



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

HASTANE



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

SKS Hastane (Sürüm 6.1)

1. Baskı: Ankara, Haziran 2020

ISBN: 978-975-590-766-6

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1156

© 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.kks@saglik.gov.tr

Web: www.kalite.saglik.gov.tr

Grafik Tasarım

Zeynep Aslan KESMÜK - m.zeynepaslan@gmail.com

Baskı

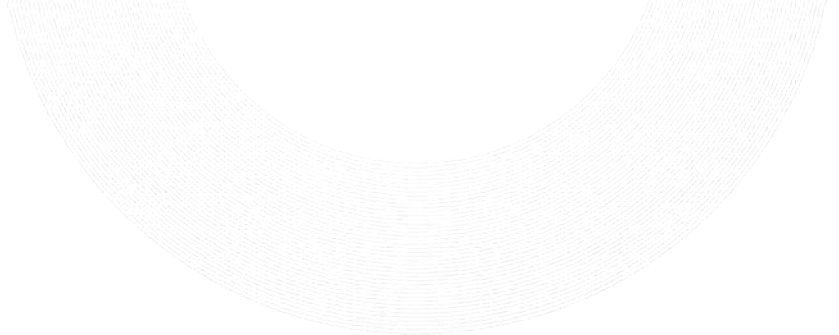
Tam Pozitif Reklamcılık / Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/11

Yenimahalle / ANKARA

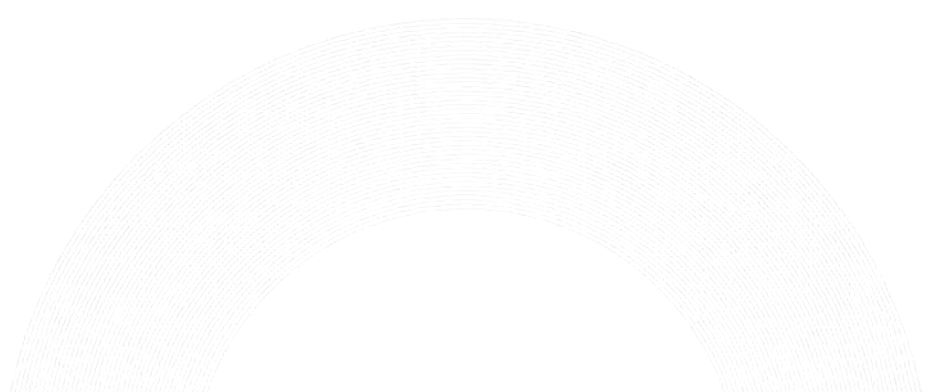
Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12

www.pozitifmatbaa.com - E-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com



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 koordinatörlüğu ve kalite direktörlüğu çalışanları, yöneticiler, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlığın tüm kahramanlarına minnet ve saygı ile...



SUNUŞ

Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmaları 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelmiş ve bu kapsamda görevlendirilen Genel Müdürlüğümüz sağlıkta kalite çalışmalarını başlatmıştır. Hasta ve çalışan güvenliğinin ve memnuniyetinin sağlanması amacıyla çıktığımız bu yolda geçen 17 yıllık sürenin ardından geldiğimiz noktaya bakıldığında tüm dünyaya örnek teşkil edecek bir sağlıkta kalite sistemine sahip olduğumuzu söyleyebiliriz.

Kalite sistemimizin temel yapı taşlarını; merkez ve taşra teşkilatı kurumsal yapısı, sağlık hizmet kalitesini ölçme ve izlemeye yönelik Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), SKS göstergeleri ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile Türkiye Klinik Kalite Programı oluşturmaktadır.

Tanımladığımız kalite sistemi kapsamında birçok hizmet alanı için standart setleri geliştirilmiş ve bu setler aracılığı ile sağlıkta kalite değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Tüm bu çalışmalar neticesinde ülke genelinde ortak bir dil kullanma ve kalite kültürü oluşturma çalışmalarımız başarıya ulaşmıştır.

Kalite, sürekli gelişmeye, değişime ve yeniliğe açık bir kavramdır. Bu nedenle geliştirilen her set üzerinde güncel gelişmeler, ulusal ve uluslararası uygulamalar doğrultusunda revizyon çalışmaları yapılmakta, gelişen ve değerşen dünyada en kaliteli sağlık hizmetini sunma çabamız devam etmektedir. 2015 yılında yayınladığımız SKS Hastane (Sürüm 5) Seti üzerinde gerçekleştirdiğimiz revizyon çalışmalarımız ciddi bir emek ve gayretle devam etmiş ve SKS Hastane (Sürüm 6) seti yeni yüzü ve güncellenmiş bölümleri ile kullanıma sunulmuştur.

SKS Hastane (Sürüm 6) setine, Kemoterapi Hizmetleri, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri, Palyatif Bakım Kliniği, Kurumsal Verimlilik, KBRN Tehlikelerinin Yönetimi, Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri, Evde Sağlık Hizmetleri ve Terapötik Aferez Hizmetleri olmak üzere toplam 9 yeni bölüm eklenmiş olup, var olan bölümler üzerinde güncelleme çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Tüm bu çalışmalarda “Standart Geliştirme Algoritması” esas alınmıştır. Bir önceki sette bulunan “Klinik Göstergeler”

bölümü Türkiye Klinik Kalite Programı çalışmaları kapsamında takip edildiğinden, SKS Hastane (Sürüm 6) setinden çıkarılmıştır. Standartların uygulanmasına yönelik uygulama rehberlerinin güncellenmesi ve yeni rehberlerin geliştirilmesine yönelik çalışmalarımız da ayrıca devam etmektedir.

Sağlıkta kalite standartlarını esas alarak Genel Müdürlüğümüz tarafından gerçekleştirilen merkezi değerlendirme faaliyetleri standartların etkinliğinin artırılması ve uygulanmasının teşviki için gerekli ve önemlidir. Öte yandan, her sağlık kuruluşu yöneticisinin kendisine sorduğu “Kurumumu daha iyi nasıl yönetebilirim?” sorusunun cevabı da standart setlerinde yer almaktadır. Standart ve göstergeler, hem yöneticilere hem de işini iyi yapmak isteyen sağlık profesyonellerine, belirlenen amaçlar doğrultusunda hedefe nasıl ulaşacakları konusunda rehberlik etmekte, aynı zamanda yeniliklere açık bakış açısı ile gelişimi teşvik etmektedir. Yöneticiler ve çalışanlar, öz değerlendirme sonuçları, risk yönetimi çalışmaları, istenmeyen olayların bildirimine ilişkin analizler, gösterge ve hedeflere yönelik izlemler gibi birçok alanda SKS kapsamında elde ettikleri verileri kullanarak politikalarına yön verebilmektedirler.

SKS Hastane (Sürüm 6) seti, ülkemizde hizmet veren tüm kamu ve özel hastaneleri kapsayan yapı, süreç ve sonuç odaklı standart ve göstergeleri içermektedir. Hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, risk yönetimi, hatalardan öğrenme ve sürekli kalite iyileştirme bakış açısını merkezine alan set, standartlar, değerlendirme ölçütleri ve rehberler ile bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilen bu çalışmalara katkı veren tüm paydaşlara teşekkürlerimizi sunar, SKS Hastane (Sürüm 6) setinin, ulusal ve uluslararası alanda sağlık hizmet sunumuna önemli katkılar sağlamasını temenni ederiz.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	X
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
SKS Hastane (S 6.1) Seti ile Yapılan Değişiklikler	XII
TANIMLAR	1
SKS HASTANE	17
Amaç ve Kapsam	20
Hedefler	20
Yapısal Çerçeve	21
SKS Hastane İlişki Matrisi	24
Kodlama Sistematiği.....	27
SKS Hastane Puanlandırma Metodolojisi	29
Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması	29
Standart ve Göstergelerin Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi	30
Hastane Kalite Puanının Belirlenmesi.....	31
Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar	31
SKS HASTANE (S.6) SETİNİN ÖNCEKİ SÜRÜM İLE KARŞILAŞTIRILMASI	35
TABLolar	41
KURUMSAL HİZMETLER	71
Kurumsal Yapı	73
Kalite Yönetimi	81

Doküman Yönetimi.....	89
Risk Yönetimi	93
Kurumsal Verimlilik.....	97
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	101
Afet ve Acil Durum Yönetimi.....	105
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	117
Eğitim Yönetimi	121
Sosyal Sorumluluk.....	125
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	129
Hasta Deneyimi	131
Hizmete Erişim	141
Yaşam Sonu Hizmetler	145
Sağlıklı Çalışma Yaşamı.....	149
SAĞLIK HİZMETLERİ	157
Hasta Bakımı.....	159
İlaç Yönetimi	175
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	185
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	195
Transfüzyon Hizmetleri.....	211
Terapötik Aferez Hizmetleri	219
Radyasyon Güvenliği	227
Acil Servis.....	237
Ameliyathane	247
Yoğun Bakım Ünitesi	255
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	263
Doğum Hizmetleri.....	273
Diyaliz Ünitesi	279
Psikiyatri Hizmetleri.....	287
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	297
Biyokimya Laboratuvarı	309
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	321
Patoloji Laboratuvarı	335
Doku Tiplendirme Laboratuvarı	351

Kemoterapi Hizmetleri	361
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	369
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	381
Palyatif Bakım Kliniği	389
Evde Sağlık Hizmetleri.....	397

DESTEK HİZMETLERİ403

Tesis Yönetim	405
Otelcilik Hizmetleri	415
Bilgi Yönetim Sistemi	425
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	437
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	447
Atık Yönetimi	453
Dış Kaynak Kullanımı.....	459

GÖSTERGE YÖNETİMİ461

Göstergelerin İzlenmesi.....	463
------------------------------	-----

EKLER..... 467

EK-1

Düşme Riski Ölçekleri.....	468
<i>Harizmi II</i> Düşme Riski Ölçeği.....	468
<i>İtakî II</i> Düşme Riski Ölçeği	471

EK-2

Tanımlayıcı Figürler	473
----------------------------	-----

EK-3

Hata Sınıflandırma Sistemi	475
----------------------------------	-----

EK-4

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi.....	478
--------------------------------------	-----

EK-5

Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi	479
--	-----

YARARLANILAN KAYNAKLAR.....483

TABLORAR DİZİNİ

Tablo 1.	SKS Hastane (S 6.1) Seti Değişiklikler Tablosu.....	XII
Tablo 2.	SKS Hastane Boyut ve Bölümler Tablosu	23
Tablo 3.	SKS Hastane Bölümleri ve Hizmet Alanları İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden)	25
Tablo 4.	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Uygulanması Gereken SKS Hastane Bölüm, Standart ve Değerlendirme Ölçütleri.....	27
Tablo 5.	SKS Hastane Kodlama Sistematiğinde Harf Düzeni	28
Tablo 6.	Örnek Kodlama Sistematiği	29
Tablo 7.	Standartın Karşılama Düzeyine Göre Puanlama Örneği	31
Tablo 8.	Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile İlgili Kurallar	33
Tablo 9.	SKS Hastane (Sürüm 6) Setinde Yeni Eklenen, Çıkarılan ve Değiştirilen Bölümler	36
Tablo 10.	Versiyon 5 ile Sürüm 6'nın Bölüm Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması	37
Tablo 11.	Versiyon 5 ile Sürüm 6'nın Boyut Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması	39
Tablo 12.	Boyut ve Bölümler	42
Tablo 13.	Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)	43
Tablo 14.	Sayısal Dağılım Tablosu (Özet Tablo).....	44
Tablo 15.	Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu.....	45
Tablo 16.	Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu (Özet Tablo)	47
Tablo 17.	Standart Puan Tablosu	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları.....	18
Şekil 2. Standartların Geliştirilme Süreci	19
Şekil 3. SKS Hastane Hedefleri	20
Şekil 4. SKS Hastane Yapısı.....	21
Şekil 5. Güvenli Hastane	24

SKS HASTANE (S.6.1) SETİ İLE YAPILAN DEğİŞİKLİKLER

Tablo 1. SKS Hastane (S 6.1) Seti DeęiŐiŐlikler Tablosu

Değişiklik Yapılan Bölüm	Yapılan Değişiklik
<u>Tablo 4 (Sayfa 27)</u>	Doküman Yönetimi satırında düzeltme yapılmıştır.
<u>Şekil 3 (Sayfa 20)</u>	Yazım hatası düzeltilmiŐtir.
<u>Sayfa 31</u>	“Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar” ve “Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül” değiştirilmiştir.
<u>Sayfa 35</u>	Bölüm başlığı “SKS Hastane (S.6) Setinin Önceki Sürüm ile Karşılaştırılması” Şeklinde değiştirilmiştir.
<u>Kalite Yönetimi</u>	KKY08.01 değiştirilmiştir.
<u>Yoğun Bakım Ünitesi</u>	SYB05.02 değiştirilmiştir.
<u>Yoğun Bakım Ünitesi</u>	SYB05.03 değiştirilmiştir.
<u>Yoğun Bakım Ünitesi</u>	SYB08.01 Rehberlik kısmı değiştirilmiştir.
<u>Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi</u>	SYD05.02 değiştirilmiştir.
<u>Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi</u>	SYD05.03 değiştirilmiştir.
<u>Radyasyon Güvenliği</u>	SRG05.01 değiştirilmiştir.
<u>Atık Yönetimi</u>	DAY02.01 değiştirilmiştir.



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 ya da kombi tüp)
- Enjektörler
- Kişisel koruyucu ekipman

bulunmalıdır.

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

Acil Psikiyatrik Durum: Duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da bir kaçında ortaya çıkan belirtilerin, hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektiren durumlardır.

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

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

Aferez Yöntemi ile Elde Edilen Ürünler: Tam kanın damar dışına alınarak otomatik cihazlar yardımıyla ayrıştırılması ile elde edilen kan bileşenleridir.

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

- Doğru ilaç
- Doğru kişi
- Doğru miktar
- Doğru zaman
- Doğru uygulama yolu (yutma, çiğneme, damar yolu gibi)

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

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

Analiz Öncesi Süreç: Test isteminden analize kadar geçen, numune alımı, numune transferi, numunenin laboratuvara kabulü, saklanması ve analize hazırlanışını içeren tüm aşamaları kapsamaktadır.

Analiz Sonrası Süreç: Laboratuvar test sonuçlarının onaylanmasından, sonucun hasta yararına kullanımına kadar geçen süreci ifade etmektedir.

Antibiyotik Duyarlılık Testi: Enfeksiyon sırasında canlıdan alınan örneklerden üretilen bakterinin, hangi antibiyotiklere ve bunların hangi yoğunluklarına duyarlı olduğunu saptamak amacıyla yapılan testi ifade etmektedir.

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

Arındırma: Kişi, araç, malzeme ve binalar ile alanlar üzerinde etki gösteren kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerin etki seviyesinin en aza indirilmesi için yapılan temizleme işlemleridir.

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

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

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

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

Bilgi Güvenliği: 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 Yönetimi: Doğrudan kurum içinden veya dış kaynaklardan edinilen verilerin tasnif edilmesi, saklanması, yorumlanmak üzere ilgili yerlere gerekli zamanlarda dağıtılması ve sahip olunan bilginin güncellenmek üzere gözden geçirilmesini kapsayan süreçlerin bütünüdür.

Bilgi Yönetim Sistemi: Kurumların eğitimli 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.

Dekontaminasyon: Kelime olarak, mikroorganizmalar ya da organik kirlerin giderilmesi için yapılan uygulamaların (temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon) tümünü kapsamakla birlikte pratikte dezenfeksiyon ya da sterilizasyon öncesinde, fiziksel ve/veya kimyasal yöntemlerden oluşan ön temizlik işlemi ile bir yüzey veya malzemeden organik madde ve patojenlerin uzaklaştırılması ve malzeme ya da yüzeyin herhangi bir kişisel koruyucu kullanmadan elle tutulabilir hale getirilmesi anlamında kullanılır.

Denetimli Alan: Radyasyon görevlilerinin giriş ve çıkışlarının özel denetime, çalışmalarının radyasyondan korunma bakımından özel kurallara bağlı olduğu ve görevi gereği radyasyon ile çalışan kişilerin ardışık beş yılın ortalama yıllık doz sınırlarını 3/10'undan fazla radyasyon dozuna maruz kalabilecekleri alandır.

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

Dış Kalite Değerlendirme Programı: Laboratuvarların analitik performanslarının belirli aralıklar ile karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği programlardır.

Dış Kalite Değerlendirme Test Numunesi: Dış kalite değerlendirme programı kapsamında dış kalite değerlendirme merkezince hazırlanan ve değeri katılımcılar tarafından bilinmeyen, belirli aralıklarla katılımcı laboratuvarlara gönderilen test örneğidir.

Dış Kaynak Kullanımı: Sağlık kuruluşunda satın alma, sözleşme, protokol ya da kamu-özel işbirliği usulü ile hizmet alınmasını ifade eder.

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

Diyaliz: Böbrek yetmezliği veya başka sebeplerle insan vücudunda biriken toksik maddelerin ve fazla sıvının vücuttan uzaklaştırılması amacı ile uygulanan yöntemlerin genelini ifade eder.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

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

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

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

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

Elektrokonvulsif Tedavi (EKT): Belli psikiyatrik hastalıklarda kullanılan, beynin elektriksel uyarımıyla jeneralize konvülsiyonlar oluşturulması esasına dayanan biyolojik tedavi yöntemidir.

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

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

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

Değer: Hastanenin gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kurallardır.

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

Ekstravazasyon: İntravenöz uygulama sırasında bir ilacın istemsiz olarak perivasküler ve subkutan boşluğa verilmesi ya da sızmasıdır.

Fark yedek: Son yapılan tam yedeklemeden sonra sadece değişen kısımlarının yediğinin alınması işlemidir.

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

Farmakovijilans irtibat noktası/sorumlusu: Görev yaptığı sağlık kuruluşunda advers reaksiyonların bildirilmesini teşvik etmekten, eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapmaktan, kendisine ulaşan advers reaksiyon bildirimlerini TÜFAM'a iletmekten sorumlu hekim, eczacı, bunların bulunmadığı yerlerde dış hekimidir.

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

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

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

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

Genel Uyum Eğitimi: Hastanede 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 görevlileri için yıllık doz sınırlarının 1/20'sinin aşılma ihtimali olup, 3/10'unun aşılması beklenmeyen, kişisel doz ölçümünü gerektirmeyen fakat çevresel radyasyonun izlenmesini gerektiren alandır.

Hasta Bakımı: Hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk 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 Baş Test Cihazları (HBTC): Hasta başında değerlendirme/test amaçlı olarak laboratuvar dışında erken tanı için 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.

Hastane Formüleri: Doktor ve eczacılar için referans niteliğinde olan, sağlık problemlerinin tedavisinde en etkin, güvenilir ve ekonomik ilaçların listesiyle birlikte reçete yazımı için gerekli temel ilaç bilgilerini içeren kaynaktır.

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

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

Hücresel Tedavi Ürünü: Birden fazla hücre tipine farklılaşma ve rejeneratif özelliğe sahip yetişkin kök hücrelerdir.

İç Kalite Kontrol: Sonuçları bilinen numuneler ile ölçümün beklenen performansta çalışıp çalışmadığının kontrol edilmesi sürecidir.

Intraoperatif Konsültasyon (Frozen Section): Ameliyatla alınan dokunun, ameliyat sırasında mikroskopik incelemeye gönderilebilmesi ve patolojik ön tanının elde edilmesini sağlayan tekniktir.

İnvaziv İşlemler: Cilt bütünlüğünün bozulduğu tıbbi müdahalelere denir.

İstenmeyen Olay: Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluştta bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır.

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

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

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 ya da çevreden kişiye bulaşını engellemeye yönelik gerçekleştirilen faaliyetler ve önlemlerdir.

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

Kan Bağışçısı: Tam kan veya kan bileşenlerini tıbbi amaçla kullanılmak üzere bağışlayan kişiyi ifade eder.

Kan Bileşeni: Doğrudan, aferez veya diğer yöntemlerle tam kandan elde edilen eritrosit, trombosit, granülosit süspansiyonları gibi hücresel kan bileşenleri ile plazmayı ifade etmektedir.

Kantitatif Testler: Analiz edilecek bileşenin, belirli bir madde içindeki miktarını ölçen testlere denir. Bu tür testlerde nicel analiz yapılır.

Kardiy Pulmoner Resüsitasyon(KPR): Yaşamı herhangi bir şekilde kesintiye uğramış bir kişiyi yeniden hayata döndürme çabalarını kapsayan uygulamaların tamamıdır.

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

Kesintisiz Güç Kaynağı (UPS): Elektrik yükünün (elektrik ile çalışan tüm cihazlar) bağlı bulunduğu şebekede meydana gelen veya gelebilecek olası gerilim dalgalanmaları (çöküntüler, yükselmeler, ani 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 ya da 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.

KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer kelime grubunun kısaltması olarak kullanılmaktadır. Genel olarak bu terim kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerin kasten veya kazaen yayılmasıyla oluşan, insan ve çevre için zararlı ve tehlikeli durumları ifade etmektedir.

KBRN Tehlikeleri: KBRN maddelerinden elde edilmiş silahların terör ve sabotaj eylemleri ile kasten ya da endüstriyel üretimde, sağlık sektöründe, laboratuvarlarda ve bilimsel araştırmalarda ürün ya da ara ürün olarak kullanılan KBRN maddelerinin insan, doğa ya da teknoloji kaynaklı kontrolsüz olarak yayılmasıyla oluşan tehdit ve tehlikelerdir.

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

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

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

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

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

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

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

Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi (LHSS^{TR}): Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen tıbbi hatalar ve ramak kala olayların kodlanmasını kolaylaştırmak ve standardize etmek amacıyla geliştirilmiş ulusal sınıflandırma sistemidir.

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

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

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

Metot Validasyonu: Laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamasının koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.

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 felsefesini ve özgün farklılıklarını ortaya koyan ve kurumu diğer sağlık kurumlarından ayıran soyut ve çok genel amaçtır.

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

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

Nütrisyon: İnsanların gelişmeleri ve yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan besin maddelerini dışarıdan sağlamaları ve kullanmaları faaliyetidir.

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

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

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

Öz Değerlendirme: Hastane Kalite Direktörünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimleri multidisipliner bir yaklaşımla uygun fiziki koşullarda karşılamak, ağrı ve ızdırapları dindirerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak, hasta ve ailesinin yaşam sonu tercihlerine saygı duymak, yaşamın son anı, kayıp ve yas sürecinde hasta ailesine destek olmanın amaçlandığı bir yaklaşımdır.

Panik/Kritik Değer: Bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri tanısal, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.

Partikül: Maddenin veya enerjinin en küçük parçasını ifade eder.

Patolojik Atık: Cerrahi girişim sonucu ortaya çıkan doku, organ, vücut parçaları, insan fetüsü gibi patolojik tanı amacı ile kullanılmış olan ve işlem süreci tamamlanarak bertarafı yapılmak üzere atılan materyali 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.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG): Ağız yoluyla gıda alamayan hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla bir alternatif yol olarak karın duvarından geçirilen esnek bir tüpün mideye yerleştirilmesi işlemidir.

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.

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

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

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

Referans Aralık: Belli bir test için bir toplumdaki referans bireylerde elde edilen en düşük ve en yüksek değerler aralığıdır.

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

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

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

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

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

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

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

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

Sıcak İskemi: Organın vücuttan çıkartılmasından itibaren hipotermik koruyucu sıvı ile damarlardan yıkanması arasında geçen süredir.

Soğuk İskemi: Organın koruyucu sıvıya alındıktan sonra hastaya nakline kadar geçen süredir.

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

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

Sürveyans: Belirli hastalıkların nasıl ortaya çıktığı ve dağıldığına ilişkin sistematik olarak yapılan gözlemdir.

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

Tam Kan: Bir bağışçıdan, antikoagülanlı koruyucu sıvı içeren steril bir torbaya alınmış, bileşenlerine ayrıştırılmamış kanı ifade eder.

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 yönelik tüm çalışmaların koordine edilmesidir.

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

Tıbbi Kayıt: Muayene, teşhis ve tedavi amacıyla kurumda hizmet verilen hastalar ile adlî vak'alara ait her türlü elektronik ya da manuel belgeyi ifade etmektedir.

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

Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumu: Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin

düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasını ifade etmektedir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM): Ağır ruhsal problem yaşayan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmeti veren, hastaların takip ve tedavilerin yapılmasını sağlayan, gerektiğinde evde takip, tedavi ve hasta-aile eğitimi sunan merkezdir.

Transfüzyon: Sağlık sorunu sebebiyle ihtiyacı olan hastaya tam kan ya da kan bileşeni naklini ifade eder.

Transfüzyon Merkezi: Acil durumlar dışında kan bağışısından kan alma yetkisi olmayan, temin edilen kanı veya bileşenini transfüzyon için çapraz karşılaştırma ve gerek duyulan diğer testleri yaparak hastalara kullanılması maksadıyla hazırlayan birimi ifade eder.

Transfüzyon Reaksiyonu: Kan ve kan bileşenlerinin transfüzyonu sırasında veya sonrasında alıcıda görülen istenmeyen etkidir.

Triyaj: Acil servislere başvuran hastaların hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak hekim veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemidir.

Ulusal Mikrobiyoloji Standartları: Bulaşıcı hastalıkların kesin tanısı ve erken uyarı-yanıt sistemini ilgilendiren halk sağlığı tehditlerinin araştırılmasında geçerli tekniklerin, geçerli teknik adımlarla uygulanmasını sağlamak amacıyla Bakanlıkça geliştirilmiş olan klinik mikrobiyoloji alanındaki ulusal tanı standartlarıdır.

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: 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.

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

Yatan Hasta: Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara, günübürlük yatış işlemi yapılan hastalar dâhildir.

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

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

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

Zırhlama: Radyasyon maruziyetini azaltma amacı ile radyasyon kaynağı ile insanlar arasına bariyer yerleştirme işlemidir.



SKS HASTANE



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, 2015 yılında yayınlanan SKS Hastane (Sürüm 5) seti gözden geçirilmiş ve SKS standart geliştirme algoritması doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. SKS Hastane (Sürüm 6) seti hazırlanırken, uluslararası

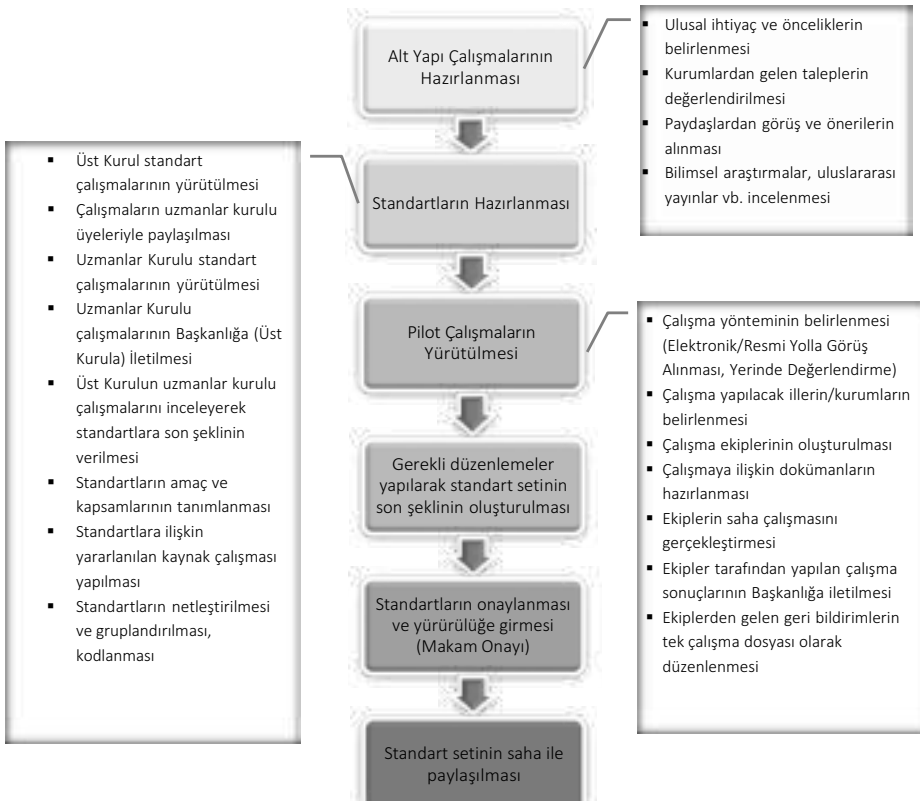
gelişmeleri önceleyen, ülkemiz sağlık sistemi ile uyumlu, hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, gelişimi teşvik edici bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

Bu süreçte öncelikle hizmet alanı ile ilgili bilimsel çalışmalar ve ulusal ve uluslararası yayınlar incelenmiştir. Sonrasında, SKS Hastane (Sürüm 6) Seti'nin 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 Hastane 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.

Akabinde tüm bulgular ve geri bildirimler değerlendirilerek son hali verilen set üzerinde gerekli düzeltmeler yapılarak üst yönetimin onayına sunulmuş ve yayına hazırlanmıştır. Şekil 2'de, standartların geliştirilme süreci gösterilmektedir.

SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI Standart Geliştirme Algoritması



Şekil 2. Standartların Geliştirilme Süreci

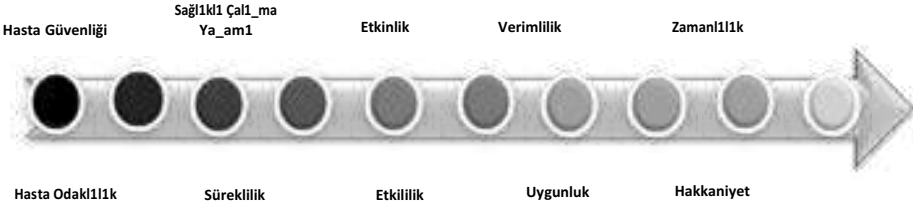
Amaç ve Kapsam

SKS Hastane, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Türkiye’de sağlık alanında hizmet sunan tüm hastanelerde öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

SKS Hastane Türkiye’de tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde sağlık hizmeti veren hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır.

Hedefler

SKS Hastane, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla Şekil 3’te yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



Şekil 3. SKS Hastane Hedefleri

Sağlık hizmetleri kapsamında 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:

- ☒ **Etklilik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- ☒ **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- ☒ **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- ☒ **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.
- ☒ **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir

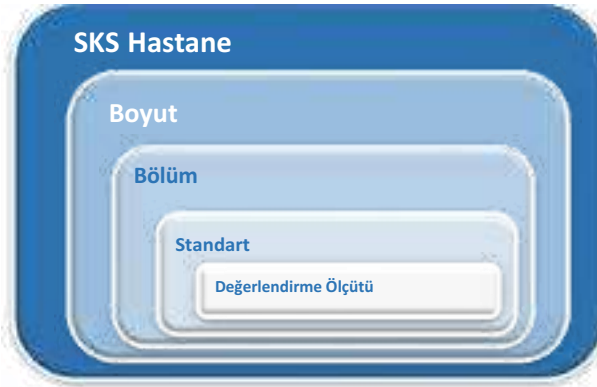
düzye risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.

