirildiği vb.) tutulmalıdır.



# Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü

Ulusal ve uluslararası kanıta dayalı bilimsel yayınlar ile güncel mevzuat çerçevesinde; hasta ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları önlemek, tespit etmek ve kontrol altına almaktır.

**(Ç) SEN01 Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.****SEN01.01**

Enfeksiyon kontrol komitesinde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.

**SEN01.02**

Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

**SEN02 Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.****SEN02.01**

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

Program asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
- ▶ El hijyeni
- ▶ Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- ▶ İzolasyon önlemleri
- ▶ Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal bildirim sistemine kaydedilmesi
- ▶ Akılcı antibiyotik kullanımı
- ▶ Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık gözetimi ve bağışıklama işlemlerinin tanımlanması
- ▶ Hava ve su kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri
- ▶ Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi
- ▶ Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılması
- ▶ Çamaşırhane, yemek, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

**Rehberlik:**

Program, kurumun enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik politikalarını belirlemek, işleyiş ile ilgili ana süreçleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla oluşturulmaktadır. Enfeksiyon kontrol komitesi, tüm

süreçleri bizzat yürütmekle değil, programa ilişkin politikaları ve sorumlulukları tanımlamakla görevlidir.

Enfeksiyonlarla mücadeleye yönelik faaliyetler, kurumda her birim ve her sağlık çalışanının sorumluluğundadır.

### SEN03 Kurum el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.

#### SEN03.01

Kurum el hijyeni politikası asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ El hiyeninin tanımı ve genel kapsamı
- ▶ El hijyeninin kurum için önemi
- ▶ El hijyeni ile ilgili genel kurum hedefleri
- ▶ Yöneticiler ve çalışanların el hijyeni ile ilgili temel sorumlulukları
- ▶ Sürekli iyileştirme stratejisi
- ▶ El hijyeni ile ilgili prosedürlere atıflar

#### SEN03.02

Kurum el hijyeni politikası, stratejik hedeflerde ve kurum uygulamalarında izlenebilir olmalıdır.

### (Ç) SEN04 Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.

#### SEN04.01

Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir.

- ▶ Eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu, meslek grupları ile çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanmalıdır. Eğitim programlarının, etkin ve verimli bir şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- ▶ El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanı 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

- "El Hijyeni için 5 Endikasyon" yaklaşımının simülasyonları
- Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

#### SEN04.02

Sağlık çalışanlarının el hijyenini etkin uygulamasına yönelik teşvik edici çalışmalar yapılmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Aşağıdaki çalışmalar el hijyeni açısından teşvik edici uygulamalara örnek olarak verilebilir:

- ▶ Bilgi sistemleri üzerinden uyarıcı mesajlar gönderilmesi
- ▶ Başarılı çalışanların ilan edilmesi, ödüllendirilmesi veya çalışana belge verilmesi
- ▶ Konuya ilişkin özel etkinliklerin düzenlenmesi
- ▶ Çalışanların el hijyeni malzemeleri ve konu ile ilgili yaşadıkları sorunlar hakkında görüş ve önerilerinin alınması
- ▶ El hijyeni gözlem sonuçlarının ilgili çalışanlarla paylaşılması
- ▶ Verilerin ve sonuçların ulusal ve uluslararası konferanslarda sunulması gibi.

**SEN05 Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.**

#### SEN05.01

Sağlık hizmeti sunumu sırasında çalışanın kolay erişebileceği şekilde eldiven ve el antiseptiği bulunmalıdır.

#### **Rehberlik:**

- ▶ El antiseptiği, ilgili hasta bakım alanının özelliğine göre; her yatak başında, iki yatak arasında veya hasta bakımı sırasında çalışanın kolay ulaşmasının mümkün olduğu bir konumda bulunabilir.
- ▶ Hizmet verilen hasta popülasyonu açısından risk taşıması nedeni ile çocuk hastalara hizmet verilen alanlarda el antiseptik kutularının çocukların ulaşamayacağı yerlerde bulundurulması veya sağlık çalışanlarının cepte taşıyabilen el antiseptikleri kullanması önerilebilir.

#### SEN05.02

El yıkama alanlarında el hijyenini uygun şekilde sağlamaya yönelik altyapı ve ekipman (sıvı/köpük el sabunu, kağıt havlu, pedallı/sensörlü çöp kovası vb.) bulunmalıdır.

**SEN05.03**

El hijyeni ürünlerinin birim bazında uygun yerde ve yeterli şekilde bulunma durumu düzenli aralıklarla kontrol edilmeli ve kaydedilmelidir.

**(O) SEN06 Personelin el hijyeni bilinci ve uygulama düzeyi ölçülmelidir.**

**SEN06.01**

Ulusal ve uluslararası geçerliliği olan ölçekler ile personelin el hijyeni bilinci ve el hijyeni uygulama düzeyi en az yılda bir kez ölçülmelidir.

**Rehberlik:**

Personelin el hijyeni bilinci ve el hijyeni uygulama düzeyinin izlenmesi için "El Hijyeni İnanç Skalası (EHİS)", "El Hijyeni Uygulama Skalası (EHUS)" gibi ölçeklerden faydalanılabilir.

**SEN06.02**

İdari ve teknik personel dışında, hastaya hizmet sunumunda görev alan tüm personel ölçek uygulamasına dahil edilmelidir.

**SEN06.03**

Ölçüm sonucuna göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler yapılmalıdır.

**(Ç) SEN07 Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.**

**SEN07.01**

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

Gözlemler, asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

- ▶ Gözlemler, bir yıllık süreç içinde tüm hasta bakım alanlarını kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir.
- ▶ Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir.
- ▶ Epidemi şüphesi veya riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır.
- ▶ Gözlemciler konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

**Rehberlik:**

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

- ▶ Hasta ile temas öncesi
- ▶ Aseptik işlemler öncesi
- ▶ Vücut sıvılarının bulaşma riski sonrası
- ▶ Hasta ile temas sonrası
- ▶ Hasta çevresi ile temas sonrası

**SEN07.02**

El hijyeni gözlem sonuçları yönetim ve ilgili birimlerle paylaşılmalı, çalışanlar birimlerine ait gözlem sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

**SEN08 İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.**

**SEN08.01**

Enfekte veya kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. Enfekte veya kolonize hastaların yönetiminde kullanılacak olan izolasyon önlemleri belirlenirken kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.

**(Ç) SEN09 Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

**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 sonrasında yapılması gereken uygulamaları kapsar.

**SEN09.01**

Mesleki enfeksiyonlara yönelik sağlık gözetimi birimlerdeki risk düzeylerine göre yapılmalı, bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı bağışıklama 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 bulaşıkalanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır.

**SEN10 Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**

**SEN10.01**

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik eğitim ihtiyaçları, kurumun hizmet içi eğitimler ile ilgili belirlediği kurallar çerçevesinde birim ve meslek bazında tanımlanmalıdır.





# Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri

## Amaç

Kurumun temizlik ve dezenfeksiyonu ile tıbbi amaçlı kullanılan alet ve malzemelerin dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin, kanıta dayalı rehberler ve ulusal ve uluslararası kabul görmüş uygulamalar çerçevesinde kontrol altına alınmasını sağlamaktır.

**(Ç) SDS01 Kurum temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

**SDS01.01**

Kurum alanları ile zemin ve yüzeylerinin (diş üniteleri, kapı ve yatak kolları, yatak kontrol panelleri, elektrik düğmeleri, cihazların yüzeyleri, duvar, tavan ve raflar gibi) temizlik ve dezenfeksiyon açısından risk düzeyleri belirlenmelidir.

**SDS01.02**

Belirlenen riskler doğrultusunda, kurumun tüm alanlarını kapsayan temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Alan ve yüzey bazında;
  - Risk düzeyi
  - Kullanılacak temizlik ve dezenfeksiyon malzemesi ve ekipmanı
  - Temizlik ve dezenfeksiyon sıklığı ve kuralları
  - Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kim tarafından yapılacağı
- ▶ Halı, perde, döşeme gibi malzemelere yönelik temizlik yöntemi ve sıklığı
- ▶ Haşerelerle mücadele yöntemleri ve sıklığı

Diş ünitelerinin dezenfeksiyonuna yönelik plan her hasta sonrasında ve gün sonunda yapılacak dezenfeksiyon işlemi kapsamalıdır.

**SDS01.03**

Kullanılan temizlik ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalı, kuralların uygulanma durumu kontrol edilmelidir.

**SDS01.04**

Kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında yönelik temizlik ve dezenfeksiyon kuralları tanımlanmalıdır.

**SDS01.05**

Kurum alan, zemin ve yüzeylerinin temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerine yönelik belirlenen kuralların uygunluğu enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmış olmalıdır.

**SDS01.06**

Temizlik hizmetlerinde görevli personele yönelik asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitim verilmelidir:

- ▶ Genel alanların temizlik kuralları
- ▶ Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları
- ▶ Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri

- ▶ Çalışanlar arası iletişim
- ▶ Hasta ve hasta yakınları ile iletişim
- ▶ Kişisel koruyucu donanım kullanımı
- ▶ Temizlik malzemelerine maruz kalma (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar
- ▶ Temizlik ve dezenfeksiyonun etkinliğini bozan yapısal sorunlar ve bu sorunlar hakkında sorumlulara bilgi verilmesi gerekliliği

**SDS02 Kurumda gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.**

#### SDS02.01

Temizlik ve dezenfeksiyonun kontrolüne ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı, kontrol yöntemi ve aralıkları belirlenmelidir.

#### SDS02.02

Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri ile kurumda gerçekleştirilen dezenfeksiyon işlemleri düzenli bir şekilde kontrol edilmelidir.

#### SDS02.03

Temizlik ve dezenfeksiyon planına uygun olacak şekilde, kullanım alanlarında gerekli malzeme ve ekipmanın bulunma durumu kontrol edilmelidir.

**SDS03 Kurumda kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.**

#### SDS03.01

Kurumda kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon risk düzeylerine göre en az üç grupta (kritik, yarı kritik ve kritik olmayan gibi) tanımlanmalıdır.

#### SDS03.02

Risk düzeylerine göre uygulanması gereken dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemleri tanımlanmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Yarı kritik tıbbi cihazlar için yüksek düzey dezenfeksiyon yöntemi yeterli kabul edilmekle birlikte, herhangi bir sterilizasyon yöntemi ile steril edilmesi mümkün olan tıbbi cihazlarda sterilizasyon işlemi uygulanması tercih edilir.

**SDS04 Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.**

#### **SDS04.01**

Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.

#### **SDS04.02**

Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon düzeyi, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.

- ▶ Ölçü kaşığı ve materyalinin dezenfeksiyonuna yönelik süreçler, işlemin her aşamasında çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

#### **SDS04.03**

Dezenfektanların bulunduğu kap veya konteynerlerin kapakları kapalı olmalıdır.

#### **SDS04.04**

Dezenfektanların hazırlandığı kap veya konteynerlerin üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.

#### **SDS04.05**

Dezenfektanlar üretici firmanın önerdiği konsantrasyon ve temas süresine uygun şekilde kullanılmalı, temas süresi takip edilmelidir.

#### **SDS04.06**

İlgili çalışanlara dezenfektanların kullanımı hakkında eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Dezenfektan etkinliğinin sağlanması için dikkat edilecek hususlar
- ▶ Gerekli kişisel koruyucu donanımın kullanımı
- ▶ Havalandırma koşulları
- ▶ Kaza durumunda yapılacaklar
- ▶ Dezenfeksiyon etkinliğini bozan durumların bildirim
- ▶ Dezenfektanların saklanma koşulları

#### **SDS04.07**

Dezenfektanlar uygun şekilde bertaraf edilmelidir.

#### **Rehberlik:**

Dezenfektanların bertaraf süreci, ulusal ve uluslararası rehberler, üretici firma önerileri ve güncel mevzuat dikkate alınarak belirlenir.

**SDS04.08**

Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.

**(Ç) SDS05 Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır.**

**SDS05.01**

Yüksek düzey dezenfektanların hazırlanması, uygulanması, kontrolü ve bertarafına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

**SDS05.02**

Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve bu alanlarda uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

**SDS05.03**

Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu (MEK) indikatörlerle belirlenen sıklıkta kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

- ▶ Yüksek düzey dezenfeksiyon amacıyla kullanılan dezenfektana yönelik uygun MEK testi yapılmalıdır.
- ▶ Test materyali dezenfektanla uyumlu olmalı, "pH ölçer" bu amaçla kullanılmamalıdır.
- ▶ Kontrol sıklığı, solüsyonun kullanım sıklığı ve süresi dikkate alınarak kurum tarafından belirlenmelidir.
- ▶ Test sonucu olumsuz çıktığında veya dezenfektanın kullanım süresi dolduğunda, solüsyon kullanılmamalı ve üzerine ekleme yapılmamalıdır.

**SDS06 Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

**SDS06.01**

Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve süreçlerin işleyişine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Sterilizasyon ünitesinde yer alan fiziki alanlar
- ▶ Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları
- ▶ Aletlerin;

- Üniteye transferi
- Yıkama
- Hazırlık ve kontrol alanına taşınması
- Sayımı ve kontrolü
- Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması
- Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması
- ▶ Yıkama, paketleme ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü
- ▶ Yıkama, paketleme ve sterilizasyon sürecinde kullanılan cihazların günlük temizliği ve düzenli aralıklarla bakımı
- ▶ Hizmetin aksamasına neden olan durumların varlığında (elektrik kesintisi, su kesintisi, cihaz arızaları gibi) izlenmesi gereken yol
- ▶ Sterilizasyon hizmet alımı söz konusu ise kontrollerin kapsamı, kontrol aralıkları ve sorumlusu
- ▶ Ödünç set ve malzemelerin planlı ve acil durumlara yönelik sterilizasyon süreci
- ▶ Tekrar kullanılabilen malzemelerin kullanım koşulları
- ▶ Olağanüstü durumlarda (afetler, tesis kaynaklı sorunlar, cihaz gaz kaçakları gibi) sterilizasyon hizmetleri ile ilgili alınacak önlemler

**SDS07 Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SDS07.01**

Sterilizasyon ünitesinde kirliliği ve temiz alanlar ile steril depolama ve destek alanları tanımlanmalıdır.

#### **SDS07.02**

Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.

- ▶ Steril depolama alanında sıcaklık 22°C'yi, nem %60'ı aşmamalıdır.
- ▶ Çalışma alanlarında sıcaklık 18-25°C, nem % 35-70 olmalıdır.

#### **SDS07.03**

Steril depolama alanına giriş kontrollü olmalı, steril olmayan malzeme ve tıbbi cihazlar bu alanda bulunmamalıdır.

**SDS07.04**

Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

**SDS07.05**

Sterilizasyon ünitesinde havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalı, hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru olmalıdır.

**SDS07.06**

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.
- ▶ Sterilizasyon ünitesinde yıkama dezenfektörlerinin son durulama suyu, termal dezenfeksiyonda kullanılan su ve buhar sterilizatörlerde kullanılan su demineralize olmalıdır.
- ▶ Demineralize suyun kalitesini ölçmeye yönelik süreçler ve kontrol aralıkları tanımlanmalıdır.
  - Suyun iletkenliği her gün ölçülmeli ve kaydedilmelidir.
  - En az altı ayda bir kez demineralize suyun kimyasal ve mikrobiyolojik kontrolü yapılmalıdır.
- ▶ Mikrobiyolojik kontaminasyonun engellenmesi için demineralize suyun büyük oranlarda depolanmasından kaçınılmalı, suyun sıcaklığı kontrol edilmeli ve depolama alanı düzenli olarak temizlenmelidir.
- ▶ Çalışma alanlarının özelliğine göre gerekli aydınlatma düzeyleri (kontrol ve paketleme alanları 1000 lüks, yükleme ve boşaltma alanları 600-800 lüks gibi) belirlenmelidir.

**SDS07.07**

Kirli, temiz ve steril depolama alanları arasındaki geçiş noktalarında el hijyenini sağlamaya yönelik ekipman (lavabo, sıvı sabun, el antiseptiği gibi) bulunmalıdır.

**SDS08 Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.**

**SDS08.01**

Sterilize edilecek malzemelerin teslim alınması, yıkanması ve yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.