- ☒ **Hakkaniyet:** Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- ☒ **Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.
- ☒ **Uygunluk:** Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
- ☒ **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- ☒ **Süreklilik:** Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.

Yapısal Çerçeve

SKS Hastane, yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

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



Şekil 4. SKS Hastane Yapısı

SKS Hastane setinde, 5 Boyut, 46 Bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır.

SKS Hastane bölümlerinin başlangıcında bölümün amacı ve hedeflerine de yer verilmiştir.

Standart ve değerlendirme ölçütleri, ele alındığı hizmet konusuna özgü amacı belirlemek için ortaya konulmuş temel gereklilikler, rehberlik bilgileri ve tanımlamalar içeren optimal 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 ve hedefleri doğrultusunda, değerlendirme ölçütleri ve rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

SKS Hastane;

- Kurumsal Hizmetler
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
- Sağlık Hizmetleri
- Destek Hizmetler
- Gösterge Yönetimi

olarak 5 boyutta ele alınmaktadır.

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

Kurumsal Hizmetler Boyutu; hastanede, tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

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

Sağlık Hizmetleri Boyutu; hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler Alan ve Süreç Bazlı Sağlık Hizmetleri olmak üzere kendi içinde iki kategoriden oluşmaktadır.

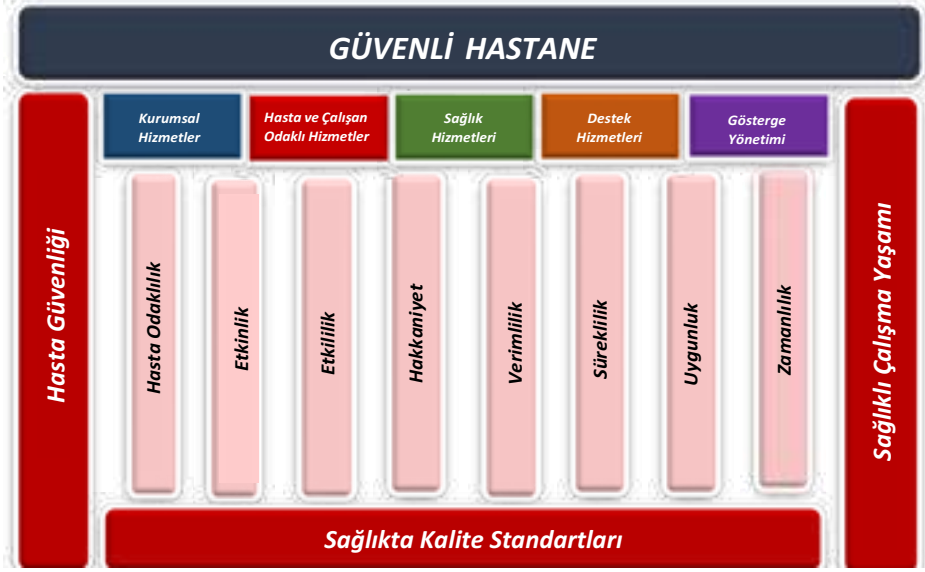
Destek Hizmetler Boyutu; tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

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

Tablo 2. SKS Hastane Boyut ve Bölümler Tablosu

SKS Hastane (Sürüm 6)	
KURUMSAL HİZMETLER	
Kurumsal Yapı	
Kalite Yönetimi	
Doküman Yönetimi	
Risk Yönetimi	
Kurumsal Verimlilik	
Istenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	
Kımyasal, Biyolojik, Radyasyon ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	
Eğitim Yönetimi	
Sosyal Sorumluluk	
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	
Hasta Deneyimi	
Hizmete Erişim	
Yaşam Sonu Hizmetleri	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
SAĞLIK HİZMETLERİ	
Hasta Bakımı	
İlaç Yönetimi	
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	
Transfüzyon Hizmetleri	
Terapötik Aferez Hizmetleri	
Radyasyon Güvenliği	
Acil Servis	
Ameliyathane	
Yoğun Bakım Ünitesi	
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	
Doğum Hizmetleri	
Diyaliz Ünitesi	
Psikiyatri Hizmetleri	
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	
Biyokimya Laboratuvarı	
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	
Patoloji Laboratuvarı	
Doku Tiplendirme Laboratuvarı	
Kemoterapi Hizmetleri	
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	
Palyatif Bakım Kliniği	
Evde Sağlık Hizmetleri	
DESTEK HİZMETLERİ	
İsis Yönetimi	
Otelcilik Hizmetleri	
Bilgi Yönetim Sistemi	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Atık Yönetimi	
Dış Kaynak Kullanımı	
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
Göstergelelerin İzlenmesi	

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



Şekil 5. Güvenli Hastane

SKS Hastane İlişki Matrisi

SKS Hastane’de yer alan boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak hastanenin tamamını kapsayıcı bir perspektifle, tüm hizmet sunum alanları ile ilişkili olarak hazırlanmıştır. Standartlar ilişkili olduğu tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu itibarla; Sağlık Hizmetleri Boyutunda yer alan Alan Bazlı Bölümler (Yoğun Bakım, Diyaliz, Biyokimya Laboratuvarı vb.) dışında yer alan tüm standartlar kurumda ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanları ve süreçlerde aranır.

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

Tablo 3’de, SKS Hastane bölüm ve standartlarının hastane alanları ile ilişkisi örnekler üzerinden açıklanmaktadır.

Tablo 4’te ise, Mikrobiyoloji Laboratuvarında hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusu örnek olarak ele alınmıştır.

Benzer şekilde; SKS Hastane bölümleri içinde yer almayan tüm hastane alanlarında (İdari Birimler, Endoskopi Üniteleri, TPN Üniteleri, Yanık Üniteleri vb.) SKS Hastane'nin ilgili bölümleri ve standartları uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.

Standartlar, uygulayıcılar ve değerlendiriciler tarafından bu perspektifle ele alınmalıdır.

Tablo 3. SKS Hastane Bölümleri ve Hizmet Alanları İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden)

Bölüm	Standart	Hizmet Alanları ile İlişkisi
Kurumsal Yapı	KKU05 Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	Bu standart hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	KRY01 Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Bu standart; hastane yönetimi, kalite yönetim çalışmaları ve ilgili sorumluların yönetiminde ele alınır ve uygulanır. İlgili sorumlular tarafından risk yönetimine ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların; kalite direktörlüğü, komiteler ve bölüm kalite sorumluları ile koordineli şekilde yürütülme durumu kayıtlar üzerinden değerlendirilir.
Risk Yönetimi	KRY02 Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	Hastane idari süreçleri dâhil olmak üzere tüm hizmet alanları ve süreçlerine yönelik uygulanır.
	KRY03 Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	Bu standart, hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	KRY04 Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	Bu standart, hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	KRY05 Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	Bu standart, hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bölüm	Standart	Hizmet Alanları ile İlişkisi
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN03 Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Bu standart, enfeksiyonlara yönelik sürveyans yapılan alanlarda uygulanır ve değerlendirilir.
Radyasyon Güvenliği	SRG09 Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	Bu standart hastanede radyasyon bulunan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle radyasyon bulunan tüm alanlarda uygulanır ve değerlendirilir. Hastanelerde radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır: <input checked="" type="checkbox"/> Nükleer tıp üniteleri <input checked="" type="checkbox"/> Radyoloji üniteleri <input checked="" type="checkbox"/> Anjiyografi ünitesi <input checked="" type="checkbox"/> Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler <input checked="" type="checkbox"/> Diş röntgen üniteleri <input checked="" type="checkbox"/> ESWL (taş kırma) üniteler
	SRG17 Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.	Bu standart hastanede nükleer tıp hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle nükleer tıp hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
Hasta Bakımı		Bu bölüm, hastanede yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Sağlık hizmeti sunulan bir alanda, hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, Hasta Bakımı bölümündeki standartların bir kısmı ya da tamamı uygulanır ve değerlendirilir.
Yoğun Bakım Ünitesi		Bu bölüm aşağıdaki yoğun bakım ünitelerinde uygulanır ve değerlendirilir: <input checked="" type="checkbox"/> Erişkin Yoğun Bakım Üniteleri • Genel YBÜ • Koroner YBÜ • Kalp ve Damar Cerrahisi YBÜ • Anestezi YBÜ • Diğer Branş Yoğun Bakım Üniteleri <input checked="" type="checkbox"/> Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri
Biyokimya Laboratuvarı		Bu bölüm Biyokimya Laboratuvarı ile ilişkilidir. Bu nedenle Biyokimya Laboratuvarı hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. Ayrıca, Genetik, Hematoloji, Endokrin vb. klinik laboratuvarlarda da, bu bölüm üzerinden uygulama ve değerlendirme yapılır.
Tesis Yönetimi		Bu bölüm hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Hastanedeki herhangi bir alanda, sunulan hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, Tesis Yönetimi bölümündeki standartların bir kısmı ya da tamamı uygulanır ve değerlendirilir.

Tablo 4. Mikrobiyoloji Laboratuvarında Uygulanması Gereken SKS Hastane Bölüm, Standart ve Değerlendirme Ölçütleri

SKS Hastane Bölümü	Standart ya da Değerlendirme Ölçütü Kodu
Kurumsal Yapı	KKU02
Kalite Yönetimi	KKY03, KKY04, KKY12, KKY13
Doküman Yönetimi	KDY01.05, 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, KAD11, KAD12, KAD13
Eğitim Yönetimi	KEY03, KEY04
Hasta Deneyimi	HHD01.01, HHD01.05, HHD07.03, HHD07.04 HHD09, HHD10
Hizmete Erişim	HHE04
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HŞÇ05, HŞÇ06, HŞÇ07, HŞÇ08, HŞÇ09, HŞÇ10
Hasta Bakımı	SHB15, SHB16, SHB24
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN02, SEN07, SEN08, SEN09, SEN10, SEN11.01, SEN12, SEN13, SEN14
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	SDS01, SDS02, SDS03, SDS04
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Tüm standartlar
Tesis Yönetimi	DTY02, DTY03, DTY04, DTY05, DTY06, DTY10, DTY11, DTY16
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, DMC18
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA01, DTA03
Atık Yönetimi	DAY02, DAY03.02, DAY05
Dış Kaynak Kullanımı*	DDK01, DDK02
Göstergelerin İzlenmesi	GGİ02, GGİ03, GGİ04, GGİ05, GGİ06
Kalite Göstergeleri	Bakanlıkça yayınlanan SKS Gösterge listesinde Mikrobiyoloji Laboratuvarları başlığı atındaki göstergeler

* Dış kaynak kullanımı söz konusu ise

Kodlama Sistematiği

Standardın 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 5).

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

Standart kodundaki rakamlar bölümdeki standardın numarasını, değerlendirme ölçütlerindeki ilk iki rakam değerlendirme ölçütünün ait

olduğu standardı, son iki rakam değerlendirme ölçütünün sıra numarasını ifade etmektedir.

Örnek Standart Kodu: KDY01

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

Örnek Değerlendirme Ölçütü Kodu: KDY01.01

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

Tablo 5. SKS Hastane Kodlama Sistematığında Harf Düzeni

SKS Hastane Kodlama Sistematığı	
Boyutlar	Kod
Kurumsal Hizmetler	K
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	H
Sağlık Hizmetleri	S
Destek Hizmetler	D
Gösterge Yönetimi	G
Bölmeler	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
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	KBR
Eğitim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Erişim	HE
Yaşam Sonu Hizmetler	YS
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Bakımı	HB
İlaç Yönetimi	İY
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EN
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS
Transfüzyon Hizmetleri	TH
Terapötik Aferez Hizmetleri	TA
Radyasyon Güvenliği	RG
Acil Servis	AS
Ameliyathane	AH
Yoğun Bakım Ünitesi	YB
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	YD
Doğum Hizmetleri	DH
Diyaliz Ünitesi	Dİ
Psikiyatri Hizmetleri	PS

Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	RH
Biyokimya Laboratuvarı	BL
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Patoloji Laboratuvarı	PL
Doku Tiplendirme Laboratuvarı	DL
Kemoterapi Hizmetleri	KH
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	ON
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	FR
Palyatif Bakım Kliniği	PB
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	GI

Tablo 6. Örnek Kodlama Sistematiği

SEN01 <i>CEKİRDEK</i>	Hastane 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 Hastane Puanlandırma Metodolojisi

Sağlıkta Kalite Standartlarının puanlandırma metodolojisi 3 başlıkta ele alınmaktadır:

- ☒ Standartların Puanlandırılması
- ☒ Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi
- ☒ Kalite Puanının Belirlenmesi

SKS Hastane içerisinde yer alan her bir standardın bir puan değeri bulunmaktadır. Kuruluşun standarttan alacağı puanı tespit etmek için, standardın karşılama düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirilen standartların puanlarından yola çıkarak kuruluşun elde edeceği “Kalite Puanı”na ulaşmaktadır.

Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması

Sağlıkta Kalite Standartları puanlama sistematiği kapsamında 10'luk 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 Hastane 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 Hastane 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 Sürüm 6 ile kitaptan çıkarılmış ve Gösterge Yönetim Rehberi ile Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı internet sitesinde yayınlanmıştır. 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:

- Karşılıyorsa**; Standart için belirlenen tam puan
- Kısmen Karşılıyorsa**; Standart için belirlenen puanın yarısı
- Karşılanmıyorsa**; 0 (Sıfır) puan

Tablo 7. Standardın Karşılama Düzeyine Göre Puanlama Örneği

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan
DTY01	Bina turları yapılmalıdır. (Bkz: Tesis Güvenliği Rehberi)	DTY01.01	Bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulmalıdır. <input checked="" type="checkbox"/> Ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır. <input checked="" type="checkbox"/> Ekipte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	40		
		DTY01.02	Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.		K	→ 40
		DTY01.03	Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalıdır. <input checked="" type="checkbox"/> İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır. <input checked="" type="checkbox"/> Eylem planı kapsamında alınan kararlar hastane yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulmalıdır.		KK	→ 20
					KM	→ 0

Hastane 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 hastanelerin değerlendirme dönemlerine göre gelişimleri ortaya konulabilmekte, diğer hastaneler ile karşılaştırmalar yapılabilmekte, Bakanlık politikalarına uyum izlenebilmektedir. Ayrıca, puan dağılımı kullanılarak hastaneler 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.
 - o $B = E \times n$
(n: Karşılanan opsiyonel standart sayısı)
- Opsiyonel standardın puan değeri paydaya (D) eklenmez.
- Opsiyonel standart veya göstergenin karşılanmaması ya da değerlendirilmesinin talep edilmemesi durumunda, ilgili standart veya gösterge puanlamaya dâhil edilmez.
- Hastane 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.
 - o $C = [(E/2) \times n]$
(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.
 - o $C = [(E/5) \times n]$
(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 8. Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile İlgili Kurallar

Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile ilgili Kurallar
Sağlık Hizmetleri boyutunda yer alan bölümlerden herhangi biri veya birkaçının, hastanede sürekli veya geçici olarak müstakil hizmet vermiyor olması durumunda ilgili bölüm değerlendirme kapsamına alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, hastanenin hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, hastanede uygulanmadığı (Örn: dal hastaneleri ve 1. seviye acil servislerde triyaj uygulamasının zorunlu tutulmaması gibi) veya uygulanmasının işlevsel açıdan anlamlı olmadığı (Örn: 1. seviye yoğun bakımlarda yatan hastaların; hastalık şiddeti ve tahmini mortalite açısından skorlama sistemleri ile değerlendirilmesi gibi) durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, hastanenin türü gereği uygulanmadığı durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz (Örn: Ceza ve İnfaz Kurumları Hastanelerinde hasta deneyimi anketi uygulanmıyor olması).
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge ile ilgili olarak, standardın ya da göstergenin amacını tam olarak yerine getirmek kaydıyla, yenilikçi ve farklı bir uygulama bulunduğu durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge “Karşılıyor” olarak puanlanır.
SKS Hastane bölümlerinde yer alan opsiyonel standartların hastanede 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 HASTANE (S.6) SETİNİN ÖNCEKİ SÜRÜM İLE KARŞILAŞTIRILMASI



Bu bölümde SKS Hastane (Sürüm 6) seti ile bir önceki SKS Hastane (Versiyon 5.1) 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 Hastane (Sürüm 6) 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 9. SKS Hastane (Sürüm 6) Setinde Yeni Eklenen, Çıkarılan ve Değiştirilen Bölümler

SKS HASTANE (SÜRÜM 6)		
YENİ EKLENEN BÖLÜM	ÇIKARILAN BÖLÜM	ADI DEĞİŞTİRİLEN BÖLÜM
KURUMSAL VERİMLİLİK	KLINİK GÖSTERGELER	İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ
KBRN TEHLİKELERİN YÖNETİMİ	BÖLÜM BAZLI KALİTE GÖSTERGELERİ	TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ
KEMOTERAPİ HİZMETLERİ		ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ
TERAPÖTİK AFEREZ HİZMETLERİ		
ORGAN VE DOKU NAKLİ HİZMETLERİ		
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ		
PALYATİF BAKIM KLİNİĞİ		
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ		
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ		

SKS Hastane (Sürüm 6) setine toplam 9 bölüm eklenmiş olup bunlar Tablo 9’da görülmektedir. Daha önceki SKS sürümlerinde bulunan “Bölüm Bazlı Kalite Göstergeleri” ve “Klinik Göstergeler” başlıkları bu setten çıkartılmıştır.

Klinik kalite göstergeleri halihazırda Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığınca “Türkiye Klinik Kalite Programı” kapsamında takip edilmektedir.

Bölüm Bazlı Kalite Göstergeleri (SKS Göstergeleri) ise ayrı bir rehber ile Daire Başkanlığı internet sitesinde yayınlanmıştır. 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. “Güvenlik Raporlama Sistemi” bölümü “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”, “Sterilizasyon Hizmetleri” bölümü “Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri” olarak, “Enfeksiyonların Önlenmesi” bölümü ise “Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü” olarak değiştirilmiştir.

Tablo 10. Versiyon 5 ile Sürüm 6'nın Bölüm Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması

BOYUTLAR	SKS HASTANE (VERSİYON 5.1)		SKS HASTANE (SÜRÜM 6)	
	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI
KURUMSAL YAPI	8	12	8	23
KALİTE YÖNETİMİ	13	41	14	33
DOKÜMAN YÖNETİMİ	5	16	5	15
RİSK YÖNETİMİ	5	9	5	13
KURUMSAL VERİMLİLİK	0	0	5	8
İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ	0	0	5	12
GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ	5	11	0	0
AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ	13	46	14	61
(KBRN) TEHLİKELERİN YÖNETİMİ	0	0	6	11
EĞİTİM YÖNETİMİ	5	18	6	17
SOSYAL SORUMLULUK	4	7	3	3
TOPLAM	58	160	71	196
HASTA DENEYİMİ	13	33	14	43
HİZMETE ERİŞİM	5	15	5	17
YAŞAM SONU HİZMETLER	8	12	8	13
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	12	38	12	35
TOPLAM	38	98	39	108
HASTA BAKIMI	23	70	26	80
İLAÇ YÖNETİMİ	15	43	15	48
ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ	12	28	14	33
STERİLİZASYON HİZMETLERİ	11	31	0	0
TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ	0	0	15	70
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ	11	37	9	38
TERAPÖTİK AFEREZ HİZMETLERİ	0	0	11	30
RADYASYON GÜVENLİĞİ	15	44	18	49
ACİL SERVİS	14	52	14	49
AMELİYATHANE	12	22	11	30
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	10	21	13	31

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	12	33	16	46
DOĞUM HİZMETLERİ	7	17	7	29
DİYALİZ ÜNİTESİ	14	27	15	27
PSİKİYATRİ HİZMETLERİ	15	46	15	53
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ	0	0	16	50
BİYOKİMYA LABORATUVARI	15	41	15	49
MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	18	45	16	53
PATOLOJİ LABORATUVARI	15	43	16	67
DOKU TİPLENDİRME LABORATUVARI	14	38	14	43
KEMOTERAPİ HİZMETLERİ	0	0	8	29
ORGAN VE DOKU NAKLİ HİZMETLERİ	0	0	14	46
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	0	0	7	25
PALYATİF BAKIM KLİNİĞİ	0	0	10	24
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	0	0	10	20
TOPLAM	233	638	325	1019
TESİS YÖNETİMİ	15	37	16	60
OTELCİLİK HİZMETLERİ	16	45	16	54
BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ	16	53	17	59
MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ	9	26	18	51
TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ	7	13	7	13
ATIK YÖNETİMİ	5	14	5	22
DIŞ KAYNAK KULLANIMI	3	4	2	5
TOPLAM	71	192	81	264
GÖSTERGELERİN İZLENMESİ	7	10	7	12
BÖLÜM BAZLI GÖSTERGELER	68	0	-	-
KLİNİK GÖSTERGELER	82	0	-	-
TOPLAM	157	10	7	12
	557	1098	523	1599

SKS Hastane (Sürüm 6) setine birçok yeni bölüm eklenmesi ve var olan bölümlerde yapılan revizyon çalışmaları neticesinde Tablo 10' da görüldüğü üzere bir önceki sete göre bölüm bazlı standart ve değerlendirme ölçütleri sayısında artış olmuştur. Bununla birlikte Sürüm 6'da kalite göstergeleri setten çıkartıldığı ve internet sitesinde yeni bir rehber olarak yayımlandığı için toplam standart sayısında azalma meydana gelmiştir.

Tablo 11. Versiyon 5 ile Sürüm 6'nın Boyut Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütleri Sayılarının Karşılaştırılması

BOYUTLAR	SKS HASTANE (VERSİYON 5.1)		SKS HASTANE (SÜRÜM 6)	
	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI
KURUMSAL HİZMETLER	58	160	71	196
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	38	98	39	108
SAĞLIK HİZMETLERİ	233	638	325	1019
DESTEK HİZMETLERİ	71	192	81	264
GÖSTERGE YÖNETİMİ	157	10	7	12
TOPLAM	557	1098	523	1599

Her iki setin boyut bazlı standart ve değerlendirme ölçütleri sayıları Tablo 11' de karşılaştırılmıştır. Bir önceki sette toplam **557 standart ve gösterge, 1098 değerlendirme ölçütü** sayısı yeni sette **523 standart ve 1599 değerlendirme ölçütü** olarak güncellenmiştir.



TABLULAR



SS Hastane (Sürüm 6)

Tablo 12. Boyut ve Bölümler

KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLER	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetleri	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	Bilgi Yönetim Sistemi	
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Kurumsal Verimlilik		Transfüzyon Hizmetleri	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		Terapötik Aferez Hizmetleri	Atık Yönetimi	
Afet ve Acil Durum Yönetimi		Radyasyon Güvenliği	Dış Kaynak Kullanımı	
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi		Acil Servis		
Eğitim Yönetimi		Ameliyathane		
Sosyal Sorumluluk		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tiplendirme Laboratuvarı		
		Kemoterapi Hizmetleri		
		Organ ve Doku Nakli Hizmetleri		
		Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri		
		Palyatif Bakım Kliniği		
		Evde Sağlık Hizmetleri		

SKS Hastane (Sürüm 6)
Tablo 13. Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)

Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	71	196
Kurumsal Yapı	8	23
Kalite Yönetimi	14	33
Doküman Yönetimi	5	15
Risk Yönetimi	5	13
Kurumsal Verimlilik	5	8
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	5	12
Afet ve Acil Durum Yönetimi	14	61
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	6	11
Eğitim Yönetimi	6	17
Sosyal Sorumluluk	3	3
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	39	108
Hasta Deneyimi	14	43
Hizmete Erişim	5	17
Yaşam Sonu Hizmetler	8	13
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	12	35
Sağlık Hizmetleri	325	1019
Hasta Bakımı	26	80
İlaç Yönetimi	15	48
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	14	33
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	15	70
Transfüzyon Hizmetleri	9	38
Terapötik Aferez Hizmetleri	11	30
Radyasyon Güvenliği	18	49
Acil Servis	14	49
Ameliyathane	11	30
Yoğun Bakım Ünitesi	13	31
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	16	46
Doğum Hizmetleri	7	29
Diyaliz Ünitesi	15	27
Psikiyatri Hizmetleri	15	53
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	16	50
Biyokimya Laboratuvarı	15	49
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	16	53
Patoloji Laboratuvarı	16	67
Doku Tiplendirme Laboratuvarı	14	43
Kemoterapi Hizmetleri	8	29
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	14	46
Fiziksek Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	7	25
Palyatif Bakım Kliniği	10	24
Evde Sağlık Hizmetleri	10	20

Destek Hizmetleri	81	264
Tesis Yönetimi	16	60
Otelcilik Hizmetleri	16	54
Bilgi Yönetim Sistemi	17	59
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	18	51
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	7	13
Atık Yönetimi	5	22
Dış Kaynak Kullanımı	2	5
Gösterge Yönetimi	7	12
Göstergelerin İzlenmesi	7	12
TOPLAM	523	1599

SKS Hastane (Sürüm 6)

Tablo 14. Sayısal Dağılım Tablosu (Özet Tablo)

Boyutlar	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	71	196
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	39	108
Sağlık Hizmetleri	325	1019
Destek Hizmetleri	81	264
Gösterge Yönetimi	7	12

SKS Hastane (Sürüm 6)*

Tablo 15. 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	36	1080	7	280	21	1050	2480
Kurumsal Yapı					5	150	2	80	1	50	280
Kalite Yönetimi	2	20			3	90	1	40	8	400	550
Doküman Yönetimi	3	30			2	60					90
Risk Yönetimi					1	30			4	200	230
Kurumsal Verimlilik					3	90	2	80			170
Istenmeyen Olay Bildirim Sistemi					2	60	1	40	2	100	200
Afet ve Acil Durum Yönetimi			1	20	9	270			4	200	490
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi					5	150			1	50	200
Eğitim Yönetimi					4	120	1	40	1	50	210
Sosyal Sorumluluk					2	60					60
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	1	10	7	140	20	600	2	80	8	400	1230
Hasta Deneyimi			5	100	4	120			5	250	470
Hizmete Erişim			1	20	4	120					140
Yaşam Sonu Hizmetler					8	240					240
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	1	10	1	20	4	120	2	80	3	150	380
Sağlık Hizmetleri	1	10	14	280	126	3780	59	2360	113	5650	12080
Hasta Bakımı			1	20	12	360	2	80	11	550	1010
İlaç Yönetimi	1	10			9	270	1	40	3	150	470
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü					5	150	3	120	6	300	570
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri					2	60	8	320	5	250	630

Transfüzyon Hizmetleri			2	40	3	90	1	40	3	150	320
Terapötik Aferez Hizmetleri			1	20	4	120			6	300	440
Radyasyon Güvenliği					4	120	5	200	9	450	770
Acil Servis			1	20	8	240	2	80	3	150	490
Ameliyathane			2	40	2	60	4	160	3	150	410
Yoğun Bakım Ünitesi			1	20	4	120	3	120	4	200	460
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi			1	20	7	210	2	80	5	250	560
Doğum Hizmetleri			1	20	2	60	2	80	2	100	260
Diyaliz Ünitesi			1	20	6	180			8	400	600
Psikiyatri Hizmetleri			1	20	8	240	1	40	5	250	550
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri					5	150	6	240	5	250	640
Biyokimya Laboratuvarı			1	20	7	210			5	250	480
Mikrobiyoloji Laboratuvarı			1	20	7	210			6	300	530
Patoloji Laboratuvarı					7	210	1	40	7	350	600
Doku Tiplendirme Laboratuvarı					8	240			4	200	440
Kemoterapi Hizmetleri					3	90	3	120	2	100	310
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri					3	90	3	120	7	350	560
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri					2	60	2	80	2	100	240
Palyatif Bakım Kliniği					4	120	4	160	2	100	380
Evde Sağlık Hizmetleri					4	120	6	240			360
Destek Hizmetleri			9	180	37	1110	19	760	15	750	2800
Tesis Yönetimi			2	40	6	180	6	240	2	100	560
Otelcilik Hizmetleri			2	40	8	240	3	120	2	100	500
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	4	120	1	40	1	50	230
Atık Yönetimi					2	60	2	80	1	50	190
Dış Kaynak Kullanımı					1	30			1	50	80

Gösterge Yönetimi					5	150			2	100	250
Göstergelerin İzlenmesi					5	150			2	100	250
TOPLAM	7	70	31	620	224	6720	87	3480	159	7950	18840

* Opsiyonel standartlar puan hesaplamalarına dahil edilmemiştir.

SKS Hastane (Sürüm 6)*

Tablo 16. Boyut Bazlı Puanlar Dağılımı 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	36	1080	7	280	21	1050	2480
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	1	10	7	140	20	600	2	80	8	400	1230
Sağlık Hizmetleri	1	10	14	280	126	3780	59	2360	113	5650	12080
Destek Hizmetleri			9	180	37	1110	19	760	15	750	2800
Gösterge Yönetimi					5	150			2	100	250
TOPLAM	7	70	31	620	224	6720	87	3480	159	7950	18840

* Opsiyonel standartlar puan hesaplamalarına dahil edilmemiştir.