**SDS08.02**

Kirli malzemeler sayımı yapılarak teslim alınmalı, malzemenin adı, sayısı, geldiği birim, geliş tarihi ve saati, teslim eden ve alan kişilerin bilgileri kayıt altına alınmalıdır.

- ▶ Sivri uçlu aletler için gerekli tedbirler alınmalıdır (örneğin, süzgeçli dekontaminasyon küveti kullanılması, sayımların presel ile yapılması gibi).

**SDS08.03**

Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu olmalıdır.

**SDS08.04**

Yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin süreç asgari aşağıdaki kontrol basamaklarını içermelidir:

- ▶ Yıkama cihazlarının döngü raporları her yıkama sonrasında değerlendirilmelidir. Çıktı alınamayan cihazlarda harici fiziksel kontrol yöntemleri uygulanmalıdır.
- ▶ Fiziksel çıktıların kontrolüne ek olarak aşağıdaki kontrollerden biri en az haftada bir kez uygulanmalıdır:
  - Sıcaklık zaman parametrelerini gösteren elektronik kontrol sistemleri
  - Yıkama indikatörleri ile kontrol
- ▶ En az iki haftada bir kez protein kalıntı testleri yapılmalıdır.
- ▶ Yıkama kontrolü, kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.

**SDS08.05**

Yıkama alanları ve cihazlarının bakım ve temizliği ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

**SDS09 Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.**



**SDS09.01**

Paketlemeye ilişkin kurallar, ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.

**SDS09.02**

Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim alınmalıdır.

**SDS09.03**

Paket içeriği, temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılmalıdır.

**SDS09.04**

Paketleme işlemi temiz alanda gerçekleştirilmelidir.

- ▶ Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.

**SDS09.05**

Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyonun etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazasını sağlamalıdır.

**SDS09.06**

Paketlerin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanmalı, sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkışık yükleme yapılmamalıdır.

**(Ç) SDS10 Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır.**

**SDS10.01**

Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler (parametrik validasyon, biyolojik validasyon, rutin kimyasal ve biyolojik indikatör kullanımı gibi) tanımlanmalıdır.

**Rehberlik:**

- ▶ Parametrik validasyon yöntemine karar verilmiş ise validasyona yönelik yeterli testleri rutin olarak en az yılda bir kez yapılır. Ayrıca, aşağıdaki durumlarda da yeterli testleri tekrarlanır:
  - Sterilizatörde sensör değişimi gibi büyük onarımlar
  - Sterilizasyon sürecinde değişiklik (vakum derinliğinin artırılması, ön vakum sayısında değişiklik gibi)
  - Yükte veya yükleme biçiminde değişiklik (yeterli testlerinde kullanılan referans yüke göre)

- Paketleme malzemesi veya yönteminde değişiklik (tek kullanımlık paketleme malzemesinden konteynere geçiş gibi)
- ▶ Parametrik validasyon yöntemine karar verilmiş ve en az yılda bir kez parametrik validasyon yapılmakta ise ürün teslimi için kimyasal veya biyolojik kontrol sonuçları zorunlu değildir. Rutin fiziksel kontrol sonuçlarına göre (Bowie-Dick testi, vakum kaçak testi ve döngü grafikleri) ürün teslimi yapılabilir.
- ▶ Biyolojik validasyon yapılmış ise döngüler biyolojik indikatörle izlenir. Yeterlik testlerinin tekrarını gerektiren yukarıdaki durumlarda üç kez negatif biyolojik indikatör sonucu alındıktan sonra sterilizatör kullanıma açılır .

#### SDS10.02

Sterilizatörlerin kurulum ve işletim yeterliliği üretici firma tarafından kanıtlanmış olmalıdır.

#### SDS10.03

Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.

#### SDS10.04

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

#### SDS10.05

Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde paket içi kimyasal indikatör uygulaması tanımlanmış ise, her pakete, paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulmalıdır.

#### Rehberlik:

Aşağıdaki koşullar sağlanmak kaydı ile içinde en fazla 5 lümensiz alet veya 10 spanç/ped bulunan sterilizasyon paketlerinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir:

- Buhar sterilizatörün düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonunun yapılması
- Bowie-Dick testi ve vakum kaçak test sonuçlarının olumlu olması
- Bu tür paketlerin bulunduğu döngülerde yük kontrol testlerinin her döngüde yapılması ve olumlu olması

#### SDS10.06

Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, uygulama asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir:

- ▶ Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı aşağıdaki şekildedir:

- Buharlı basınç sterilizasyonunda, parametrik ürün teslimi yapılamıyorsa en az haftada bir kez ve implant içeren her yükte
- Etilen oksit sterilizasyonunda her döngüde
- Formaldehit sterilizasyonunda her döngüde
- H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> sterilizasyonunda her döngüde
- ▶ Biyolojik indikatör kullanıldığında;
  - Cihazların ilk kurulum çevrimleri ve büyük onarımlarından sonra arka arkaya üç negatif sonuç alındıktan sonra kullanım başlatılmalıdır.
  - Biyolojik indikatör sonucu kayıt altına alınmalıdır.
  - İndikatörün her farklı üretim serisi için bir pozitif kontrol testi yapılmalıdır.
  - Biyolojik indikatör sonucunun pozitif olması durumunda son negatif sonuçtan itibaren teslim edilen malzemeler geri çağrılmalı, tekrar steril edilmeli, malzemeler hastalara kullanılmış ise ilgili hastalar enfeksiyon kontrol komitesince izlenmelidir. Cihazın bakım kontrolleri yapılmalı, kullanımına üç negatif biyolojik kontrol sonrasında izin verilmelidir.
  - Biyolojik indikatör inkübatörü belirlenen aralıklarda ve gerektiğinde kalibre edilmelidir.

**SDS11 Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.**

#### SDS11.01

Basınçlı buhar otoklavlarının periyodik bakımı üretici firma önerileri doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

#### SDS11.02

Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılmalıdır.

- ▶ Vakum kaçağı 1 milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalıdır.
- ▶ 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalıdır.
- ▶ Vakum kaçağı 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.
- ▶ Vakum kaçak test sonuçları izlenebilir olmalıdır.

#### SDS11.03

Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie-Dick testi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**SDS12 Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.****SDS12.01**

Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.

- ▶ Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır.
- ▶ Steril malzeme depolarında malzeme rafları yerden en az 30 cm yukarıda, en üst rafa malzeme konduktan sonra tavana mesafesi en az 50 cm olacak şekilde, hava sirkülasyonu için duvardan en az 5 cm önde olmalıdır.
- ▶ Steril depolama rafları kolay temizlenebilir olmalı, depolanan ürünün etrafındaki havanın serbest dolaşımına izin vermelidir.

**SDS12.02**

Steril depodan çıkan malzemeler, paketi açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemelidir.

**SDS12.03**

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

**SDS12.04**

Steril malzemelerin raf ömrü, paketlenme kat sayısı, paketlenme gereçleri, diğer koruyucu etkenler (kapalı kutu, toz örtüsü, taşıma arabası gibi), depolama yeri gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

**SDS13 Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır.****SDS13.01**

Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında (malzemenin teslim alınması, yıkanması, paketlenmesi, sterilize edilmesi, depolanması, kullanım alanına transferi); zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.

- ▶ Sterilizasyon işlemi ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilmelidir:
  - Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri
  - Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü

- Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları
- Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiği
- Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
- Cihaz döngü kayıtları
- Cihaza ilişkin test sonuçları (vakum kaçak testi, Bowie-Dick test gibi)
- Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiği
- Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığı
- Varsa diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar

### SDS13.02

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

- ▶ Hastaya kullanılan malzemelerin kayıtlarına geriye dönük olarak ulaşılabilir.



# Radyasyon Güvenliği

## Amaç

Radyasyon içeren teşhis hizmetlerinde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyona maruz kalma durumlarını azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

**SRG01 Radyasyondan korunma sorumlusu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

#### **SRG01.01**

Radyasyondan korunma sorumlusunun sorumluluk alanları asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Denetimli ve gözetimli alanların belirlenmesi
- ▶ Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve toplumun radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin belirlenmesi ve uygulanması
- ▶ Çevresel radyasyon ölçümlerinin takibi
- ▶ Radyasyon cihazları veya kaynaklarının bakım ve kalibrasyonunun takibi
- ▶ Tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin üst yönetime raporlanması ve izlenmesi

**SRG02 Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.**

#### **SRG02.01**

Radyasyon alanları tanımlanarak radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alan olarak sınıflandırılmalıdır.

#### **SRG02.02**

Denetimli alanlara giriş ve çıkışlar kontrollü olmalıdır.

#### **SRG02.03**

Gözetimli alanlarda ortam radyasyon seviyelerinin nasıl takip edileceği tanımlanmalı, gerekli ölçümlerin yapılması sağlanmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

#### **SRG02.04**

Radyasyon alanlarında gerekli güvenlik tedbirleri alınmalıdır.

**(Ç) SRG03 Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SRG03.01**

Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik yetkili kurum veya kuruluşlarca oluşturulmuş lisans belgesi bulunmalıdır.



**SRG03.02**

Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.

**SRG03.03**

Radyasyon alanlarında hasta ve çalışanları uyarmaya yönelik araçlar (radyasyon uyarı işaretleri, ışıklı levha gibi) kullanılmalıdır.

**SRG03.04**

Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

**SRG03.05**

Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında bulunmalı, tetkik yapılacak hastaların denetimli alana geçişinin kontrollü bir şekilde yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**SRG03.06**

Radyasyon yayan portable cihazların kullanımında radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

**(Ç) SRG04 Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır.**

**SRG04.01**

Çekim protokollerinde, işlemin türüne göre, hasta kilosu, yaşı vb. değişkenler dikkate alınarak radyasyon dozu, çekim süresi, görüntü açısı gibi parametreler belirlenmelidir.

**SRG04.02**

Çalışanlara çekim protokolleri ile ilgili eğitim verilmelidir.

- ▶ Çekim protokolünü otomatik belirleyen cihazların varlığı durumunda da kullanıcılara, çekim protokollerinin amacı, önemi, temel prensipleri, kullanılan cihazın teknik özellikleri ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında eğitim verilmelidir.

**(Ç) SRG05 Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**

**SRG05.01**

Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalıdır.

- ▶ Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucularının kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.
- ▶ Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular (tiroid koruyucu, kurşun eşdeğerli gözlük gibi) bulunmalıdır.

**SRG05.02**

Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.

**SRG05.03**

Radyasyon koruyucularının kontrollerine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

- ▶ Radyasyon koruyuculara yönelik kontrol süreci belirlenmelidir.
- ▶ Radyasyon koruyucularının kontrolleri en az yılda bir kez ve gerektiğinde yapılmalı, kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.
- ▶ Rutin dışı kontrollerin hangi durumlarda yapılması gerektiği belirlenmelidir.

**SRG05.04**

Gebe ve gebelik potansiyeli olan hastalara yönelik dikkat edilmesi gereken kurallar belirlenmelidir.

- ▶ Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.
- ▶ Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar, istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılmalıdır.

**SRG05.05**

Çocuk hastalara yönelik çekimlerde dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenmeli, maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.

**(Ç) SRG06 Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**

**SRG06.01**

Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.

- ▶ Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.

**SRG06.02**

Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.

- ▶ Dozimetreler, kullanan kişinin ismine kayıtlı olmalıdır.
- ▶ Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için;
  - Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu kayıt altına alınmalıdır.
  - Yıllık toplam radyasyon dozu hesaplanmalıdır.
  - Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.
  - Dozimetre sonuçları değerlendirilerek gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**(Ç) SRG07 Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**

**SRG08 Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.**



# Diş 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.

## Kapsam

Bu bölüm; diş protez laboratuvarları olan kurumların yanı sıra diş protez hizmetlerini hizmet alımı kapsamında yürüten ve alçı dökümü, tamir, tesviye, geçici protez, ortodontik aparey veya yer tutucu gibi protetik materyal yapılan kurumlarda da değerlendirilmelidir.

**SDP01 Diş protez laboratuvarının fiziki ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### SDP01.01

Kurum içerisinde yapılacak protetik işlemler tanımlanmalı ve bu iş tanımına uygun fiziksel alt yapı sağlanmalıdır.

#### SDP01.02

Diş Protez laboratuvarında; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem sonrası protezin teslimi gibi süreçler için gerekli alanlar ve bu alanlara yönelik kurallar belirlenmelidir.

Tanımlanan alanlarda;

- ▶ Alan büyüklüğü
- ▶ Alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama
- ▶ Havalandırma koşulları
- ▶ Giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler

gibi fiziki koşullar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.

#### SDP01.03

Havalandırma sisteminin düzenli olarak bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.

**(Ç) SDP02 Çalışanların toz ve kimyasal madde maruziyetinden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**

#### SDP02.01

Laboratuvarda bulunan toz ve kimyasalların güvenli kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.

- ▶ Laboratuvarda çalışan tüm personel için güvenlik gözlükleri ve endüstriyel tip toz maskeleri bulunmalıdır.
- ▶ Tozlu işlem yapılan masalar tozun kaynağında bertarafına yönelik vakumlu toz emicili olmalıdır.
- ▶ Kurumda kumlama cihazı varsa ortama kum yaymaması için gerekli tedbirler alınmalıdır.
- ▶ Alçı depolama, alçı kesme ve ölçü dökümü işlemleri diğer çalışma alanlarından ayrı bir odada veya alanda yapılmalıdır. Bu çalışma ortamının yeterli havalandırılması sağlanmalıdır.

- ▶ Akril hazırlama alanları genel ortamdaki ayrı ve bağımsız şekilde havalandırılmalı ve işlemin kabinde yapılması sağlanmalıdır.
- ▶ İşlem kabinlerinin bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.

#### SDP02.02

Çalışanların sağlığı için risk oluşturabilecek toz ve kimyasal maddelere yönelik iş hijyeni ölçümleri ve analizi düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

- ▶ Ölçümler; alınan kontrol tedbirlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından ve çalışma ortamında kimyasal maddelere maruziyeti etkileyebilecek herhangi bir değişiklik olduğunda tekrarlanmalıdır.

#### SDP02.03

Çalışanlara toz ve kimyasalların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmelidir.

**(Ç) SDP03 Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.**

#### Rehberlik:

İşlem öncesi süreç, ölçü alımından protetik materyalin diş protez laboratuvarına transferi, kabulü ile işlem öncesi hazırlanması süreçlerini kapsar.

#### SDP03.01

Ölçü alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Ölçü alımı ile ilgili genel kurallar belirlenmelidir.
- ▶ Ölçünün alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir.
- ▶ Ölçünün alınması, ölçünün laboratuvara kabulü ve model oluşturma (alçı dökümü) işleminin başladığı zaman, fiziki veya elektronik ortamda ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından izlenebilmelidir.

#### SDP03.02

Protetik materyalin transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Protetik materyalin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi gibi hususlar konusunda ilgili personele bilgilendirme yapılmalıdır.
- ▶ Protetik materyal için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.
- ▶ Transferin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.

**SDP03.03**

Protetik materyalin laboratuvara kabulü ve işleme hazırlanması ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Protetik materyalin kabulü ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, materyali gönderen bölüm/hekim, kim tarafından kabul edildiğine dair bilgiler yer almalıdır.
- ▶ Protetik materyal, laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.
- ▶ Protetik materyalin kabulü bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır.
- ▶ İlgili personel kabul işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.

**SDP03.04**

Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

**SDP03.05**

İlgili sağlık çalışanlarına; dış protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, dış protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verilmelidir.

(Ç) SDP04 Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

**SDP04.01**

Modelin oluşturulmasına ilişkin aşamalar tanımlanmalı, aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.

**SDP04.02**

Model oluşturulduktan sonra protezin tamamlanmasına kadar tüm aşamalar tanımlanmalı, bu aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.

**SDP04.03**

Belirlenen kurallara ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

**SDP04.04**

Protezin uygunluğuna ilişkin kriterler tanımlanmalı ve değerlendirilmelidir.

(Ç) SDP05 Protez yapım sürecinde kullanılan cihazların kontrolü sağlanmalı, güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.



**SDP05.01**

Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Cihazın adı
- ▶ Cihazın markası ve modeli
- ▶ Üretim ve hizmete girdiği tarihi
- ▶ Seri numarası
- ▶ Temsilci firma bilgisi
- ▶ Cihazın kalibrasyona tabi olup olmadığı

**SDP05.02**

Cihaz bazında cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır.

- ▶ Cihaz yönetim dosyası fiziki veya elektronik ortamda bulunabilir.
- ▶ Cihaz bilgilerini içeren doküman ve kayıtlar güncel olmalıdır.
- ▶ Cihaz yönetim dosyası çalışanlar tarafından kolay erişilebilir olmalıdır.
- ▶ Cihaz yönetim dosyasında bulunması gereken asgari doküman aşağıda belirtilmiştir:
  - Kullanım kılavuzu
  - Cihaza ait kalibrasyon kayıtları ve sertifikaları
  - Cihaz bakım formları (günlük, haftalık, aylık gibi)
  - Firma iletişim bilgileri
  - Arıza bildirim formları
  - Kalite kontrol sonuçları
  - Cihazın kullanımı için yetkilendirilmiş kişilerin eğitim belgeleri

**SDP05.03**

Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim verilmelidir.

**SDP05.04**

Cihazların periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.

**SDP05.05**

Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.

**(Ç) SDP06 Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.****SDP06.01**

Protez, laboratuvar tarafından protez teslim raporu ile teslim edilmelidir.

► Protez teslim raporunda bulunması gereken asgari bilgiler aşağıda belirtilmiştir:

- Ölçünün alındığı tarih ve saat
- Ölçünün laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat
- Protezin teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat

**SDP06.02**

Hazırlanan protezler hekime ve hastaya teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.

**SDP07 Hasta, protez teslim süresi ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.****SDP07.01**

Protez teslim süreleri kurum koşulları ve ihtiyaçları gözetilerek belirlenmelidir.

**SDP07.02**

Hastalar protez teslim süresi hakkında bilgilendirilmelidir.

**SDP07.03**

Herhangi bir nedenle protezin teslimi ile ilgili bir gecikme söz konusu olduğunda hasta bilgilendirmesinin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

**SDP07.04**

Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirilmelidir.

**SDP08 Diş Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.****SDP08.01**

Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.

Protez yapım süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- ▶ Hastanın adı-soyadı
- ▶ Protokol numarası
- ▶ Muayene tarih ve saati
- ▶ Muayeneyi yapan diş hekiminin adı-soyadı, bölümü
- ▶ Ölçü alımında kullanılan materyal
- ▶ Ölçünün;
  - Alındığı tarih ve saat
  - Laboratuvara kabul edildiği tarih, saat ve kim tarafından kabul edildiği
- ▶ Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat
- ▶ Varsa ölçü tekrarı ve sonuçları
- ▶ Prova aşamaları
- ▶ Protez teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat
- ▶ Protezin kime ve ne zaman teslim edildiği
- ▶ Raporu onaylayan çalışanın ve laboratuvar sorumlusunun adı-soyadı



# Ameliyathane

## Amaç

Ameliyathane koşullarının ve cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanmasıdır.

**SAH01 Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

#### SAH01.01

Ameliyathane süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Alanlarına göre ameliyathanede uyulması gereken kurallar
- ▶ Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamalar
- ▶ Hastanın;
  - Ameliyathaneye nakli ve kabulü
  - Operasyon öncesi hazırlığı
  - Operasyon süreci
  - Postoperatif süreçte izlemi
  - Ameliyathaneden kliniğe devredilmesi ve nakli
- ▶ Cerrahi öncesi hazırlanma kuralları (cerrahi el yıkama, giyinme, cihaz, ekipman, malzeme ve ilaçların hazırlığı gibi)
- ▶ Ameliyathanede;
  - Hasta ve çalışan güvenliği
  - Tesis güvenliği
  - İlaç, malzeme ve cihaz yönetimi
  - Temizlik ve dezenfeksiyon kuralları

**SAH02 Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### SAH02.01

Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.

- ▶ Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

#### SAH02.02

Ameliyathane alanları en az üç farklı (steril, temiz, serbest alan gibi) kategoride ele alınmalıdır.

- ▶ Ameliyathane yapılanması ve işleyişinde kirli ve temiz malzeme trafiğinin ayrı olmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, alan bazında uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.

**Rehberlik:**

Alanlar, ilgili mekanda gerçekleştirilen faaliyetler ve kurallar ile tanımlanmaktadır.

- ▶ Serbest alan, ameliyathaneye hasta, personel ve ekipman girişinin kontrollü olarak sağlandığı bölümdür. Bu bölgede ameliyathane dışı kıyafete izin verilmektedir ve trafik sınırlı değildir.
- ▶ Temiz alan, cerrahi bölümün çevresel destek alanlarını içerir. Temiz ve steril malzeme ve cihazlar için depolama alanları, steril alanlara giden koridorlar burada tanımlanır. Bu alandaki trafik yetkili personel ve hastalarla sınırlıdır. Personel cerrahi kıyafet giyer, saçlar ve yüz kılları örtülür.
- ▶ Steril alan, ameliyat odalarını içerir. Cerrahi kıyafet giyilmesi, saç ve yüz kıllarının örtülmesi gereklidir. Açık steril malzemenin veya temizlenmiş kişilerin bulunduğu yerlerde maske takılır.
- ▶ El yıkama-ovalama alanları (scrub), ameliyathane yapısına göre temiz veya steril alan olarak tanımlanabilmektedir. El yıkama-ovalama alanından steril alana geçişte arada farklı bir fiziksel alan bulunmaz.

**SAH02.03**

Ameliyat odası duvar, tavan ve zeminleri kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir özellikte olmalı, duvar birleşim noktaları düzgün ve köşesiz olmalıdır.

**SAH03 Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.**

**SAH03.01**

Ameliyat odasında bulunması gereken sıcaklık ve nem değerleri belirlenmelidir.

- ▶ Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.
- ▶ Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23°C olmalıdır, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26°C arasında ayarlanabilmelidir.
- ▶ Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.

**SAH03.02**

Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem kontrolleri gerçekleştirilmelidir.

**SAH04 Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SAH04.01**

Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır.

- ▶ Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan serbest alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).

**SAH04.02**

Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.

**SAH04.03**

Havalandırma sisteminin performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmaktadır:

- ▶ HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)
- ▶ Hava debisi ve hava hızı ölçümü
- ▶ Alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti
- ▶ Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)
- ▶ Partikül ölçümü

**SAH04.04**

Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

**SAH05 Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SAH05.01**

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.



**SAH06 Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.****SAH06.01**

Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki gösterge panelinden tıbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

**SAH06.02**

Anestezi cihazına entegre olan yedek medikal gaz tüplerinin kontrolü yapılmalıdır.

**(Ç) SAH07 Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.****SAH07.01**

Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlardan önce cerrahi bölge işaretlemesi yapılma durumu kontrol edilmelidir.

**Rehberlik:**

Extra-oral bölgeye girişim yapılacak ise, cerrahi işlem öncesi cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır.

**SAH07.02**

- ▶ ADŞH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanılmasının zorunlu olduğu durumlarda, listenin klinikten ayrılmadan önceki aşaması uygulanmamış ise hasta ameliyathaneye kabul edilmemelidir.
- ▶ ADŞH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; ameliyathanede liste sorumlusu tarafından "anestezi verilmeden önce", "ameliyat kesisinden önce" ve hasta "ameliyattan çıkmadan önce" uygulanmalıdır.

**(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)**

**(Bkz: Ek-3 ADŞH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)**

**Rehberlik:**

Liste sorumlusu;

- ▶ Liste basamaklarının uygulanma durumunun ekip tarafından kontrol edildiğini ve onaylandığını teyit eder.
- ▶ Genellikle sirküle (serbest) hemşire olmakla birlikte kurum tarafından belirlenir.

Liste sorumlusunun, listede yer alan eylemlerin gerçekleştirilmesi ile ilgili sorumluluğu bulunmamaktadır.

**SAH07.03**

ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

**(Ç) SAH08 Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.**

**SAH08.01**

Hasta preoperatif süreçte anestezi yöntemi ve premedikasyon ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir.

**SAH08.02**

Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik anestezi güvenlik kontrol listesi kullanılmalıdır.

**(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)**

**SAH08.03**

Anestezi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

**SAH09 Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.**

**SAH09.01**

Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar (ameliyat notu, operasyona ilişkin kritik hususlar, anestezi formu, hastaya ait bilgiler gibi) bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığını sağlayacak şekilde tutulmalıdır.

**SAH09.02**

Ameliyat notu hasta ameliyathaneden ayrılmadan önce yazılmalıdır.

**SAH09.03**

Gerçekleştirilen işlemler, öngörülmeyen durumlar, operasyon ekibinde yer alan üyeler, operasyon başlangıç ve bitiş saatleri ile operasyon sonrası öneriler kayıt altına alınmalıdır.

**SAH09.04**

Doku örneği alınması durumunda nereden ve ne kadar alındığı kayıt altına alınmalıdır.

**(Ç) SAH10 Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SAH10.01**

Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan dokular uygun örnek kabına alınmalı, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmeli ve uygun şekilde transfer edilmelidir.

Etikette asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Hasta adı-soyadı
- ▶ TC kimlik/protokol numarası
- ▶ Doğum tarihi
- ▶ Örnek alınan organ/bölge

#### **SAH10.02**

Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

#### **SAH10.03**

İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

**SAH11 Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**



# Evde Sağlık Hizmetleri

## Amaç

Evde sağlık hizmetlerinin; kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetini esas alacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde sunulmasını sağlamaktır.

## Kapsam

Bu bölüm kurum bünyesinde yer alan evde sağlık birimlerince yürütölen hizmetleri kapsamaktadır.

**SES01 Ağız ve diş sağlığına yönelik evde sağlık hizmet süreçleri tanımlanmalıdır.**

#### SES01.01

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Birime yönlendirilen hasta başvuruları ve onay sürecine yönelik kurallar
- ▶ Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve tedavi ziyaretlerinin planlanmasına yönelik süreçler
- ▶ Hastaların kabul kriterleri
- ▶ Değerlendirme sonrasında ağız ve diş sağlığı ihtiyaçlarının belirlenmesi
- ▶ Belirlenen ihtiyaçlara göre ağız ve diş sağlığı tedavisinin uygulanması
- ▶ İleri tedavi gerekliliği ve acil durumlarda izlenecek yol
- ▶ Hastaların kuruma transferi ile ilgili süreçler
- ▶ Hasta yakını eğitimleri

**SES02 Hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bakım ihtiyaçları bütüncül bir şekilde değerlendirilmelidir.**

#### SES02.01

Hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bakım ihtiyaçları hekim tarafından bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli, tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan bakım eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalı, kayıtlar geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

#### SES02.02

Hasta ve yakınının öz bakım kapasitesi, bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerisi değerlendirilmelidir.

**SES03 Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**

#### SES03.01

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastalara yönelik kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı
- ▶ Hasta ve hasta yakınının kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği

**Rehberlik:**

Evde sağlık hizmetlerinde, ilk muayenede, hastanın resmi kimliği üzerinden kimlik doğrulaması yapılması esastır. Sonraki ziyaretlerde, sağlık personelinin değişmesi söz konusu olduğunda veya personel gerekli gördüğü takdirde kimlik doğrulaması yapılabilir. Ayrıca numune alımı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler sırasında da doğru işlemin doğru hastaya uygulandığından emin olunmalıdır.

**SES03.02**

Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

**SES04 Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.**

**SES04.01**

Hastanın hizmet alma nedeni ile hastaya tanı, tedavi, takip sürecinde gerçekleştirilen tüm hizmetler ve bu hizmetlerin kim tarafından, ne zaman verildiğine ilişkin bilgi hasta dosyasında izlenebilir olmalıdır.

**SES04.02**

Hastanın tedavisinin sonlandırılması durumunda, sonlandırılma nedeni, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**SES05 Birim çalışanlarının eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.**

**Rehberlik:**

Eğitimlerde, çağrının kabulü, hastayı ziyaret, hasta yakınlarıyla iletişim, güvenlik tedbirleri, bilgi mahremiyeti, numune alınması, saklanması ve taşınması gibi konular yer alabilir.

**SES06 Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde kuruma transferi sağlanmalıdır.**

**SES07 Evde sağlık hizmeti sunumu sırasında bulundurulması gerekli olan tıbbi cihaz, araç, gereç ve ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SES07.01**

Evde sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında bulundurulması gerekli olan tıbbi cihaz, araç, gereç ve ilaçların kullanımına yönelik sorumlular ve sorumlulukları asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Kurumda bulundurulması gerekli olan asgari tıbbi cihaz, araç, gereç ve ilaçlar ile evde bakım hizmeti veren personelin yanında bulunması gereken malzeme ve ilaçların belirlenmesi ve takip edilmesi
- ▶ İlaç ve malzemelerin stok seviyelerinin belirlenmesi ve takip edilmesi
- ▶ İlaç ve malzemelerin miat takibinin yapılması
- ▶ İlaçların, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması, uygun koşullarda saklanması, yanlış kullanımının önlenmesi
- ▶ Cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrolünün yapılması

#### **SES07.02**

Ziyaret sırasında kullanılan ilaç, araç, gereç, tıbbi cihaz ve sarf malzemeler kayıt altına alınmalıdır.



# 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.

**DTY01 Bina turları yapılmalıdır.****DTY01.01**

Bina turlarını yapmak üzere ekip oluşturulmalıdır.

- ▶ Ekip, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır.
- ▶ Ekipte kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

**DTY01.02**

Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.

**DTY01.03**

Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalıdır.

- ▶ İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- ▶ Eylem planı kapsamında alınan kararlar kurum yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulmalıdır.

**DTY02 Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DTY02.01**

Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

**DTY02.02**

Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

- ▶ Tutunma barlarının bulunması
- ▶ Merdivenlerde korkuluk bulunması
- ▶ Alçak tavan uyarılarının kullanılması
- ▶ Kaygan ve ıslak zemin uyarı levhalarının kullanılması
- ▶ Zeminde bulunan engellere karşı önlem alınması
- ▶ Ortamın yeteri kadar aydınlatılması
- ▶ Yatak korkuluklarının kaldırılması ve yatak emniyet kilidinin kapalı olması

**DTY02.03**

Ramak kala veya gerçekleşen düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.

**DTY02.04**

Ramak kaza veya gerçekleşen düşme olayları ile ilgili düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yapılmalıdır.

**DTY03 Kurum yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.**

**DTY03.01**

Kurum yerleşim alanına, giriş kapılarına yakın bir şekilde konumlandırılmış yerleşim planı bulunmalıdır.

**DTY03.02**

Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır.

- ▶ Kat girişleri veya asansör çıkışlarında, bulunan yeri, acil çıkış kapılarını ve yangın tüp/istasyonlarını da gösteren kat krokileri bulunmalıdır.

**DTY03.03**

Okunabilir ve işlevsel nitelikte yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.

**(Ç) DTY04 Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.**

**DTY04.01**

Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.

- ▶ Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.
- ▶ Levhalar, kurumun her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.
- ▶ Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.
- ▶ Çalışanların, işaret ve levhaların işlevsel kullanımı hakkında eğitim alması sağlanmalıdır.

**DTY04.02**

Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Kurum krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir.
- ▶ Acil çıkış kapısının doğrudan dışarıya (kaçış yönüne doğru) veya güvenli bir alana açılması sağlanmalıdır.

- ▶ Kaçış yolu kapıları kaçış yönünde, kapı kolu kullanılmadan açılabilir şekilde el ile açılabilir ve kilitli tutulmamalıdır.
- ▶ Kapılarda eşik olmamalı, raylı veya döner kapılar ile turnikeler, çıkış kapısı olarak kullanılmamalıdır.
- ▶ Acil çıkış yolları ve kapıları ile buralara açılan yol ve kapılarda çıkışı zorlaştıracak hiçbir engel bulunmamalıdır.
- ▶ Aydınlatılması gereken acil çıkış yolları ve kapılarında, elektrik kesilmesi halinde yeterli aydınlatmayı sağlayacak ayrı bir enerji kaynağına bağlı acil aydınlatma sistemi bulundurulmalıdır.
- ▶ Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye, tekerlekli sandalye gibi araçlar bulunmalıdır.

**DTY05 Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**

#### DTY05.01

Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler gibi hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında iletişime engel olacak fiziksel bariyer bulunmamalıdır.