SKS Hastane (Sürüm 6)

Tablo 17. Standart Puan Tablosu

Boyut	Kurumsal Hizmetler	
Bölüm	Kurumsal Yapı	
Kod	Standart	Puan
KKU01	Hastanenin 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)	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50
KKU05	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
KKU06	Klinik yönetim ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	40
KKU07	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30
KKU08	Hastanenin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.	30
Bölüm	Kalite Yönetimi	
KKY01 (Çekirdek)	Hastane 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	Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik 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 düzenlemeler 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	Hastanede kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KDY02	Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar güncel olmalıdır.	30
KDY03	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY04	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY05	Fiziksel ya da elektronik imzalı dokümanların 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)	Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KRY03 (Çekirdek)	Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50
KRY04 (Çekirdek)	Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KRY05	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği 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	İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara 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 aralıklarla geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30
Bölüm	Acil Durum ve Afet Yönetimi	
KAD01	Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30
KAD02	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	30

KAD03	Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.	30
KAD04	Hastane acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	20
KAD05	Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
KAD06	Hastanede görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir.	30
KAD07 (Çekirdek)	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD09	Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD10	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
KAD11	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD12 (Çekirdek)	Hastane, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.	50
KAD13 (Çekirdek)	Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD14 (Çekirdek)	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50
Bölüm	Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	
KBRN01 (Çekirdek)	KBRN tehlikelerinin yönetimine yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin sorumlular tanımlanmalıdır.	50
KBRN02	KBRN arındırma alanları tanımlanmalıdır.	30
KBRN03	Maruziyet durumunda sağlık personelinde panik durumu oluşmasını engellemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.	30
KBRN04	Turuncu kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	30
KBRN05	KBRN tehlikeleri yönetim sürecine yönelik tanımlanan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
KBRN06	KBRN tehlikelerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen işlemler ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.	30
Bölüm	Eğitim Yönetimi	
KEY01	Hastanede, hasta, hasta yakını ve çalışan bazında 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	Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30
KEY06 (Çekirdek)	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
Bölüm	Sosyal Sorumluluk	
KSS01	Hastane, 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, hastane tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	30
KSS03 (Opsiyonel)	Uzun süreli yatışı söz konusu olan çocuk hastaların ilköğretim seviyesindeki eğitimlerinin kurum içinde sürdürülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
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 hastane 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 kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.	20
HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	30
HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
HHD13	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
HHD14	Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.	20
Bölüm	Hizmete Erişim	
HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere hastanede 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 ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30

Bölüm		
Yaşam Sonu Hizmetler		
HYS01	Yaşam sonu hizmetlere yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	30
HYS02	Yaşam sonu hizmetler kapsamında cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.	30
HYS03	Morga teslim edilmeden önce ve taşınması sırasında cenazenin mahremiyet ve güvenliği sağlanmalıdır.	30
HYS04	Cenazenin taşınması ve muhafazasına yönelik gerekli fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
HYS05	Morg işleyişine yönelik süreçler izlenebilir olmalıdır.	30
HYS06	Morg süreçleri enfeksiyonların önlenmesi açısından düzenlenmelidir.	30
HYS07	Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır.	30
HYS08	Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir.	30
Bölüm		
Sağlıklı Çalışma Yaşamı		
HSÇ01	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HSÇ02	İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, hastane 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 taramaları yapılmalıdır.	50
HSÇ08 (Çekirdek)	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50
HSÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	40
HSÇ10	Personelin sağlık durumlarına ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır	30
HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HSÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30
Boyut		
Sağlık Hizmetleri		
Bölüm		
Hasta Bakımı		
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta, yatan ve acil hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	30
SHB02	Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı ve tedaviye yönelik plan hastane tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.	30
SHB03 (Çekirdek)	Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	50

SHB04 (Çekirdek)	Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.	50
SHB05	Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SHB06	Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB07 (Çekirdek)	Hastaların tıbbi beslenme sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SHB08 (Çekirdek)	Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SHB09 (Çekirdek)	Basınç yarasının kontrolü ve önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	50
SHB10	Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SHB11	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	30
SHB12 (Çekirdek)	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SHB13	Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB14	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SHB15 (Çekirdek)	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50
SHB16	Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.	30
SHB17	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
SHB18 (Çekirdek)	Hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50
SHB19 (Çekirdek)	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SHB20	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB21	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	30
SHB22 (Çekirdek)	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	50
SHB23	Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SHB24	Hastane çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.	30
SHB25	Yatan hastanın ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	20
SHB26 (Çekirdek)	Yanık tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
Bölüm	İlaç Yönetimi	
SIY01	İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
SIY02 (Opsiyonel)	Hastane formüleri oluşturulmalıdır.	40
SIY03	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30

SİY04 (Çekirdek)	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SİY05 (Çekirdek)	İlaç istemleri ile ilgili 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 Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	40
SİY10	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY11	Narkotik ve psikoaktif ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SİY12	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY13	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
SİY14	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SİY15	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
Bölüm	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
SEN01 (Çekirdek)	Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.	50
SEN02	Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program bulunmalıdır.	30
SEN03	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların süreyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN04 (Çekirdek)	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetleri oluşturulmalıdır.	50
SEN05	Sağlık çalışanlarının enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetlerine uyum düzeyi izlenmelidir.	30
SEN06	Hastane el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.	30
SEN07 (Çekirdek)	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50
SEN08	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.	40
SEN09	Personelin el hijyeni bilinci ve uygulama düzeyi ölçülmelidir.	40
SEN10 (Çekirdek)	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50
SEN11 (Çekirdek)	İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	50
SEN12 (Çekirdek)	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SEN13	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
SEN14	Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	40

Bölüm	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	
SDS01 (Çekirdek)	Hastane temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
SDS02	Hastanede gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.	40
SDS03	Hastanede 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
SDS14 (Çekirdek)	Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50
SDS15 (Çekirdek)	Hastanede kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
Bölüm	Transfüzyon Hizmetleri	
STH01	Transfüzyon hizmet süreçleri ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
STH02	Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
STH03 (Çekirdek)	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli bir şekilde hazırlanması sağlanmalıdır.	50
STH04 (Çekirdek)	Kan ve kan bileşenlerini uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	50
STH05	Kan ve kan bileşenleri istem süreçleri tanımlanmalıdır.	30
STH06	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.	30
STH07 (Çekirdek)	Transfüzyon sürecinde hasta güvenliği sağlanmalıdır.	50
STH08	Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.	40
STH09	Kan ve kan bileşenlerinin imhasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20
Bölüm	Terapötik Aferez Hizmetleri	
STA01	Aferez hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20

STA02	Aferez hizmetlerinin sunumuna yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.	30
STA03	Tıbbi cihaz ve donanıma yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
STA04 (Çekirdek)	Aferez hizmetleri kapsamında görev yapan sağlık çalışanları uygun mesleki unvana veya sertifikaya sahip olmalıdır.	50
STA05 (Çekirdek)	Aferez işlemi öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
STA06 (Çekirdek)	Aferez işlemi türüne (sıtaferez, kan bileşeni değişimi, immünoterapi, plazma modülasyonu gibi) özgü süreçler ve süreçlere ilişkin uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.	50
STA07 (Çekirdek)	Kök hücre aferezine yönelik süreçler ve süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
STA08 (Çekirdek)	Aferez sürecinde hasta ve bağışçının tıbbi takibi etkin şekilde yapılmalıdır.	50
STA09 (Çekirdek)	Hasta veya bağışçıda gelişen komplikasyonlara zamanında ve etkin şekilde müdahale edilmelidir.	50
STA10	Aferez hizmetlerine ilişkin süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
STA11	Aferez işlemi ile elde edilen kan bileşenleri ve hücresel tedavi ürünleri uygun şekilde etiketlenmelidir.	30
Bölüm	Radyasyon Güvenliği	
SRG01	Radyasyon güvenliği komitesi kurulmalı 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	Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemlerinin, yapıldığı alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SRG05	Yüksek manyetik alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SRG06	Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konfor ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SRG07 (Çekirdek)	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır.	50
SRG08	Hasta ve hasta yakınının, özellikli radyolojik tetkik ve girişimler ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SRG09 (Çekirdek)	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG10 (Çekirdek)	Radyasyon yayan cihazlar ile yapılan girişimsel işlemlerde hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre izlenmelidir.	50
SRG11 (Çekirdek)	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG12 (Çekirdek)	Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG13	Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarına yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.	40
SRG14	Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30

SRG15	Radyoaktif kaynakların bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp gibi) kaynağın güvenliğini sağlamaya ve güvenli kullanımına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	40
SRG16 (Çekirdek)	Nükleer tıp uygulamalarına özgü uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	50
SRG17 (Çekirdek)	Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.	50
SRG18 (Çekirdek)	Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
Bölüm	Acil Servis	
SAS01	Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SAS02	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30
SAS03	Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAS04	Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.	30
SAS05	Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.	40
SAS06	Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SAS07 (Çekirdek)	Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalı ve SBYS üzerinden takip edilebilmelidir.	50
SAS08	Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SAS09 (Çekirdek)	Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.	50
SAS10	Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.	20
SAS11	Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAS12 (Çekirdek)	Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAS13	Acil servis ilgili personeline KPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.	30
SAS14	Hastane dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30
Bölüm	Ameliyathane	
SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
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	Tıbbi 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 alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	20
Bölüm	Yoğun Bakım Ünitesi	
SYB01	Yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SYB02	Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	40
SYB03	Her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	30
SYB04 (Çekirdek)	Hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SYB05	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SYB06	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	30
SYB07	Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.	40
SYB08 (Çekirdek)	Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.	50
SYB09 (Çekirdek)	Hastalar, sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	50
SYB10 (Çekirdek)	Hastaların transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.	50
SYB11	Yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.	20
SYB12	Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	30
SYB13 (Opsiyonel)	Çocuk hastalara hizmet verilen yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır.	40
Bölüm	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	
SYD01	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SYD02	Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri tanımlanmalıdır.	30
SYD03	Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	40
SYD04	Her kuvöz için tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	30
SYD05	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SYD06	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	30
SYD07 (Opsiyonel)	Yenidoğan yoğun bakımda aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır.	40
SYD08	Anne-bebek uyum odası bulunmalıdır.	30
SYD09	Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.	40

SYD10 (Çekirdek)	Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.	50
SYD11 (Çekirdek)	Bebekler sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	50
SYD12 (Çekirdek)	Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.	50
SYD13 (Çekirdek)	Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SYD14 (Çekirdek)	Bebeklerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.	50
SYD15	Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.	20
SYD16	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	30
Bölüm	Doğum Hizmetleri	
SDH01	Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır.	30
SDH02	Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.	30
SDH03 (Çekirdek)	Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDH04	Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi kullanılmalıdır.	40
SDH05 (Çekirdek)	Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SDH06	Doğum sürecinde gebe yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	20
SDH07	Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir.	40
Bölüm	Diyaliz Ünitesi	
SDİ01	Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
SDİ02	Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.	30
SDİ03	Tıbbi cihaz ve donanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SDİ04 (Çekirdek)	Diyaliz ünitesinde görev yapan sağlık çalışanları uygun mesleki unvana veya sertifikaya sahip olmalıdır.	50
SDİ05 (Çekirdek)	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	50
SDİ06 (Çekirdek)	Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SDİ07 (Çekirdek)	Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SDİ08 (Çekirdek)	Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibi etkin şekilde yapılmalıdır.	50
SDİ09	Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.	30

SDİ10	Hasta ve yakınları organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.	30
SDİ11 (Çekirdek)	Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDİ12 (Çekirdek)	Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SDİ13 (Çekirdek)	Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDİ14	Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.	30
SDİ15	Diyaliz hizmetleri ile ilgili veriler Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına kaydedilmelidir.	30
Bölüm	Psikiyatri Hizmetleri	
SPS01	Psikiyatri hizmet süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
SPS02	Psikiyatri kliniklerine yönelik fiziki düzenleme bulunmalıdır.	30
SPS03	Hastaların kullandığı bahçede fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SPS04 (Çekirdek)	Hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SPS05	Hasta yatışı ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SPS06	Hastanın öz bakımının yapılması sağlanmalıdır.	30
SPS07 (Çekirdek)	Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir.	50
SPS08	Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SPS09	Hasta ve yakınlarına, sorumlulukları ve bakım süreci hakkında gerekli eğitimler verilmelidir.	30
SPS10 (Çekirdek)	Elektrokonusif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	50
SPS11	Adli vakalar ve mahkum klinikleri için düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SPS12	Öngörülemesiz durumlar için hazırlanmış bir eylem planı olmalıdır.	40
SPS13 (Çekirdek)	Hastaların taburculuk sonrası sosyal hayata uyumlarının sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	50
SPS14	Psikiyatri hizmet sunum sürecinde görev alan çalışanlar, iş güvenliğini sağlamaya yönelik eğitilmelidir.	30
SPS15 (Çekirdek)	Kısıtlama kararı alınan hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
Bölüm	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	
SRH01	Hastaların TRSM'ye kabul edilme sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SRH02	Hasta bakımına ilişkin süreçler, merkezden sürekli tedavi almayan hastaları da kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	30
SRH03 (Çekirdek)	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	50
SRH04 (Çekirdek)	Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı hazırlanmalıdır.	50
SRH05	Hasta ve yakınlarına yönelik psikoeğitim düzenlenmelidir.	40

SRH06 (Çekirdek)	Hastaların rehabilitasyon ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SRH07	Hastaya uygulanacak psikolojik terapiye ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	30
SRH08	Hastaların ailelerine psikolojik destek konusunda düzenleme yapılmalıdır.	30
SRH09	Hastalar ilaç tedavisinin etkinliği ve yan etkiler açısından izlenmelidir.	40
SRH10	İlaç uyum düzeyi düşük ve intihar eğilimi olan hastaların bakım ve tedavi sürecine yönelik riskler yönetilmelidir.	40
SRH11	Hastaların beden sağlığının izlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SRH12	Ev ziyaretlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalıdır.	40
SRH13	Hasta dosyası ile hasta bakım ve takibine yönelik tüm kayıtlar elektronik bilgi yönetim sistemi üzerinden izlenebilir olmalıdır.	40
SRH14 (Çekirdek)	Risk düzeyi yüksek olan hastalarda çalışanların ve diğer hizmet alanların güvenliğinin sağlanmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	50
SRH15	TRSM ile kamu kurumları, toplum destek veya sosyal yardım kuruluşları (belediyeler, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, İŞKUR, eğitim birimleri, sivil toplum kuruluşları vb.) arasında işbirliği kurulmasına yönelik planlama yapılmalıdır.	30
SRH16 (Çekirdek)	Ruhsal bozukluğu olan hastaların hastalıkları nedeni ile damgalama ve ayrımcılığa maruz bırakılmalarına yönelik çalışma yapılmalıdır.	50
Bölüm	Biyokimya Laboratuvarı	
SBL01	Biyokimya hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
SBL02 (Çekirdek)	Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
SBL03 (Çekirdek)	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	50
SBL04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	30
SBL05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
SBL06 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SBL07 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
SBL08 (Opsiyonel)	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.	40
SBL09 (Opsiyonel)	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	40
SBL10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SBL11	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SBL12 (Çekirdek)	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirim sağlanmalıdır.	50
SBL13	Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	20

SBL14	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SBL15	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.	30
Bölüm	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	
SML01	Mikrobiyoloji hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
SML02 (Çekirdek)	Mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
SML03 (Çekirdek)	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	50
SML04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	30
SML05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
SML06 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SML07 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
SML08 (Opsiyonel)	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.	40
SML09 (Opsiyonel)	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	40
SML10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SML11 (Çekirdek)	Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının kısıtlı bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SML12	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SML13 (Çekirdek)	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.	50
SML14	Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	20
SML15	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SML16	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.	30
Bölüm	Patoloji Laboratuvarı	
SPL01	Patoloji laboratuvarı çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	30
SPL02 (Çekirdek)	Patoloji laboratuvarı ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
SPL03 (Çekirdek)	Numunelerin laboratuvara kabulüne yönelik kurallar belirlenmelidir.	50
SPL04 (Çekirdek)	İntraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SPL05	Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.	30
SPL06	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30

SPL07 (Çekirdek)	Patolojik inceleme süreçlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SPL08 (Opsiyonel)	Tanı ve rapor yeterliliğinin izlenmesi amacıyla, seçilen olguların yeniden değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SPL09	Olguların klinikopatolojik olarak değerlendirilmesi amacıyla disiplinler arası toplantılar düzenlenmelidir.	40
SPL10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SPL11	Sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SPL12 (Çekirdek)	Panik tanı bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SPL13 (Çekirdek)	Laboratuvar arşivleme süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SPL14	Patolojik numunenin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SPL15 (Çekirdek)	Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.	50
SPL16	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.	30
Bölüm	Doku Tiplendirme Laboratuvarı	
SDL01	Doku tiplendirme hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
SDL02 (Çekirdek)	Doku tiplendirme laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
SDL03 (Çekirdek)	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	50
SDL04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	30
SDL05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
SDL06 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SDL07 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
SDL08 (Opsiyonel)	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.	40
SDL09 (Opsiyonel)	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	40
SDL10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SDL11	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SDL12	Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SDL13	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin gizliliği ve izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SDL14	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.	30

Bölüm	Kemoterapi Hizmetleri	
SKT01	Kemoterapi hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SKT02	Kemoterapi ilaçlarının hazırlandığı alanlarda uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	40
SKT03 (Çekirdek)	İlaç hazırlama süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
SKT04	Ayaktan kemoterapi uygulama alanlarına yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SKT05	Kemoterapi uygulaması öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	40
SKT06 (Çekirdek)	Kemoterapi uygulamasına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SKT07	Kemoterapi alan hastanın klinik durumu izlenmelidir.	40
SKT08	Kemoterapi alan hasta ve yakınına tedavi süreci hakkında eğitim verilmelidir.	30
Bölüm	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	
SON01 (Çekirdek)	Organ bağıışı teşviki ve bağıış süreci ile bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
SON02	Nakil hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SON03 (Çekirdek)	Beyin ölümü yönetim sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
SON04	Organ ve doku bağıışı için verici veya verici yakınlarının rızasının alınması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	40
SON05 (Çekirdek)	Canlı ve kadavra vericinin değerlendirilmesi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
SON06	Alıcının değerlendirilmesi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	40
SON07	Alıcı ve yakınları nakil süreci ile ilgili bilgilendirilmelidir.	30
SON08 (Çekirdek)	Nakil için planlanan organın işlevsel durumunun korunması amacıyla kadavra vericinin klinik bakımına yönelik kurallar belirlenmelidir.	50
SON09 (Çekirdek)	Organ ve doku alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	50
SON10 (Çekirdek)	Organ ve dokuların paketlenmesi ve taşınmasına yönelik süreçler belirlenmelidir.	50
SON11 (Çekirdek)	Bağıış ve nakil ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	50
SON12	Organ ve doku nakli ile ilgili süreçlerin yönetimine ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
SON13	Alıcının nakil sonrası tedavi ve bakım süreçleri tanımlanmalıdır.	40
SON14 (Opsiyonel)	Alıcı ve canlı vericiye yönelik mortalite risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	40
Bölüm	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	
SFR01	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SFR02	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunumu için gerekli fiziksel koşullar ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.	30

SFR03 (Çekirdek)	Hasta bakım süreçleri disiplinler arası koordineli bir yaklaşımla yürütülmelidir.	50
SFR04	Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir.	40
SFR05	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.	40
SFR06 (Çekirdek)	Hizmetin sonlandırılması ya da geçici süreyle ara verilmesi durumunda, bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SFR07 (Opsiyonel)	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları oluşturulmalıdır.	40
Bölüm	Palyatif Bakım Kliniği	
SPB01	Palyatif bakım hizmetlerine yönelik politika belirlenmelidir.	30
SPB02	Palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SPB03	Palyatif bakım kliniklerine yönelik fiziksel alanlar hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır.	40
SPB04	Hastanın ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	40
SPB05	Belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planları oluşturulmalıdır.	30
SPB06 (Çekirdek)	Ağrının etkin şekilde takibi ve kontrol altına alınması sağlanmalıdır.	50
SPB07	Hasta ve refakatçilerinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SPB08	Aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler, psikososyal destek ve bilgi ihtiyacı açısından değerlendirilmeli, gerekli destek ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.	40
SPB09	Klinikte görev yapan sağlık çalışanları palyatif bakım konusunda mesleki alanına özgü eğitim almış olmalıdır.	40
SPB10 (Çekirdek)	Hastanın farklı sağlık hizmet alanları arasındaki geçişleri etkin şekilde yönetilmeli, hizmete erişimde süreklilik sağlanmalıdır.	50
Bölüm	Evde Sağlık Hizmetleri	
SES01	Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	30
SES02	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.	40
SES03	Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	40
SES04	Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir.	40
SES05	Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SES06	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SES07	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	30
SES08	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	40
SES09	Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.	30
SES10	Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde hastaneye transferi sağlanmalıdır.	30

Boyut	Destek Hizmetleri	
Bölüm	Tesis Yönetimi	
DTY01	Bina turları yapılmalıdır.	40
DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY03	Hastane yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve hastane 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)	Hastanede 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.	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	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY15	Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY16	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	40
Bölüm	Otelcilik Hizmetleri	
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	Hastane bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	20
DOH05	Muayene odalarında 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 (Opsiyonel)	Ayaktan tedavisi süreklilik arz eden (kemoterapi, radyoterapi gibi) hasta ve hasta yakınları için gerektiğinde konaklama hizmeti sunulmalıdır.	40
DOH09	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	40

DOH10	Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	40
DOH11 (Çekirdek)	Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DOH12	Hastane dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
DOH13	Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	30
DOH14	Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DOH15	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
DOH16	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
Bölüm	Bilgi Yönetim Sistemi	
DBY01	Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin hastane 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 sistemi (SBYS)'nde 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	Veritabanı 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	Uygunsuz 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
Bölüm	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
DTA02	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	20
DTA03	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	30
DTA04 (Çekirdek)	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ve standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	50
DTA05	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	30
DTA06	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.	40
DTA07	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30

Bölüm	Atık Yönetimi	
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
Bölüm	Dış Kaynak Kullanımı	
DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30
DDK02 (Çekirdek)	Dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
Boyut	Gösterge Yönetimi	
Bölüm	Göstergelerin İzlenmesi	
GGİ01 (Çekirdek)	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.	50
GGİ02	Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30
GGİ03 (Çekirdek)	Hastanede 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* ◀
- Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN)* ◀
- Tehlikelerin Yönetimi*
- Eğitim Yönetimi* ◀
- Sosyal Sorumluluk* ◀



Kurumsal Yapı

Amaç

- ☒ Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluklar ile iletişim mekanizmalarının tanımlanması
- ☒ Hastanenin iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması
- ☒ Hastanede 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
- ☒ Hastanenin temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması
- ☒ Hastanede kurumsal iletişim faaliyetlerinin kurum amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır.

KKU01 Hastanenin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.

Rehberlik:

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

KKU01.01

Hastane, 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, hastane amaç ve hedefleri belirlenmelidir.

- ☒ Hastanenin 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, hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.

Rehberlik:

İç çevre faktörleri, insan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir.

Dış çevre faktörleri, ekonomik çevre, hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.

KKU02.02

Hastane 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) K KU04 Hastane 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 ya da 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.

Organizasyon yapısı ile ilgili asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

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

KKU04.03

Hastane 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.

KKU05.03

Görev dağılımında çatışma yaşanması durumunda izlenecek yol tanımlanmalıdır.

KKU05.04

Birim ya da kişilere verilen yetki ve sorumluluklar denkliği sağlanmalıdır.

KKU05.05

Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.

KKU05.06

Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde hastane politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.

KKU06 Klinik yönetim ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

KKU06.01

Klinik yönetim kapsamında hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır:

- Klinik süreçlerin denetimi
- Klinik risklerin yönetimi
- Kalite güvencesi
- Klinik etkinlik
- Kurumsal ve bireysel gelişim

KKU06.02

Hastane tarafından belirlenen hasta bakım prosedürleri ve ulusal ya da hastane tarafından kabul edilmiş klinik protokollerin uygulanma durumu denetlenmelidir.

KKU06.03

Bakanlıkça belirlenen klinik kalite göstergelerine ilişkin sonuçlar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

KKU06.04

Kurumsal ve bireysel düzeyde klinik uygulamaların iyileştirilmesine yönelik ihtiyaçlar tespit edilmeli, gerekli eğitim, araştırma ve tecrübe ortamının oluşturulması sağlanmalıdır.

KKU07 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.

KKU07.01

Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.

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

Rehberlik:

Hedef kitle, hastane içinde ve hastane dışındaki iletişim paydaşlarını (hastane çalışanları, hasta ve yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.

KKU07.02

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

- Hastaneyi 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

KKU07.03

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

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

KKU07.04

Çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

KKU08 Hastanenin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.

KKU08.01

Hastanenin web sitesi olmalıdır.

KKU08.02

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

Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır:

- ☒ Organizasyon yapısı
- ☒ Hastane misyon, vizyon ve değerleri
- ☒ Hastane kalite yönetim birimi ve çalışmaları
- ☒ Toplu taşıma seçeneklerini de içerecek şekilde hastaneye ulaşım bilgileri
 - Şehir dışından (havaalanı, otogar, tren garından) gelen hastalar için hastaneye ulaşım bilgileri
- ☒ Hastane iletişim bilgileri
- ☒ Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar
- ☒ Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları
- ☒ Acil sağlık hizmetleri

- ☒ Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım ya da tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler
- ☒ Randevu alma bilgileri
- ☒ Radyoloji ve laboratuvar tetkik sonuçlarına ulaşım alanı
- ☒ Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar
- ☒ Ziyaret saatleri, ziyaretçilerin ve refakatçilerin uyması gereken kurallar
- ☒ Koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikler
- ☒ 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 Hastane 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:

- Hastanenin 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

Hastane 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 direktörlüğü oluşturulmalıdır.

- Kalite direktörlüğünün çalışma ofisi olmalıdır.
- Kalite direktörlüğünde çalışacak personel sayısı, ilgili hastanenin büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir.
- Kalite direktörlüğünde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.
- Kalite direktörü belirlenmelidir.

KKY02.04

Kalite direktörlüğünün görev alanı tanımlanmalıdır.

Kalite direktörlüğü;

- 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 yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
- Hasta deneyimi ve çalışan geri bildirim anketlerinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları gibi) yönetmelidir.
- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.
- Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.
- SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

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

KKY03.01

Bölüm kalite sorumluları hizmet birimi kapsamında belirlenmelidir.

KKY03.02

Sorumlular, kalite direktörü ile koordineli çalışmalıdır.

KKY03.03

Sorumlular bölümlerinde yürütülen düzeltici-önleyici 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 ya da ekipler belirlenmelidir.
- ☒ Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır.
- ☒ Bölümler öz değerlendirme takvimi hakkında 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 Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

KKY05.01

Düzenli aralıklarla 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 mevzuatlar 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
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- Hasta mahremiyetinin sağlanması
- Hastaların güvenli transferi

- ☒ Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- ☒ Bilgi güvenliğinin sağlanması
- ☒ Enfeksiyonların önlenmesi
- ☒ Laboratuvarında hasta güvenliğinin sağlanması

(Ç) KKY08 Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi bulunmalıdır.

Rehberlik:

Bünyesinde iş sağlığı ve güvenliği kurulu bulunan hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliği alanındaki sorumluluklar bu kurul tarafından yürütülür.

KKY08.01

Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

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

(Ç) KKY09 Eğitim komitesi bulunmalıdır.

KKY09.01

Komite, eğitim faaliyetlerini planlanmalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır.

Komitenin 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
- Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması
- Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması
- Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları
- Atık yönetimi çalışmaları
- Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planları ve kalibrasyonlarının yapılması
- Tehlikeli maddelerin yönetimi

KKY11 Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler 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 kalite iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.

KKY12.02

Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Rehberlik:

Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.

KKY12.03

Düzeltici-nleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar hastane tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde kayıt altına alınmalı ve izlenmelidir.

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

KKY14 alışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.

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

Hastanede;

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

KDY01 Hastanede kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

KDY01.01

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

- Doküman ihtiyacının belirlenmesi
- Dokümanların;
 - 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, hastane hizmet kapsamı içinde oluşturulan tüm dokümanlarda bu biçim ve düzene uygun hareket edilmelidir.

- Dış kaynak kullanımı yoluyla sunulan hizmetlere ilişkin dokümanlar da hastane tarafından belirlenen biçim ve düzene uygun olmalı ve hastane adına yayınlanmalıdır.

KDY01.03

Dokümanların hazırlanması, kontrolü ve onaylanmasından sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.

- Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar 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 dokümanlar güncel olmalıdır.**KDY02.01**

Dokümanlar hastane 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

Güncel dokümanlara ilgili çalışanlar tarafından kolay ulaşılabilmelidir.

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

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

Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.

Rehberlik:

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

Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır.

KDY03.02

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

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

Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmelidir.

KDY04.02

Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir.

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

KDY04.03

Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.

KDY04.04

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

KDY04.05

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

KDY05 Fiziksel ya da elektronik imzalı dokümanların arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

Risk Yönetimi

Amaç

Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile hastanede sunulan hizmetlere ilişkin tanımlanan diğer risklerin önlenmesi veya kaynağında mücadele edilerek en az seviyeye indirilmesidir.

(Ç) KRY01 Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**KRY01.01**

Hastane risk yönetim kurulu oluşturulmalıdır.

KRY01.02

Hastane 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 direktörlüğü ve ilgili komitelerle koordineli şekilde yürütülmelidir.

KRY01.05

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

(Ç) KRY02 Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**KRY02.01**

Risk yönetimi, çalışanlar ile hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere yönelik asgari aşağıdaki süreçler kapsamında ele alınmalıdır:

- Tıbbi süreçler
- İdari süreçler
- Finansal süreçler
- Teknik süreçler
- Tesis güvenliği
- Çevre güvenliği
- Paydaşlarla iletişim

KRY02.02

Risk yönetimi, hastanede karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, radyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.

KRY02.03

Risk yönetimine yönelik doküman asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır:

- ☒ Amaç ve hedefler
- ☒ Kapsam
- ☒ Risk analizi yöntemi
- ☒ İlgili çalışanların görüşlerinin alınması
- ☒ Tanımlanan risklerin raporlanması
- ☒ Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti
- ☒ Gerekli iyileştirme çalışmaları
- ☒ Çalışanların eğitimi

(Ç) KRY03 Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.

KRY03.01

Risk yönetim planı, asgari aşağıdaki başlıkları içerecek şekilde hazırlanmalıdır:

- ☒ İlgili süreç, faaliyet veya unsur
- ☒ Yaşanabilecek riskler
- ☒ Risk düzeyi
- ☒ Alınacak önlemler
- ☒ Sorumlular
- ☒ Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi

KRY03.02

Riskler, bölüm veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımıyla belirlenmelidir.

KRY03.03

Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) derecelendirilmelidir.

KRY03.04

Belirlenen risklere yönelik risk analizleri en az iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.

Rehberlik:

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

- ☒ Hastanenin taşınması veya binalarda değişiklik yapılması
- ☒ Hastanede 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 gözetim sonuçlarına göre gerekli görülmesi
- ☒ Hastane dışından kaynaklanan ve hastaneyi etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması

KRY03.05

Risk yönetim planı ve risk analizleri mesai dışı süreçleri de kapsamalıdır.

(Ç) KRY04 Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

KRY05 Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.

Kurumsal Verimlilik

Amaç

Hastanenin, 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 kamu hastanelerinde 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 periyotları 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 (klinikler, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, laboratuvarlar ve depolar gibi)
- 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, hastanenin 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

Hastanede;

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

(Ç) KİO01 İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır.**KİO01.01**

Sistem, hasta ve çalışanların güvenliğine yönelik ramak kala ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olayı kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.

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

KİO01.02

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 ya da her iki yöntemi de içerecek şekilde kurgulanabilir.
- Ana modüllerin altında ilaç güvenliği, kesici delici alet yaralanmaları gibi alt modüller yer alabilir.

KİO01.03

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

KİO01.04

Analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.

KİO01.05

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

KİO01.06

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

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

Rehberlik:

“Olayın Konusu” başlığı için bildirim yapan kişinin hata sınıflandırma sistemini kullanarak (olay HSS’de tanımlanmış ise) kodlama yapması istenebilir. “Olayın Gelişim Süreci” başlığı ise 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 İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

KİO03.01

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

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

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

KİO04.01

Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında 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-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmeli ve sonuçları izlenmelidir.

KİO04.04

Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

KİO05 alışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve nerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarla geri bildirimlerde bulunulmalıdır.

Afet ve Acil Durum Yönetimi

Amaç

- ☒ Hastanede karşılaşılabilecek olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olayların gelişmesi durumunda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararın en aza indirilmesi
- ☒ Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması
- ☒ Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi
- ☒ Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasıdır.