**DTY06 Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.**

#### DTY06.01

Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.

#### DTY06.02

Yaşlı ve engelli hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurulularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

#### DTY06.03

Kurum bünyesindeki bölümlere ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Yaşlı ve engelli kişilerin kurum içindeki ulaşımının kolaylaştırılması için yapılması gerekenlere aşağıdaki örnekler verilebilir:

- ▶ Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri gibi uygulamalar, yardımcı personel vb.
- ▶ Görme engelli hastaların yön bulmaları ve kurum içindeki ulaşımını sağlamaya yönelik işlevsel düzenlemeler
- ▶ Muayenede öncelikli hasta tabelaları

**DTY06.04**

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

**DTY06.05**

Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin kurumdan tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.

**DTY07 Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.****DTY07.01**

Kurum bahçesinde yeşil alan düzenlemesi yapılmalı ve oturma alanları bulunmalıdır.

**DTY07.02**

Otoparkı bulunan kurumlarda araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlamaya yönelik bir düzenleme bulunmalı, çalışanlar ve hastalar için ayrılan araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.

**DTY07.03**

Kurumun yerleşim alanı uygun şekilde ışıklandırılmalıdır.

**DTY07.04**

Kurumun yerleşim alanında uygun konumda ve sayıda atık kutusu bulunmalıdır.

(Ç) DTY08 Kurumda su, elektrik enerjisi, ısıtma-soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılabilir alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.

**DTY09 Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DTY09.01**

Asansörler yetkili kuruluşlarca tescil edilmiş olmalıdır.

**DTY09.02**

Asansörlerin bakım süreçleri tanımlanmalı ve düzenli aralıklarla bakımları yapılmalıdır.

- ▶ Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından yapılmalıdır.
  - Periyodik kontrol sonuçları kusursuz (yeşil renk), hafif kusurlu (mavi renk), kusurlu (sarı renk) ve güvensiz (kırmızı renk) olmak üzere dört grupta değerlendirilmiş olmalıdır.
  - Renkli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır.
  - Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörün kullanımına izin verilmemelidir.
  - Kontrol raporundaki asansör kimlik numarası, etiket rengi skalası ve muayene tarihi ile etiket üzerindeki bilgiler birbiri ile uyumlu olmalıdır.
- ▶ Asansörlerin ara bakımları yapılmalıdır.

**DTY09.03**

Asansörlerde çalışır durumda yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.

**DTY10 Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DTY10.01**

Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

**DTY10.02**

Merkezi havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrolü belirlenen aralıklarla yapılmalıdır.

**DTY10.03**

Kapalı alanlarda bulunan sistemler için mekanın günlük sıcaklık takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.



**DTY10.04**

Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

- ▶ Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır:
  - HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)
  - Hava debisi ve hava hızı ölçümü
  - Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti
  - Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)
  - Partikül ölçümü
- ▶ Bu sistemlerin performans ölçümünde kullanılan referans cihazlar, ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır.

**DTY11 Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DTY11.01**

Kurum trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**DTY11.02**

Jeneratörlerin geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.

**DTY11.03**

Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**DTY11.04**

Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) kontrol ve bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı ve kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.

**DTY11.05**

Elektrik prizleri sabitlenmiş olmalı, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak hareketli uzatma kablosu vb. kullanılmamalıdır.

**DTY11.06**

Çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması olmalıdır.

**DTY11.07**

Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.

**DTY12 Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DTY12.01**

Depo, suyun özelliklerini değiştirmeyecek paslanmaz çelik, krom, nikel, beton ve benzeri maddeler ile yapılmış olmalı, beton yapıdaki su depolarının iç yüzeyi, suyun niteliğini bozmayacak, kolay temizlenebilir ve sızdırmaz bir malzeme ile kaplanmalıdır.

**DTY12.02**

Depoya ait kapak kilitli ve sızdırmaz olmalı, depo kapağı sadece depo görevlileri ve yetkili personel tarafından açılıp kapanmalıdır.

**DTY12.03**

Depolar, ısı kaynaklarından uzak olmalı, direkt olarak gün ışığına maruz bırakılmamalıdır.

**DTY12.04**

Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmalıdır.

- ▶ Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir.
- ▶ Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.

**DTY12.05**

En az haftada bir kez su depolarında ve su şebekesinin uç noktalarında klor ölçümleri yapılmalıdır.

**DTY13 Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DTY13.01**

Şebeke suyunda herhangi bir nedenden dolayı oluşabilecek bir kesinti durumunda, mevcut yedek su kaynakları devreye alınarak su ihtiyacı sağlanmalıdır.

**DTY13.02**

Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından kurum tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmeli, tespit edilen sorunlara yönelik iyileştirme faaliyetleri düzenlenmelidir.

**DTY13.03**

Yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik düzenli aralıklarla kontrol gerçekleştirilmelidir.

**DTY13.04**

Yağmur sularının kontrolü ve uygun drenajı sağlanmalıdır.

**DTY14 Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DTY14.01**

Diş ünitlerinde kullanılan emiş hortumlarında, kontamine sıvıların tekrar ünit içerisine dönüşünü engelleyici düzenleme bulunmalıdır (antiretraksiyon valfleri).

**DTY14.02**

Diş ünitlerinde distile su kullanılması durumunda, distile su depolarının temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**DTY14.03**

Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerinin bakımları plan dahilinde ve düzenli olarak gerçekleştirilmelidir.

**DTY15 Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DTY15.01**

Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

**DTY15.02**

Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değeri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.

**DTY15.03**

Medikal gaz sistemindeki basınç değişiklikleri işitsel ve görsel uyarı sistemi ile takip edilmelidir.

- ▶ Basınç düşüklüğü durumunda kullanılmak üzere yedek sistemler bulunmalıdır.

**DTY15.04**

Gazlar cinsine göre depolanmalı ve gazların birbirleri ile depolanabilir olup olmadığı kontrol edilmelidir.

**DTY15.05**

Medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.

**DTY15.06**

Medikal gaz sisteminin bulunduğu alanların kapalı havalandırma kanalları, başka bölüm veya binaların havalandırma kanallarına bağlanmamalıdır.

**DTY16 Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DTY16.01**

Taşınabilir gaz silindirleri dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz silindirleri tek tek veya konteyner içinde sabitlenmiş olmalıdır.

**DTY16.02**

Üretici firma tarafından kuruma teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlerinin sertifikası bulunmalıdır.

**DTY16.03**

Sıkıştırılmış gaz silindirlerinin doluluk ve sızdırmazlık kontrolleri yapılmalıdır.

**DTY16.04**

Gaz silindirleri gaz tiplerine göre depolanmalı, yanıcı gazlar ve oksitleyici maddelerden ayrılmalıdır.

**DTY17 Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.****DTY17.01**

Basınçlı kapların ilk defa kullanılmadan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılmalı, doğru kurulduğu ve güvenli şekilde çalıştığını gösteren belge düzenlenmiş olmalıdır.

**DTY17.02**

Basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılmalıdır.

**DTY17.03**

Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanmalıdır.

**DTY17.04**

Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanın kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.



# Otelcilik Hizmetleri

## Amaç

- ▶ 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
- ▶ Hasta ve hasta yakınlarının kurumda buldukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlamak
- ▶ Kurumda hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaktır.

**DOH01 Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.****DOH01.01**

Hasta odaları hastanın konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

- ▶ Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- ▶ Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.
- ▶ Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte olmalıdır.
- ▶ Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

**DOH01.02**

Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

- ▶ Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılarak kaydedilmelidir.

**DOH01.03**

Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

**DOH01.04**

Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kanepes/yatak bulunmalıdır.

**DOH02 Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.****DOH02.01**

Hastaların yatarak sağlık hizmeti aldığı alanlarda yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

**DOH02.02**

Yatarak hizmet alan hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

**DOH02.03**

Hasta ve hasta yakınlarına çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.



**DOH03 Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DOH03.01**

Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.

**DOH03.02**

Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.

**DOH03.03**

Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır.

- ▶ Kişisel temizlik alanlarında, sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.
- ▶ Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun olması sağlanmalıdır.

**DOH04 Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.****DOH04.01**

Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.

**DOH04.02**

Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

**DOH05 Poliklinik alanlarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.****DOH05.01**

Diş ünitlerinin bulunduğu alanlar temiz olmalı, bu alanlarda uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

**DOH05.02**

Diş ünitlerinin bulunduğu alanlarda hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır.
- ▶ Dış ünitelerinde tek kullanımlık örtü kullanılmalıdır.
- ▶ Gerekli kişisel koruyucu donanım bulunmalıdır.

#### DOH05.03

Dış ünitelerinin bulunduğu alanlarda hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

#### DOH05.04

Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile çağrılmalıdır.

**DOH06 Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.**

#### DOH06.01

Bebek bakım ve emzirme alanlarının uygun koşulları içermesi sağlanmalıdır.

Bebek bakım odası ve emzirme odasında;

- ▶ Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır.
- ▶ Oyuncak bulundurulmamalıdır.
- ▶ Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır.
- ▶ Lavabo, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
- ▶ İklimlendirme sağlanmalıdır.
- ▶ Bebek bakım odası ve emzirme odasına ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirmeler yapılmalıdır.

Emzirme odasında;

- ▶ Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.
- ▶ Annelerin kullanabileceği rahat, ergonomik yeterli sayıda koltuk veya kollu sandalye bulunmalıdır.

#### DOH06.02

Bakanlıkça tanımlanmış olan "Bebek Dostu" unvanına sahip her sağlık kuruluşunda emzirme odası ve alt değiştirme/bebek bakım odası ayrı olmalıdır.

**(Ç) DOH07 Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.**

**DOH07.01**

Kurumun belirlenen alanlarında, güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi) bulunmalıdır.

- ▶ Kurumda 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir.
- ▶ Kurum genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir.
- ▶ Kamera kayıtları, sadece üst yönetim tarafından tanımlanan kişilerin erişimine açık olmalıdır.
- ▶ Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.

**DOH07.02**

Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.

**DOH07.03**

Kurumda olası bebek ve çocuk kaçırma olaylarına yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

**DOH08 Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.****DOH08.01**

Mutfak bölümleri (depolama, gıda hazırlama, bulaşık yıkama yerleri gibi) çapraz kontaminasyonu engelleyecek şekilde birbirinden ayrı alanlarda ve iş akışına uygun şekilde düzenlenmelidir.

**DOH08.02**

Kurumda mutfak hizmeti verilen tüm alanların tavan, taban ve duvarları yıkama ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

- ▶ Zemin, kayma ve düşmeyi önleyici malzemedir yapılmış olmalıdır.

**DOH08.03**

Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.

- ▶ Depo koşullarının uygunluğu izlenebilir olmalıdır.

**DOH08.04**

Mutfakta iklimlendirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Mutfak kokularının kurum hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.

**DOH08.05**

Mutfak alanlarının hayvan ve haşerelerden korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**DOH08.06**

Mutfak atıkları hijyenik ve çevreye zarar vermeyecek şekilde ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.

- ▶ Yemek atıklarının geçici olarak muhafaza edilmesine yönelik uygun alan oluşturulmalıdır.

**DOH09 Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.****DOH09.01**

Gıda zinciri süreçlerinde diyetisyen kontrolü sağlanmalıdır.

**DOH09.02**

Gıdaların güvenli tedarikine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde belirlenmelidir:

- ▶ Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler
- ▶ Kalite kontrol kriterleri
- ▶ Tedarikçi kabul ve değerlendirme kriterleri
- ▶ Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler

**DOH09.03**

Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır.

- ▶ Gıda depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.
- ▶ Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir.
- ▶ Üretilmiş ve satın alınmış gıdaların stoklanmasında tavsiye edilen tüketim tarihlerinin etkin şekilde takibi yapılmalıdır.
- ▶ Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin üretim ve son tüketim tarihleri kayıt edilmelidir.
- ▶ Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin depolanması ayrı alanlarda yapılmalıdır.

**(Ç) DOH10 Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **DOH10.01**

Gıdalar hastaların bakım gereksinimleri ve beslenme tedavileri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

#### **DOH10.02**

Tedavi amaçlı özel diyet gereksinimi olan çalışanlar belirlenmeli, diyetine uygun yemek hizmeti alması sağlanmalıdır.

#### **DOH10.03**

Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.

- ▶ Gıdaların hazırlanmasında kullanılan sarf malzeme, araç, gereç ve ekipman uygun şekilde temizlenmeli veya dezenfekte edilmelidir.
- ▶ Gıda ile temas eden malzemeler sağlığa uygun özellikte olmalıdır.
- ▶ Tüm çalışanlar; yapılan işin özelliğine göre maske, eldiven, bone, kolluk, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

#### **DOH10.04**

Mutfak ve servis personeline asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır:

- ▶ Gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi
- ▶ Diyet yemeklerinin içeriği
- ▶ Yemeklerin porsiyonlanması

#### **DOH10.05**

Hizmet kapsamındaki kişilere servis edilen her son üründen şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.

#### **DOH10.06**

Hazırlanan menüler, standart yemek tarifeleri ve gramaj listelerinin Bakanlıkça yayımlanan rehberlere uygunluğu kontrol edilmelidir.

**DOH11 Kurum dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

#### **DOH11.01**

Gıdalar, servis edilecekleri sıcaklıklara uygun bir taşıma aracında birbirlerine karışmayacak ve araç içine bulaşmayacak şekilde uygun kaplarda taşınmalıdır.

**DOH11.02**

Taşıma araçları ve içindeki kaplar başka herhangi bir maddenin taşınmasında kullanılmamalıdır.

**DOH11.03**

Taşıma aracı ve kapların, temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik işlemler kayıt altına alınmalıdır.

**DOH12 Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.**

**DOH12.01**

Gıdalar servis sıcaklıklarına uygun olarak sunulmalıdır.

**DOH12.02**

Taşıma sırasında yemeklerin üzeri kapalı olmalıdır.

**DOH12.03**

Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek taşıma araçları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.

**DOH12.04**

Yemek dağıtımı yapan personel; uygun iş kıyafeti ile bone, eldiven, kolluk, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

**DOH13 Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DOH13.01**

Türlerine göre gıda atıklarının nasıl kullanılacağı (kompoze gübre, hayvan barınakları vb.) tanımlanmalıdır.

**DOH13.02**

Evsel atık olarak atılan gıdaların miktarları izlenmelidir.

► Atılan gıda miktarının azaltılmasına yönelik iyileştirme çalışması yapılmalıdır.

**DOH14 Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.****DOH14.01**

Kurumda kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

**DOH14.02**

Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.

- ▶ Konteynerler ile taşıma yapan kurumlarda;
  - Konteynerlerin temizliği günlük olarak yapılmalıdır.
  - Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.
- ▶ Otomatik sistem ile taşıma yapan kurumlarda, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.

**DOH14.03**

Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.

**DOH14.04**

İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.

**DOH15 Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.****DOH15.01**

Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.

- ▶ Çamaşırhane hizmetlerinin kurum dışından sağlanması durumunda da, kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.

**DOH15.02**

Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

**DOH15.03**

Çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

**DOH15.04**

Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.

**DOH16 Kurum bünyesinde hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına yönelik ibadethane bulunmalıdır.**

**DOH16.01**

İbadethane alanına ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirmeler yapılmalıdır.

**DOH16.02**

İbadethanenin temizliği ve uygun şekilde iklimlendirilmesine yönelik gerekli düzenleme yapılmalıdır.



# Bilgi Yönetim Sistemi

## Amaç

Hasta veya çalışanlara ait tıbbi ve kişisel bilgilerin, doğru ve güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanması ile ihtiyaç duyulan doğru bilginin, bilgi mahremiyeti ve güvenliği gözetilerek, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır.

**DBY01 Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır.**

#### DBY01.01

Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) politikasında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ BYS'nin amaç ve kapsamı
- ▶ Bilgi güvenliği
- ▶ BYS'yi oluşturan alt sistemler [Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS), Picture Archiving Communication Systems (PACS), Web, E-posta, Dosya Sunucu, varsa diğer bilgi yönetim alt sistemleri gibi]
- ▶ SBYS işletimi ve değişiklik yönetim süreçleri
- ▶ Bilgi sistem donanım ve altyapı, yönetim ve talep süreçleri
- ▶ Varlık yönetimi
- ▶ İş sürekliliği yönetimi
- ▶ Yedekleme
- ▶ Bilgi teknolojileri imha yönetimi (bilgisayar, disk, sunucu vb.)

**DBY02 Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.**

#### DBY02.01

BYS ile ilgili politikaların oluşturulması, BYS'ye ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması, bilgi güvenliği ile ilgili hususlarda gerekli çalışmaların yapılması amacıyla sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

#### DBY02.02

Bilgi yönetim sistemine ilişkin rol grupları (hekimler, hemşireler, sekreterler gibi) ve yetkileri belirlenmelidir.

- ▶ Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir.
- ▶ Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ 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 yetkiyi iptal etme süreçleri tanımlanmalıdır.

**DBY02.03**

Rol grupları ve kullanıcılar için tanımlanan yetkiler periyodik olarak ve gerekli durumlarda (görev değişikliği, işten ayrılma vb.) gözden geçirilmeli, gerekli güncellemeler yapılmalıdır.

**DBY03 Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.****DBY03.01**

Bilgi yönetim sistemine yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

**DBY03.02**

Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

**DBY03.03**

Risk değerlendirmesi en geç altı ayda bir olacak şekilde düzenli aralıklarla ve gerektiğinde güncellenmelidir.

**DBY04 Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DBY04.01**

Bilgi yönetim sistemine ilişkin yazılımsal ve donanımsal hataların nasıl bildirileceği ve hatalara nasıl müdahale edileceği tanımlanmalıdır.

**DBY04.02**

Bildirilen hatalar ile ilgili asgari aşağıdaki bilgiler kayıt altına alınmalıdır:

- ▶ Hatanın olduğu tarih ve saat
- ▶ Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
- ▶ Hatanın içeriği
- ▶ Hatanın giderildiği tarih ve saat

**DBY04.03**

Karşılaşılan hatalar, çözüm süreçleri, ne kadar sürede hatanın çözüldüğü gibi bilgiler kayıt altına alınmalı, benzer hataların gerçekleşmesi durumunda bu kayıtlar izlenebilir olmalıdır.

**DBY04.04**

Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölümünde belirlenmelidir.

**(Ç) DBY05 Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**

**DBY05.01**

Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması ile ilgili asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ Erişim ve yetki kontrolü
- ▶ Fiziksel ve çevresel güvenlik yönetimi
- ▶ İletişim güvenliği
- ▶ Bilgi güvenliği ihlal olayı yönetimi
- ▶ Kişisel verilerin korunması

**DBY05.02**

Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.

**DBY05.03**

Bilgi yönetim sisteminde kullanılan parolalar, Bakanlık parola politikaları ile uyumlu olmalıdır.

**DBY05.04**

Bilgi yönetim sistemi sorumluları ve kullanıcılarına gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.

**DBY06 SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.**

**DBY06.01**

SBYS'nin muayene ekranlarından ulusal sağlık veri tabanına entegrasyon sağlanmalıdır.

**DBY06.02**

Hastaların aynı kurumdaki geçmiş tıbbi kayıtlarına SBYS üzerinden erişim sağlanmalıdır.

**DBY07 Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.**

#### **DBY07.01**

Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim verilmelidir.

- ▶ Eğitimler, çalışanın ihtiyacına göre planlanmalı ve uygulanmalıdır.

#### **DBY07.02**

Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.

#### **DBY07.03**

Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncelleme geçmişleri yetkili kullanıcılar tarafından izlenebilir olmalıdır.

**DBY08 Sağlık bilgi yönetim sisteminde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.**

#### **DBY08.01**

SBYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik asgari aşağıda belirtilen modüller oluşturulmalıdır:

- ▶ Hasta Kayıt
- ▶ Hasta Yatışı
- ▶ Poliklinik
- ▶ Klinik
- ▶ Merkezi Sterilizasyon Ünitesi
- ▶ Diş Protez Laboratuvarı
- ▶ Eczane
- ▶ Depo
- ▶ Satın Alma
- ▶ Ayniyat
- ▶ Vezne
- ▶ Faturalandırma
- ▶ Radyoloji
- ▶ Personel

**DBY08.02**

Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler SBYS üzerinden gerçekleştirilmelidir.

**DBY08.03**

SBYS üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunmalıdır.

**DBY08.04**

Personel modülünde, çalışanlara ilişkin asgari aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler bulunmalıdır:

- ▶ Çalışana ait fotoğraf
- ▶ Aktif olarak çalıştığı bölüm
- ▶ Kadrosunun kayıtlı olduğu bölüm veya kurum
- ▶ Kan grubu
- ▶ İletişim bilgileri
- ▶ İzin ve rapor bilgileri
- ▶ Eğitim durumu
- ▶ Sertifikaları
- ▶ Hizmet içi eğitimleri
- ▶ Yabancı dil bilgisi

**DBY09 SBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.**

**DBY09.01**

İz kayıtlarının geçmişe yönelik izlenebilirliği sağlanmalıdır.

- ▶ BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır.
- ▶ Salt okunur özellikte ayrı bir veri tabanı veya tablo mevcut olmalıdır.
- ▶ Veri tabanı veya tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ Bu veri tabanı veya tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.

**(Ç) DBY10 SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DBY10.01**

Yedekleme ile ilgili süreçler; verinin depolanması ve korunmasına yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar ve veri kurtarma testi planlarını kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

#### **DBY10.02**

Yedekleme, biri tam ve ikisi fark olmak üzere günde en az 3 defa yapılmalıdır.

#### **DBY10.03**

Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.

#### **DBY10.04**

Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak SBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.

#### **DBY10.05**

Veriler, yedekleme politikasında belirtilen sorumlu kurum (kurum yönetimi, il sağlık müdürlüğü, özel hastane grubu vb.) tarafından offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.

#### **DBY10.06**

Veri kurtarma testleri altı aylık dönemlerde yapılmalı ve kurum yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.

- ▶ Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- ▶ Test kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

**DBY11 Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **DBY11.01**

Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.

#### **DBY11.02**

Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.

**DBY11.03**

Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalı, envanterde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Bulunduğu bölüm
- ▶ Marka
- ▶ Model
- ▶ Seri no
- ▶ Demirbaş numarası
- ▶ Donanım ve yazılım adı
- ▶ İşletim sistemi
- ▶ Ek aksamlar
- ▶ Alınma tarihi
- ▶ Varsa garanti süresi

**DBY11.04**

Kullanıcı bilgisayarlarındaki virüs yazılımları ve virüs tarama dosyaları ile işletim sistemi ve güvenlik yamalarının güncellenmeleri merkezi bir sunucu vasıtası ile otomatik olarak yapılmalıdır.

**DBY11.05**

Misafir kullanıcıların bağlandığı kablosuz ağ bağlantıları için farklı VLAN oluşturulmalıdır.

**DBY12 Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.**

**DBY12.01**

Yazılım ve donanım destek birimi bulunmalıdır.

- ▶ Yazılım ve donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır.
- ▶ Yazılım ve donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.

**DBY12.02**

Bilgi yönetim sistemindeki arızalar ve sistemin devre dışı kaldığı durumlar nedenleri ile birlikte kayıt altına alınmalıdır.

**DBY12.03**

Sistemde tespit edilen kesinti ve arızalara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



**(Ç) DBY13 Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.****DBY13.01**

Sunucu ve ağ cihazlarına tahsis edilmiş bağımsız bir sistem odası bulunmalıdır.

**DBY13.02**

Sistem odasına girişler kontrol altına alınmalıdır.

- ▶ Kamera sistemi bulunmalıdır.
- ▶ Sistem odasının kapısı geçiş kontrollü olmalıdır.
- ▶ Odaya giriş çıkış yapan personelin kayıtları tutulmalıdır.
- ▶ Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.

**DBY13.03**

Su kaynaklı tehlikelere karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

- ▶ Sistem odası suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.
- ▶ Odada su basmasına neden olabilecek musluk, kalorifer peteği, atık su gibi tesisat bulunmamalıdır.

**DBY13.04**

Yangın tehlikesine karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

- ▶ Gaz temelli yangın söndürme sistemi (Halon, FM 200, CO<sub>2</sub> gibi) bulunmalıdır.
- ▶ Elektrik sisteminin güvenliği sağlanmalıdır.
- ▶ Yangın dağılımını kolaylaştıracak tefrişat ve malzeme bulunmamalıdır.
- ▶ Gaz temelli yangın söndürme tüplerinin aktif olması durumunda ortamda kişisel koruyucu donanım hazır bulundurulmalıdır.
- ▶ Yangın söndürme sürecinde çalışanların güvenliği hakkında gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik eğitim verilmelidir.

**DBY13.05**

Sistem odasına özel, kurumdaki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.

- ▶ Fiziksel sunucuların güvenli bir şekilde kapatılabilmesi için gerekli süre en az 30 dk olmalıdır.

**DBY13.06**

İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

- ▶ İdeal sıcaklık 18-22°C aralığında olmalıdır.
- ▶ Nem oranı %45-%70 aralığında olmalıdır.
- ▶ Yedekli olarak çalışan ve nem tutma özelliği olan klimalar bulunmalıdır.

**DBY13.07**

Alev, duman, ortam sıcaklığı ve su basması ile ilgili olağan dışı durumlarda sistem yöneticilerini uyarmak üzere uyarı sistemi bulunmalıdır.

**DBY14 Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.**

**DBY14.01**

Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tutulmalıdır:

- ▶ Sunucunun adı
- ▶ Yeri
- ▶ IP adresi
- ▶ Türü (fiziki/sanal)
- ▶ Ana işlevi (web, veri tabanı, e-posta vb.)
- ▶ Üzerinde çalışan uygulama ve servisler
- ▶ İşletim sistemi ve sürümü
- ▶ Sorumlu kişi ve iletişim bilgileri
- ▶ Donanım bilgileri (markası, modeli)
- ▶ Garanti durum bilgisi
- ▶ Garanti kapsamında ise ilgili firma ve kişi bilgileri

**(Ç) DBY15 Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**

**DBY15.01**

Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.

**DBY15.02**

Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.

**DBY15.03**

Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.

- ▶ Mevcut Sağlık Bilişim Ağı (SBA) mimarisi uyarınca güvenlik duvarı olmayan kurumlarda, sunucular son kullanıcı ve tıbbi cihazlardan farklı bir VLAN'a konumlandırılmış olmalıdır.

**DBY16 Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**

#### **DBY16.01**

Veri tabanı sistem iz kayıtları tutulmalı ve gerektiğinde kurum yönetimi tarafından izlenebilmelidir.

- ▶ Veri tabanı veya tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalara ilişkin iz kayıtları yazılım tarafından kayıt altına alınmalıdır.

#### **DBY16.02**

Veri tabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

#### **DBY16.03**

Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları parolalar şifreli bir şekilde saklanmalıdır.

#### **DBY16.04**

Veri tabanı üzerinde iz kaydı alınması gereken işlemler belirlenmelidir.

#### **DBY16.05**

Kullanıcılar veri tabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.

**(Ç) DBY17 Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.**

#### **DBY17.01**

Dış ortamdan iç ortama erişebilme koşulları ve erişim sağlayabilecek kişiler belirlenmelidir.

#### **DBY17.02**

Hizmet alımı kapsamında kurum verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm kişilere kişisel gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.

**DBY17.03**

Kurum verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm firmaların kurumsal gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.

**DBY17.04**

Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.

# Malzeme ve Cihaz Yönetimi

## Amaç

Kurumda, malzeme gereksiniminin hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek tespitinden, malzemelerin temin edilmesi, kabulü, depolanması, stok kontrolü, çevreye dönüşümüne kadar geçen sürecin güvenli, verimli ve etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

**DMC01 Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

**DMC02 Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DMC02.01**

Malzeme ihtiyaç tespiti ve temini ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Malzemelere ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci
- ▶ Malzeme talep yetkisi bulunan kişiler
- ▶ Talep yöntemi
- ▶ Taleplerin yönetim tarafından değerlendirilmesi
- ▶ Teknik şartname hazırlanması
- ▶ Satın alma yönteminin belirlenmesi
- ▶ Tekliflerin değerlendirilme süreci
- ▶ Malzemelerin kontrolü ve kabulü

#### **DMC02.02**

Kurumda bulundurulması gereken malzemeler birim bazında belirlenmelidir.

- ▶ İhtiyaç duyulan malzeme miktarı kurumun önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.

**DMC03 Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DMC03.01**

Malzemelerin cinsine göre depolanması ve muhafaza süreçlerine yönelik doküman hazırlanmalıdır.

#### **DMC03.02**

Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

#### **DMC03.03**

Malzemeler, depolama alanlarında özelliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**DMC03.04**

Depoların temizliği, düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

**DMC03.05**

Malzemeler, cinsine göre uygun sıcaklık ve nem koşullarında depolanmalıdır.

**DMC03.06**

Steril sarf malzemeler, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.

**DMC03.07**

Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabilmelidir.

**DMC03.08**

Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi ve bildirimini yapılmalıdır.

**DMC04 Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

**DMC04.01**

Stok kontrol sürecinde uygulanacak olan stok takip yöntemi (FIFO, FEFO, LIFO vb.) belirlenmelidir.

**DMC04.02**

Malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

**DMC04.03**

Birden çok hastaya kullanılan sarf malzemelerinin (dolgu, kompozit, siman, bond vb.) klinik bazında kullanım miktarlarının kontrol ve takibine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

**DMC05 Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DMC05.01**

Malzemelerin güvenli taşınması için gerekli donanım bulunmalıdır.

**DMC05.02**

Malzemelerin depolardan birimlere transferi sırasında gerçekleşebilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalıdır.

**DMC05.03**

Taşınması açısından özel nitelikli ve tehlikeli malzemeler tanımlanmalı ve malzemelerin transferini gerçekleştirecek çalışanlara güvenli transfer ile ilgili eğitim verilmelidir.

**DMC05.04**

Malzemelerin birimlere teslimi kayıt altına alınmalıdır.

**DMC06 Uygun olmayan malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.**

**(Ç) DMC07 Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DMC07.01**

Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**DMC07.02**

Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve bu maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler belirlenmelidir.

**DMC07.03**

Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri asgari aşağıdaki bilgileri kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır:

- ▶ Tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, türü (toz, kristal vb.), kullanım şekli ve miadı
- ▶ Saklama koşulları
- ▶ Etkileşime girdiği maddeler
- ▶ Temas halinde yapılacaklar
- ▶ Kullanıldığı ve depolandığı yerler
- ▶ Taşıma şekli
- ▶ İmha yöntemleri
- ▶ Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler

**DMC07.04**

Envanter, depo ve kullanım alanlarında bulunmalıdır.



**DMC07.05**

Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalı, etikette maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunmalıdır.

**DMC07.06**

Kullanıcılara, tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.

**DMC08 Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

**DMC09 Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DMC09.01**

Cihazlara yönelik ihtiyaç tespiti, cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci
- ▶ Cihaz talep yetkisi bulunan çalışanlar
- ▶ Talep yöntemi
- ▶ Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği
- ▶ Teknik şartname hazırlanması
- ▶ Tekliflerin değerlendirilme süreci
- ▶ Cihazların temini
- ▶ Temin edilen cihazların kontrolü
- ▶ Cihazların tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması

**DMC10 Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

**DMC10.01**

Cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.

- ▶ Envanterde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Cihazın adı
- Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası)
- Seri numarası
- Markası
- Bulunduğu bölüm

#### DMC10.02

Asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde cihaz kartı veya etiketi bulunmalıdır:

- Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası)
- Bulunduğu bölüm

#### DMC10.03

Tıbbi cihazların envanteri Bakanlıkça tanımlanan sistem üzerinden izlenebilir olmalıdır.

**DMC11 Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### DMC11.01

Cihazların güvenli ve verimli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Cihazların verimli kullanımı için kesintisiz teknik destek sağlanmalıdır.
- ▶ Personele cihazın kullanımı için gerekli eğitimler verilmelidir.
- ▶ Cihazın güvenli ve verimli kullanımı açısından fiziki ve teknik altyapı uygun şekilde oluşturulmalıdır.
- ▶ Cihazların verimli ve güvenli çalışması için uygun malzeme ve ekipman kullanılmalıdır.
- ▶ Cihazların bakım ve kalibrasyonları düzenli olarak yapılmalıdır.
- ▶ Tıbbi cihazlarda maliyetler ile üretilen hizmet çıktıları izlenmeli ve cihazların verimliliği değerlendirilmelidir.