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

KAD01.01

Afet ve acil durum yönetimi ekibi tanımlanmalıdır.

- Ekte, hastane 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 sorumlulukları tanımlanmalıdır.

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:

- Yangın
- Deprem
- Sel
- Toprak kaymaları
- Salgınlar
- Terör eylemleri
- Göç
- Endüstriyel patlama
- Radyolojik, nükleer ve kimyasal kazalar
- Savaş
- Siklon (tayfun, kasırga)
- Hortum
- Volkanik patlama
- Yıldırım düşmesi

KAD03 Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.**KAD03.01**

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

- Tespit edilen riskler
- Koruyucu önlemler
- Kontrol
- Erken teşhis ve tespit
- Triyaj
- Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, ambulans hizmetleri, arşiv gibi)
- Tesisin tahliyesi
- Kullanılacak alternatif alanlar
- Kullanılacak malzemelerin temini
- Afet ve acil durum malzeme envanteri
- İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon

KAD03.02

Afet ve acil durum planı yılda en az bir kez güncellenmeli ve il düzeyinde gerekli onaylar alınmalıdır.

KAD04 Hastane 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 hastane 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 hastanenin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır.
- ☒ Tatbikatların görüntü 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 Hastanede görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim 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)
- YOTA
- KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer Olaylar)
- Radyasyondan korunma
- Afet ve acil durum triyajı

(Ç) KAD07 Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.

KAD07.01

Depreme yönelik gerçekleştirilen risk değerlendirmesi doğrultusunda yapısal olmayan risklerin azaltılmasına yönelik gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

- Risk içeren tıbbi cihazların sabitlenmesi
- Yüksek mobilyaların sabitlenmesi
- Oksijen tüplerinin, hastane arabası, sedye, tekerlekli sandalye gibi ekipmanın hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi
- Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da 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
- Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi
- Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi
- Radyoaktif maddelerin zırhlanmış koruyucu kaplarının içinde saklanması
- Çalışanlara depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi

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

Mavi kod; hastanede karşılaşılabilecek solunum 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 hastanelerde, mavi kod için 2222 numarası kullanılmalıdır.

KAD08.02

Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, mavi kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- Sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

KAD08.03

Her vardiya için ekipler belirlenmelidir.

- Ekipte en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır.
- 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 direktörlüğüne iletmeli, 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 yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

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.

KAD09 Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Rehberlik:

Pembe kod; hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

KAD09.01

Pembe kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- ☒ Telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, pembe kod için 3333 numarası kullanılmalıdır.

KAD09.02

Pembe kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- ☒ Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, pembe kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- ☒ Sorumluluk alanı, pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

KAD09.03

Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar kalite direktörlüğüne iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ☒ Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler
- ☒ Olayın gerçekleştiği bölüm
- ☒ Olayın başlangıç-bitiş zamanı
- ☒ Olayın sonucu ile ilgili bilgiler

KAD09.04

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez pembe kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

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

Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

KAD10 Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

KAD10.01

Beyaz kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- ☒ Telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, beyaz kod için 1111 numarası kullanılmalıdır.

KAD10.02

Beyaz kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- ☒ Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- ☒ Sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

KAD10.03

Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite direktörlüğüne 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 yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri
- ☒ Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri

KAD10.04

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez beyaz kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

KAD10.05

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

KAD10.06

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

KAD10.07

Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.

KAD10.08

Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

KAD11 Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Rehberlik:

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

KAD11.01

Hastanede, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- Hastanenin tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunmalı, sistemin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
- Acil uyarı sistemi, gerektiğinde ilgili kişileri uyarmaya yönelik görsel ve işitsel fonksiyona sahip olmalıdır.
- Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalıdır.

KAD11.02

Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- Sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

KAD11.03

Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite direktörlüğüne 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

KAD11.04

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

- ☒ Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.
- ☒ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

KAD11.05

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

KAD11.06

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

KAD11.07

Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

(Ç) KAD12 Hastane, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.

KAD12.01

Hastanenin yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilmelidir.

KAD12.02

Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

(Ç) KAD13 Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

KAD13.01

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

KAD13.02

Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

KAD13.03

Hastane krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.

KAD13.04

Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.

KAD13.05

Alan veya birimin özelliklerine göre uygun yangın söndürücü kullanılmalıdır.

KAD13.06

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

KAD13.07

Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

KAD13.08

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

(Ç) KAD14 Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.

KAD14.01

Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanmalıdır.

KAD14.02

Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.

KAD14.03

Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.

KAD14.04

Elektrik aksamının yalıtımı yapılmış olmalıdır.

Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi

Amaç

Hastane ortamındaki kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) tehlikeleri tanımlamak, hasta, hasta yakını, çalışan ve çevre güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamaktır.

Kapsam

Hastane; kapasitesi, çevresel KBRN tehlikeleri, bölgesel ihtiyaçlar ve Bakanlıkça belirlenen KBRN kapsamındaki rolü gözönünde bulundurarak, bu bölüme ilişkin uygulamaları gerçekleştirmekle yükümlüdür.

(Ç) KBRN01 KBRN tehlikelerinin yönetimine yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin sorumlular tanımlanmalıdır.

KBRN01.01

Hastanenin verdiği sağlık hizmeti çeşitliliği, bulundurduğu tıbbi cihaz ve donanımı ile çevresel faktörler göz önünde bulundurularak KBRN tehlikeleri tanımlanmalıdır.

☒ Olası KBRN tehlikeleri ile bu tehlikelere yönelik müdahale süreçleri asgari aşağıdaki konularda tanımlanmalıdır:

- KBRN arınma alanlarındaki süreçler
- Transfer, arındırma, korunma hususlarını içerecek şekilde kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer tehlikelere yönelik müdahale süreçleri
- Gerekliğinde kullanılmak üzere belirlenen bekleme alanları
- Atıkların yönetimi ve çevre güvenliği
- Maruziyetin yeri, zamanı ile etkilenen kişi ve unsurlara yönelik kayıtların tutulmasına yönelik süreçler
- KBRN ajanlarından etkilenmiş ancak arındırma işlemi yaptırmak istemeyen kişilerin arındırılması

☒ Tanımlanan süreçler Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ile uyumlu olmalıdır.

KBRN01.02

Süreçlerin tanımlandığı doküman sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalı, ilgili sağlık çalışanları, dokümana nasıl ulaşacakları ve nasıl kullanacakları hakkında bilgilendirilmelidir.

KBRN02 KBRN arındırma alanları tanımlanmalıdır.

KBRN02.01

KBRN arındırma alanları uygun nitelikte olmalı, gerekli malzeme ve ekipman bulundurulmalıdır.

KBRN02.02

KBRN arındırma alanları, acil servise yakın bir alanda, hastane ortak kullanım ve hastaların yoğun dolaşım alanlarından ayrı olacak şekilde belirlenmelidir.

KBRN02.03

KBRN maruziyetine uğramış olan kişiler ile hastaların transferinde görev alanlar, KBRN arındırma alanlarında karşılanmalı, poliklinik, acil servis gibi diğer hasta-hasta yakını trafiğine sokulmamalıdır.

KBRN03 Maruziyet durumunda sağlık personelinde panik durumu oluşmasını engellemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

KBRN03.01

KBRN kapsamında görevlendirilen çalışanlara teorik ve uygulamalı olarak asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir:

- Arındırma
- Triyaj ve planlama
- Tıbbi KBRN
- Kişisel koruyucu KBRN donanımları ve kullanımı

KBRN04 Turuncu kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Rehberlik:

Turuncu kod; kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik kazalar neticesinde kontamine olarak hastaneye başvuran hastaları en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine etmek ve gerekli tıbbi desteği sağlamak amacıyla oluşturulan kod sistemidir.

KBRN04.01

Turuncu kod yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.

KBRN04.02

Gerçekleştirilen turuncu kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalı, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Biliniyorsa, KBRN bulaşının olduğu yer, tarih ve saat, etken, bulaş nedeni, çevrede oluşun olumsuzluklar
- KBRN olayına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri
- Hastaneye geliş tarih ve saati

KBRN04.03

Belirlenen tatbikat senaryosu kapsamında; çalışanlar, sağlık kurumunun bulunduğu yerel idari birimlerdeki ilgili unsurların da katılımı ile yılda en az iki kez (biri masa başı, biri uygulamalı olmak üzere) turuncu kod tatbikatı yapılmalıdır.

- Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.
- Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.
- Tatbikat raporu, dış paydaşlar ve iç paydaşlar ile bilgi güvenliği çerçevesinde paylaşılmalıdır.

KBRN05 KBRN tehlikeleri yönetim sürecine yönelik tanımlanan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

KBRN05.01

KBRN kapsamında görevlendirilen çalışanlara cihaz, malzeme ve ekipmanların güvenli kullanımı ile ilgili asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitim verilmelidir:

- Cihaz, malzeme ve ekipmanların kullanımı
- Miat ve uygunluk kontrolü
- Güvenli kullanım kuralları
- Cihaz ve ekipmanların bakım ve temizliği
- Cihaz, malzeme ve ekipmanların kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

KBRN06 KBRN tehlikelerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen işlemler ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

KBRN06.01

KBRN tehlikelerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen tespit, tanı, arındırma, atıkların depolanması, atıkların bertarafı gibi işlemlerin ve bu işlemlerin sonuçlarının kayıt altına alınması ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.

Eğitim Yönetimi

Amaç

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

KEY01 Hastanede, hasta, hasta yakını ve çalışan bazında eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.

KEY02 Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.

KEY02.01

Eğitim planlarında 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

KEY02.02

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

KEY02.03

Yapılan revizyon, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

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, hastanenin türü, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

KEY03.02

Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.

KEY03.03

Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.

☒ Rehber, hastanenin belirlediği kurallar çerçevesinde meslek bazında hazırlanmalıdır.

KEY03.04

Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.

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 ulaşılabilmelidir.

KEY04.06

İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

KEY05 Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.**KEY05.01**

Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. 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 konularda eğitimler verilmelidir:

- Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları
- Hastalığın seyri
- Hasta düşmelerinin önlenmesi
- Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar
- Hasta tarafından kullanılacak bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı
- El hijyeni, beslenme ve diyet, mobilizasyon ve egzersiz
- Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi
- Taburculuk sonrası bakım

KEY06.03

Hastalara verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Sosyal Sorumluluk

Amaç

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

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

KSS01.01

Hastane hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun yapısı ve sağlık dokusu 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, mortalite 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 ya da bunlara benzer konularda oluşturulabilir:

- Sigara ile mücadele
- Obezite ile mücadele
- Toplumun dış sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
- Toplumun ruh sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
- Hastaları işe girme konusunda güçlendirme ve teşvik
- Hastaların ürettikleri ürünlerin satışa sunulduğu sosyal etkinlikler
- Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
- Organ bağışının teşviki
- Kanserde erken teşhisin önemi
- Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme
- Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi
- Uzun dönem yatan hastaların psikolojik, sosyal ve kültürel gelişimlerinin teşviki
- Anne sütü ile beslenmenin teşviki
- Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri

- ☒ Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle m¼cadele kapsamında yerel y¼netimlerle iş birliği

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

KSS02.01

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

- ☒ Değerlendirme sonuçlarına g¼re program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

(O) KSS03 Uzun s¼reli yatışı s¼z konusu olan çocuk hastaların ilköğretim seviyesindeki eğitimlerinin kurum i¼inde s¼rd¼r¼lmesine y¼nelik d¼zenleme yapılmalıdır.



HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER



Hasta Deneyimi ◀

Hizmete Erişim ◀

Yaşam Sonu Hizmetler ◀

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, KEY06)

HHD01.04

Hasta ve hasta yakını, hasta hakları ve sorumlulukları hakkında asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir.

- Mahremiyet hakkı
- İtibar ve saygı görme hakkı
- Hastaya ait bilgilerin gizliliğinin sağlanması hakkı
- Hasta güvenliği ve emniyeti hakkı
- Sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme ve hasta rızasının alınması hakkı
- Tedaviyi reddetme hakkı
- Hasta sorumlulukları

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 ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.

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

HHD04 Hasta ve yakınlarının hastane 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 yapabilmelidirler.

HHD04.02

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

- ☒ Görüş, öneri ve şikayetlerini, ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da 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 direktörlüğü 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 yayınlanan anket sorularını içermelidir.

☒ Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.

HHD05.02

Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

☒ Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.

(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 sürecine gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.

HHD06.03

Cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan bileşeni kullanımı, 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 faydaları
- ☒ 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

Bilinci açık olmayan hastalar, çocuk hastalar, zihinsel engelli hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetisine sahip olmayan hastalar ile acil müdahale gerektiren 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.

HHD07.02

- ☒ Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.
- ☒ Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.

HHD07.03

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.

HHD07.04

Tüm hastane 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

Hastanede 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 kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.

HHD10.01

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

HHD10.02

Tıbbi kayıtların hangi durumlarda hasta 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.

HHD11.03

Çocuk hastaların kardeş ve arkadaşları tarafından ziyaret edilebilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

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 Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.**Rehberlik:**

Tıbbi sosyal hizmet sunumu; ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko- sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasını ifade etmektedir.

HHD13.01

Sosyal hizmet sunumuna yönelik sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

HHD13.02

Gerçekleştirilecek sosyal hizmet uygulamaları planlanmalıdır.

HHD13.03

Yatan hastalardan gerekli görülenler, sosyal destek ihtiyacı açısından sosyal hizmet uzmanlarınca değerlendirilmelidir.

HHD13.04

Hastanın talebine bağlı verilecek sosyal hizmetler tanımlanmalıdır.

HHD13.05

Gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları kayıt altına alınmalıdır.

HHD14 Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.

HHD14.01

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

HHD14.02

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

HHD14.03

Hizmetin reddedilmesi durumunda asgari aşağıdaki hususlar kayıt altına alınmalıdır:

- Reddin sebebi
- Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanma durumu
- Hastanın ya da yasal vekilinin redde ilişkin yazılı beyanı

Hizmete Erişim

Amaç

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

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

Rehberlik:

Hastanenin hizmet verdiği hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak hastaneden 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 (hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) bulunmalıdır.

HHE01.03

Birimde çalışanların kıyafetleri, hastanedeki 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 muayene zaman aralığı konusunda önceden bilgilendirilmelidir.

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

HHE04.01

Randevu ve sonuç verme süreleri hastane tarafından belirlenmelidir.

- Randevu ve sonuç verme süreleri belirlenirken, hastanenin koşulları, istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.

HHE04.02

Acil tetkik istemlerine yönelik maksimum randevu ve sonuç verme süreleri tanımlanmalıdır.

- Acil tetkik istemlerinde hasta bazında aciliyet durumunun tanımlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Tanımlanan düzenleme doğrultusunda klinisyen tarafından tetkik isteminin aciliyet derecesi (çok acil, acil, muhtemel acil ve normal gibi) belirtilmelidir.
- Acil istem yapılan hasta sayısı ve ünite ya da laboratuvar kapasitesi göz önünde bulundurularak, gerekirse tetkik sorumlusu uzman hekim (radyolog, laboratuvar hekimi gibi) tarafından gerekirse triyaj yapılmalıdır.

HHE04.03

Hasta veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

HHE04.04

Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.

- ☒ Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

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

HHE05.01

Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırımları sağlanmalıdır.

HHE05.02

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

HHE05.03

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

HHE05.04

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

Yaşam Sonu Hizmetler

Amaç

Cenaze ve yakınına saygı ve özen çerçevesinde, zamanında, etkin ve güvenli hizmet sunmaktır.

HYS01 Yaşam sonu hizmetlere yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

HYS01.01

Hastanede sunulan yaşam sonu hizmetlerine ilişkin asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- Cenazenin;
 - İlgili birimden çıkışının yapılması
 - Morga taşınması
 - Morga kabul ve bekleme süreci
 - Morgdan çıkışı
- Adli süreçlerin işleyişi
- Morg fiziki koşullarının sağlanması ve izlenmesi
- Morg alanına giriş ve çıkış kuralları
- Özel durumlarda sağlık personelinin cenazeye erişimi ile ilgili yetkilendirilmesi
- Cenaze kimlik doğrulama süreçleri
- Morg personelinin güvenliğinin sağlanması
- Cenaze yakınlarının bilgilendirilmesi ve gerektiğinde desteklenmesi
- Cenaze ve yakınlarının farklı kültürel ve manevi değerlerinin varlığı durumunda izlenecek süreçler
- Sahibi olmayan cenazelerle ilgili izlenmesi gerekli süreç
- Ölü doğan bebekler, düşük materyali, ampute edilmiş organlar gibi hususların varlığında izlenecek yol

HYS02 Yaşam sonu hizmetler kapsamında cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.

HYS03 Morga teslim edilmeden önce ve taşınması sırasında cenazenin mahremiyet ve güvenliği sağlanmalıdır.

HYS04 Cenazenin taşınması ve muhafazasına yönelik gerekli fiziki düzenleme yapılmalıdır.**HYS04.01**

Morg çıkışı, hastanenin ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.

HYS04.02

Hastanenin yapısı ve hizmet sunulan hasta profili dikkate alınarak, ihtiyaç duyulan sayıda soğuk hava düzenine sahip çelik, paket tipi, çalışır durumda cenaze muhafaza dolabı bulunmalıdır.

☒ Cenaze muhafaza dolaplarının ısı takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

HYS04.03

Cenazenin üzerinde, dolapta ve cenaze taşıma ekipmanında cenazenin kimlik bilgileri bulunmalıdır.

HYS04.04

Bebek cenazesinde kullanılan taşıyıcılar cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğe sahip olmalıdır.

HYS05 Morg işleyişine yönelik süreçler izlenebilir olmalıdır.**HYS05.01**

Morg işleyişi kapsamında gerçekleştirilen tüm işlemler kayıt altına alınmalı ve arşivlenmelidir.

HYS06 Morg süreçleri enfeksiyonların önlenmesi açısından düzenlenmelidir.**HYS06.01**

Cenaze yıkama yerinde sıcak su sistemi bulunmalıdır.

HYS06.02

Cenazenin muhafaza edildiği ve yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.

HYS06.03

Morg personeline enfeksiyonlardan korunma ve iletişim becerileri eğitimi verilmelidir.

HYS07 Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır.

HYS07.01

Bekleme alanı hasta yakınlarının oturarak beklemelerini sağlayacak tasarımda olmalıdır.

HYS07.02

Bekleme alanı temiz ve düzenli olmalıdır.

HYS07.03

Bekleme alanında cenaze yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

HYS08 Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir.

HYS08.01

Cenaze kimlik bilgileri, resmi kimlik belgeleri aracılığı ile ve yakınlarının sözlü ve yazılı onayı alınarak doğrulanmalı ve hasta yakınlarına doğrularak teslim edilmelidir.

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, hastane 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 hangi bilgi ve belgelerin gerektiği, 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, hastane ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak ilgili birimlerde istihdam edilmelidir.

HSÇ03.04

Hastanede 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

Doktorlar, hemşireler ve klinik bakım sürecinde yer alan diğer sağlık çalışanlarının klinik 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 yöneticilerinin 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

Hastane ve bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

- ☒ Risk değerlendirmesi; çalışanların hastanede karşılaşabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır.
- ☒ Risk değerlendirmesi mesai dışı hizmet ve süreçleri de kapsamalıdır.
- ☒ Çalışan güvenliği açısından bölüm ve hastane bazında asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
 - Enfeksiyonların önlenmesi
 - Sağlık taramaları ve bağışıklama
 - Kimyasal madde güvenliği
 - Radyasyon güvenliği
 - Gıda güvenliği
 - Gürültü
 - 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)

HSC06.02

Hastane ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

HSC06.03

Çalışanların güvenliğini tehdit eden, ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

(Bkz: İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bölümü)

- ☒ Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

HSC06.04

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

(Ç) HSC07 Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

HSC07.01

Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi tarafından hazırlanmalı ve takip edilmelidir.

- ☒ Program, ilgili birim uzman hekimi, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, hemşire gibi uzmanların görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.
- ☒ Program oluşturulurken bölüm bazında belirlenen riskler dikkate alınmalıdır.
- ☒ Program, bölüm bazında yapılacak sağlık taramalarının, kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığını içermelidir.

HSC07.02

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

- ☒ Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.

HSC07.03

Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.

- ☒ Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.

HSC07.04

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

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

Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske, önlük, biyogüvenlik kabini, kilitli enjektör, yüz maskesi, kurşun önlük, kulaklık vb.) belirlenmelidir.

HSÇ08.02

Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

HSÇ08.03

Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara 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 dolapları 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, çocuk kulübü gibi fiziksel ve sosyal imkanlar sağlanmalıdır.
- Kişisel gelişim eğitimleri, mesleki eğitim aktiviteleri gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik etkinlikler düzenlenmelidir.

HSÇ10 Personelin sağlık durumlarına 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 ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**HSÇ11.01**

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Rehberlik:

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

HSÇ11.02

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

HSÇ11.03

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

- ☒ Değerlendirmelerde, kalite direktörü, 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 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.
- ☒ Gerektiğinde, görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana geri bildirimde bulunulmalıdır.

HS12 alışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.
(Bkz: Anket Uygulama Rehberi)

HS12.01

alışan geri bildirim anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.

- Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.

HS12.02

Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

- Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine st yönetimin katılımı sağlanmalıdır.

SAĞLIK HİZMETLERİ

- Hasta Bakımı ◀
- İlaç Yönetimi ◀
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü ◀
- Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri ◀
- Transfüzyon Hizmetleri ◀
- Terapötik Aferez Hizmetleri ◀
- Radyasyon Güvenliği ◀
- Acil Servis ◀
- Ameliyathane ◀
- Yoğun Bakım Ünitesi ◀
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ◀
- Doğum Hizmetleri ◀
- Diyaliz Ünitesi ◀
- Psikiyatri Hizmetleri ◀
- Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri ◀
- Biyokimya Laboratuvarı ◀
- Mikrobiyoloji Laboratuvarı ◀
- Patoloji Laboratuvarı ◀
- Doku Tiplendirme Laboratuvarı ◀
- Kemoterapi Hizmetleri ◀
- Organ ve Doku Nakli Hizmetleri ◀
- Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri ◀
- Palyatif Bakım Kliniği ◀
- Evde Sağlık Hizmetleri ◀

Hasta Bakımı

Amaç

Hastaneden 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 ayakta, yatan ve acil hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Hasta bakımı, hastaların hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren 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
- Gerekliğinde 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 hekim tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı ve tedaviye yönelik plan hastane tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.

(Bkz: Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü)

(Ç) 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
- Bası ülseri risk değerlendirmesi
- Düşme riski değerlendirilmesi
- Ağrı şiddeti değerlendirilmesi
- Bilinç düzeyi takibi
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi
- Kateter bakımı ve takibi
- Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
- 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, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog 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 Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar belirlenmelidir.

SHB05.01

Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar aşağıdaki hususları içermelidir:

- ☒ Kateter ve tüplerin doğru kullanımı
- ☒ Sağlık çalışanlarının belirlenen kurallar ve hasta devri sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda bilgilendirilmesi
- ☒ Klinik dışı personel, hastalar ve ailelerin söz konusu cihazlarla ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmesi

SHB05.02

Sağlık çalışanlarını bilgilendirmek amacıyla hastalara takılan yüksek riskli kateterlere (arteriyel, epidural, intratekal gibi) yönelik uyarıcı işaretleme yapılmalıdır.

SHB06 Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB06.01

Ayaktan ve yatan hastalarda ağrı varlığı sorgulanmalıdır.

- ☒ Ağrı olması durumunda VAS (visuel analog skala), numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.

- ☒ Ayaktan hastalarda ağrı şiddeti değerlendirmesi, hastanenin belirleyeceği branşlarda ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.

SHB06.02

Hastalarda ağrı takibi yapılmalı ve ağrı kontrolüne yönelik tedbirler alınmalıdır.

SHB06.03

Kullanılan ağrı değerlendirme ölçüm aracının önerdiği yeniden değerlendirme sıklığına göre takip yapılmalıdır.

SHB06.04

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

(Ç) SHB07 Hastaların tıbbi beslenme sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB07.01

Tıbbi beslenmeye yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Hekim ve diyetisyen tarafından hastanın beslenme durumu, beslenmeye yönelik risk ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesi
- ☒ Tıbbi beslenme sorununun tanımlanması
- ☒ Tıbbi beslenme tedavisi hedeflerinin saptanması
- ☒ Tıbbi beslenme tedavisinin düzenlemesi ve izlemesi

SHB07.02

Hastaların tıbbi beslenme tedavisine yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere ekip kurulmalı, ekibin sorumlulukları tanımlanmalıdır.

SHB07.03

Hastaların beslenme riskleri değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

- ☒ Beslenme risk değerlendirmesi yatan hastaların tamamında, ayaktan hastalarda ise hastanenin belirleyeceği branşlar ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.

SHB07.04

Risk değerlendirme sonrası hastanın ihtiyacına göre belirlenen tıbbi beslenme tedavisi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SHB07.05

Hastanın taburculuk sonrası süreçte tıbbi beslenme tedavisinin sürdürülmesini sağlamaya yönelik düzenleme (eğitim, izlem sürecinin tanımlanması, beslenme ekipmanlarının kullanımı hakkında bilgilendirme vb.) yapılmalıdır.

(Ç) SHB08 Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB08.01

Risk değerlendirmesi sonucunda, tıbbi beslenme destek (nütrisyonel destek) ihtiyacı tespit edilen hastaların bakımı ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SHB08.02

Malnütrisyon veya malnütrisyon riski tanımlanan hastalar için gerekli tıbbi beslenme desteği sağlanmalıdır.

SHB08.03

Hastaya özel beslenme solüsyonlarının aseptik koşullarda hazırlanması sağlanmalıdır.

SHB08.04

Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

(Ç) SHB09 Basınç yarasının kontrolü ve önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

SHB09.01

Basınç yarası açısından risk değerlendirmesi yapılması gereken hasta grupları belirlenmelidir.

SHB09.02

Hastalar, basınç yarası riski açısından kanıta dayalı ölçekler (Braden, Norton, Waterlow vb.) ile değerlendirilmelidir

SHB09.03

Risk düzeyine göre basınç yarasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalı ve bakım planına kaydedilmelidir.

SHB10 Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

SHB10.01

Konsültasyonların süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

SHB10.02

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

SHB10.03

Konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

SHB10.04

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

SHB11 Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.

SHB11.01

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 ya da kombi tüp)
 - Kişisel koruyucu ekipman
- ☒ Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir.
- ☒ Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, hastane tarafından belirlenmelidir.

SHB11.02

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

SHB11.03

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

SHB11.04

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

(Ç) SHB12 Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB12.01

Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar tanımlanmalıdır.

SHB12.02

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

SHB12.03

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

SHB12.04

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

SHB12.05

Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası yazılı olarak alınmalıdır.

SHB12.06

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

SHB12.07

Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.

SHB12.08

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

SHB12.09

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin “Klinikten Ayrılmadan Önce” bölümü doldurulmalıdır.

(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)

(Bkz: Ek-4 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)

SHB12.10

Cerrahi işlem öncesinde cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır.

- ☒ Cerrahi bölge işaretlemesi, cerrahi işlemi yapacak ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden önce yapılmalıdır.
- ☒ Cerrahi bölge işaretlemesi, hastane tarafından belirlenen usulde ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.

SHB13 Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**Rehberlik:**

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

SHB13.01

Hastaların cerrahi işlem sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SHB13.02

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

SHB13.03

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

SHB13.04

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

SHB14 Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SHB14.01

Ameliyathane dışında sedasyon uygulanan alanlar belirlenmelidir.

SHB14.02

Ameliyathane dışında yapılacak olan sedasyon uygulamaları ve bunlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

(Ç) SHB15 Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

SHB15.01

Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç, kan ve kan bileşeni uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama yöntemleri ile doğrulanmalıdır.

SHB15.02

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

SHB15.03

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

SHB16 Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.

Rehberlik:

Kullanılacak kimlik tanımlayıcısı, hastanın cinsiyeti, alerjik durumu, hastaneye kabul şekli (ayaktan, yatan hasta), psikiyatri hastası olup olmaması gibi durumlar göz önünde bulundurularak belirlenir.

SHB16.01

Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

SHB016.02

Yatan hastalarda kimlik tanımlayıcısı olarak bileklik ya da kol bandı kullanılmalıdır.

- ☒ 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.
- ☒ Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli bileklik kullanılmalıdır.
 - Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılmalıdır.
 - Annedeki beyaz bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen bileklik ile değiştirilmelidir.
 - Bebeğin bilekliğinde en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

SHB17 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

SHB17.01

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

- ☒ Hangi hastalara ya da hasta gruplarına risk değerlendirmesi yapılacağı (Diyaliz hastaları, ayaktan kemoterapi alan hastalar, düşme riskini arttıran parenteral ilaç kullanılan hastalar, acil servis müşahade hastaları gibi yatışı yapılmayan hasta gruplarına da risk değerlendirmesi yapılabilir)
- ☒ Yatan hastalar, evde sağlık hizmetleri kapsamında takip edilen hastalar ve belirlenen hasta gruplarında 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)
- ☒ Hasta transferi sırasında ne tür önlemler alınacağı

(Ç) SHB18 Hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

SHB18.01

Yatan hastalar ve kurum tarafından belirlenen ayaktan hasta gruplarında 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)

SHB18.02

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, hastanın bölümler arası transferi, postoperatif dönem, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması ve bir düşme olayı gerçekleşmesi halinde tekrarlanmalıdır.

(Ç) SHB19 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

SHB19.01

Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve hastane bazında önlemler alınmalıdır.

SHB19.02

Düşme riski yüksek olan hastalar, düşme riski yüksek hasta figürü ile tanımlanmalıdır.

(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)

SHB19.03

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

SHB19.04

Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim yapılmalıdır.

SHB19.05

Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SHB20 Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB20.01

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

SHB20.02

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

SHB20.03

İlaçla kısıtlama ile ilgili asgari kurallar tanımlanmalıdır.

SHB20.04

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.

SHB21 Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.

SHB21.01

Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

SHB21.02

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

(Ç) SHB22 Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.

SHB22.01

Hastaların güvenli transferine yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- Hastaların bölümlere transferi
- Hastaların hastane dışına transferi
- Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferi
- Özellikle hastaların (yenidoğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastaları gibi) transferi
- Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
- Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
- Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması

SHB22.02

Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye, transport küvöz, yenidoğan arabası gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.

- Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.

SHB22.03

Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.

SHB22.04

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

SHB22.05

İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

SHB23 Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**Rehberlik:**

Bu standart palyatif bakım kliniği dışındaki palyatif bakım gerektiren hastalara yönelik hizmet süreçlerini kapsar.

SHB23.01

Palyatif bakım gerektiren hasta grupları tanımlanmalıdır.

SHB23.02

Palyatif bakım hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

- Palyatif bakım gerektiren hastanın yatışı süresince gerekli bakım hizmetini alması sağlanmalıdır.

SHB23.03

Palyatif bakım gerektiren hastaların, palyatif bakım hizmeti almasına yönelik gerekli planlama, koordinasyon ve yönlendirme yapılmalıdır.