#### DMC11.02

Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

**DMC11.03**

Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.

**DMC12 Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.**

**(Ç) DMC13 Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.**

**DMC13.01**

Tıbbi cihazların bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve bir plan dahilinde izlenmelidir.

- ▶ Tıbbi cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla, firma önerileri, kurum ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, onarım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.

**DMC13.02**

Kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporu bulunmalı, raporda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Kuruluşun adı ve iletişim bilgileri
- ▶ Varsa yetki belgesine ait bilgi
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın bulunduğu kuruma ait tanımlayıcı bilgileri
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın yeri, adı, markası, modeli, kimlik ve seri numarası
- ▶ Tıbbi cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri, sonuçları ve ölçüm belirsizliği ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığı
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan cihaz, donanım, yazılım ve aksesuarların adı, markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yer
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonu yapan ve onaylayan kişilerin adı, soyadı ve imzası
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresi

- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgiler
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası
- ▶ Kalibrasyonu yapan personelin eğitim sertifikasyon bilgileri
- ▶ Hizmet alımı yoluyla kurumda yapılan test, kontrol ve kalibrasyon çalışmaları sırasında tüm süreci gözetim altında tutan kurum personelinin imzası

### DMC13.03

Kalibrasyon testine tabi tutulan tıbbi cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalı, etiket üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Kalibrasyonu yapan firmaya ait tanımlayıcı bilgi
- ▶ Cihaz kimlik numarası
- ▶ Kalibrasyon tarihi
- ▶ Kalibrasyon geçerlilik süresi
- ▶ Kalibrasyon sertifika numarası

### DMC13.04

Kalibrasyon testini geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.

**DMC14 Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.**

### DMC14.01

Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

- ▶ Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir.

### DMC14.02

Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda uygun olmadığı tespit edilen fonksiyonları kullanılmamalıdır.

- ▶ Kullanılmaması gereken fonksiyonlar çalışanlar tarafından cihaz üzerinde izlenebilir olmalıdır.

**DMC15 Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.**

#### **DMC15.01**

Arıza ve onarım süreçleri ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

#### **DMC15.02**

Cihazlarda meydana gelen arızaların bildirim en kısa sürede sağlanmalıdır.

#### **DMC15.03**

Cihaz arızaları ile arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.

#### **DMC15.04**

Arıza durumunda cihaz kullanım dışı bırakılmalı ve cihaz üzerinde arıza uyarısı bulunmalıdır.

**DMC16 Tıbbi cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **DMC16.01**

Tıbbi cihazlar ile ilgili istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

#### **DMC16.02**

Bildirimler, Bakanlıkça tanımlanan sistem üzerinden yapılmalıdır.

**DMC17 Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DMC17.01**

Cihazların kullanım dışı bırakılmasına (geçici veya sürekli kullanım dışı bırakma, hurdaya ayırma vb.) yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

#### **DMC17.02**

Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması durumunda Bakanlıkça tanımlanan takip sistemine bildirim yapılmalıdır.

**(Ç) DMC18 Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenlenme yapılmalıdır.**

#### **DMC18.01**

Kurumda kullanılan HBTC'ler izlenebilir şekilde tanımlanmalıdır.

- ▶ İzlenebilirliği sağlayabilmek amacıyla cihazların kullanıldığı birim, birim cihaz sorumlusu, cihaz numarası, cihaz türü, marka ve model bilgilerini içeren envanter oluşturulmalıdır.

#### **DMC18.02**

HBTC'nin bakımı ve temizliği ile ilgili sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

#### **DMC18.03**

HBTC için kalite kontrol çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.

- ▶ Kalite kontrol testleri kayıt altına alınmalıdır.

#### **DMC18.04**

Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

#### **DMC18.05**

HBTC'yi kullanacak çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir.

- ▶ Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar
- ▶ Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi
- ▶ Cihazın temizliği ve bakımı

#### **DMC18.06**

HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

# Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

## Amaç

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.

**DTA01 Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DTA01.01**

Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları
- ▶ Kurum standart dosya planı ve içeriği
- ▶ Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması
- ▶ Arşiv hizmetlerinin işleyişi

**DTA02 Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri elektronik ortama dayalı olarak kurgulanmalıdır. İlgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanması zorunlu olan yazılı doküman haricindeki tüm doküman ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmalı, kullanılmalı ve saklanmalıdır.**

**DTA03 Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

**DTA04 Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.**

#### **DTA04.01**

Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği)
- ▶ Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
- ▶ Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç



**(Ç) DTA05 Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.**

#### DTA05.01

Ayaktan ve yatan hastaların tıbbi kayıtlarına, her başvuruda, aynı sabit dosya numarası ile erişilebilmelidir.

- ▶ Ayaktan hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtlarına (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden fiziki veya elektronik ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

#### DTA05.02

Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmelidir.

- ▶ Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve doküman tanımlanmalıdır.
- ▶ Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.

#### DTA05.03

Hasta dosyalarında, hastaya ait asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Adı-Soyadı
- ▶ Doğum tarihi
- ▶ Cinsiyeti
- ▶ İkametgah bilgileri
- ▶ Medeni durumu
- ▶ Eğitim durumu
- ▶ Hastanın kendisi ile ilgili tıbbi kayıtlara erişim konusunda başka birine yetki verip vermediği, verdi ise kişiye ait bilgiler
- ▶ Şimdiki veya daha önceki mesleği

#### DTA05.04

Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.

**DTA06 Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.**

#### DTA06.01

Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır.

**DTA06.02**

Taburculuk özetinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Hastanın başvuru nedeni
- ▶ Önemli bulguları
- ▶ Konulan teşhis
- ▶ Uygulanan tedaviler
- ▶ Hasta taburcu olurken genel durumu
- ▶ Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar
- ▶ Kontrol zamanı
- ▶ Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları
- ▶ Hastanın dikkat edeceği hususlar

**DTA06.03**

Taburculuk özeti bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir.

**DTA07 Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.**

**DTA07.01**

Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmalıdır.

**DTA07.02**

Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

- ▶ Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.
- ▶ İklimlendirme yapılmalıdır.
- ▶ Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

**DTA08 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DTA08.01**

Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Arşiv planı

- ▶ Arşive erişim ile ilgili yetkilendirme
- ▶ Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü
- ▶ Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi
- ▶ Dosyaların arşivden çıkışı
- ▶ Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar

**DTA08.02**

Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.



# Atık Yönetimi

## Amaç

Kurumda oluşan atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar vermeden kaynağında ayrı toplanması, taşınması, geçici depolanması, tıbbi atık işleme tesisine teslim edilmesi ve bertaraf edilmesi süreçlerinin kontrol altına alınmasıdır.

**DAY01 Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DAY01.01**

Atık yönetimine yönelik asgari aşağıdaki konuları kapsayan doküman oluşturulmalı ve düzenli aralıklarla güncellenmelidir:

- ▶ Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri
- ▶ Atıkların kaynağında ayrıştırılması
- ▶ Üretilen atık miktarının azaltılması
- ▶ Oluşan atık miktarı ile ilgili bilgilerin düzenli olarak kayıt altına alınması
- ▶ Kurum içinde atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması
- ▶ Toplama sıklığı ve kuralları
- ▶ Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar
- ▶ Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu
- ▶ Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kurallar
- ▶ Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları
- ▶ Atıkların teslim alınması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye veya yüklenici ile protokol yapılması
- ▶ Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler
- ▶ Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi
- ▶ Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular
- ▶ Atık taşıma araçlarının kurum içinde izleyeceği güzergah

**(Ç) DAY02 Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır.****DAY02.01**

Atıklar, ilgili sağlık personeli tarafından kaynağında ayrıştırılarak biriktirilmelidir.

Atıklar asgari aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılmalıdır:

- ▶ Evsel atıklar
  - Genel atıklar
  - Ambalaj atıkları

- ▶ Tıbbi atıklar
  - Enfeksiyöz/tıbbi atık
  - Patolojik atık
  - Kesici-delici atık
- ▶ Tehlikeli atıklar
  - Kimyasal atıklar
  - Bitkisel yağ atıkları
  - Pil/akümülatör
  - Floresan lamba atıkları
- ▶ Radyoaktif atıklar

#### DAY02.02

Bölüm bazında oluşan atık türlerine göre uygun atık kutuları bulunmalıdır.

#### DAY02.03

Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir.

#### DAY02.04

Atık toplama kutuları konumlandırılırken, atık kaynaklarına uzaklığı ve kullanım kolaylığı göz önünde bulundurulmalıdır.

#### DAY02.05

Atık kutularının üzerinde uluslararası uyarı işaretleri ve atığı tanımlayan ifade bulunmalıdır.

**DAY03 Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir.**

#### DAY03.01

Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek bir şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.

#### DAY03.02

Atıkların toplanması ve taşınması sırasında görevli personelin giysileri uygun nitelikte olmalıdır.

#### DAY03.03

Atık poşetlerinin, hangi birimden toplandığına dair tanımlayıcı bilgi bulunmalıdır.

**DAY03.04**

Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personel gerekli eğitim ve belgeleri almış olmalıdır.

**DAY03.05**

Atıkların toplanması ve taşınması ile ilgili risk değerlendirmesi yapılmalı, oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

**DAY03.06**

Uygun niteliklere sahip atık toplama ekipmanı kullanılmalıdır.

**DAY03.07**

Atık torbaları, kurum içinde uygun niteliklere sahip, temizlenmesi kolay, kapaklı ekipman ile taşınmalıdır.

**DAY03.08**

Torbalar en fazla  $\frac{3}{4}$  oranında doldurulmalı, içeriği hiçbir şekilde sıkıştırılmamalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır.

**DAY03.09**

Torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmamalı ve tekrar kullanılmamalıdır.

**DAY04 Atıklar, ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.**

**DAY04.01**

Kurumun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner veya geçici atık deposu bulunmalıdır.

**DAY04.02**

Kurumda bulunan geçici tıbbi atık deposu asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- ▶ Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalı ve depolarda yeterli aydınlatma bulunmalıdır.
- ▶ Depolama süresi dikkate alınarak uygun havalandırma ve iklimlendirme sağlanmalıdır.
- ▶ Depo kapısı üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
- ▶ Depo kapısı kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmemelidir.



- ▶ Depo, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı gibi yoğun insan trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlarına tesis edilmemelidir.
- ▶ Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalıdır.
- ▶ Depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır.
- ▶ Depo, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.

#### DAY04.03

Kurumda bulunan konteynerler asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- ▶ Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış; tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalıdır.
- ▶ Konteynerlerin dış yüzeylerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
- ▶ Konteynerler sağlık kuruluşunun en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek sayıda olmalıdır.
- ▶ Konteynerler, kullanıldıkları sağlık kuruluşu sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.
- ▶ Konteynerlerin kapakları kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
- ▶ Konteynerler, atıklar boşaltıldıktan sonra dezenfekte edilmelidir.
- ▶ Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.

#### DAY04.04

Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.

#### Rehberlik:

- ▶ Tıbbi atıklar, 48 saatten fazla olmamak üzere tıbbi atık geçici deposu veya konteynerinde bekletilebilir.
- ▶ Tıbbi atık geçici deposu içindeki sıcaklığın +4°C olması ve kapasitenin uygun olması koşuluyla bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir.

#### DAY04.05

Geçici atık deposu veya konteynerin temizliği hakkında görevli personele eğitim verilmelidir.

**DAY04.06**

Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

**DAY05 Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**

**DAY05.01**

Atığın üretildiği birimlerdeki sağlık çalışanlarına asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde eğitim verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır:

- ▶ Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması
- ▶ Atık toplama ekipmanının kullanımı
- ▶ Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması hakkında genel bilgi
- ▶ Atıkların yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar
- ▶ Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler

# Dış Kaynak Kullanımı

## Amaç

Kurum tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin kurumun temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve sağlıkta kalite standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasını sağlamaktır.

**DDK01 Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.**

**DDK01.01**

Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.

**DDK01.02**

Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetlerin kapsamı belirlenmelidir.

**DDK01.03**

Dış hizmet sağlayıcısının kuruma sağlayacağı hizmetler ile ilgili kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir.

**DDK01.04**

Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetlerini gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ile kullanılacak malzeme ve cihazlar tanımlanmalıdır.

**(Ç) DDK02 Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DDK02.01**

Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin yüklenici tarafından, SKS ile kurumun belirlediği kurallar ve hedeflere uygun şekilde sunulması sağlanmalıdır.

- ▶ Dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetler düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

# GÖSTERGE YÖNETİMİ

Göstergelerin İzlenmesi ◀



# Göstergelerin İzlenmesi

## Amaç

Kurumda ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

**(Ç) GGİ01 Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.**

#### **GGİ01.01**

Kurumda izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.

#### **GGİ01.02**

Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim birimi tarafından koordine edilmelidir.

#### **GGİ01.03**

Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

#### **GGİ01.04**

Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.

#### **GGİ01.05**

Bölüm kalite sorumlularının kendi bölümleri ile ilgili göstergelere ilişkin sorumlulukları tanımlanmalıdır.

- Bölüm kalite sorumluları, göstergelerin izlenmesi, verilerin toplanması, sonuçların analizi ve analiz sonrası iyileştirme çalışmalarını aktif olarak yürütmelidir.

**GGİ02 Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.**

#### **GGİ02.01**

Kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS Gösterge Yönetim Rehberi'nde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.

#### **GGİ02.02**

Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.



**(Ç) GGİ03 Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.**

#### **GGİ03.01**

Kurumda izlenecek her gösterge için asgari aşağıdaki bilgilerin yer aldığı gösterge kartı oluşturulmalıdır:

- ▶ Gösterge kodu
- ▶ Göstergenin kısa tanımı
- ▶ Amaç
- ▶ Hesaplama yöntemi/formülü
- ▶ Alt gösterge
- ▶ Hedef değer
- ▶ Veri kaynağı
- ▶ Veri analiz periyodu
- ▶ Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler
- ▶ Sonuçların kimlerle paylaşılacağı
- ▶ Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar

**GGİ04 Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **GGİ04.01**

Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.

#### **GGİ04.02**

Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

#### **GGİ04.03**

Veri toplama yöntemi ve periyodu göstergenin özelliğine göre belirlenmelidir.

**GGİ05 Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.**

**GGİ06 Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.**

#### **GGİ06.01**

Planlanan ve uygulanan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları ilgili çalışanlarla paylaşılmalıdır.

**GGİ07 Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.**

# EKLER



## EK-1

### DÜŞME RİSKİ ÖLÇEKLERİ

#### Harizmi II Düşme Riski Ölçeği (0-18 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 kullanılabilir 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 kullanılabilir 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" 2015 yılında kullanıma sunulmuştur.

Çocuk hastalar düşme riski açısından yetişkin hastalara göre daha riskli kabul edildiğinden, kurumlar kendi uygulamalarında düşmelerin önlenmesi adına tüm çocuk hastaları riskli kabul edip gerekli her türlü önlemi almalıdır. Geliştirilen bu ölçek ile daha özellikli olan yüksek düşme riskine sahip grubun ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

"Harizmi Düşme Riski Ölçeği", 2015 yılında çocuk hastalar için hastanelerde kullanılmaya başlanmış bu sayede ölçek ile ilgili hem hastalarda hem de sağlık çalışanlarında bir farkındalık oluşturulmuştur. SKS Hastane (S.6) Seti çalışmaları kapsamında "Harizmi Düşme Riski Ölçeği" üzerinde revizyon çalışmaları yapılması gerekliliği hasıl olmuştur. Bu çalışmalar neticesinde ölçek yeniden çalışılarak "Harizmi II Düşme Riski Ölçeği" şeklinde güncellenmiştir. "Harizmi II Düşme Riski Ölçeği" nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının devam etmesi nedeniyle ölçek taslak şeklinde kullanıma sunulmuştur.

Yapılan bilimsel çalışmaların sonuçları dikkate alınarak gerçekleştirilen revizyon çalışmaları sonucunda ölçekte düşme riski sembolü, içerik, puanlama ve kesme noktası değiştirilmiştir. Düşme riski sembolünün, hasta ve hasta yakınları tarafından daha anlaşılabilir olması amaçlanmış ve bu kapsamda yeniden çalışılarak sembolün hem ismi hem de görseli güncellenmiştir. **(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)**

İçerikteki değişiklikler incelendiğinde öncelikle ölçekte yer alan bütün maddeler kategorize edilmiş ve bu kategorilere daha önceden ölçekte yer almayan yaş faktörü eklenmiştir. Her bir risk faktörü, risk derecesi ve önemi

dikkate alınarak puanlandırılmıştır. Yüksek risk olarak değerlendirilen ve kesme noktası olarak ifade edilen değer 10 puan ve üstü olarak güncellenmiştir. Bu kapsamda revizyon çalışmaları tamamlanan "Harizmi II Düşme Riski Ölçeği" için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları başlatılmıştır. Söz konusu çalışmalar neticelendirildiğinde çalışma sonuçlarına ilişkin elde edilen bilgiler sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları ile paylaşılacaktır.

Bu ölçek kapsamında 10 puan ve üstü alan hastalar düşme riski açısından yüksek riskli kabul edilerek bu hastalarda güncellenen "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılacaktır. **(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)**

Harizmi II Düşme Riski Ölçeği'nin kullanımında aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:

1. Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalıdır:
  - Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (ilk değerlendirme)
  - Post-operatif dönemde
  - Bölüm değişikliğinde
  - Hasta düşmesi durumunda
  - Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde
2. Harizmi II Düşme Riski Ölçeği kullanan kurumlar sağlık çalışanlarına:
  - Ölçeğin kullanımı
  - Risk faktörlerinin değerlendirilmesi
  - Hasta bakım ekipmanları
  - Riskli ilaçlar
  - Alınması gereken önlemler hakkında eğitim vermelidir.

Kurumlarda, çocuk yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, Harizmi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.

<b>HARİZİMİ İİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ (TASLAK)</b>						
Tarih		Servis Adı		Durum Değişikliği		
Hastanın Adı-Soyadı		Hastanın Yaşı		Bölüm Değişikliği		
Değerlendirme Gerektirisi:		Post-op Dönem		4		
1		2		5		
<b>Parametreler</b>						
<b>Risk Faktörleri</b>						
<b>YAŞ</b>	0-3 yaş 4-7 yaş 8-11 yaş 12-18 yaş					
<b>DÜŞME ÖYKÜSÜ</b>	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.					
<b>HASTALIKLAR</b> (Epilepsi, Mental Retardasyon, Denge bozukluğu, Kooperasyon bozukluğu, Solunum hastalıkları, Senkop/baş dönmesi, Ajiyasyon)	Hastalıklardan 1 veya 2 tanesi bulunmaktadır. Hastalıklardan 3 veya daha fazlası bulunmaktadır. Görme durumu zayıf (gözlük kullanıyor vb.) İleri derecede görme engeli var.					
<b>GÖRME DURUMU</b>						
<b>İLAÇ</b> (Hipnotikler, Barbitüratlar, Nöroleptikler, Antidepresanlar, Sedatifler, Antihipertansifler)	Son 1 hafta içinde 1 veya daha fazla riskli ilaç kullanımı var.					
<b>ERİKPAN VARLIĞI</b> (IV infüzyon, Solunum cihazı, Kalıcı kateter, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.)	Hastaya bağlı 2 veya daha fazla bakım ekipmanı var.					
<b>YÜRÜME VE DENGE</b> (Yürütme, kolluk desteği, kişi desteği vb.)	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var.					
<b>SEDASYON/ANESTEZİ</b>	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 24 saatlik dönemde Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 48 saatlik dönemde					
<b>MENTAL DURUM</b>	Oryantasyon bozuk (konfüze, disoryante, deliryum vb)					
<b>YAŞAM BİLGULARI</b>	Uygun					
<b>DiĞER</b>	Hasta uygun yatağa yatırılmıyor. Ailenin düşme riski konusunda eğitim/bilgilendirme ihtiyacı var.					
<b>TOPLAM PUAN</b>						
<b>HEMSİRE NOTU</b> (Hastanın düşme riski ile ilgili yollarında bulunmayan önemli bir durum varsa belirtiniz)						
<b>RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU</b>						
<b>Düşük Risk</b>	0 - 9 Puan Arasında					
<b>Yüksek Risk</b>	10 Puan ve Üzeri					
<b>Değerlendirmeyi yapan Hemşire</b>						
Adı-Soyadı: _____ İmza: _____						
<b>NOT:</b>						
* Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.						
* Harizim Düşme Riski Ölçeği yalnızca çocuk (0-18 yaş arası) yatan hastalarda kullanılır.						
* Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.						

## İtaki II Düşme Riski Ölçeği

Hasta düşmelerinin önlenmesi konusu Sağlıkta Kalite Standartlarında "Hasta Güvenliği" uygulamalarının bir parçasıdır. Hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda, ülkemize özgü bir ölçek geliştirilmek üzere Başkanlığımız bünyesinde bir komisyon oluşturulmuştur. Konu ile ilgili literatür incelenmiş ve kurumlarımızda uygulanan farklı ölçekler gözden geçirilerek çalışmalar tamamlanmıştır. Komisyon yoğun bir çalışma sonrası ülkemize özgü, anlaşılır, uygulanması kolay ve basit bir form tasarlayarak ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtaki adıyla "İtaki Düşme Riski Ölçeği"ni geliştirmiştir.

2015 yılından bu yana kurumlarda yetişkin hastalar için kullanılan "İtaki Düşme Riski Ölçeği" sayesinde hem hastalarda hem de sağlık çalışanlarında bir farkındalık oluşturulmuştur. SKS Hastane (S.6) Seti çalışmaları kapsamında "İtaki Düşme Riski Ölçeği" üzerinde revizyon çalışmaları yapılması gerekliliği hasıl olmuştur. Bu çalışmalar neticesinde ölçek yeniden çalışılarak "İtaki II Düşme Riski Ölçeği" şeklinde güncellenmiştir. "İtaki II Düşme Riski Ölçeği"nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının devam etmesi nedeniyle ölçek taslak şeklinde kullanıma sunulmuştur.

Yapılan bilimsel çalışmaların sonuçları dikkate alınarak gerçekleştirilen revizyon çalışmaları sonucunda ölçekte düşme riski sembolü, içerik, puanlama ve kesme noktası değiştirilmiştir. Düşme riski sembolünün, hasta ve hasta yakınları tarafından daha anlaşılabilir olması amaçlanmış ve bu kapsamda yeniden çalışılarak sembolün hem ismi hemde görseli güncellenmiştir. **(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)**

İçerikteki değişiklikler incelendiğinde, öncelikle ölçekte yer alan bütün maddeler kategorize edilmiş ve bu kategorilere daha önceden ölçekte yer almayan yaş faktörü eklenmiştir. Her bir risk faktörü, risk derecesi ve önemi dikkate alınarak puanlandırılmıştır. Yüksek risk olarak değerlendirilen ve kesme noktası olarak ifade edilen değer 10 puan ve üstü olarak güncellenmiştir. Bu kapsamda revizyon çalışmaları tamamlanan "İtaki II Düşme Riski Ölçeği" için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları başlatılmıştır. Söz konusu çalışmalar neticelendirildiğinde çalışma sonuçlarına ilişkin elde edilen bilgiler sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları ile paylaşılacaktır.

Bu ölçek kapsamında 10 puan ve üstü alan hastalar düşme riski açısından yüksek riskli kabul edilecek bu hastalarda güncellenen "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılacaktır. **(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)**

### 1. "İtaki II Düşme Riski Ölçeği"nin Kullanımı:

Aşağıda belirtilen durumlarda düşme riski değerlendirmesi yapılmalı ve her defasında yeni bir form kullanılmalıdır:

- Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (ilk değerlendirme)

- Post-operatif dönemde
  - Bölüm değişikliğinde
  - Hasta düşmesi durumunda
  - Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde
2. İtahi II Düşme Riski Ölçeği kullanan kurumlar;
- Ölçeğin kullanımı
  - Risk faktörlerinin doğru değerlendirilmesi
  - Hasta bakım ekipmanları
  - Riskli ilaçlar
  - Alınması gereken önlemler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim vermelidir.

Kurumda, erişkin yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, İtahi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.



Tarih:		Yaşı :		Yattığı Bölüm:		Risk Değerlendirme Tarihi:		Bölüm Değişikliği		Durum Değişikliği		
Hastanın Adı Soyadı:		Hasta Dömesisi		Post-op Dönem		Hasta Dömesisi		Yeniden Değerlendirme (Tarih- Gerekece Numarası)		Durum Değişikliği		
Değerlendirme Gerektiyi ve Numarası		1		2		3		4		5		
Parametreler		Risk Faktörleri										
Puan		Puan										
ilk Değerlendirme		ilk Değerlendirme										
...		...										
...		...										
YAŞ	60-69											
BİLİNÇ DURUMU	70-79 80 ve üstü Bilinç kapalı. Bilinç bozukluğu var (konfüze, laterjik vb.)											
DÜŞME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.											
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmamaktadır. (Hipertansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, tıkanlar)											
HAREKET KABİLİYETİ	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmamaktadır. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürütür, koltuk desteği vb.) ihtiyacı var.											
BOŞALTIM İHTİYACI	Baş dönmeleri var. Ünmez/fekal kontinans bozukluğu var.											
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (katarakt, gözlük kullanımı vb.) İleri derecede görme engeli var.											
ILAÇ KULLANIMI	4'ten fazla ilaç kullanımı var. Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var. Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.											
EKİPMAN KULLANIMI	Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, Foley kateter, göğüs tüpü vb.) Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.											
<b>TOPLAM</b>												
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU	0-9 Puan Arasında											
Düşük Risk	10 Puan Üzerinde											
Yüksek Risk	Değerlendirmeyi yapan Hemşire Adı-Soyadı: İmza:											
<b>NOT:</b> * Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. * İleri Düşme Riski Ölçeği yalnızca yerleşkin ya da hastalarda kullanılır. * Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.												



## İtahi II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ (TASLAK)



## EK-2

### TANIMLAYICI FİGÜRLER

#### Düşme Riski Yüksek Hasta

- ▶ Düşme riski yüksek hastayı temsil etmektedir.
- ▶ Sembol üzerinde hastanın düşme riskinin yüksek olduğu ayrıca yazı ile belirtilerek sembolün hasta ve hasta yakını tarafından anlaşılabilirliğinin artırılması amaçlanmıştır.



#### Sarı Yaprak (Solunum İzolasyonu)

- ▶ Ağaçlar doğanın, yapraklar ise ağaçların akciğerleridir.
- ▶ Solunumun baş harfi "s" ile başlayan sarı yaprak kullanılmıştır.



#### Mavi Çiçek (Damlacık İzolasyonu)

Ortadaki nokta hastayı etrafındaki yapraklar ise damlacıkları temsilen kullanılmıştır.




#### Kırmızı Yıldız (Temas İzolasyonu)

- ▶ Yıldızın beş köşesi, elin beş parmağını temsil etmektedir.
- ▶ Kırmızı rengi ise, ateşe temasın sakıncaları ile hastayla temasın sakıncaları arasındaki bağdan yola çıkarak kullanılmıştır.



## EK-3

## GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

	<b>ADSH GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ</b> <sup>TR</sup>																																																																																																	
	Hastanın Adı, Soyadı	Ameliyat Bölgesi																																																																																																
		Ameliyat Tarihi																																																																																																
<b>I. Klimikten Ayrılmadan Önce</b>	<p>1. Hastanın:  <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri  <input type="checkbox"/> Ameliyatı  <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı.</p> <p>2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3. Hasta aç mı?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>4. Ameliyat bölgesi traşi yapıldı mı?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil</p> <p>5. Hasta da makyaj/öle, protez, değerli eşya var mı?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6. Hastanın kıyafetleri tümtüyle çıkarılıp ameliyat örtüğü ve binesi giydirildi mi?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>7. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mü?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>																																																																																																	
<b>II. Anestezi Verilmeyen Önce</b>	<p>09. Hastanın kendisinden  <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri  <input type="checkbox"/> Ameliyatı  <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi  <input type="checkbox"/> Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?  <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretleme Uygulanamaz</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>55</td> <td>54</td> <td>53</td> <td>52</td> <td>51</td> <td>50</td> <td>49</td> <td>48</td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>10</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td></td> <td>38</td> <td>37</td> <td>36</td> <td>35</td> <td>34</td> <td>33</td> <td>32</td> <td>31</td> <td>30</td> <td>29</td> <td>28</td> <td>27</td> <td>26</td> <td>25</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td></td> <td>38</td> <td>37</td> <td>36</td> <td>35</td> <td>34</td> <td>33</td> <td>32</td> <td>31</td> <td>30</td> <td>29</td> <td>28</td> <td>27</td> <td>26</td> <td>25</td> <td>24</td> </tr> </table> <p>11. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>12. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>13. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?  <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>14. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?  <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Gerekli Değil</p> <p>15. Hastada kan kaybı riski var mı?  <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>			55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41		18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24
	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																			
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4																																																																																			
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																																																																																			
	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24																																																																																			
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																																																																																			
	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24																																																																																			
<b>III. Ameliyat Kesisinden Önce</b>	<p>16. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>17. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini yapan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>18. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?  <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi  <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı  <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar  <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri  <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>19. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?  <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı  <input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>20. Kullanılacak malzemeler hazır mı?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>21. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mü?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23. Antikoagülan kullanımı var mı?  <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>																																																																																																	
<b>IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce</b>	<p>24. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak:  <input type="checkbox"/> Hasta,  <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat,  <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi.</p> <p>25. Alet, spanj/kompres ve iğne sayımını yaptı mı?  <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sayım Uygulanmaz</p> <p>26. Hastadan alınan numune etiketinde  <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı  <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>27. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?  <input type="checkbox"/> Anesteziistin önerileri:  <input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p>28. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?  <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>																																																																																																	

\* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.