SHB24 Hastane çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.**Rehberlik:**

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

SHB25 Yatan hastanın ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.**SHB25.01**

Hasta ve 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

SHB26 Yanık tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Yanık tedavi birimi (yanık odası, yanık ünitesi veya yanık merkezi) bulunan sağlık kuruluşlarında değerlendirilir.

SHB26.01

Yanıklı hasta bakımına yönelik süreçler ilgili birimin Bakanlıkça tanımlanan rolü kapsamında asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Hasta kabul kriterleri ve yanık vakasının özelliğine göre hasta bakım süreçlerinin tanımlanması
- Hastaların psikososyal rehabilitasyonu
- Hasta sevk, nakil ve taburculuk süreçleri
- Yanık tedavi hizmetlerinin kesintisiz sağlanması

SHB26.02

Yanık tedavi biriminin rolü kapsamında uygun fiziki şartlar sağlanmalı, gerekli personel, cihaz ve donanım bulundurulmalıdır.

İlaç Yönetimi

Amaç

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

SIY01 İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**SIY01.01**

Hastanede ilaç yönetiminden sorumlu bir ekip bulunmalıdır.

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

SIY01.02

Ekibin sorumlulukları tanımlanmalı ve asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ☒ İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi
- ☒ Hastane formülerinin hazırlanması ve formüler ile ilgili gerekli güncellemelerin yapılması
- ☒ Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması
- ☒ “Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi” hazırlanması

(O) SIY02 Hastane formüleri oluşturulmalıdır.**Rehberlik:**

- ☒ Hastane formüleri, doktor ve eczacılar için referans niteliğinde olan, sağlık problemlerinin tedavisinde en etkin, güvenilir ve ekonomik ilaçların listesiyle birlikte reçete yazımı için gerekli temel ilaç bilgilerini içeren kaynaktır.
- ☒ Formülerde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Her ilacın akılcı kullanımına ait özet farmakolojik ve terapötik bilgiler
 - Eczane çalışma saatleri, çalışma saati dışındaki zamanlarda yapılan hizmet sunum şekli (ilaç isteğinin nasıl yapılacağı, kayıtların nasıl tutulacağı gibi)
 - İlaç tedavisiyle ilgili konular (çocuk dozlarının nasıl hesaplanacağı, acil durumlarda kullanılan ilaçların doz tabloları, sık kullanılan kısaltmalar, klinik açıdan önem taşıyan ilaç etkileşimleri, ilaç zehirlenmelerinde acil tedavi ilkeleri gibi)
 - İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhası ve uygun şartlarda bertaraf edilmesi

SiY03 İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SiY03.01

İlaç yönetimi ile ilgili hastaneye 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
- Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
- İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü
- Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü
- Advers etki bildirimleri
- İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
- Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci
- TPN solüsyonlarının temin, hazırlama, saklama ve uygulama süreçleri
- 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
- İlaç atıklarının yönetimi

(Ç) SiY04 İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Rehberlik:

İlaçlar için depolama alanları; eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını (yoğun bakım, doğumhane, acil servis, ameliyathane gibi) kapsamaktadır.

SiY04.01

İlaçlar uygun niteliklere sahip depolama alanlarında muhafaza edilmelidir.

SiY04.02

Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.

SiY04.03

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.

SiY04.04

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

SiY04.05

İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.

SiY04.06

Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.

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

SiY04.07

İlaçların stok ve miat takibi yapılmalıdır.

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

SiY04.08

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

SİY04.09

ilaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

(Ç) SİY05 İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

SİY05.01

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

SİY05.02

Tedavi planı hekim tarafından günlük olarak yapılmalı ve onaylanmalıdır.

- ☒ Günlük olarak hazırlanması mümkün ya da etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmeli, söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
- ☒ Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır.
- ☒ Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza bulunmalıdır. SBYS'de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.

SİY05.03

Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içermelidir.

SİY05.04

Tedavi planı, SBYS eczane modülünde de görülebilmelidir.

SİY05.05

Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmelidir.

- ☒ İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.
- ☒ Liste dışındaki kısaltmaların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SİY05.06

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

SiY06 İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SiY06.01

İlaçların eczaneden çıkışına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SiY06.02

İlaçlar eczanede birim dozlara bölünerek ve her hasta için ayrı olacak şekilde 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 paketlenme 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.

SiY06.03

Hazırlama esnasında özel teknik, ekipman veya uzmanlık gerektiren (kemoterapi ilaçları gibi) ilaçlar, alanında uzman kişi tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir.

SiY07 İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SiY07.01

İlacın güvenli transferi için gerekli ekipman bulunmalıdır.

SiY07.02

Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.

SiY07.03

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

() SiY08 İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SiY08.01

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.

SiY08.02

İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.

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

SiY08.03

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

SiY08.04

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 görülen advers etkiler kayıtlarına alınarak bildirim (farmakovijilans) sağlanmalıdır.

SiY09 Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

SiY09.01

Advers etki bildirimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

SiY09.02

Farmakovijilans sorumlusu ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

SiY09.03

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

SiY09.04

Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.

SiY09.05

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

SiY10 Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Rehberlik:

Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir:

- Acil Pediyatrik İlaçlar
- Görünüşü Benzer İlaçlar
- Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
- Psikotrop İlaçlar
- Narkotik İlaçlar
- Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
- Yüksek Riskli İlaçlar
- Hazırlanması Özel Teknik/Teçhizat/Uzmanlık Gerektiren İlaçlar
- Konsantre Elektrolitler
- Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar
- Sitotoksik İlaçlar

SiY10.01

Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalıdır.

SiY10.02

Listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.

SiY10.03

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

SİY10.04

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

SİY11 Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**SİY11.01**

Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

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

SİY11.02

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 taşıma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.

SİY11.03

Miadi geçmiş ya da bozulmuş, kullanımını risk oluşturan vb. nedenlerle imha edilen narkotik ve psikotrop ilaçlar kayıt altına alınmalıdır.

SİY12 Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**SİY12.01**

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 hastane tarafından belirlenmelidir.

Rehberlik:

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

SiY13 Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SiY13.01

Eczaneye iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmelidir.

SiY13.02

İade edilen ilaçların kayıtları tutulmalıdır.

SiY14 İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SiY14.01

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

Amaç

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 Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.**SEN01.01**

Enfeksiyon kontrol komitesinde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.

SEN01.02

Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

SEN02 Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program bulunmalıdır.**SEN02.01**

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program, hastanenin sunduğu hizmetleri ve hastane bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.

Program asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
- Sürveyans
- El hijyeni
- İzolasyon önlemleri
- Enfeksiyon kontrol demetleri
- Hastanede mevcut olan özellikli alanlarda enfeksiyon kontrolü (dializ, yoğun bakım, kemik iliği nakil ünitesi, immünsüpresif hasta odaları, izolasyon odaları, parenteral nütrisyon ünitesi vb.)
- Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal bildirim sistemine kaydedilmesi
- Akılcı antibiyotik kullanımı
- Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık taramaları ile bağışıklama işlemlerinin tanımlanması
- Hava ve su kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri
- Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi
- Olağanüstü durumlara (salgınlar, nadir görülen enfeksiyonlar vb.) yönelik planlamaların yapılması
- Çamaşırhane, mutfak, morg, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

Rehberlik:

Program, hastanenin enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik politikalarını belirlemek, işleyiş ile ilgili ana süreçleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla oluşturulmaktadır. Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi, tüm süreçleri bizzat yürütmekle değil, programa ilişkin politikaları ve sorumlulukları tanımlamakla görevlidir.

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

SEN03 Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SEN03.01

Sürveyans kapsamı ve içeriği asgari Bakanlıkça tanımlanan kriterler ve rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.

SEN03.02

Sürveyans sonuçları ulusal sürveyans sistemine ulusal standartlara uygun şekilde kaydedilmelidir.

SEN03.03

Hastane enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporları hazırlanmalıdır.

☒ Sürveyans raporları en az ulusal sürveyans sisteminde belirlendiği şekilde ve sıklıkta oluşturulmalıdır.

SEN03.04

Sürveyans raporları enfeksiyon kontrol komitesince değerlendirilmeli, üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılmalıdır.

SEN03.05

Sürveyans sonuçlarına göre iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

(Ç) SEN04 Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetleri oluşturulmalıdır.

SEN04.01

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amacıyla asgari aşağıdaki başlıklarda enfeksiyon kontrol demetleri oluşturulmalıdır:

- ☒ Ventilatör ilişkili pnömoni (VIP)
- ☒ Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE)
- ☒ Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)

Rehberlik:

Enfeksiyon kontrol demetleri, yararı kanıtlanmış enfeksiyon önlemlerinin tek tek uygulanması yerine klinik duruma göre birlikte demet halinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmış kontrol listeleridir. Bu önlemler birlikte uygulandığında sinerji oluşturmakta ve enfeksiyonların önlenmesine yönelik çalışmaların etkinliğini artırmaktadır. Kontrol demetlerine tam uyum sağlanması ve her hasta için yedi gün 24 saat uygulanabilir ve denetlenebilir olması önemlidir. Bütün demet uygulamalarında temel prensipler; invaziv aletlerin gereksiz kullanılmaması, günlük tıbbi uygulamalar sırasında el hijyeni, asepsi ve antisepsi kurallarına uyum, invaziv araç kullanımının en kısa sürede sonlandırılması olarak görülmektedir.

SEN04.02

Kontrol demetleri, Bakanlık tarafından yayımlanan kurallar doğrultusunda uygulanmalıdır.

SEN05 Sağlık çalışanlarının enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetlerine uyum düzeyi izlenmelidir.

SEN05.01

Uyum düzeyleri, yoğun bakım bazında her bir kontrol demeti için ayrı ayrı izlenmelidir.

SEN05.02

Uyum düzeyleri analiz edilmeli ve gerekli görülen iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SEN06 Hastane el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.

SEN06.01

Hastane el hijyeni politikası asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ El hiyeninin tanımı ve genel kapsamı

- ☒ El hijyeninin hastane için önemi
- ☒ El hijyeni ile ilgili genel hastane hedefleri
- ☒ Yöneticiler ve çalışanların el hijyeni ile ilgili temel sorumlulukları
- ☒ Sürekli iyileştirme stratejisi
- ☒ El hijyeni ile ilgili prosedürlere atıflar

SEN06.02

Hastane el hijyeni politikası, stratejik hedeflerde ve hastane uygulamalarında izlenebilir olmalıdır.

SEN06.03

Belirlenen politika doğrultusunda el hijyenine yönelik stratejilerin belirlenmesi, uygulamaların izlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla el hijyeni koordinatörü belirlenmelidir.

(Ç) SEN07 Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.

SEN07.01

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 dokümanları asgari aşağıdaki konuları kapsmalıdır:
 - 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

SEN07.02

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 ödüllendirilmesi
- ☒ 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.

SEN08 Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.

SEN08.01

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 klinikleri ile psikiyatri kliniklerinde, bakım alanında el antiseptik kutularının bulundurulmaması, sağlık çalışanlarının cepte taşınabilen el antiseptikleri kullanması önerilmektedir.

SEN08.02

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

SEN08.03

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

SEN09 Personelin el hijyeni bilinci ve uygulama düzeyi ölçülmelidir.

SEN09.01

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

SEN09.02

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

SEN09.03

Ölçüm sonucuna göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler yapılmalıdır.

(Ç) SEN10 Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.

SEN10.01

“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.
- Yoğun bakımlardaki gözlemler, her üç aylık dönemde, tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır.
- Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir.
- Epidemiyoloji şüphesi ya da 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

SEN10.02

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

(Ç) SEN11 İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**SEN11.01**

Enfekte ya da kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

- ☒ Enfekte ya da kolonize hastaların yönetiminde kullanılacak olan izolasyon önlemleri belirlenirken kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.

SEN11.02

Enfekte veya kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır.

- ☒ İzolasyon yöntemi ilgili Bakanlıkça belirlenen tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır:
 - Solunum izolasyonunda sarı yaprak
 - Damlacık izolasyonunda mavi çiçek
 - Temas izolasyonunda kırmızı yıldız
- ☒ Enfeksiyon kontrol komitesinin kararı doğrultusunda, izolasyon yönteminin adı ve uygulama şekli, tanımlayıcı figürler için kullanılan görsellerle birlikte kullanılabilir.

(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)

SEN11.03

İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı figürler, hastanın transferi de dahil olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde uygulanmalıdır.

SEN11.04

İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

(Ç) SEN12 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.

SEN12.01

Mesleki enfeksiyonlara yönelik sağlık taramaları birimlerdeki risk düzeylerine göre yapılmalı, bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı bağışıklama sağlanmalıdır.

SEN12.02

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

SEN12.03

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

SEN13 Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

SEN13.01

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

SEN14 Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri

Amaç

Sağlık tesisinin 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 Hastane temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**SDS01.01**

Hastane alanları ile zemin ve yüzeylerinin (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, hastanenin 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 ekipmanları
 - 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

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

Hastane 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 ekipman kullanımı
- ☒ Temizlik malzemelerine maruz kalma (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaktır
- ☒ Temizlik ve dezenfeksiyonun etkinliğini bozan yapısal sorunlar ve bu sorunlar hakkında sorumlulara bilgi verilmesi gerekliliği

SDS02 Hastanede 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 hastanede 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 Hastanede kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.

SDS03.01

Hastanede 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.

SDS04.03

Dezenfektanların bulunduğu kap ya da konteynerlerin kapakları kapalı olmalıdır.

SDS04.04

Dezenfektanların hazırlandığı kap ya da 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 kullanımını hakkında eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Dezenfektan etkinliğinin sağlanması için dikkat edilecek hususlar
- Gerekli kişisel koruyucu ekipmanın kullanımı
- Havalandırma koşulları
- Kaza durumunda yapılacaklar
- Dezenfeksiyon etkinliğini bozan durumların bildirimini
- 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 dezfektana yönelik uygun MEK testi yapılmalıdır.
- ☒ Test materyali dezenfektanla uyumlu olmalı, “pH ölçer” bu amaçla kullanılmamalıdır.
- ☒ Kontrol sıklığı, solüsyonun kullanım sıklığı ve süresi dikkate alınarak hastane 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 aşağdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Sterilizasyon ünitesinde yer alan fiziki alanlar
- ☒ Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları
- ☒ Aletlerin;
 - Üniteye transferi
 - Yıkınması
 - Hazırlık ve kontrol alanına taşınması
 - Sayımı ve kontrolü
 - Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması

- Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması
- ☒ Yıkama, paketlenme ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü
- ☒ Yıkama, paketlenme ve sterilizasyon sürecinde kullanılan cihazlarının 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 sterilizasyon süreci
- ☒ Tekrar kullanılabilen malzemelerin kullanım koşulları
- ☒ Olağanüstü durumlarda (afetler, tesis kaynaklı sorunlar, cihaz gaz kaçaqları gibi) sterilizasyon hizmetleri ile ilgili alınacak önlemler

SDS07 Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.

SDS07.01

Sterilizasyon ünitesinde kirli 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 hava akımı steril depolama alanından kirli alana doğru olmalıdır.

- ☒ Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır.

- ☒ Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır.
- ☒ Havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalıdır.

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.
- ☒ 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 (ayrıntılı muayene bölümü 100-200 mum, evye alanları 50-100 mum 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.

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 çıktılarının 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.
- En az altı ayda bir kez demineralize suyun kimyasal ve mikrobiyolojik kontrolü yapılmalıdır.
- Yıkama kontrolü, kullanımda olan lümenli aletleri de kapsmalıdır.

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:

- ☒ 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 vb.)
 - Yükte veya yükleme biçiminde değişiklik (yeterlik testlerinde kullanılan referans yüke göre)
 - Paketleme malzemesi veya yönteminde değişiklik (tek kullanımlık paketleme malzemesinden konteynera geçiş vb.)
- ☒ Parametrik validasyon yöntemine karar verilmiş ve en az yılda bir kez parametrik validasyon yapılmakta ise ürün teslimi için kimyasal ya da 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
 - Etilenoksit sterilizasyonunda her döngüde
 - Formaldehit sterilizasyonunda her döngüde
 - H₂O₂ 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, paketleme kat sayısı, paketleme 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 testi 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 ulaşılabilmelidir.

() SDS14 Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.

SDS14.01

Etilen oksit sterilizatörü ayrı bir bölümde yer almalı, giriş kapısı üzerinde gerekli uyarıcı semboller bulunmalı ve odaya giriş sınırlandırılmalıdır.

SDS14.02

Etilen oksit sterilizasyon odasında saatte en az 20 kez taze hava değişimi olmalı, basınç evre alanlardan daha düşük tutulmalıdır. Basınç farkı sesli ve görüntülü uyarı sistemleri ile sürekli izlenmelidir.

SDS14.03

Cihaz %100 etilen oksit ile çalışmalı, kartuş elle aktive edilmemeli, cihaz içerisinde otomatik olarak hazneye dolmalıdır.

SDS14.04

Kartuşlar zel bir kapalı metal konteynerde saklanmalıdır.

SDS14.05

Ortamdaki gazı tespit edebilen uyarı sistemi bulunmalıdır.

SDS14.06

Alarm durumunda kullanılmak üzere, sterilizasyon nitesi girişinde gaz maskesi ve koruyucu giysi bulunmalıdır.

SDS14.07

Etilen oksit sterilizatörü ile steril edilen malzemeler uygun süre ile havalandırılmalıdır.

☒ Malzemeler;

- Cihazın kendi kazanı içerisinde en az 8-10 saat
- Cihaz dışında ise malzemenin yapısı, kullanım amacı, lümen inceliği, lümen uzunluğu, vücutta bırakılacak olması gibi kriterler göz önünde bulundurulurken ilaveten 12 saatten iki haftaya kadar havalandırılmalıdır.

SDS14.08

Etilen oksit sterilizatörüne ait atık gazlar bağımsız bir bacadan çevre güvenliğini sağlayacak şekilde tahliye edilmelidir.

Rehberlik:

Atık gazı nötralize edebilen cihazların varlığında bağımsız bir bacaya ihtiyaç yoktur. Bu durumda düzenli aralıklarla atık gazın etilen oksit içeriği ölçülmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

(Ç) SDS15 Hastanede kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SDS15.01

Endoskopik cihazların ön işlem, temizleme, durulama, yüksek düzey dezenfeksiyon, son durulama, kurulama ve saklama aşamalarına yönelik kurallar ulusal ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda tanımlanmalıdır.

SDS15.02

Endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyonunun etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.

- ☒ Endoskopi ünitelerinde dezenfeksiyon işlemi için ayrılmış bir oda bulunmalıdır.
- ☒ Odanın havası saatte 7-15 kez değiştirilmelidir.
- ☒ Biri yıkama amaçlı kullanılmak üzere en az iki adet eviye bulunmalıdır. Ayrıca, elle dezenfeksiyonda sadece durulama için kullanılan ayrı bir eviye de olmalıdır.
- ☒ Eviyenin yapıldığı malzeme kimyasallara dayanıklı olmalı ve kolay temizlenebilmelidir.
- ☒ Eviye, bir endoskopi kordonlarıyla birlikte, zarar görmeden tam olarak alabilecek kadar büyük olmalıdır (en az 42 cm).
- ☒ Eviyeye sıcak ve soğuk su akışı olmalıdır.
- ☒ El yıkama için ayrı bir lavabo bulunmalıdır.

SDS15.03

Kullanılan yüksek düzey dezenfektanın Minimum Etkin Konsantrasyonu (MEK) kontrol edilmelidir.

SDS15.04

Dezenfektörler ile yapılacak olan endoskop dezenfeksiyonunda, dezenfeksiyon işlemine kadar olan temizleme basamaklarının tamamı uygulandıktan sonra endoskop dezenfektöre yerleştirilmelidir.

- ☒ Dezenfektör döngüsü tamamlanmadan endoskop çıkarılmamalı, elle yapılan dezenfeksiyonda olduğu gibi kurulama ve saklama basamaklarının uygun şekilde tamamlanması sağlanmalıdır.

SDS15.05

Endoskoplar kurumaları için düşey pozisyonda asılmalı, kurutulduktan sonra temiz olarak muhafaza edilmelidir.

SDS15.06

Endoskopik cihazların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerini gerçekleştiren personel konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

Transfüzyon Hizmetleri

Amaç

Transfüzyon hizmetlerinin bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunun sağlanarak sunulmasıdır.

STH01 Transfüzyon hizmet süreçleri ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

STH01.01

Transfüzyon hizmet süreçleri ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonuna ilişkin sorumluluklar
- Kan ve kan bileşenlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar
- Kullanılan testlerin kalite kontrolleri
- Kan ve kan bileşeni istem süreci
- Transfüzyon öncesinde, işlem ile ilgili hasta rızasının alınması
- Transfüzyon öncesinde, hasta adına hazırlanmış kan ya da kan bileşenine ait bilgilerin kontrol edilmesi
- Hasta kimliğinin doğrulanması
- Transfüzyon süresince hastaların izlenmesi
- Transfüzyon reaksiyonu durumunda yapılması gerekenler
- Pediatrik kullanım için kan bileşenlerinin hazırlanması
- Klinik acil durumlarda transfüzyon uygulamaları
- Potansiyel bulaştırıcı bağışların (HIV, HCV veya HBV) tespiti, bildirimi ve izlenmesi
- İade edilen ürünlerin iade kabul şartları
- Kan ve kan bileşenlerine ilişkin iade ve ret kriterleri
- Kan ve kan bileşenlerinin imha usul ve esasları
- Ekipmanların kullanımı, temizlenmesi, bakımı ve kalibrasyonu

STH02 Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

STH02.01

Bağış süreci ile ilgili kurallar ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

STH02.02

Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi hekim tarafından yapılmalı ve imza altına alınmalıdır.

☒ Bağışçı değerlendirmesi, mahremiyete uygun bir ortamda yapılmalıdır.

STH02.03

Bağışçıya bağış sürecinin her aşaması ile ilgili bilgilendirme yapılmalı ve kendi rızası ile bağışta bulunduğu dair imzası alınmalıdır.

STH02.04

Kan bağışı ve aferez işlemi bir hekim gözetimi ve denetiminde yapılmalı ve bağışçı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir.

STH02.05

Aferez cihazları eğitim almış personel tarafından kullanılmalıdır.

STH02.06

Kan alma koltukları pozisyon verilebilen nitelikte olmalıdır.

STH02.07

Bağışçıya ilişkin kalıcı ve geçici ret kriterleri belirlenmelidir

- ☒ Kabul edilen ve reddedilen bağışçılara yönelik kayıtlar tutulmalıdır.
- ☒ Bağışın reddedildiği durumlarda kişiler konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.

(Ç) STH03 Kan ve kan bileşenlerinin güvenli bir şekilde hazırlanması sağlanmalıdır.

STH03.01

Bağışçıdan alınan kan için çalışılacak testler tanımlanmalıdır.

Bağışçıdan alınan kan için;

- ☒ ABO-Rh tayini
- ☒ HBs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV ve Sifilis (VDRL) testleri çalışılmalıdır.
- ☒ ABO-Rh tayini için asgari tüp yöntemi kullanılmalıdır.
- ☒ HBs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV testlerinde asgari mikroelisa yöntemi kullanılmalıdır. EIA (enzyme immunoassay) veya CLIA (chemiluminescence immunoassay) SOR
- ☒ Mikrobiyolojik testlerin pozitif olması durumunda doğrulama testleri çalışılmalıdır.
- ☒ Doğrulama testlerinde pozitif sonuçların varlığı halinde bağışçı bilgilendirilmeli ve yapılması gereken işlemler hususunda yönlendirilmelidir.

STH03.02

Kan ve kan bileşeni etiketi üzerindeki bilgiler doğru ve eksiksiz olmalıdır.

STH03.03

Kan ve kan bileşeni etiketinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Bileşenin adı
- Ürünün internasyonel numarası (ISBT No)
- Hizmet biriminin adı
- ABO kan grubu, Rh D Grubu
- Alınma ve son kullanma tarihi
- Mikrobiyoloji test sonuçları
- Depolama sıcaklığı
- Antikoagülan ve ek solüsyonların ismi, bileşimi ve hacmi

STH03.04

Çapraz karşılaştırma testleri çalışılmalıdır.

STH03.05

Kan bileşenlerinin hazırlanması, filtre edilmesi, ışınlanması, yıkanması gibi ek işlemler ile ilgili aşamalar kayıt altına alınmalıdır.

(Ç) STH04 Kan ve kan bileşenleri uygun şekilde muhafaza edilmelidir.

STH04.01

Saklama koşulları, tüm saklama süresince kan bileşenlerinin optimal canlılık ve işlevlerini korumak üzere tasarlanmalıdır.

STH04.02

Kan dolapları, dondurucu ve çalkalayıcıların sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

- ☒ Uygun sıcaklık koşullarının sağlanamadığı durumlara yönelik uyarı sistemleri bulunmalıdır.

STH04.03

Kan ve kan bileşenlerinin miat takipleri yapılmalıdır.

STH04.04

Kan ve kan bileşenleri için kritik stok seviyesi belirlenmelidir.

STH04.05

Bağışçı ve alıcıya ait şahit numuneler en az iki ayrı kapta, -30°C'nin altında ve en az 18 ay süre ile saklanmalıdır.

STH05 Kan ve kan bileşenleri istem süreçleri tanımlanmalıdır.**STH05.01**

Planlı işlemler öncesinde ve acil durumlarda kan ve kan bileşenlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.

İstem formunda asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:

- Hastanın;
 - Adı ve soyadı
 - Doğum tarihi
 - Cinsiyeti
 - Protokol numarası
 - Tedavi gördüğü bölüm ve oda numarası
 - Kan grubu
 - Tanısı
 - Transfüzyon endikasyonu
- Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı
- Hazırlanacak olan kan veya kan bileşeninin kan grubu
- Hazırlanacak kan veya kan bileşeninin türü ve miktarı
- İstem tarihi
- Kanın kullanılacağı zaman
- Hastanın gebelik, transfüzyon ve transfüzyon reaksiyonu öyküsü (bir uyumsuzluk saptanması durumunda, sorunun çözümünde yardımcı bilgiler)
- Ek işlem gerekliliği (ışınlama, filtrasyon, yıkama vb.)
- Hekim kaşesi ve imzası

STH05.02

Tüm kan ve kan bileşeni istemleri elektronik olarak yapılmalıdır.

STH05.03

Kan istem formu üzerindeki tüm ayrıntılar kurallara uygun ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır.

STH06 Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.**STH06.01**

Kan ve kan bileşenlerinin hastane içi/dışı transferi, saklama ısısını muhafaza edecek şekilde transfer kapları kullanılarak yapılmalıdır.

Transfer sırasında uygun ısının muhafaza edildiği izlenebilir olmalıdır.

STH06.02

Kan ve kan bileşenlerinin transferi, konu ile ilgili eğitim almış personel tarafından yapılmalıdır.

STH06.03

Transfer kapları kolay temizlenebilir nitelikte olmalıdır.

STH06.04

Kan ve kan bileşenlerinin transfüzyon merkezinden çıkış saati kayıt altına alınmalıdır.

(Ç) STH07 Transfüzyon sürecinde hasta güvenliği sağlanmalıdır.**STH07.01**

Kan ve kan bileşenleri istemi hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.

STH07.02

Kan ve kan bileşenlerinin ilgili birim tarafından teslim alınma saati kayıt altına alınmalıdır.

STH07.03

Hastanın kan ve kan bileşenine ait aşağıdaki bilgileri, transfüzyon öncesi iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmelidir:

- Hastanın kan grubu-bölüme gelen kanın kan grubu
- Mikrobiyoloji testlerinin çalışılmış ve sonuçlarının negatif olduğunu gösterir etiketin varlığı
- Kan ve kan bileşeninin alınma ve son kullanma tarihleri
- Tedavi planına yazılan ürün ile servise gelen ürünün aynı olup olmadığı
- Torbadan sızma olup olmadığı
- Ürün renginde değişiklik, içerisinde pıhtı/partikül varlığı
- Çapraz karşılaştırma testinin uygunluğu

☒ Ürünün ISBT numarası

☒ Depolama sıcaklığı

STH07.04

Transfüzyona başlamadan önce hastanın kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

STH07.05

Transfüzyonun ilk 15 dakikası yavaş yapılmalı ve transfüzyon süresince hastanın vital bulguları izlenmelidir.

STH07.06

Transfüzyona dair kayıtlar tutulmalıdır.

STH08 Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.

STH08.01

Transfüzyon reaksiyonlarının yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

STH08.02

Transfüzyona bağlı olarak reaksiyon gelişmiş ise, gerekli tıbbi müdahale yapılmalıdır.

STH08.03

Transfüzyon reaksiyonu ve tıbbi müdahaleye ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

STH08.04

Transfüzyon reaksiyonuna ilişkin transfüzyon merkezi ile iletişime geçilmelidir.

STH09 Kan ve kan bileşenlerinin imhasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

STH09.01

Kan ve kan bileşenleri ile numunelerin imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.

STH09.02

Saklama ve transfer koşullarının sağlanmadığı tespit edilen ürünler kayıt edilerek alınmalı ve belirlenen imha usul ve esaslarına göre imha edilmelidir.

STH09.03

İmha edilen kan ve kan bileşenlerine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

Terapötik Aferez Hizmetleri

Amaç

Terapötik aferez merkez ve ünitelerinde bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde hizmet sunumunun sağlanmasıdır.

Kapsam

Terapötik aferez ünitesi ve merkezlerinde değerlendirilir.

STA01 Aferez hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

STA01.01

Aferez hizmetleri ile ilgili süreçler ve süreçlere yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Aferez ünitesi ve merkezinin yapısal düzenlemeleri
- Görev tanımları
- Hasta ve bağışçının kabulü
- Hasta ve bağışçının işleme hazırlanması
- Aferez işleminin uygulanması
- Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
- Hasta ve bağışçının işlem sırasında ve sonrasında tıbbi takibinin yapılması
- İşlemin sonlandırılması
- Olası komplikasyonların izlenmesi
- Gerçekleştirilen işlemlerin izlenebilirliği
- Yaşa (çocuk ve ileri yaş) özgü uygulamalar
- Kritik malzeme ve cihazların yönetimi
- Temizlik ve dezenfeksiyon uygulamaları
- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler

STA02 Aferez hizmetlerinin sunumuna yönelik fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır.

STA02.01

Aferez işlemlerine olanak sağlayacak yeterli fiziksel alan, alt yapı ve cihaz bulunmalıdır.

STA02.02

Birimde iş akışına uygun şekilde düzenleme yapılmalıdır.

STA02.03

Bağışçı ve hastanın güvenli şekilde muayenesi ve değerlendirilmesi için uygun bir alan bulunmalıdır.

STA02.04

Hasta ve bağışçıların kullanımına uygun lavabo ve tuvalet bulunmalıdır.

STA02.05

Günlük olarak ısı ve nem takipleri yapılmalıdır.

- ☒ Uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda gerekli iyileştirme faaliyetleri yapılmalı, gerekli iklimlendirme sağlanmalıdır.

STA02.06

Aferez hizmet birimlerinde gerektiğinde yoğun bakım ünitesi ve acil servislere en hızlı ve sorunsuz ulaşım şekli önceden tanımlanmış olmalıdır.

- ☒ Ulaşımın nasıl, hangi araçlarla ve kim tarafından gerçekleştirileceği, yoğun bakım ünitesi ve acil servislere en kısa ve güvenli şekilde ulaşmaya yönelik hangi yolun kullanılacağı gibi hususlar tanımlanmalıdır.

STA03 Tıbbi cihaz ve donanıma yönelik düzenleme yapılmalıdır.**STA03.01**

Aferez merkezleri ve ünitelerinde asgari aşağıdaki tıbbi cihaz ve donanım bulunmalıdır:

- ☒ Ünite için en az bir, merkez için en az iki adet aferez cihazı
- ☒ Cihaz sayısı kadar pozisyon verilebilir hasta yatağı veya koltuğu
- ☒ Taşınabilir elektrokardiyografi cihazı ve defibrilatör
- ☒ Acil müdahale seti
- ☒ İhtiyaç anında birden fazla hastaya yetecek kapasitede olan oksijen desteği
- ☒ Hassas tartı sistemi

STA03.02

Tıbbi cihaz ve malzemelerin yönetimi ve güvenli kullanımına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

(Bkz: Malzeme ve Cihaz Yönetimi Bölümü)

(Ç) STA04 Aferez hizmetleri kapsamında görev yapan sağlık çalışanları uygun mesleki unvana veya sertifikaya sahip olmalıdır.

(Ç) STA05 Aferez işlemi öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

STA05.01

Aferez bağışçılarına yönelik kabul kriterleri Bakanlıkça yayınlanan rehberlere uygun şekilde tanımlanmalıdır.

STA05.02

Hasta ve bağışçıdan rıza alınmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

(Bkz: Hasta Deneyimi Bölümü)

Hasta ve bağışçı tanımlanan kurallar doğrultusunda bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.

STA05.03

İşlem öncesinde asgari aşağıdaki hususlar kontrol edilmelidir:

- Talep edilen işleme yönelik hekim istemi
- Hasta veya bağışçının kimliği
- Bağışçı sorgulama kayıtları
- Tıbbi cihaz ve ekipmanın uygunluğu
- Gerekli ilaç ve malzemelerin varlığı

STA05.04

Hekim tarafından hasta veya bağışçının muayene, tetkik sonuçları, kilosu gibi hususlar değerlendirilmeli ve işlemin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır.

STA05.05

Hasta veya bağışçı, santral venöz kateter ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir.

STA05.06

Aferez işlemi ilgili hekim gözetimi ve denetiminde yapılmalıdır.

(Ç) STA06 Aferez işlemi türüne (sitaferaz, kan bileşeni değişimi, immünoterapi, plazma modülasyonu gibi) özgü süreçler ve süreçlere ilişkin uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.

(Ç) STA07 Kök hücre aferezine yönelik süreçler ve süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

STA07.01

Kök hücre aferezine yönelik süreçler ve süreçlere yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

Elde edilen hücresel tedavi ürününün;

- ☒ Toplanması
- ☒ Sayımı
- ☒ Etiketlenmesi
- ☒ Muhafaza ve depolama koşulları
- ☒ Çapraz kontaminasyonunun engellenmesi
- ☒ Karışmasını önlemeye yönelik önlemler ve etiketleme
- ☒ Uygun taşıma gereçlerinin tanımlanması ve kullanılması
- ☒ Güvenli şekilde taşınması

(Ç) STA08 Aferez sürecinde hasta ve bağışçının tıbbi takibi etkin şekilde yapılmalıdır.

STA08.01

İşlem öncesinde hasta veya bağışçının kan sayımı yapılmalıdır.

STA08.02

Hasta veya bağışçının vücut ısısı belli periyotlarla kontrol edilmeli, hipotermiyi önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

STA08.03

Düzenli aferez işlemi yapılan kişilerde düzenli aralıklarla serolojik tarama testleri tekrarlanmalıdır.

STA08.04

Santral venöz kateterli hastanın izlenmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

(Ç) STA09 Hasta veya bağışçıda gelişen komplikasyonlara zamanında ve etkin şekilde müdahale edilmelidir.

STA09.01

Hasta veya bağışçıda gelişebilecek komplikasyonları en aza indirmek ve gerektiğinde hemen müdahale edebilmek için birimde gerekli önlemler tanımlanmalıdır.

STA09.02

Komplikasyonların tanısı ve tedavisine yönelik algoritma oluşturulmalı, algoritma birimde kolay ulaşılabilir şekilde bulundurulmalıdır.

STA09.03

Gerektiğinde hasta veya bağışçının kliniğe veya başka bir kuruluşa sevki için yapılacak işlemler tanımlanmalıdır.

STA09.04

Komplikasyonlara yönelik kullanılacak ilaç ve malzemeler tanımlanmalı ve eksiksiz olarak bulundurulmalıdır.

STA09.05

Hasta veya bağışçının kan bileşenine ihtiyacı olduğu durumlarda ihtiyacın nasıl temin edileceği tanımlanmış olmalıdır.

STA09.06

Aferez işlemi süresince meydana gelen her türlü yan etki, komplikasyon ve yapılan müdahaleler kayıt altına alınmalıdır.

İlgili branş hekimine, hastada gelişen yan etki, komplikasyonlar ve işlem sonucu ile ilgili geri bildirimde bulunulmalıdır.

STA10 Aferez hizmetlerine ilişkin süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

STA10.01

Aferez hizmetlerine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde kayıt altına alınmalıdır:

- Hasta rızası
- Hekim istemi
- İşlemin uygunluğuna ilişkin hekim onayı
- Aferez işlemi sırasındaki hastanın tıbbi gözlem ve müdahale süreci

- ☒ Aferez işlemi süresince meydana gelen olumsuz olaylar
- ☒ Yapılan tüm işlemlerin kim tarafından ne zaman yapıldığı hangi cihazın kullanıldığı

STA10.02

Rıza belgeleri, hasta ve bağışçı bakım kayıtları aferez işlemi sonrası mevzuatına uygun sürelerde ve güvenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.

STA11 Aferez işlemi ile elde edilen kan bileşenleri ve hücresel tedavi ürünleri uygun şekilde etiketlenmelidir.

STA11.01

Elde edilen kan bileşenleri asgari aşağıdaki maddeleri kapsayacak şekilde etiketlenmelidir:

- ☒ Hazırlayan kan hizmet biriminin adı ve/veya kodu
- ☒ Benzersiz kimlik numarası (ISBT kodu)
- ☒ Bileşenin adı
- ☒ ABO grubu
- ☒ RhD grubu
- ☒ Kan bağıışı/temin tarihi
- ☒ Bileşenin son kullanma tarihi
- ☒ Antikoagülan/koruyucu solüsyonunun adı
- ☒ Bileşenin ağırlık veya hacmi
- ☒ Bileşenin saklama sıcaklığı
- ☒ Bileşene uygulanan ek işlem (ışınlanmış vb.) bilgileri

STA11.02

Hücresel tedavi ürünleri asgari aşağıdaki maddeleri kapsayacak şekilde etiketlenmelidir:

- ☒ Numerik veya alfanumerik tanımlayıcı
- ☒ Ürünün adı
- ☒ Ünite/merkez adı
- ☒ Alıcı adı ve/veya tanımlayıcı
- ☒ Toplama merkezi adı
- ☒ Toplama işleminin tamamlandığı tarih ve saat bilgisi
- ☒ Yaklaşık ürün hacmi

- ☒ Antikoagulan ve diğer katkı maddelerinin adı, hacmi ya da konsantrasyon miktarı
- ☒ Bağışçı ID
- ☒ Tavsiye edilen depolama sıcaklığı
- ☒ Son kullanım tarihi ve saati
- ☒ Bağışçı kan grubu ve Rh bilgisi
- ☒ Gerekli uyarı etiketleri

Hücre sel tedavi ürünün üzerinde bulunması gereken uyarı etiketleri ve etiketlerin nasıl kullanılacağı tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Aşağıda hücre sel tedavi ürünü üzerinde kullanılabilen uyarı etiketlerine örnekler verilmiştir:

- ☒ Dikkat! Biyolojik Bulaşma Riski
- ☒ Enfeksiyon Riski Değerlendirilmemiştir
- ☒ X-Ray'den Geçirmeyiniz
- ☒ Filtre Kullanmayınız
- ☒ Yalnızca Otolog Kullanım İçindir
- ☒ Yalnızca Allojenik Kullanım İçindir
- ☒ Yalnızca Klinik Olmayan Kullanım İçindir (klinikte kullanılmayacak hücre sel ürünün dağıtım etiketinde)

Radyasyon Güvenliği

Amaç

Radyasyon içeren teşhis ve tedavi hizmetlerinde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyona maruz kalma durumlarını azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

SRG01 Radyasyon güvenliği komitesi kurulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Komite kurulması zorunluluğu bulunmayan hastanelerde radyasyon güvenliği sorumlusu ve sorumlulukları tanımlanır.

SRG01.01

Radyasyon güvenliği komitesinin asgari sorumluluk alanları şunlardır:

- Denetimli ve gözetimli alanların belirlenmesi
- Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve toplumun radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınması
- Çevresel radyasyon ölçümleri
- Radyasyon cihazları ya da kaynaklarının bakım ve kalibrasyonu
- Radyasyon kaynakları ile ilgili kazalar ve acil durumlar
- Tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin üst yönetime raporlanması ve izlenmesi

SRG02 Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.

Rehberlik:

Hastanelerde radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

- Nükleer tıp üniteleri
- Radyoterapi üniteleri
- Radyoloji üniteleri
- Anjiyografi ünitesi
- Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler
- Dış röntgen üniteleri
- ESWL (taş kırma) üniteleri
- ERCP ünitesi
- HSG (Histerosalpingografi)

SRG02.01

Radyasyon alanları tanımlanarak radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alan olarak sınıflandırılmalıdır.

Rehberlik:

- ☒ İlgili alanda radyasyon ölçümü yapılarak elde edilen sonuca göre alan tanımlaması yapılabilir.
- ☒ Alan tanımlaması yapılırken özellik arz eden durumlarda sabit bir tanımlama yerine değişken bir tanımlama kullanılabilir.

Örneğin; Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler cihaz kullanıldığı zamanlarda denetimli alan olarak kabul edilebilirken, cihazın kullanılmadığı zamanlarda radyasyon alanı olarak nitelendirilmeyebilir.

SRG02.02

Denetimli alanlara giriş ve çıkışlar kontrollü olmalıdır.

SRG02.03

Gözetimli alanlarda ortam radyasyon seviyelerini takip etmek amacıyla düzenli aralıklarla radyasyon ölçümleri yapılmalı 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 ya da kuruluşlarca oluşturulmuş lisans belgesi bulunmalıdır.

SRG03.02

Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.

SRG03.03

Radyasyon alanlarında hasta ve çalışanları uyardıma yönelik araçlar (radyasyon uyarı işaretleri, ışıklı levha vb.) 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

Skopi kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

- ☒ Skopi cihazı bulunan ameliyathanelerde, cihazın aktif kullanıldığı süreçte çalışanları uyarmaya yönelik, kurum tarafından belirlenen bir işaret veya tanımlama kullanılmalıdır.

SRG04 Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemlerinin, yapıldığı alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SRG04.01

Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi sonrası hastanın istirahat edebilmesi, gerekirse izlenebilmesine yönelik alanlar düzenlenmelidir.

SRG04.02

Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi uygulayan sağlık personeli KPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon) ve allerjik reaksiyonlar ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

SRG04.03

Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme alanlarında, kolay ulaşılabilir şekilde acil müdahale seti bulunmalıdır.

(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)

SRG05 Yüksek manyetik alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SRG05.01

Yüksek manyetik alanlara yönelik kurallar aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Vücutunda MRG ile uyumlu olmayan kalp pili, metalik kalp kapağı, stent, kohlear implant, elektrikli infüzyon pompası gibi maddeler bulunan hasta, hasta yakını ve çalışanlar MRG odasına alınmamalıdır.
- ☒ MRG odasına girişlerde hasta üzerinde ya da yanında bozuk para, metal cihaz, eşya gibi maddeler bulunmamalıdır.
- ☒ MRG odasında MRG ile uyumlu olmayan oksijen tüpü, defibrilatör, monitör, sedye gibi araçlar bulunmamalıdır.

SRG05.02

Yüksek manyetik alanlara giriş kuralları konusunda hastane personeline eğitim verilmelidir.

- ☒ Temizlik ve hasta taşıma işlerinde çalışan personel de eğitime dahil edilmelidir.

SRG05.03

Hastaların MRG çekimleri sırasında gürültüden rahatsız olmalarını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SRG06 Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konfor ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

SRG06.01

Hastalara ait hazırlanma odası ya da kabini bulunmalıdır.

SRG06.02

Hastalara ait değerli eşyaların korunmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SRG06.03

Hastaların kullanımına uygun temiz örtü, önlük gibi malzeme bulunmalıdır.

SRG06.04

Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.

(Ç) SRG07 Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır.

SRG07.01

Çekim protokollerinde, işlemin türüne göre, hasta kilosu, yaşı vb. değişkenler dikkate alınarak radyasyon dozu, çekim süresi, görüntü açısı gibi parametreler belirlenmelidir.

SRG07.02

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.

SRG08 Hasta ve hasta yakınının, özellikli radyolojik tetkik ve girişimler ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SRG08.01

Hasta ve hasta yakınının, özellikli radyolojik tetkik ve girişimler öncesi ve sonrası süreçleri kapsayacak şekilde bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SRG08.02

Hazırlık gerektiren özellikli radyolojik tetkik ve girişimlere (anjyografi, ESWL, IVP vb.) yönelik bilgilendirmenin etkin şekilde sağlanabilmesi amacıyla işleme özel bilgilendirici doküman oluşturulmalıdır.

(Ç) SRG09 Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

SRG09.01

Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalıdır.

- Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucularının kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.
- Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular (radyasyon koruyucu önlük, tiroit koruyucu, gonad koruyucu, kurşun eşdeğerti gözlük gibi) bulunmalıdır.

SRG09.02

Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.

SRG09.03

Radyasyon koruyucularının kontrollerine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

- Radyasyon koruyuculara yönelik kontrollerin hangi yöntemle, kim tarafından ve asgari hangi dozda yapılacağı 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.

SRG09.04

Doğru hastaya doğru işlemin (doğru ilaç ve doz, doğru malzeme, doğru yöntem vb.) uygulanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

SRG09.05

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.

SRG09.06

Çocuk hastalara yönelik çekimlerde dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenmeli, maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.

(Ç) SRG10 Radyasyon yayan cihazlar ile yapılan girişimsel işlemlerde hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre izlenmelidir.

SRG10.01

Hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre kaydedilmelidir.

SRG10.02

İşlem bazında maruziyet sürelerine yönelik hedef değerler belirlenmeli ve dönemsel olarak izlenmelidir.

SRG10.03

Ortalama süre hedef değerin üzerinde ise gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

(Ç) SRG11 Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

SRG11.01

Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.

- ☒ Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.

SRG11.02

Denetimli alanlarda çalışan kişiler ile yıllık tüm vücut dozu 6 mSv'in üzerinde olma olasılığı olan kişiler (skopi cihazı çalışırken ameliyathanede bulunan

kişiler gibi) için elektronik dozimetre kullanılmalı, giriş çıkış zamanları ve bu süre içerisinde kullandıkları dozimetre sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

- ☒ 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) SRG12 Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

SRG13 Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarına yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.

SRG13.01

Radyasyonla ilgili kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumlarında alınması gereken bölgesel ve kurumsal önlemler ile müdahale yöntemleri ve müdahale ekibi belirlenmelidir.

SRG13.02

Radyasyonla ilgili gerçekleşen kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumları ve müdahale şekli kayıt altına alınmalıdır.

SRG14 Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.

SRG15 Radyoaktif kaynakların bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp gibi) kaynağın güvenliğini sağlamaya ve güvenli kullanımına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

(Ç) SRG16 Nükleer tıp uygulamalarına özgü uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.

SRG16.01

Hasta ve yakınlarına yönelik bekleme alanları, radyasyon alanının dışında olmalıdır.

SRG16.02

Radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır.

- Radyoaktif madde alan hastaların;
 - Kullandıkları alanlarda uygun zırhlama yapılmış olmalıdır.
 - Kullandıkları lavabo ve tuvaletler bağımsız olmalıdır.
 - Radyoaktif madde alan hastaların çıkışları, normal hastane giriş çıkışından bağımsız olmalıdır.
- Acil durumlarda dekontaminasyon uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SRG16.03

Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda çeker ocak sistemi bulunmalı ve bu alanların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

(Ç) SRG17 Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.

SRG17.01

Radyoaktif maddenin bölüme giriş kaydı yapılmalı ve giriş yapıldığı andaki radyoaktivite düzeyi ölçülüp kayıt altına alınmalıdır.

SRG17.02

Radyoaktif madde kullanım alanlarında kurşun zırhlı radyoaktif atık kapları bulunmalı, radyoaktif madde ile kontamine olmuş atıklar bu kaplara atılmalıdır.

SRG17.03

Radyoaktif madde kullanımından oluşan katı ve sıvı atıklar depolanmalıdır.

- Atıkların depo giriş ve çıkış radyasyon ölçümleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
- Ölçüm sonucuna göre tahliyesine karar verilen atıklar uygun şekilde bertaraf edilmelidir.

(Ç) SRG18 Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SRG18.01

Tedavi ya da tanı amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandıkları alanlar ve alanlara yönelik giriş ve çıkış kuralları tanımlanmalıdır.

Kontaminasyon alanına yönelik radyasyon uyarı işaretleri bulunmalıdır.

SRG18.02

Nükleer tıp uygulamalarında rutin olarak çevresel radyasyon ve kontaminasyon (doz hızı) ölçümleri yapıp, kayıt altına alınmalıdır.

Rehberlik:

Çevresel radyasyon ölçümleri, alan monitörleri kullanılarak, personel kontaminasyonu ise kontaminasyon dedektörleri ile ölçülmektedir.

SRG18.03

Radyoaktif madde alan hastalarla ilgili aşağıda yer alan kayıtlar tutulmalıdır:

Hastalara verilen aktivite miktarı

Taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı

SRG18.04

Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.

SRG18.05

Radyoaktif ilaç kullanan hasta ve yakınlarına yönelik, çevrede ve ailelerinde bulunan kişilerin radyasyondan korunması için dikkat etmeleri gereken hususlar hakkında bilgilendirici doküman hazırlanmalıdır.

Hastadan, çevresinde bulunan kişilerin güvenliğini sağlayacağına dair yazılı taahhüt alınmalıdır.

Acil Servis

Amaç

Acil serviste yapısal ve süreç bazlı faaliyetlerin, hasta ve çalışanın güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmesi ile en etkin ve güvenilir sağlık sonuçlarına ulaşılmasını sağlamaktır.

SAS01 Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SAS01.01

Acil sağlık hizmetine yönelik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır.

Doküman asgari aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır:

- Acil servisin yapısal düzenlemesi
- Acil servise hasta kabul süreci
- Triyaj uygulaması
- Muayene, müdahale, tanı ve konsültasyon süreçleri
- Müşahade süreci
- İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi
- Sevk, yatış ve taburcu süreçleri
- Hasta ve yakınının bilgilendirilmesi
- Zehirlenme vakaları
- Adli vakalar
- Afet ve acil durum yönetimi
- Acil sağlık hizmeti kapsamında diğer kurum ve kuruluşlar ile koordinasyon süreçleri
- Acil serviste risk yönetimi
- KBRN tehdit ve tehlikelere karşı alınacak önlemler, maruz kalan hastalara yönelik uygulamalar.

SAS02 Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

SAS02.01

Hastane yerleşkesinde acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı işaret ve levhalar bulunmalıdır.

SAS02.02

Acil servis giriş tabelası hastane dışından görülebilir olmalıdır.

SAS02.03

İkinci ve üçüncü seviye acil servislerde ambulans girişi ile ayaktan hasta girişleri ayrı olmalıdır.

SAS02.04

Ambulans girişleri araçların rahatlıkla yaklaşabileceği, manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.

SAS02.05

Olumsuz hava koşullarından etkilenmeyi önlemek için girişlerin üstü kapalı olmalıdır.

SAS02.06

Acil servis girişi aydınlatılmış olmalıdır.

SAS03 Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**SAS03.01**

Acil servis hizmet sunum alanları (muayene alanı, müdahale alanı, gözlem ünitesi gibi) belirlenmelidir.

- ☒ Acil servislerin fiziksel yapısı güvenlik, izlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir.

SAS03.02

Acil servis alanları hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşımalıdır.

SAS03.03

Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun bekleme alanı bulunmalıdır.

SAS03.04

Çalışanlar için giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.

SAS04 Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.**SAS04.01**

Bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmeli ve ilgili alanlarda bulundurulmalıdır.

SAS04.02

İlaç, malzeme ve cihazların sürekliliği sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.

SAS05 Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.

SAS05.01

Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.

SAS05.02

Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunulmalıdır.

SAS05.03

Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır.

SAS05.04

Karşılama, danışma, yönlendirme, kayıt ve hasta taşıma hizmeti verecek personel; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu ve özelliği göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

SAS05.05

Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SAS05.06

Bu birimlerde çalışanlar, diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.

SAS05.07

Birim çalışanlarına yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.

- Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
- Hasta memnuniyeti
 - Hasta hakları
 - İletişim becerileri

SAS06 Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SAS06.01

Acil serviste, hastaların aciliyet durumlarına ve öncelikli tedavi ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapılmalıdır.

- Müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik planlama yapılmalıdır.

- ☒ Öncelik sıralaması renklerle tanımlanmalı, tanımlamada en az üç renk kullanılmalıdır.

SAS06.02

Triyaj uygulaması bir sağlık çalışanı tarafından yapılmalıdır.

SAS06.03

Triyaj uygulaması için mahremiyete uygun yeterli alan ayrılmalıdır.

SAS06.04

Hastaların aciliyet durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda ilgili alana transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

(Ç) SAS07 Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalı ve SBYS üzerinden takip edilebilmelidir.

SAS07.01

Hasta profili ve kurum öncelikleri dikkate alınarak acil serviste hizmet verilen kritik hasta grupları belirlenmelidir.

Rehberlik:

Kritik hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir:

- ☒ Akut miyokard enfarktüsü
- ☒ Solunum arresti
- ☒ Kardiyak arrest
- ☒ İnme
- ☒ Travma
- ☒ Psikiyatrik aciller
- ☒ Zehirlenme
- ☒ İntihar girişimi
- ☒ Onkolojik aciller

SAS07.02

Belirlenen hasta grupları için acil serviste uygulanması gereken, tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.

SAS07.03

Kritik vakalarda müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik olarak planlama yapılmalıdır.

SAS07.04

Acil servise ambulans aracılığıyla gelen hastalara müdahaleye ilişkin planlama bulunmalıdır.

SAS08 Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

SAS08.01

Acil servislere konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalıdır.

SAS08.02

Düzenli aralıklarla, acil servis sorumluları ve hasta konsülte edilen klinik sorumlularının katıldığı toplantılar düzenlenmelidir.

Rehberlik:

Bu toplantıların amacı, konsültasyon işlemleri ile konsültasyon sonrası yatış işlemlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlamaktır. Toplantılarda, acil serviste konsültasyonu istenen hastalara yönelik vaka sunumları ve tartışmaları yapılır. Süreçlerin daha etkin şekilde sürdürülmesine yönelik gerekli görülen iyileştirmeler için kararlar alınır.

SAS08.03

Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

(Ç) SAS09 Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.

SAS09.01

Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır.

SAS09.02

Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır.

SAS09.03

Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

SAS09.04

Hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşmasını sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SAS10 Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.**SAS10.01**

Hasta ve hastaya ait numunelerin güvenli şekilde transferi ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

SAS10.02

Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi, hastane personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.

SAS11 Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**SAS11.01**

Yatış, sevk ve taburculuk işlemleri, hastane tarafından oluşturulan prosedür çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

SAS11.02

Yatış ve sevk durumunda, hastaya ait kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler, hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

SAS11.03

Yatış ve sevk işlemlerinde, acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleleri içeren kayıtların bir nüshası hasta ile birlikte nakledilmelidir.

SAS11.04

Sevk öncesinde, sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır.

SAS11.05

Hastanın sevki ambulans ile yapılmalıdır.

SAS11.06

Acil servisten taburcu edilen hasta ve yakınlarına taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgi verilmelidir.

(Ç) SAS12 Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

SAS12.01

Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği açısından riskler tespit edilmeli ve bu riskleri önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

- ☒ Acil serviste 24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır.
- ☒ Genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir.
- ☒ Kameraların yerleşim noktaları, hasta ve çalışan mahremiyeti dikkate alınarak belirlenmelidir.

SAS12.02

Acil servis çalışanlarına iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kriz yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.

SAS13 Acil servis ilgili personeline KPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.

SAS13.01

Acil serviste görev yapan ve KPR eğitimi alması gereken sağlık çalışanları belirlenmeli ve bu çalışanlara yılda en az bir kez KPR eğitimi verilmelidir.

SAS14 Hastane dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

SAS14.01

Hastaların, hastane dışına ambulans ya da hasta nakil aracı ile nakledilme ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

SAS14.02

Hasta nakli amacıyla kullanılan ambulans ya da nakil araçlarının uygunluğu sağlanmalıdır.

SAS14.03

- ☒ Ambulans ya da hasta nakil aracında bulunması gereken ilaç, tıbbi cihaz ve malzemeler tanımlanmalıdır.
- ☒ Ambulans ya da hasta nakil aracında;

- İlaç, malzeme ve cihazların listesi hazırlanmalıdır.
- İlaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve stok durumu günlük olarak takip edilmelidir.
- İlaç ve malzemelerin miat takipleri yapılmalıdır.
- Tıbbi ekipman çalışır durumda olmalı ve düzenli aralıklarla kalibrasyonları yapılmalıdır.
- Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.
- Tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Sedye kızakları ve emniyet kemerinin günlük kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- Kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.

Ameliyathane

Amaç

Ameliyathane koşullarının ve cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokolüne 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
 - Radyasyon 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 kirliliği ve temiz malzeme trafiğinin ayrı olmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, alan bazında uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Alanlar, ilgili mekanda gerçekleştirilen fiziksel aktiviteler ve kurallarla 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 ya da 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 türüne ve özelliğine göre 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).
- ☒ Laminer hava akımı şartlarında gerçekleştirilmesi gereken operasyonlar belirlenmelidir.
- ☒ Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan operasyonlar laminer hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.

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 sistemlerinin performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır:

- ☒ 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 işaretleme yapılmı durumu kontrol edilmelidir.

SAH07.02

Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlarda GCKL kullanılmalıdır.

- ☒ GCKL'nin kullanılmasının zorunlu olduğu durumlarda, listenin klinikten ayrılmadan önceki aşaması uygulanmamış ise hasta ameliyathaneye kabul edilmemelidir.
- ☒ GCKL ameliyathanede liste sorumlusu tarafından "anestezi verilmeden önce", "ameliyat kesisinden önce" ve hasta "ameliyattan çıkmadan önce" uygulanmalıdır.

(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)

(Bkz: Ek-4 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 hastane tarafından belirlenir.

Liste sorumlusunun, listede yer alan eylemlerin gerçekleştirilmesi ile ilgili sorumluluğu bulunmamaktadır.

SAH07.03

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, öngörölmeyen 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
- Cinsiyet
- Örnek alınan organ/bölge
- Örneğin alınış şekli

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 alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.

SAH11.01

Bilgilendirme hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde yapılmalıdır.

SAH11.02

Hasta yakınları görsel araçlardan nasıl yararlanılacağı hakkında bilgilendirilmelidir.

Yoğun Bakım Ünitesi

Amaç

Yoğun bakım hizmeti alan hasta grupları ve bu gruplara hizmet verilen bölümlere özgü bakım uygulamalarının, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardize edilerek mümkün olan en iyi klinik sonuçlara ulaşılmasıdır.

SYB01 Yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SYB01.01

Yoğun bakım ünitesinde genel işleyiş ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Hasta kabulü
- Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi
- Bakımın planlanması ve izlenmesi
- Hasta transferi
- Taburculuk
- Kurum dışı sevk prosedürü
- Yoğun bakıma giriş-çıkış kuralları
- Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar

SYB01.02

Klinik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Monitörizasyon
- Ventilatördeki hasta izlemi
- Sedasyon ve analjezi uygulaması
- Hastayı ventilatörden ayırma
- Risk değerlendirme ölçekleri (basınç ülseri, düşme, beslenme, ağrı, bilinç gibi) ile hastaların takibi
- Basınç ülseri takibi
- Nutrisyon takibi
- Skorum sistemlerinin kullanımı:
 - Prognostik (hastalık şiddeti) değerlendirme skorları
 - Organ yetmezliği tanımlama skorları
 - Travma değerlendirme skorları gibi
- Sepsis ve organ yetmezliği tanı kriterleri
- Sepsis ve organ yetmezliğinin değerlendirilmesi ve izlenmesi
- İnvaziv işlemler
- Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
- Rehabilitasyon süreci
- Terminal dönem hasta takibi

SYB02 Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.**SYB02.01**

Zemin, tavan ve duvarlar pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

SYB02.02

Yoğun bakım ünitesi, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.

SYB02.03

Bakanlıkça belirlenen nitelik ve nicelik esaslarına uygun olacak şekilde izolasyon odaları bulunmalıdır.

SYB02.04

Hasta yakınları için bilgilendirme, bekleme ve görüşme amacıyla kullanılan bir oda bulunmalıdır.

- ☒ Oda, yoğun bakımdan kolay ulaşılabilecek bir konumda, gerekli hallerde organ verici yakınlarının da misafir edilebileceği büyüklük ve konfora sahip olmalıdır

SYB02.05

Malzeme ve ilaçların uygun koşullarda muhafaza edileceği bir depo alanı bulunmalıdır.

(Bkz: İlaç Yönetimi Bölümü, SİY04)

SYB02.06

İlaç ve infüzyon hazırlama alanı bulunmalıdır.

SYB02.07

Kirli malzeme ve cihazlar ile atıkların geçici muhafazası, hasta bakım, ilaç hazırlama ve malzeme alanlarından uzakta konumlandırılmalıdır.

SYB03 Her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.**SYB03.01**

Hasta başı panelinde, yoğun bakımın seviyesine uygun şekilde basınçlı hava çıkışı, oksijen çıkışı, vakum sistemi ve elektrik paneli bulunmalıdır.

SYB03.02

Her ventilatörlü yatak başında bir adet balon-valf-maske sistemi bulunmalıdır.

SYB03.03

Tüm prizler, kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.

SYB03.04

Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kaydedilmelidir.