# YARARLANILAN KAYNAKLAR



- Accreditation Canada Standards, Qmentum International. (2010-2011). Erişim adresi: <https://accreditation.ca/standards/>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). (2011). Depreme Karşı Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması, İstanbul, T.C. Başbakanlık
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2008). National healthcare disparities report, Chapter 3. Erişim adresi: <https://search.ahrq.gov/search?q=National+healthcare+disparities+report%2C+Chapter+3.+&btnG=Search+Archive&siteDomain=archive.ahrq.gov>
- Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Quality measure tools and resources. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/index.html>
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. (2022, 06 Ekim). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 31975). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39749&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Akçabay, M. Preoperatif değerlendirme ve premedikasyon. Erişim adresi: <https://med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728>
- Akdur, R. (2005). Afetlere karşı sağlık hizmetleri senaryoları yazma; "Deprem örneği" içinde: Afet Tıbbı. Ed: Eryılmaz, M., Dizer, U. Ünsal Yayınları, Ankara, s. 213- 225
- Alp Meşe, E. Ameliyathane organizasyonu ve giriş çıkışlarda uyulması gereken kurallar. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Enfeksiyon Kontrol Komitesi Erişim adresi: <https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Files/infectioncontrol/5b6e8fb4-5d13-43e7-b9b9-8e9cfc225049.pdf>
- Ankara Türk Tabipleri Birliği. (2011). Hasta güvenliği, Türkiye ve Dünya. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. (1994, Mart). Amsterdam
- Arslanoğlu, A. (2009). Yönetimde dış kaynaklardan yararlanma yaklaşımı ve sağlık sektöründe bir araştırma (Yüksek lisans tezi). İstanbul Marmara Üniversitesi SBE Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı
- Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği. (2018, 4 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30411). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180504-1.htm>
- Asansör İşletme ve Bakım Yönetmeliği. (2019, 6 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30737). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/04/20190406-1.htm>
- Aştı, T. (2003). Bakım teknolojisinde yenilikler: II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı (s. 174-180) içinde. Kemer, Antalya
- Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2015, 02 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29314). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20644&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik. (2010, 26 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı:27533) Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13887&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). Hospital accreditation workbook, commonwealth of Australia. Sydney. ACSQHC. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Hospital-Accreditation-Workbook-%E2%80%93-October-2012.pdf>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2017). National safety and quality health service standards. Second edition. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-safety-and-quality-health-service-standards-second-edition>
- Australian Commission, on Safety and Quality in Health Care. (2009). Preventing falls and harm from falls in older people best practice guidelines for Australian hospitals. Commonwealth of Australia. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Guidelines-HOSP1.pdf>
- Bayraktar, H., Sahtiyancı, E. ve Kuru, A. (2019). Risk değerlendirme matris yöntemi kullanarak okullarda deprem kaynaklı yapısal olmayan risklerin olası etkilerinin belirlenmesi. Afet ve Risk Dergisi, 2(2), 128-152
- Bechtel, B., Churchman, A. (2002). Handbook of environmental psychology. John Wiley and Sons Inc, New York
- Berglund, Birgitta, Lindvall, Thomas, Schwela, Dietrich H & World Health Organization. Occupational and Environmental Health Team. (1999). Guidelines for community noise. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik. (2007, 19 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26735). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=200712937&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5>
- Bozkurt, Ö. vd. (2008). Kamu yönetimi sözlüğü. TODAI: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
- Caldwell, C. (1998). Sağlık kuruluşlarında stratejik yönetim, (Çev. Akınhay, O.), Sistem Yayıncılık. İstanbul
- CDC and HICPAC. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/ American Hospital Association. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
- Çakar, E., vd. (2009). Aydınlatılmış onamın günümüzdeki yeri: Fiziksel tıp ve rehabilitasyon pratiğindeki sık uygulamalar için örnekler eşliğinde. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi, 12, 140-50
- Çakmakçı, M. (2001). Hastane infeksiyonları ve hastane tasarımı: Ameliyathanelerin planlanması. Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 5(3), 172-177. Erişim adresi: [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2001-03/2001-5-3-172-177.pdf](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/2001-5-3-172-177.pdf)
- Çalıkocaoğlu, S. (1998). Tam protezler. İstanbul: Protez Akademisi ve Gnatoloji Derneği Bilimsel Yayını, 1(3), 2. Baskı
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2013, 15 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28648). Erişim adresi: <https://www.>

- mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18371&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
- Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Genelge. (2012, 14 Mayıs). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı: 951.99/6665). Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1073,calisangenelgesipdf.pdf?0>
- Çırpı, F., Merih, Y., Kocabey, M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı Cilt II, s. 85-94. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı
- Demir, H., Okan, T. (2009). Teknoloji, örgüt yapısı ve performans arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, 10 (1), 57-72
- Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 18 Ekim.). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30922). Erişim adresi: <https://www.devletarsivleri.gov.tr/Sayfalar/Haberler/Duyuru.aspx?ID=4164>
- Devlet Memurları Kanunu. (1965, 23 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 12056). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>
- Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği (DAS). (2019). Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon Rehberi, Ankara
- Diş Hekimliği Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Hakkında Genelge. (2010, 06 Ekim). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (Sayı: 39939).
- Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği. (2005, 07 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26016). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=9650&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği. (1988, 2 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 19917). Erişim adresi: <https://www.elektriktesisatportali.com/wp-content/uploads/12-elektrik-enerjisi-imdat-gruplari-ve-otoproduktor-tesisleri-ruhsat-yonetmeliği.pdf>
- Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri Konulu Genelge. (2022, 13 Mayıs). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 2022/3). Erişim adresi: <https://shgmadsdb.saglik.gov.tr/Eklenti/43324/0/2022-3-engelli-hastalara-yonelik-agiz-ve-dis-sagligi-hizmet-birimleri-konulu-genelgepdf.pdf>
- Eren, E. (2013). Stratejik yönetim ve işletme politikası. Beta Yayıncılık
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği. (2011, 17 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28145). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15592&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Groene, O., Barbero, M. G. (2005). Hastanelerde sağlığın geliştirilmesi, kanıt ve kalite yönetimi (Zaralı, F., vd, Çev.). Dünya Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara
- Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. (1988). NIOSH Publication. No: 88-119.



- Günaydın, M., Esen, Ş., Saniç, A., Leblebicioğlu, H. (2002). Sterilizasyon dezenfeksiyon ve hastane infeksiyonları kitabı. (1. Baskı). Samsun: SİMAD Yayınları, (ss:105-13).
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Bebek ve küçük çocuk beslenme programları uygulama rehberi. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk\\_ergen\\_db/dokumanlar/BEBEK\\_VE\\_KUCUK\\_COÇUK\\_BESLENME\\_PROGRAMLARI\\_UYGULAMA\\_REHBERI.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/BEBEK_VE_KUCUK_COÇUK_BESLENME_PROGRAMLARI_UYGULAMA_REHBERI.pdf)
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 01 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı:23420). Erişim adresi:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
- Hayran, vd. (2008). Diş hekimliği hizmetlerinde hasta memnuniyeti araştırması. Türk Diş Hekimleri Birliği Araştırma Dizisi-6, Ankara.
- 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), 9-39
- Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi. (2016, 16 Mart). T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği (Sayı: 2016/3). Erişim adresi: <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf>
- 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. National Academy Press, Washington, DC
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC
- Institute of Medicine. (2004). Patient safety: achieving a new standard for care. National Academies Press, Washington, DC
- Institute of Medicine. (2015). Improving diagnosis in health care. National Academies Press, Washington, DC
- International Atomic Energy Agency. (2014). Safety Standart Series No. GSR Part 3. Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standarts, Vienna
- International Atomic Energy Agency. Training Material Erişim adresi: <https://www.iaea.org/resources/rpop/resources/training-material#4>
- İn Vitro Tanı Amaçlı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği. (2021, 2 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 31499). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=38658&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- ISO 31000:2018. Risk management-guidelines. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/65694.html>
- ISO 9001:2015. Quality management systems-requirements. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/62085.html>
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik. (2014, 15 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28973). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=19578&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>

- İş Ekipmanlarının Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği. (2013, 25 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28628). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18318&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28339). (Kanun No:6331). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6331&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28532). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=17031&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28512). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16925&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme. (2005, 22 Nisan). International Labour Organization (ILO). (2004, 13 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 25345). Erişim adresi: [https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS\\_377299/lang--tr/index.htm](https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377299/lang--tr/index.htm)
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği (2012, 26 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28509). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16909&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28512). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.16923&MevzuatIliski=0>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28545). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.16924&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>
- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik. (2013, 17 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28710). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18592&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Haziran) T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28681). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18493&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- İzzettin, F. V., Sancar, M., Apikoğlu-Rabuş, Ş. (2013). İlaç yönetimi. (Hastane Yönetimi), 55. Bölüm. Nobel Tıp Kitabevi, ss:845-862. İstanbul
- 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. (2017). Joint commission international accreditation standards for hospitals, 6th edition, p: 1-37
- Joint Commission International. (2013). Joint commission international accreditation hospital, survey process guide, 4th edition for Academic Medical Centers

- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Sağlık kurumlarında özürü bireyler için ulaşılabilirlik temel bilgiler rehberi. (2012). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- 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), 204-10
- 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, M. A. (2005). Sabit protez 10. sınıf ders kitabı. Ankara: Şule Ofset Matbaacılık
- Kılıçarslan, M. A. (2005). Sabit protez 11. sınıf ders kitabı. Ankara: Şule Ofset Matbaacılık
- Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik. (2013, 12 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28733). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18709&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik. (2013, 2 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28695). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18540&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Kişisel Koruyucu Donanımların Kategorizasyon Rehberine Dair Tebliğ. (2012, 11 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28230). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15953&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. (2016, 7 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29677). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6698.pdf>
- Küçükler, N. D., Çelebi, G. (2009). Hastane enfeksiyonları kontrolünde çamaşırhane. Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel Sunumu
- Külekcı, G. (2007). Diş hekimliği enfeksiyon kontrol rehberi. Türk Dişhekimleri Birliği, İstanbul Diş Hekimleri Odası, İstanbul
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981
- Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge. (2018, 15 Kasım). T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı (Sayı: 4469)
- MMO ve TTMD Hijyenik Klima ve Havalandırma Komisyonu. (2009). Hastane hijyenik alanlarının klima ve havalandırma proje hazırlama esasları: Bölüm 86. IX. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi Seminer Bildirisi, (s. 1203-1250) içinde. MMO, İzmir. Yayın no: E/2009/494-1
- National Institute of Standards and Technology. (2011-2012). Health care criteria for performance excellence. National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program
- Nielsen, J. (1993). Usability engineering. Boston Academic Press, Boston.

- NIOSH. (1988). Guidelines for protecting the safety and health of health care workers, No. 88-119
- OECD. (2009). Health care quality indicators project: Patient safety indicators report, OECD. Health Working Papers No. 47 OECD Health Care
- OECD. Health Care Quality and Outcomes Indicators. Erişim adresi: <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>. Erişim tarihi: 01.11.2022
- OECD. (2021). Health at a Glance. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Okay, A. (2012). Sağlık iletişimi. Derin Yayınları
- Ovayolu, N., Bahar, A. (2006). Hemşirelikte kalite. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1)
- Öncü, S. (2011). Cerrahide antibiyotik profilaksisi. Ulusal Cerrahi Dergisi, 27(3), 176-181. Erişim: <http://www.ulusalcerrahidergisi.org/text.php3?id=947>, Erişim Tarihi:10.07.2013
- Özlu, T. (2005). Kuramsal metinler, felsefi arka plan ve örnek olgularla hasta hakları: Haklarınız var, çünkü hastasınız. TİMAŞ Yayınları, İstanbul
- Özlu, T. (2005). Hasta hakları. TİMAŞ Yayınları, İstanbul
- Phillips, R. L., Dovey, S. M., Hickner, J. S., Graham, D., Johnson, M. (2005). The AAFP patient safety reporting system: Development and legal issues pertinent to medical error tracking and analysis. Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 3,121-124. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20535/>
- Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge. (2017, 12 Haziran). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 2683). Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,24719/poliklinik-hizmetlerinde-ocelik-sirasi-genelgesinde-degisiklik.html>
- Pugh, D. S., (Ed). (1990). Organization theory: Selected readings, harmondsworth: Penguin.
- Radyasyon Güvenliği Tüzüğü. (1985, 7 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı:188619. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.859727.pdf>
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. (2000, 24 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 23999). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.5272&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>
- Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2013, 9 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28582). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17191&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Radyoloji Hizmetleri Yönetmeliği. (2022, 26 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 31821). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39497&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- 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, 9(6), 335-348

- Rampton, G. M., Turnbull, L. J., Doran, J. A. (1999). Human resource management systems: A practical approach, (2nd edition) Ontario: Carswell Thomson Professional Publishing, p: 25
- Recommandations of the international comission on radiological protection. (2007). ICRP puplication 103. Erişim adresi: [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 Devletleri'nde 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 kılavuz, (çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü), Ankara
- Rootman, I. et.all. (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 adresi: 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 Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi. (2015, 31 Aralık). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 116). Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15584,bilgi-guvenligi-politikalariyonergesi20180502pdf.pdf?0>
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesine ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2015, 27 Haziran). T. C. Resmi Gazete (Sayı: 29399). Erişim adresi: [https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/28352/0/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?\\_tag1=E5B24F5681DE95F54DD045037A4553919AAFCDF9](https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/28352/0/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?_tag1=E5B24F5681DE95F54DD045037A4553919AAFCDF9)
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2016). Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi Minimum Veri Modeli (Sürüm 1.2.)
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. (2013, 26 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28599). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17232&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Sağlık Bakanlığı Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi. (2008, 20 Ağustos). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı:26529). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11257/saglik-bakanligi-yangin-onleme-ve-sondurme-yonergesi.html>
- Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik. (2012, 5 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28344). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.16332&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=iyonla%C5%9Ft%C4%B1r%C4%B1c%C4%B1>

- 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, 60, 143-168
- Sistrom, C. L. (2009). The appropriateness of imaging: Comprehensive conceptual framework. *Radiology*, 251(3), 49-637
- Starfield, B., Shi, L. (2004). The medical home, access to care, and insurance: A review of evidence. *Pediatrics*, 113(5), 1493-8
- Sur, H., Palteki, T. (2013). Hastane yönetimi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ss: 509-519
- Sur, H., Palteki, T. (2019). Hastane güvenliği. Palme Yayınevi, Ankara
- Süngü, A. (2007). Ameliyathane havalandırma sistemleri ivf ve genetik laboratuvar havalandırma sistemleri. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. Erişim adresi: <https://das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf>
- Şimşek, Ö. Y. vd. (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, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). SKS doküman yönetimi rehberi. Ankara. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/37914/0/dokuman-yonetimi-rehberi-09072020pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). SKS ilaç güvenliği rehberi. Ankara. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3734/0/ilacguvenligirehberiguncelpdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2017). SKS ADSH. Ankara, Pozitif Matbaa. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/10932/0/sks-adsh-2017pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ışığında sağlıkta kalite 1. cilt. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ışığında sağlıkta kalite 2. cilt. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ışığında sağlıkta kalite 3. cilt. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2021). SKS gösterge yönetimi rehberi. Ankara. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41931/0/sks-gosterge-yonetimi-rehberi-rev02-1511pdf.pdf>
- The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2008). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>
- The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2007). Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

- Tatar, M. (Ed). (2012). Sağlık kurumları yönetimi-I. Eskişehir Anadolu Üniversitesi
- Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık işletmeleri yönetimi. Ankara
- Thompson, B. L., (1998). Yönetim fonksiyonları. (Çev. Diker, V.G.), Hayat Yayınları, İstanbul
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2017, 25 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29959). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23273&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik. (2015, 25 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 2939799). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20855&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Tozla Mücadele Yönetmeliği. (2013, 5 Kasım). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28812). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18989&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Türk Dişhekimleri Birliği. (2015). Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanım Araştırması. Araştırma Dizisi: 7. Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı ilaç kullanımı. Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr>
- Türkiye Enerji, Nükleer ve Maden Araştırma Kurumu. Erişim adresi: <https://www.tenmak.gov.tr/>
- Türk Dil Kurumu. Erişim adresi: [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr)
- Ulusoy, M., Aydın, K. (2003). Diş hekimliğinde hareketli bölümlü protezler. 1. Cilt. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi
- Usluer, G. vd. (2006). İzolasyon önlemleri kılavuzu. Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 10, Ek 2
- Uztuğ, F. (Ed). Kurumsal iletişim. Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 1562
- Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde stratejik yönetim. Literatür Yayınları
- Williams, S. J., Calnan, M., (1991). Convergence and divergence: "Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care setting. Social Science and Medicine, 33 (6), 707- 716
- World Health Organization (WHO). (1998). Health Promotion Glossary. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- World Health Organization (WHO). (2002). Prevention of hospital-acquired infections, a practical guide, 2nd edition. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO). (2004). Practical guidelines for infection control in health care facilities. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206946/9290222387\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206946/9290222387_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO). (2005). WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- World Health Organization (WHO). (2008). Core components for infection prevention and control programmes: Report of the second meeting, Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care, Geneva, Switzerland, 26-27 June 2008. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326442/9789289002943-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2008). World Alliance for Patient Safety 2008-2009. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.04\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO). (2009). Safe Surgery Save Lives, Safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists. Erişim adresi: <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
- World Health Organization (WHO). (2009). Guidelines on hand hygiene in health care, first global patient safety challenge clean care is safer care. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- World Health Organization (WHO). (2009). Milestones in health promotion-statements from global conferences. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/WHO\\_NMH\\_CHP\\_09.01\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO). (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326442/9789289002943-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2015). Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists. Erişim adresi: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/>
- Yapı Denetimi Uygulama Yönetmeliği. (2008, 5 Şubat). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26778). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.11951&MevzuatIliski=0>
- Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği. (2005, 11 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 25903). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=9285&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1983, 13 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 17927). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>
- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi. (2001, 06 Kasım). T.C. Resmi Gazete (Sayı:10588). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11242/yatakli-tedavi-kurumlari-tibbi-kayit-ve-arsiv-hizmetleri-yonergesinde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonergesi.html>
- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge. (2007, 6 Haziran). T.C Sağlık Bakanlığı (Sayı: 5228). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11242/yatakli-tedavi-kurumlari-tibbi-kayit-ve-arsiv-hizmetleri-yonergesinde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonergesi.html>
- Zaimoğlu, A., Can, G. (2004). Sabit protezler. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2004