(Ç) SYB04 Hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

SYB04.01

Mahremiyetin sağlanması amacıyla gerçekleştirilecek uygulamalar ve uygulamalara yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

☒ Çalışanlar tanımlanan uygulamalar ve kurallar hakkında bilgilendirilmelidir.

SYB04.02

Mahremiyeti sağlamaya yönelik gerektiğinde kullanılmak üzere yataklar arası ayırma düzeneği bulunmalıdır.

SYB04.03

Kullanılan ayırma düzeneğinin temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili süreç tanımlanmalı, düzeneğin sürekli temiz olması sağlanmalıdır.

SYB05 Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SYB05.01

Tüm yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır.

- ☒ Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.
- ☒ Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır.
- ☒ Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller, düzenli olarak yapılmalıdır.
- ☒ Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- ☒ Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

SYB05.02

Üçüncü ve dördüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde en az %90 filtrasyon sağlayan hepa filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır.

SYB05.03

Yoğun bakım odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

- ☒ Yoğun bakım odasının sıcaklığı 22-26 °C arasında, bağıl nem oranı %30-60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.

SYB06 Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.

SYB06.01

Yoğun bakım ünitesinde uygun sayı ve nitelikte lavabo, sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.

SYB06.02

Her hasta bakım alanında kolay ulaşılabilecek mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.

SYB07 Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.

SYB07.01

Ünitenin gürültü düzeyi aralıklı olarak ölçülmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

SYB07.02

Gürültü ölçümü en az yılda bir kez yapılmalı, ayrıca ünite dışı çevresel unsurlar veya ünite personeli, cihaz, kuvöz kapasitesi gibi hususlarda değişiklik olması durumunda tekrarlanmalıdır.

- ☒ Ölçüm, gürültü düzeyinin yüksek olabileceği gün ve saatleri de içerecek şekilde, farklı zamanlarda, kalibre edilmiş cihazlarla yapılmalıdır.

(Ç) SYB08 Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.**Rehberlik:**

İkinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.

SYB08.01

Hastalar, uluslararası kabul görmüş skorlama sistemleri ile prognostik (hastalık şiddeti) açıdan değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Hastalık şiddeti skorlaması için yetişkinlerde APACHE , SAPS; çocuk yoğun bakımlarında PRISM; KVC hastalarına EuroSCORE; yanık hastalarına ABSI (Yanık Şiddeti Skoru) skorlaması gibi sistemler kullanılabilir.

SYB08.02

Hastalık şiddeti skorlama sonuçlarına göre yoğun bakım hastalarının tahmini mortalite oranı belirlenmelidir.

SYB08.03

Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.

(Ç) SYB09 Hastalar, sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.**Rehberlik:**

İkinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.

SYB09.01

Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesi amacıyla kullanılacak skorlama sistemleri (SOFA, MODS, LODS vb.) tanımlanmalıdır.

SYB09.02

Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalı ve değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.

**(Ç) SYB10 Hastaların transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.
(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)**

SYB10.01

Yoğun bakım hastalarının transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir.

Rehberlik:

Hastanın kliniği ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir.

Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir:

- Transport ventilatörü
- Transport monitörü
- Transport sedyesi
- Oksijen tüpü
- Entübasyon seti
- Balon-valf-maske sistemi
- Acil ilaç çantası

SYB11 Yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.

SYB12 Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SYB12.01

Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.

(O) SYB13 Çocuk hastalara hizmet verilen yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır.**SYB13.01**

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Aile merkezli bakımın ilkeleri
- Aile merkezli bakım kapsamına dahil edilecek hasta ve ailesine ilişkin kriterler
- Sağlık çalışanlarının modele uyumunun nasıl sağlanacağı
- Ailelerin modele uyumunun nasıl sağlanacağı
- Ailelerin konaklama ihtiyacının nasıl karşılanacağı
- Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin sorunların nasıl takip edileceği
- Ailenin sorumlulukları ve dikkat edeceği hususlar

Rehberlik:

Aile merkezli bakım, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır. Çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül bakım yaklaşımıdır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Amaç

Yenidoğan yoğun bakım hizmeti alan hasta gruplarına özđü bakım uygulamalarının, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunu sağlayarak mümkün olan en iyi klinik sonuçlara ulaşmaktır.

SYD01 Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SYD01.01

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde genel işleyiş ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Yoğun bakıma giriş-çıkış kuralları
- Hasta kabulü
- Hasta tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi
- Bakımın planlanması ve izlenmesi
- Hastanın transferi
- Taburculuk
- Kurum dışı sevk prosedürü
- Annenin üniteye kabulü
- Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar
- Ünite ve bebeklerin emniyetinin sağlanması

SYD01.02

Klinik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Monitörizasyon
- Ventilatördeki hastanın izlemi
- Hastayı ventilatörden ayırma
- Risk değerlendirme ölçekleri (basınç ülseri, düşme, beslenme, ağrı, bilinç gibi) ile hastaların değerlendirmesi
- Basınç ülseri takibi
- Nütrisyon takibi
- Skorum sistemlerinin kullanımı:
 - Prognostik (hastalık şiddeti) değerlendirme skorları
 - Organ yetmezliği tanımlama skorları
 - Travma değerlendirme skorları gibi
- Sepsis ve organ yetmezliği tanı kriterleri
- Sepsis ve organ yetmezliğinin değerlendirilmesi ve izlenmesi
- İnvaziv işlemler
- Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü gibi
- Palyatif bakım hastası olarak kabul edilmiş bebeklere yönelik bakım süreçleri

SYD02 Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri tanımlanmalıdır.

SYD02.01

Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri ile ilgili süreçler, ulusal veya uluslararası güncel rehberler doğrultusunda belirlenmelidir. Bu süreçler asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Yenidoğanın;
 - Yaşamsal bulgularının değerlendirilmesi ve stabilizasyonu
 - Doğumdan sonraki ilk otuz dakika içinde anne sütünü almaya başlamasının sağlanması
- ☒ Yenidoğanda;
 - Hipoterminin önlenmesi
 - K vitamini uygulanması
 - Göz, göbek, cilt ve ağız bakımının yapılması
- ☒ Anne eğitimi
- ☒ Emzirme desteği ve eğitimi
- ☒ Taburculuk eğitimi ve sık karşılaşılan sorunlarla ilgili aile bilgilendirmesinin yapılması
- ☒ Topuk kanı örneği gönderilmesi
- ☒ Tarama testleri ile ilgili gerekli işlem ve yönlendirmelerin yapılması

SYD03 Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.

SYD03.01

Zemin, tavan ve duvarlar pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

SYD03.02

Yoğun bakım ünitesi, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.

SYD03.03

Bakanlıkça belirlenen nitelik ve nicelik esaslarına uygun olacak şekilde izolasyon odaları bulunmalıdır.

SYD03.04

Hasta yakınları için bilgilendirme, bekleme ve görüşme amacıyla kullanılan bir oda bulunmalıdır.

- ☒ Oda, yoğun bakımdan kolay ulaşılabilecek bir konumda, yeterli büyüklük ve konfora sahip olmalıdır.

SYD03.05

Malzeme ve ilaçların uygun koşullarda muhafaza edileceği bir depo alanı bulunmalıdır.

(Bkz: İlaç Yönetimi Bölümü, SİY04)

SYD03.06

İlaç ve infüzyon hazırlama alanı bulunmalıdır.

SYD03.07

Kirli malzeme ve cihazlar ile atıkların geçici muhafazası, hasta bakım, ilaç hazırlama ve malzeme alanlarından uzakta konumlandırılmalıdır.

SYD04 Her kuvöz için tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

SYD04.01

Hasta başı panelinde, yoğun bakımın seviyesine uygun şekilde basınçlı hava çıkışı, oksijen çıkışı, vakum sistemi ve elektrik sistemi bulunmalıdır.

SYD04.02

Her ventilatörlü kuvöze ait balon-valf-maske sistemi ve T-parça canlandırıcı bulunmalıdır.

SYD04.03

Tüm prizler, kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.

SYD04.04

Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kaydedilmelidir.

SYD05 Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SYD05.01

Tüm yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır.

- ☒ Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.

- ☒ Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır.
- ☒ Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller, düzenli olarak yapılmalıdır.
- ☒ Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- ☒ Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

SYD05.02

Üçüncü ve dördüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde en az %90 filtrasyon sağlayan hepa filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır.

SYD05.03

Yoğun bakım odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

- ☒ Yoğun bakım odasının sıcaklığı 22-26°C arasında, bağıl nem oranı %30-60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.

SYD06 Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.

SYD06.01

Yoğun bakım ünitesinde uygun sayı ve nitelikte lavabo, sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.

SYD06.02

Her hasta bakım alanında, kolay ulaşılabilecek mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.

(O) SYD07 Yenidoğan yoğun bakımda aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır.

SYD07.01

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Aile merkezli bakımın ilkeleri
- ☒ Aile merkezli bakım kapsamına dahil edilecek bebek ve ailesine ilişkin kriterler
- ☒ Sağlık çalışanlarının modele uyumunun nasıl sağlanacağı

- ☒ Ailelerin modele uyumunun nasıl sağlanacağı
- ☒ Ailelerin konaklama ihtiyacının nasıl karşılanacağı
- ☒ Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin sorunların nasıl takip edileceği
- ☒ Ailenin sorumlulukları ve dikkat edeceği hususlar

Rehberlik:

Aile merkezli bakım, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır. Çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül bakım yaklaşımıdır.

SYD08 Anne-bebek uyum odası bulunmalıdır.

SYD08.01

Anne-bebek uyum odasına kabul kriterleri tanımlanmalıdır.

SYD08.02

Anne ve bebeğin uyum odasına alınma kararı hekim tarafından verilmeli, hasta dosyasına kaydedilmelidir.

SYD08.03

Oda tefrişatı annenin sürekli kalabilmesine uygun olmalıdır.

SYD08.04

Bebek yatağı ve tıbbi teçhizat için yeterli alan ayrılmalıdır.

SYD08.05

Yeterli sayıda elektrik prizi, basınçlı hava, oksijen ve vakum çıkışı bulunmalıdır.

SYD08.06

Odada lavabo ve tuvalet bulunmalıdır.

SYD09 Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.

SYD09.01

Ünitenin gürültü düzeyi aralıklı olarak ölçülmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

SYD09.02

Gürültü ölçümü en az yılda bir kez yapılmalı, ayrıca ünite dışı çevresel unsurlar veya ünite personeli, cihaz, kuvöz kapasitesi gibi hususlarda değişiklik olması durumunda tekrarlanmalıdır.

- ☒ Ölçüm, gürültü düzeyinin yüksek olabileceği gün ve saatleri de içerecek şekilde, farklı zamanlarda, kalibre edilmiş cihazlarla yapılmalıdır.

(Ç) SYD10 Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

İkinci, üçüncü ve dördüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.

SYD10.01

Bebekler, uluslararası kabul görmüş skorlama sistemleri ile prognostik (hastalık şiddeti) açıdan değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Yeni doğanlar için Score for Neonatal Acute Physiology- Perinatal Extension-II (SNAP-PE-II) ve Clinical Risk Index for Babies (CRIB) gibi skorlama sistemleri kullanılabilir.

SYD10.02

Hastalık şiddeti skorlama sonuçlarına göre hastaların tahmini mortalite oranı belirlenmelidir.

SYD10.03

Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.

(Ç) SYD11 Bebekler sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.

Rehberlik:

İkinci, üçüncü ve dördüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.

SYD11.01

Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesi amacıyla kullanılacak skorlama sistemleri (SOFA, MODS, LODS vb.) tanımlanmalıdır.

SYD11.02

Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalı ve değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.

(Ç) SYD12 Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.

SYD12.01

Fototerapi alan bebeklerde ısı monitörizasyonu yapılmalıdır.

SYD12.02

Farklı boyutlarda fototerapi göz bandı bulunmalıdır.

SYD12.03

Röntgen çekiminde gonad koruyucu kullanılmalıdır.

SYD12.04

Oksijen tedavisinde kuvöz içi oksijen konsantrasyonu kontrol edilmelidir.

SYD12.05

Kuvözlerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.

(Ç) SYD13 Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SYD13.01

Bebeklerin beslenme durumu düzenli aralıklarla izlenmelidir.

SYD13.02

Bebeklerin anne sütü ile beslenmesine yönelik annelere eğitim verilmelidir.

SYD13.03

Anne sütü ile beslenme sırasında, annenin konforu ve mahremiyeti ile hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

SYD13.04

Besin hazırlamak için ayrı bir alan bulunmalıdır.

SYD13.05

Bebeklerin beslenmesinde kullanılan araç ve kaplar, beslenme amacıyla kullanım için uygun niteliklere sahip olmalıdır.

- ☒ Beslenme amacıyla tekrar kullanılan araç ve kaplar uygun şekilde dezenfekte edilmelidir.

SYD13.06

Besinlerin uygun sıcaklıkta muhafaza edilmesi sağlanmalıdır.

(Ç) SYD14 Bebeklerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.

SYD14.01

Bebeklerin transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir.

Rehberlik:

Bebeğin kliniği ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir.

Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir:

- ☒ Ventilatörlü transport kuvüzü
- ☒ Transport monitörü
- ☒ Oksijen tüpü ve hava tüpü
- ☒ Oksijen ile hava karıştırıcı
- ☒ İnfüzyon pompası
- ☒ Taşınabilir aspirasyon aleti
- ☒ Entübasyon seti
- ☒ Balon-valf-maske sistemi (tercihen T-parça canlandırıcı)

SYD15 Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.

SYD16 Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SYD16.01

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.

Doğum Hizmetleri

Amaç

Doğum eyleminin bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde gerçekleştirilmesi ile anne ve bebeğe hasta güvenliği ilkeleri doğrultusunda gerekli bakım, yönlendirme ve eğitim hizmetlerinin sunulmasıdır.

SDH01 Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır.**SDH01.01**

Doğum öncesi izlem ve doğum eylemi tek kişilik odalarda yapılmalıdır.

- Doğum öncesi izlem odaları oda içinde doğum yaptırılacak tasarımda olmalıdır.

SDH01.02

Doğum öncesi izlem, doğum sırası ve doğum sonrası bakım odalarında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

SDH01.03

Doğum eyleminin gerçekleştirildiği alanlarda, duvar, tavan ve zeminler, temizlik ve dezenfeksiyona uygun özellikte olmalı, uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

SDH01.04

Doğum eyleminin gerçekleştirildiği odalardaki aydınlatma sistemi, yeterli aydınlatmayı sağlayacak ve gerektiğinde loş ortam oluşturabilecek şekilde düzenlenmelidir.

SDH01.05

Gürültü düzeyinin azaltılması için gerekli tedbirler (monitör ve çağrı sistemlerinin sesinin kısılması, yüksek sesle konuşulmaması gibi) alınmalıdır.

SDH01.06

Vajinal doğumda sedasyon veya anestezi altında müdahale gerekmesi durumunda, müdahalelerin ameliyathane dışında hangi alanda yapılacağı tanımlanmalı ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilmiş olmalıdır.

SDH02 Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.**SDH02.01**

Doğum süreci için gerekli ekipman ve sayısı belirlenmelidir.

- Doğumun gerçekleştiği serviste asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır:
- Acil müdahale seti
 - Defibrilatör
 - Forseps

- Vakum
- Dirsek üzerine kadar çıkan ve kavite kontrolü için kullanılan kalın steril eldivenler
- Bumm küret
- Kanama durdurucu balon
- Farklı ebatlarda elastik kompresyon çorapları
- ☒ Her vajinal doğum ve sezaryen odasında asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır:
 - Bebek ısıtıcısı
 - Bebek aspiratörü ve puar
 - Laringoskop seti
 - Farklı ebatlarda entübasyon tüpü
 - Uygun boyutta balon-valf maske sistemi ve T-Parça canlandırıcı sistem
 - Oksijen ile hava karıştırıcı
 - Nabız oksimetre cihazı ve probu

SDH02.02

Vajinal doğumun gerçekleştirildiği odalarda, gebenin her türlü doğum pozisyonunu (dik pozisyonlar, çömelme, litotomi gibi) alabileceği doğum yatağı ve doğum aparatları (asılma aparatları, egzersiz topu gibi) bulunmalıdır.

SDH02.03

İhtiyaç durumunda kolay ulaşılabilecek şekilde transport kuvüzü bulunmalıdır.

- ☒ Transport kuvüzü dahili olarak şarj edilebilen bataryaya sahip olmalı ve harici batarya ile çalışabilmelidir.
- ☒ Transport kuvüzünün oksijen ile hava karıştırıcısına uygun şekilde bağlanmış oksijen ve hava tüpü bulunmalıdır.
- ☒ Ulaşılabilir alanda, her bir tüp için yedek tüpler bulunmalıdır.

SDH02.04

Ekipmanların teknik kontrolleri yapılmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

(Ç) SDH03 Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SDH03.01

Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir.

- ☒ Doğum eyleminde Bakanlıkça yayımlanan “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi”ne göre izlem yapılmalıdır.
- ☒ Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, partograf kayıtları hasta dosyalarında bulunmalıdır.
- ☒ Doğum sonrası süreçte annenin takibi Bakanlıkça yayımlanan “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre yapılmalı, izlem kayıt altına alınmalıdır.

SDH03.02

Komplike vakalarda doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerin izlemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SDH03.03

Sunni olarak servikal açıklık sağlanması gereken durumlar tanımlanmalıdır.

- ☒ Servikal açıklık sağlamak için kullanılacak mekanik (servikal olgunlaştırıcı kateter, foley kateter gibi) ve farmakolojik yöntemler tanımlanmalıdır.

SDH03.04

Gebeler venöz tromboemboli riski açısından değerlendirilmeli, risk varlığında gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır.

SDH03.05

Doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal desteğin bire bir olarak sağlanması ve gebelerin bu desteğe kolaylıkla ulaşabilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte personel bulundurulmalıdır.

- ☒ Çalışanlara, doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal destek sağlanmasına yönelik eğitim verilmelidir.
- ☒ Her primipar gebe için en az bir ebe tanımlanmalıdır.

SDH03.06

Doğum servisinde görev alan tüm sağlık çalışanları, postpartum kanama ve doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimine yönelik eğitim almalıdır.

SDH03.07

Doğum süreci başlayan gebeye uygulanacak ilaçsız ağrıyla mücadele yöntemleri tanımlanmalıdır.

- ☒ Ağrıyla mücadele yöntemleri konusunda doğumda görev alan tüm sağlık çalışanları eğitim almış olmalıdır.

SDH04 Doğum eylemini izlemeye y6nelik G6venli Doğum S6reci Kontrol Listesi kullanılmalıdır.**SDH04.01**

G6venli Doğum S6reci Kontrol Listesi, kontrol listesi sorumlusu tarafından başvuru anında, doğumdan 6nce, doğumdan hemen sonra (ilk bir saat i6inde) ve taburculuk 6ncesinde uygulanmalıdır.

(Bkz: G6venli Doğum S6reci Uygulama Rehberi)

(Bkz: Ek-5 G6venli Doğum S6reci Kontrol Listesi)

SDH04.02

G6venli Doğum S6reci Kontrol Listesi hasta dosyasında bulunmalıdır.

(Ç) SDH05 Yenidoğan bebeğin izlemine y6nelik d6zenleme bulunmalıdır.**SDH05.01**

Yenidoğanın takibi ve kontrolleri belirlenmiş kurallar doğrultusunda ger6ekleştirilmelidir.

☒ Yenidoğan bebek, Bakanlık6a yayımlanan “Bebek, 6ocuk, Ergen İzlem Protokolleri” doğrultusunda izlenmeli, izlem kayıt altına alınmalıdır.

☒ İzlem aşağıdaki s6re6leri kapsamalıdır:

- Doğum anı ve doğumun hemen sonrası
- Bebek stabilize olduktan sonra
- Bebek ve anne hastaneden ayrılmadan 6nce

SDH05.02

Anneye emzirme ve bebek bakımı konularında eğitim verilmelidir.

SDH05.03

Taburcu sonrası bebeğin takibi (yenidoğan tarama testleri, periyodik muayeneler ve bağışıklama programı gibi) hakkında aile bilgilendirilmelidir.

SDH06 Doğum sürecinde gebe yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.

SDH06.01

Bilgilendirme mahremiyeti sağlayacak şekilde yapılmalıdır.

SDH06.02

Gebe yakınları görsel araçlardan nasıl yararlanılacağı hakkında bilgilendirilmelidir.

SDH07 Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir.

SDH07.01

Gebe ve yakınlarına verilecek olan eğitime ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

SDH07.02

Hastaneye başvuran gebeler ile hastane dışından katılım sağlayacak olan gebelerin nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.

SDH07.03

Gebelere verilecek eğitimin içeriği, süresi, sıklığı ve eğitim vermeye yetkili kişilerin nitelikleri gebe gruplarına göre tanımlanmalıdır.

SDH07.04

Eğitim alan gebelerin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığı (vajinal doğum, sezaryen, ölü doğum vs.) izlenmelidir.

SDH07.05

Gebe ve ailesinin eğitim öncesi ve sonrası doğuma yönelik tercihleri karşılaştırılmalıdır.

Diyaliz Ünitesi

Amaç

Diyaliz ünitesinde hizmet sunum kalitesini artırmak için uygun fiziki koşulların ve teknik alt yapının oluşturulmasını sağlamak, diyaliz hizmetini güvenilirliği ve bilimsel geçerliliği kanıtlanmış standartlar doğrultusunda vermek, hizmet sunumu esnasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonları azaltmaktır.

SDİ01 Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SDİ01.01

Diyaliz ünitesi ile ilgili süreçler ve süreçlere yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Diyaliz ünitesinin yapısal düzenlemeleri
- Hastanın diyaliz ünitesine kabulü
- Hastanın ve makinelerin işleme hazırlanması
- Diyaliz işleminin uygulanması
- Sterilizasyon şartlarının sağlanması
- Diyaliz işleminin sonlandırılması
- Hastanın diyaliz ünitesinden ayrılması
- Hastaların tıbbi takibinin yapılması
- Olası komplikasyonların izlenmesi
- Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler
- Diyaliz merkezi çalışanlarının sağlık taraması ve aşılması

SDİ02 Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.

SDİ02.01

Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel alanlar, hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır.

Diyaliz ünitesinde asgari aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır:

- Hasta kabul ve dinlenme bölümü
- Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere;
 - Hasta giyinme bölümü
 - Engelli hastaların da yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo
- Cihaz sayısı kadar hasta dolabı
- Acil bakım ve tedavi odası
- HbsAg (+) hastalar için ayrılmış bir bölüm ve ayrı cihaz, Anti HCV (+) hastalar için ayrı cihaz
- Su sistemi odası

- ☒ Destek alanları (tedavi hazırlama alanı, temiz ve kirli malzeme deposu vb.)
- ☒ Personel giyinme dolapları
- ☒ Personele ait tuvalet ve lavabo

SDİ02.02

Diyaliz ünitesi, sağlık çalışanının hastaları sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.

SDİ03 Tıbbi cihaz ve donanıma yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SDİ03.01

Diyaliz ünitesinde asgari aşağıda belirtilen tıbbi cihaz ve donanım bulunmalıdır:

- ☒ En az bir yedek hemodiyaliz cihazı
- ☒ Diyaliz cihaz sayısı ile orantılı kapasitede uygun su üreten kum filtresi, yumuşatıcı filtreler, aktif karbon filtresi, mikropartikül tutucu, reverse-ozmos sistemi, ultraviyole veya ultrafiltre sistemini de kapsayan reverse-ozmos sistemi
- ☒ Diyaliz cihaz sayısı kadar hareketli hasta yatağı veya koltuğu bulunmalıdır.
- ☒ Taşınabilir monitörlü elektrokardiografi cihazı ve defibrilatör
- ☒ Acil müdahale çantası veya arabası
- ☒ Oksijen destek sistemi
- ☒ En az iki aspiratör (biri enfekte hasta için ayrılmış)
- ☒ Hasta hassas tartı sistemi (tekerlekli sandalye ve sedye ile tartılmaya uygun)
- ☒ Bebek ve çocuk hastalar için uygun tartı ve boy ölçer
- ☒ Acil durumlar için sodyum ve potasyum seviyesi bakacak iyonometri cihazı

(Ç) SDİ04 Diyaliz ünitesinde görev yapan sağlık çalışanları uygun mesleki unvana veya sertifikaya sahip olmalıdır.

(Ç) SDİ05 Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.

(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)

SDİ05.01

Diyaliz ünitesine kabul edilen hastanın bakım ihtiyaçları; hastaya bakım verecek ilgili sağlık çalışanları (hekim, hemşire, tekniker, diyetisyen, psikolog vb.) tarafından belirlenmelidir.

SDİ05.02

Hastaların bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.

SDİ05.03

Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda, ilgili hekim tarafından diyaliz reçetesi oluşturulmalı, reçete asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- Diyaliz tedavi süresi ve sıklığı
- Kuru ağırlık
- Kan akım hızı
- Diyalizat bileşimi ve akım hızı
- Diyalizer seçimi
- Diyaliz seti seçimi
- Antikoagülasyon türü ve miktarı
- Varsa diyaliz sırasında uygulanan ilaç tedavileri

SDİ05.04

Bakım sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler tıbbi kayıtlara eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse tedavi planı güncellenmelidir.

- Tıbbi kayıtlarda yapılan güncellemeler, ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

(Ç) SDİ06 Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SDİ06.01

Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde kurallar tanımlanmalıdır.

- ☒ Hastaların diyaliz reçetesi ve tedavi planının kontrol edilmesi
- ☒ Hastanın ilgili hekim tarafından muayene edilmesi
- ☒ Kilo kontrolü
- ☒ Laboratuvar tetkik sonuçlarının kontrol edilmesi

SDİ06.02

Diyaliz makinelerinin işlem öncesi hazırlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- ☒ Belirlenen kurallar çerçevesinde diyaliz makinelerinin setlenmesi ve yıkama işleminin yapılması sağlanarak işleme hazır hale getirilmelidir.

(Ç) SDİ07 Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SDİ07.01

Diyalize başlamadan önce hastanın kimlik bilgileri kontrol edilmelidir.

SDİ07.02

Hastalar, diyaliz seansı sırasında tıbbi yönden izlenmelidir.

- ☒ Her diyaliz seansında hastanın dosyasına gözlem notu kaydedilmelidir.
- ☒ Her hasta için ayrı takip/gözlem formu hazırlanmalıdır.

SDİ07.03

Hasta, diyaliz seansı sırasında sağlık durumu ile ilgili meydana gelebilecek değişiklikler hakkında, ilgili sağlık çalışanını haberdar etmesi konusunda bilgilendirilmelidir.

(Ç) SDİ08 Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibi etkin şekilde yapılmalıdır.

SDİ08.01

Diyaliz tedavisi gören her hasta için ayrı bir tıbbi takip dosyası hazırlanmalıdır.

SDİ08.02

Tüm hastalar ayda en az bir defa ilgili uzman hekim tarafından tıbbi açıdan değerlendirilmelidir.

Değerlendirmeye ilişkin kayıtlar tutulmalı, kayıtlar asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- ☒ Hastanın genel sağlığına ilişkin fizik muayenesi ve öyküsü
- ☒ Diyaliz tedavisine bağlı herhangi bir komplikasyon olup olmadığı
- ☒ Laboratuvar sonuçları
- ☒ Vasküler erişim durumu (Damar içi kateter kontrolü)
- ☒ Beslenme durumu dâhil, uzun vadeli diyaliz tedavisine ilişkin komplikasyonlar
- ☒ Mevcut böbrek nakli durumunun incelenmesi

SDİ08.03

Diyaliz tedavisi ve izlemine ilk defa alınan hastaya yönelik yapılması gereken tetkikler belirlenerek yapılmalıdır.

SDİ08.04

Hastaların laboratuvar tetkikleri aylık, üç aylık, altı aylık ve yıllık periyotlarda yapılmalıdır.

SDİ08.05

Hastalar diyetisyen tarafından belli aralıklarla ziyaret edilerek diyet uyumları kontrol edilmelidir.

SDİ08.06

Hastalar sosyal destek gereksinimleri açısından belli aralıklarla değerlendirilmeli, sosyal hakları konusunda bilgilendirilmelidir.

SDİ09 Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

SDİ10 Hasta ve yakınları organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.

(Ç) SDİ11 Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SDİ11.01

Enfekte hastaların diyaliz işlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ☒ Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ayrılmalı ve tanımlanmalıdır.

- ☒ HbsAg (+) ve HCV Ab (+) hasta için kullanılan makineler tanımlanmalıdır.
- ☒ Enfekte hastalar için ayrılmış aspiratör bulunmalıdır.
- ☒ HbsAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmelidir.

SDİ11.02

Diyaliz hastalarının aşıları düzenli olarak yapılmalıdır.

- ☒ Tüm diyaliz hastalarına Hepatit B aşısı yapılmalıdır.
- ☒ Anti-Hbs titresi takip edilmelidir.
- ☒ Gerektiğinde rapel aşısı uygulanmalıdır.

(Ç) SDİ12 Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SDİ12.01

Her diyaliz seansı sonrasında, diyaliz makinelerinin iç ve dış dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır.

SDİ12.02

Dezenfeksiyon işleminin geriye dönük izlenebilirliği sağlanmalıdır.

Kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ☒ Dezenfeksiyon işlemi yapan görevlinin adı, soyadı, imzası
- ☒ İşlemin yapıldığı tarih ve saat, işlem süresi
- ☒ İşlemden kullanılan dezenfektanın kimyasal adı

(Ç) SDİ13 Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SDİ13.01

Saf suyun elde edilmesine yönelik su arıtma sistemi kurulmalıdır.

SDİ13.02

Üretilen saf su için günlük kontroller yapılmalıdır.

Rehberlik:

Saf su için aşağıdaki günlük kontroller yapılmaktadır:

- ☒ Saf su iletkenliği
- ☒ Su sertliği

- ☒ Klor miktarı
- ☒ Basınç düşmesi
- ☒ Ph düzeyi

SDİ13.03

Arıtma sonrası su örnekleri, bakteriyolojik yönden en az üç ayda bir kez, toksik ve kimyasal yönden en az altı ayda bir kez değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Suyun kimyasal ve bakteriyolojik kontrolünde Avrupa Farmakopesinde bildirilen sınırlar göz önüne alınmalıdır.

SDİ14 Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.

SDİ14.01

Ulaşım hizmeti için araç tahsis edilmelidir.

- ☒ Araçta;
 - Yeterli ısıtma ve havalandırma sistemi olmalıdır.
 - Yangın tüpü bulunmalıdır.
 - Hastaların araca rahat çıkıp inebilmesini kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
 - Pediatrik hastalar için düzenleme yapılmalıdır.
- ☒ Araçların temizliği ve bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SDİ15 Diyaliz hizmetleri ile ilgili veriler Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına kaydedilmelidir.

Psikiyatri Hizmetleri

Amaç

Psikiyatri alanında sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarına, uygun fiziki koşullarda, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standart bir bakım sunmak, hasta ve yakınlarının tedavi sırası ve sonrasında rehabilitasyon programlarına katılımlarını sağlayarak, hastaların sosyal yaşama dahil olmalarını teşvik etmektir.

Kapsam

Bu bölüm, bölüme ilişkin hizmet veren dal hastaneleri ile Bakanlık tarafından tescil edilmiş psikiyatri klinikleri bulunan hastaneler ve psikiyatri hastalarının yatışı ve tedavisinin yürütüldüğü kliniklerde değerlendirilir.

SPS01 Psikiyatri hizmet süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SPS01.01

Psikiyatri hizmetleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- Akut ve kronik hasta kabul kriterleri
- Tedavi ve aktivite planları ile ilgili işleyiş
- Hastanın klinik/servise her girişinde, kendisine ve/veya çevresine zarar verebileceği nesnelere yönünden kontrolü
- Kısıtlama uygulama kuralları
- Akut eksite hastalar ve tıbbi sorunlu hastalarla ilgili tedavi yaklaşımları
- Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) kuralları
- Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi
- Hasta ve yakınlarının rızasını almayı gerektirecek durumlar ve rıza alma süreci
- Tedavi edici ortam koşulları
- Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği
- Hasta ve hasta yakınlarına verilecek eğitimler
- Hastaların telefonla görüşme şekli, zamanı ve süresi
- Taburculuk işlemleri ve taburculuk sonrası takip süreci
- Adli konular ile ilgili süreçler
- Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, AMATEM gibi hizmet birimlerine yönlendirilmesine ilişkin süreçler

SPS02 Psikiyatri kliniklerine yönelik fiziki düzenleme bulunmalıdır.

SPS02.01

Psikiyatri hizmetlerine yönelik fiziksel alanlar, hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır.

Psikiyatri hizmetlerine yönelik asgari aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır:

- Rehabilitasyon alanları
- Sigara içen hastalar için sigara içme alanı

- ☒ Ziyaret için ayrılmış bir alan
- ☒ Hastaların açık havadan faydalanabilecekleri alan

SPS02.02

Hastaların kullanabileceği lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

SPS02.03

Hasta odalarındaki hasta sayısı, hastaların bakım ihtiyaçları, kendilerine ve başkalarına zarar verme risk düzeyleri dikkate alınarak belirlenmelidir.

SPS02.04

Odada kişisel kullanım için dolap, etajer gibi ekipman bulunmalıdır.

SPS02.05

Hasta gruplarına tahsis edilen odaların tefrişat ve renkleri ilgili hastaların tanıları ile uyumlu olmalıdır.

SPS02.06

Hasta odalarında gün ışığı ve taze hava sağlanabilmelidir.

SPS03 Hastaların kullandığı bahçede fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.**SPS03.01**

Hastaların rehabilitasyon sürecine katkı sağlamak amacıyla, bahçede, asgari yürüyüş, oturma ve spor alanları bulunmalıdır.

SPS03.02

Hastaların kullandığı bahçede hasta güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SPS03.03

Bahçe güvenliği sorumluları belirlenmeli ve gün içinde düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

(Ç) SPS04 Hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.**SPS04.01**

Klinikte fiziki açıdan hasta güvenliğine yönelik kaçma, intihar, saldırganlık gibi riskler değerlendirilmeli ve risklere yönelik önlemler alınmalıdır.

- ☒ Tavan tek parça olmalıdır.
- ☒ Tavana monte teçhizat emniyetli veya gizli olmalıdır.
- ☒ Pencereler yarı açılır ya da açılmaz olmalıdır.
- ☒ Hasta odalarındaki eşyalar sabitlenmiş olmalıdır.
- ☒ Odada bulunan malzemeler, hasta güvenliğini sağlayacak özellikte olmalıdır.
- ☒ Yangın tüpleri, EKG cihazları, defibrilatör, serum askısı vb. mobil cihazlara yönelik güvenlik önlemleri (sabitlenme gibi) yöntemlerle alınmalıdır.
- ☒ Sıhhi tesisat açıkta olmamalıdır.

SPS04.02

Hastalar, ilgili sağlık çalışanlarının sürekli gözetimi altında olmalıdır.

SPS04.03

İlaçların bulunduğu odalara giriş kontrollü olmalıdır.

SPS04.04

Kliniğe giriş-çıkışlar ve hastaların ortak kullanım alanları kamera ile izlenmelidir.

SPS05 Hasta yatışı ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SPS05.01

Hastanede istemli ve istem dışı (zorunlu) yatış ve taburculuk süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

SPS05.02

Hasta yatış kararına ilişkin onay bulunmalıdır.

Rehberlik:

- 18 yaş üstü hastanın kendisinden rıza alınır.
- 18 yaş altı veya vasi tayin edilen hastalarda vasi rızası alınır.
- ☒ İstem dışı (zorunlu) yatışlarda;
 - Yatış kararı hastayı gören hekim tarafından verilir, sağlık kurulu tarafından onaylanır ve karar mahkemeye sevk edilir.
 - İstem dışı yatışlar ilgili mahkeme kararı ile onaylanır.

SPS05.03

İstem dışı yatış kararı verilen hastaların taburculuk kararına ilişkin onay bulunmalıdır.

Rehberlik:

- ☒ İstem dışı yatışlarda;
 - Taburculuk kararı hastayı gören hekim tarafından verilir ve taburculuk kararı ilgili mahkemeye bildirilir, mahkeme kararı ile onaylandıktan sonra taburculuk işlemi gerçekleştirilir.

SPS05.04

18 yaş altı hastaların yatışı çocuk ve/veya ergen kliniğine yapılmalıdır.

- ☒ Zorunlu hallerde 18 yaş altı hastalar yetişkin kliniğine yatırılacaksa uygun düzenlemeler yapılmalıdır.

SPS05.05

Hastaların taburculuk sonrası sosyal yaşama devamı yönünden planlama yapılmalıdır.

SPS06 Hastanın öz bakımının yapılması sağlanmalıdır.**SPS06.01**

Hastaların kılık kıyafetlerinin temiz olması sağlanmalıdır.

SPS06.02

Hastaların saç bakımı ve traşlarının yapılması sağlanmalıdır.

SPS06.03

Hastaların yeme, içme, banyo ve tuvalet ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.

SPS06.04

Hastaların öğün dışı yeme içme ihtiyaçları için gerekli düzenlemeler olmalıdır.

(Ç) SPS07 Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir.**SPS07.01**

Yatan hastalara yönelik, hastaların psikososyal gelişimleri için oluşturulmuş bir rehabilitasyon programı bulunmalıdır.

Rehabilitasyon programı kapsamında asgari aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilmelidir:

- ☒ Günaydın ve/veya sorun toplantıları

☒ Resim, elişi, satranç, tavlâ, masa tenisi gibi faaliyetler

☒ Fiziksel egzersiz grupları

SPS07.02

Hasta ve yakınları, rehabilitasyon faaliyetleri konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Bilgilendirme kayıt altına alınmalıdır.

SPS07.03

Gerçekleştirilen rehabilitasyon faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

SPS08 Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SPS08.01

Yakın gözlem gerektiren hastalar ve durumlar tanımlanmalıdır.

SPS08.02

Yakın gözlem gerektiren hastalar bir plan dahilinde gözlemlenmelidir.

Plan asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

☒ Ne şekilde gözlem yapılacağı

☒ Gözlemin ne zaman başlayıp ne zaman biteceği

SPS08.03

Hastaların gözlemine ilişkin bilgiler kayıt altına alınmalıdır.

SPS08.04

Gözlem sonuçları değerlendirilmelidir.

SPS09 Hasta ve yakınlarına, sorumlulukları ve bakım süreci hakkında gerekli eğitimler verilmelidir.

SPS09.01

Hastalar ve hasta yakınlarının uyması gereken kurallar ve sorumlulukları belirlenmelidir.

☒ Hasta ve hasta yakınları uyması gereken kurallar ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

SPS09.02

Hasta ve yakınlarına asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitim verilmelidir:

- Psikoğitim
- Hastalık ve süreci
- Günlük yaşama dair öz bakım gibi detaylar
- İlaçlar hakkında bilgilendirme
- Rehabilitasyonun nemi ve gerekliliği

(Ç) SPS10 Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

SPS10.01

EKT endikasyonları belirlenmelidir.

SPS10.02

İşlem ncesi hastanın hazırlığına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SPS10.03

Hastaya hangi nedenle EKT yapıldığı kayıt altına alınmalıdır.

SPS10.04

EKT nitesi, ortak kullanım alanlarından ayrı bir alanda ve sorumlular dışındaki kişilerin göremeyeceği şekilde düzenlenmelidir.

- nite içinde hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalıdır.
- Havalandırma ve ışıklandırma sağlanmalıdır.
- Hasta mahremiyetine uygun düzenleme yapılmalıdır.

SPS10.05

EKT nitesinde bulunması gereken tıbbi cihaz ve malzemeler asgari aşağıdaki maddeleri kapsayacak şekilde belirlenmelidir:

- Elektrokonvülsif tedavi cihazı
- Anestezi cihazı
- Cerrahi aspiratör
- Defibrilatör
- Monitör (EKG ve oksijen satürasyon zellikli)
- Laringoskop seti
- Entübasyon tüpleri
- Airwayler
- Ambu
- Aspirasyon sondaları
- Lüzumlu acil ilaçlar

SPS10.06

Genel anestezi alacak hastalarda açlık süresi takip edilmelidir.

SPS10.07

Hasta, işleme alınmadan önce, üzerinde işlem sırasında risk oluşturabilecek materyal bulunma durumu açısından kontrol edilmelidir.

SPS10.08

Hasta ve ailesi EKT uygulaması ve amaçları hakkında bilgilendirilmelidir.

SPS10.09

Hastanın EKT sonrası izlemi yapılmalı ve komplikasyonlar açısından takip edilmelidir.

SPS10.10

EKT uygulamasında alınması gereken önlemler belirlenmelidir.

SPS11 Adli vakalar ve mahkum klinikleri için düzenlemeler yapılmalıdır.**SPS11.01**

Adli vakalar ve mahkum hastalara ilişkin farklılık arz eden süreçler tanımlanmalıdır.

SPS11.02

Adli vakalar ve mahkumlara yönelik süreçlerde güvenlik ve mahremiyete ilişkin uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.

SPS11.03

Adli vakalar ve mahkumların bakım süreçleri belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SPS12 Öngörülemez durumlar için hazırlanmış bir eylem planı olmalıdır.**SPS12.01**

İntihar girişimi, sonuçlanmış intihar, eksite veya ajite hasta olması gibi öngörülemez durumlarda nasıl bir yol izleneceği belirlenmeli ve tüm çalışanlar tarafından bilinmelidir.

(Ç) SPS13 Hastaların taburculuk sonrası sosyal hayata uyumlarının sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

SPS13.01

Taburculuk sonrası sürece yönelik hususlar ile ilgili hasta ve yakını asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Hastanın takip ve kontrol periyotları
- İlaçların kullanımı
- Hastanın sosyal hayata katılımını teşvik etmeye yönelik rehabilite edici faaliyetler

SPS13.02

Taburculuk sonrası takip edilmesi gereken hastalar Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) bildirilmelidir.

- Bildirimler, hastaların ikamet adreslerine göre, ilgili TRSM'ye yapılmalıdır.
- Hastanenin kendi bünyesindeki TRSM bölgesinde ikamet eden hastaların ise, taburcu edilmeden merkezle irtibatlandırılmaları sağlanmalıdır.

SPS13.03

Hasta ve hasta yakınları, taburculuk öncesi, ilgili sağlık çalışanları tarafından birebir görüşme yöntemi ile bilgilendirilmelidir.

SPS14 Psikiyatri hizmet sunum sürecinde görev alan çalışanlar, iş güvenliğini sağlamaya yönelik eğitilmelidir.

SPS14.01

Psikiyatri hizmet sunum sürecinde görev alan tüm çalışanlara yönelik eğitim programı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde düzenlenmelidir:

- Psikiyatri hastaları ile baş etme
- İletişim
- Kriz yönetimi
- Ekip çalışması ve uyumu

SPS14.02

Psikologlar tarafından çalışanlara yönelik paylaşım grup toplantıları düzenlenmelidir.

(Ç) SPS15 Kısıtlama kararı alınan hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**SPS15.01**

Hastaların kısıtlanmasına yönelik süreç asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Hangi durumlarda kısıtlama yapılacağı
- Hasta ve yakınlarının kısıtlama konusunda bilgilendirilmesi
- Acil durumlarda (hangi durumlar olduğu belirtilmeli) kısıtlama sürecinin yönetimi
- Kısıtlamada kullanılacak malzemelerin tanımlanması
- Kısıtlama kararının kimin ya da kimlerin verebileceği
- Kısıtlama türüne nasıl karar verileceği
- Kısıtlamada uygulamanın başladığı ve sonlandırıldığı zamanın belirtilmesi
- Kısıtlama süresinin nasıl belirleneceği
- Hekim orderında belirtilmesi
- Kısıtlamanın devamlılığı, uzun süreli kısıtlamalarda uygulanacaklar (gevşetme, mobilizasyon gibi)
- Kısıtlama sırasında gözlemin nasıl yapılacağı ve sıklığının ne olacağı gibi.

SPS15.02

Hastanın davranışları, bilinç düzeyi, hareketsizlik nedeniyle oluşabilecek pnömoni, idrar retansiyonu, konstipasyon, dolaşım bozukluğu gibi durumlar izlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Amaç

Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin hastaneye yatırılmalarını önlemek, yeti yitimini asgari seviyeye çekmek ve işlev iyileşmesi sağlamak amacıyla biyolojik ve psikososyal müdahalelerin sunulması, hastaların bakımına katılan yakınlarına aile odaklı destek ve psikoēitimlerin verilmesi, sosyal işlevin istikrarlı hale getirilmesi ve bireyin toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin artırılmasını sağlamaktır.

Kapsam

Bu bölüm hastane bünyesinde veya sorumluluğunda olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini (TRSM) kapsamaktadır. Bağımsız kurumsal yapı ve yönetime sahip olan TRSM'ler SKS Hastane Seti içerisinde Bakanlıkça belirlenen bölüm ve standartlar üzerinden değerlendirilecektir.

SRH01 Hastaların TRSM'ye kabul edilme sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Rehberlik:

Daha önce hastaneye yatırılmış veya hastaneye yatırılma riski olan, psikoz veya diğer ağır ruhsal bozukluklar nedeniyle tedavi ve psikososyal desteğe ihtiyaç duyan ya da ağır bir ruhsal bozukluk nedeniyle işlevselliği ciddi düzeyde azalmış bireyler tedavi amacıyla TRSM tarafından kabul edilirler.

SRH01.01

TRSM'ye hasta kabul süreci ve sürece ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hasta gruplarını kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Aile hekimlerinden ve birinci basamak sağlık kuruluşlarından
- Hastanelerin psikiyatri kliniklerinden
- Sosyal bakım kurumlarından
- Hasta veya aileleri tarafından doğrudan başvurular

SRH01.02

Hasta kabul kriterleri tanımlanmalıdır.

SRH01.03

Ev ziyareti gerçekleştirilmesi gereken hasta grupları ve ziyaret kriterleri tanımlanmalıdır.

SRH01.04

Hasta başvurusu sırasında asgari aşağıdaki bilgiler kayıt altına alınmalıdır:

- Demografik bilgiler
- Başvuru şekli
- Sevk eden birim
- Sevk nedeni
- Tanısı
- Daha önce hastaneye yatırılma öyküsü

SRH01.05

Hastanın kabul kriterlerini karşılayıp karşılamadığı psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.

SRH02 Hasta bakımına ilişkin süreçler, merkezden sürekli tedavi almayan hastaları da kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Hasta bakımı; hastaların kabulünden hizmetin sonlanmasına kadar geçen süre içinde hastaya TRSM tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

SRH02.01

Hasta bakımına ilişkin süreçlere yönelik doküman asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
- Planlanan bakımın hastaya uygulanması
- Bakımın sonuçlarının izlenmesi
- Gerektiğinde bakım planında değişiklikler yapılması
- Hizmetin sonlandırılması

(Ç) SRH03 Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.

SRH03.01

Hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

SRH03.02

Hastalar, fiziksel ve psikososyal açıdan asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde değerlendirilmelidir:

- Genel beden ve ruh sağlığı
- Olası ilaç yan etkileri
- Düşme riski
- Kendine zarar verme riski (kasıtlı ve kazara)
- Başkalarına zarar verme riski (kasıtlı ve kazara)
- Başkalarının vereceği zarara karşı savunmasızlık
- Alevlenmeye veya ruhsal durumun kötüleşmesine karşı savunmasızlık
- Aile ve toplum desteğinin düzeyi

- Barınma imkânı ve mali durum
- Tedaviye uyum
- İçgörü düzeyi
- Madde kullanımı

(Ç) SRH04 Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı hazırlanmalıdır.

Rehberlik:

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

SRH04.01

Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.

SRH04.02

Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalıdır.

Bakım planı, bakıma ilişkin asgari aşağıdaki gereklilikleri içermeli ve kayıt altına alınmalıdır:

- Hastanın bakım ihtiyaçları
- Aile veya bakım verenlere destek
- Hastaya özgü belirlenen risklerin önlenmesi veya azaltılmasına ilişkin stratejiler (silah ve ilaçlara erişimin sınırlandırılması, izlem sıklığının artırılması gibi)
- Acil psikiyatrik durum planının oluşturulması
- Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler
- Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar
- Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi ve izlenmesi

SRH04.03

Psikososyal ihtiyaçlarına ilişkin bakım uygulamaları asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Psikoeğitim
- Rehabilitasyon
 - Uğraş ve eğitim ihtiyaçları

- Gündelik yaşam aktiviteleri
- Sosyal içerme
- Alevlenmenin önlenmesi

Psikolojik terapiler

SRH04.04

Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir.

Bakım planında yapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

SRH05 Hasta ve yakınlarına yönelik psikoeğitim düzenlenmelidir.

SRH05.01

Hasta ve yakınlarına, asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde psikoeğitim düzenlenmelidir:

- Hastalığın seyri
- Hastalık riskini artıran faktörler
- Alevlenme riskini azaltacak tedbirler
- Tedavi seçenekleri
- İyi uygulamalar
- Sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumlar
- Yaşam alanında belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik tedbirler

SRH05.02

Psikoeğitimler için hasta gruplarına göre eğitim materyali oluşturulmalıdır.

(Ç) SRH06 Hastaların rehabilitasyon ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SRH06.01

Hastanın rehabilitasyonuna yönelik bakım uygulamaları asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde belirlenmelidir:

- Özbakım
- Günlük yaşam aktiviteleri

- Sosyal etkinlik düzeyi (günlük aktiviteler, boş zamanlarını değerlendirme, öğrenme, inanç ve ibadet, uğraşlar vb.)
- Aile ve sosyal çevre ile ilişkiler
- Üretkenlik ve çalışma
- Alevlenmenin önlenmesi
- Hastalıkla başa çıkma

SRH06.02

Belirlenen her rehabilitasyon uygulaması asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Hastanın mevcut durumu
- Rehabilitasyonun hedefi
- Hedefe gitmek için duyduğu gereksinimler
- Terapistin uygulamaları
- Hastanın aktivitesi
- Aile ve sosyal çevrenin faaliyetleri
- Diğer profesyonellerin uygulamaları

SRH06.03

TRSM kapsamında asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde rehabilitasyon aktiviteleri belirlenmelidir:

- Etkileşim grubu
- Sosyal beceri grubu
- Aile grubu
- Uğraş terapisi
- Meslek edindirme
- Sanat terapisi
- Ev ve işyeri ziyareti gibi.

SRH06.04

Rehabilitasyon aktiviteleri için gerekli ekipman ve malzeme belirlenmeli, söz konusu ekipman ve malzemenin temin sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SRH06.05

Belirlenen rehabilitasyon hedefleri düzenli aralıklarla izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

- Hedefe ulaşma ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekiyor ise rehabilitasyon programı güncellenmelidir.

SRH07 Hastaya uygulanacak psikolojik terapiye ilişkin düzenleme yapılmalıdır.**Rehberlik:**

Psikolojik terapi, hastanın kendini tanıması ve çözümlerine ulaşabilmede gerekli psikolojik zeminin oluşturulmaya çalışıldığı tedavi amaçlı işbirliği, iletişim sürecidir.

SRH07.01

Psikolojik terapi, alanında uzman, gerekli eğitime ve niteliklere sahip sağlık çalışanı tarafından uygulanmalıdır.

SRH07.02

Ailenin terapiye katılması gereken durumlar, terapist tarafından belirlenmelidir.

SRH07.03

Zorunlu haller dışında terapi süreci tamamlanmadan sonlandırılmamalıdır.

SRH07.04

Belirlenen hedeflere ulaşma derecesi değerlendirilmelidir.

SRH08 Hastaların ailelerine psikolojik destek konusunda düzenleme yapılmalıdır.**SRH08.01**

Hastaların ailelerine ve yakınlarına yaşadığı spesifik sorunlarla ilgili psikoeğitim verilmelidir.

SRH08.02

Aileler gerekli durumlarda bakım planlamasına ve tedavi kararlarına katılmaya teşvik edilmeli ve bu konuda desteklenmelidir.

SRH08.03

Ailenin destek ihtiyaçları düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.

SRH09 Hastalar ilaç tedavisinin etkinliği ve yan etkiler açısından izlenmelidir.**SRH09.01**

Hastalara uygulanan ilaç tedavisi uygun doz, süre ve elde edilen klinik sonuçlar açısından izlenmelidir.

SRH09.02

Hastaların ilaç tedavisi planına uyum düzeyi izlenmelidir.

SRH09.03

Hasta ve yakınları ilaç kullanımı ve olası yan etkiler hakkında bilgilendirilmelidir.

SRH09.04

Hasta ve yakınları, ilaç tedavisine devamı destekleyici stratejiler (dozet kutularının kullanımı, hatırlatıcı araçlar ve rutin oluşturulması vb.) hakkında bilgilendirilmelidir.

SRH09.05

İlaçların yan etkileri izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

SRH10 İlaç uyum düzeyi düşük ve intihar eğilimi olan hastaların bakım ve tedavi sürecine yönelik riskler yönetilmelidir.

SRH10.01

İntihar riski yüksek olan hastaların ilaca erişimi kontrol altına alınmalıdır.

SRH10.02

İlaç uyum düzeyi düşük ve intihar eğilimi olan hastaların ilaçları kayıt altına alınarak teslim alınmalıdır.

SRH10.03

Teslim alınan ilaçların mizatları kontrol edilmelidir.

SRH10.04

Kullanılan ilacın dozu, uygulama tarihi, saati ve kim tarafından uygulandığı kayıt altına alınmalıdır.

SRH10.05

Verilen ilaçların hasta tarafından alındığı kontrol edilmelidir.

SRH11 Hastaların beden sağlığının izlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SRH11.01

Hastalar, genel tıbbi durumları açısından değerlendirilmelidir.

Hastaların nutrisyonel durumları asgari aşağıdaki maddelerle değerlendirilmelidir.

- Beden kütle indeksi
- Son 3 ayda kilo kaybı
- Son 1 hafta içinde gıda alımında azalma

SRH11.02

Hastalar, bedensel sağlık açısından aile hekimi tarafından izlenmesi için teşvik edilmelidir.

SRH11.03

Eşlik eden bedensel hastalıkların varlığında gerekli görüldüğünde ilgili branş hekiminden konsültasyon için ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile koordinasyon sağlanmalıdır.

SRH12 Ev ziyaretlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalıdır.**SRH12.01**

Hangi durumlarda ev ziyaretleri gerçekleştirileceği tanımlanmalıdır.

SRH12.02

Ev ziyareti sırasında izlenmesi gereken süreç ve ziyarete ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

SRH12.03

Ev ziyaretleri gerçekleştirmek üzere ekip oluşturulmalı ve ekiplere gerekli araç ve ekipman tahsis edilmelidir.

SRH12.04

Evde ziyaret edilmesine rağmen merkeze gelmesi sağlanamayan hasta ve yakınlarına hastalık, tedavi süreçleri ve hukuki sorumlulukları hakkında bilgi verilmelidir.

SRH12.05

Başkalarına zarar verme eğilimi yüksek olan hastaların ev ziyaretleri sırasında gerekli güvenlik tedbirleri alınmalıdır.

SRH12.06

Ev ziyaretlerinde asgari aşağıdaki hususlar kayıt altına alınmalıdır:

- Ziyareti gerçekleştiren sağlık çalışanlarının adı soyadı
- Hastanın adı soyadı
- Telefon

- ☒ Adres
- ☒ Tarih ve saat
- ☒ Hasta dışında görüşülen kişi veya kişiler
- ☒ Ziyaretin kapsamı ve sunulan sağlık hizmetinin içeriği
- ☒ Öneriler ve bakım planı (psikoeğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, poliklinik hizmeti gibi)

SRH13 Hasta dosyası ile hasta bakım ve takibine yönelik tüm kayıtlar elektronik bilgi yönetim sistemi üzerinden izlenebilir olmalıdır.

(Ç) SRH14 Risk düzeyi yüksek olan hastalarda çalışanların ve diğer hizmet alanların güvenliğinin sağlanmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

SRH14.01

Risk düzeyi yüksek olan hastaların bakımı sırasında çalışanların ve diğer hizmet alanların güvenliğinin sağlanmasına ilişkin asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde önlemler alınmalıdır:

- ☒ Hasta ile görüşme sırasında, ihtiyaç halinde diğer çalışanlar en kısa zamanda ulaşılabilir durumda olmalıdır.
- ☒ Ev ziyaretleri en az iki personel tarafından yapılmalıdır.
- ☒ Diğer personel ziyaret ekibinin ziyaret programından (yer ve zaman) haberdar olmalıdır.
- ☒ Riskle ilgili kaygılar psikiyatriste danışılarak; gerek görüldüğünde güvenlikleri için aile üyeleri ve aile hekimi ile paylaşılmalıdır.

SRH15 TRSM ile kamu kurumları, toplum destek veya sosyal yardım kuruluşları (belediyeler, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, İŞKUR, eğitim birimleri, sivil toplum kuruluşları vb.) arasında işbirliği kurulmasına yönelik planlama yapılmalıdır.

(Ç) SRH16 Ruhsal bozukluğu olan hastaların hastalıkları nedeni ile damgalama ve ayrımcılığa maruz bırakılmamalarına yönelik çalışma yapılmalıdır.

SRH16.01

Yerel yönetimler, bölgedeki diğer sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapılarak, yazılı ve görsel medya aracılığı ile ağır ruhsal bozukluklar hakkında toplum bilinçlendirilmelidir.

SRH16.02

Okullarda mümkünse hizmet kullanıcıları eşliğinde eğitimler düzenlenmelidir.

SRH16.03

Bilgi kaynağı (bilginin alındığı kişi) uzman ve güvenilir olmalı, mesaj; tercihen yüz yüze ve çift yönlü olmalıdır.

SRH16.04

Damgalama konusunda toplum eğitilirken, hastalar da tedavileri sırasında damgayla baş etme konusunda bilgilendirilmelidir.

Biyokimya Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde biyokimya alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.

SBL01 Biyokimya hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.

SBL01.01

Biyokimya laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.

Test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir:

- Laboratuvarda çalışılan testler
- Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği
- Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar
- Numune alımı ile ilgili kurallar
- Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
- Test çalışma yöntemi
- Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
- Gerekli ise testlere özel açıklamalar

SBL01.02

Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.

SBL01.03

İlgili sağlık çalışanları, rehberine nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımını hakkında bilgilendirilmelidir.

(Ç) SBL02 Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.

Rehberlik:

Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar.

Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, Biyokimya laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.

SBL02.01

Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır.
- Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.

SBL02.02

Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır:

- ☒ Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.
- ☒ Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir.
- ☒ İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.
- ☒ Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.

SBL02.03

Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ☒ Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır.
- ☒ Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.
- ☒ Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.

SBL02.04

Laboratuvara kabul edilen numunelerin analiz öncesi saklanacağı yer ve koşullar tanımlanmalıdır.

SBL02.05

Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

(Ç) SBL03 Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.

SBL03.01

Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.

- ☒ Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.

SBL03.02

Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.

- ☒ Kayıtlarda asgari;
 - Tarih ve saat

- Numuneleri gönderen bölüm
- Kim tarafından kabul veya reddedildiği
- Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır.

Bu bilgiler SBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.

SBL03.03

Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.

SBL03.04

Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.

SBL03.05

Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

- Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS’de yer almalıdır.
- Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir.
- Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
- Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.

SBL03.06

İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.

SBL03.07

Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

SBL04 Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.

SBL04.01

Testlerin çalışılma sürecine yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içeren doküman bulunmalıdır.

- Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması
- Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü
- Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları

- ☒ Testlerin çalışılma sürecine yönelik detaylı algoritmalar
- ☒ Akılcı laboratuvar uygulamaları
- ☒ Sonuçların onaylanması

SBL04.02

İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.

SBL04.03

Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

SBL05 Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

SBL05.01

Laboratuvarda bulunan her test cihazı için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır:

- ☒ Kullanım kılavuzu veya CD'si
- ☒ Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları (kalibrasyon planları, kabul kriterleri, kalibrasyon aralığı ve sonuç belgeleri gibi)
- ☒ Varsa kalite kontrol sonuçları
- ☒ Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi)
- ☒ Firma iletişim bilgileri
- ☒ Kullanıcı eğitim sertifikaları

SBL05.02

Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.

SBL05.03

Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ☒ Cihaz ve malzemelerin kullanımı
- ☒ Miat ve uygunluk kontrolü
- ☒ Güvenli kullanım kuralları
- ☒ Cihazların bakım ve temizliği
- ☒ Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

(Ç) SBL06 Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.**Rehberlik:**

İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.

SBL06.01

Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.

- ☒ Laboratuvarında gerçekleştirilen testlerin türüne göre tüm testler için uygulanacak iç kalite kontrol yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, kullanım aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.

SBL06.02

İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SBL06.03

İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma aralıkları, test prospektüsü ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.

SBL06.04

İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.

SBL06.05

İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

(Ç) SBL07 Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**SBL07.01**

Laboratuvar testlerinin dış kalite değerlendirme süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.

- ☒ Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre gerekli testler için uygulanacak dış kalite değerlendirme yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, program kapsamında değerlendirme aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.

SBL07.02

Dış kalite değerlendirme programına ye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SBL07.03

Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SBL07.04

Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SBL07.05

Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

(O) SBL08 Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.

SBL08.01

Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılacak testler ve uygulamaya ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Metot validasyonu ve verifikasyonu; Laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamasının koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.

Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir.

SBL08.02

Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanılmadığı durumlarda validasyon uygulanmalıdır.

(O) SBL09 Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.**Rehberlik:**

Ölçüm Belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.

SBL09.01

Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.

SBL09.02

Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

SBL10 Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**SBL10.01**

Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.

Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Hastane/laboratuvar adı
- Testin yapıldığı laboratuvarın adı
- Hastanın adı, soyadı
- İstemi yapan hekimin adı, soyadı
- İstem yapıldığı tarih ve saat
- Numunenin ve testin adı
- Numunenin alındığı tarih ve saat
- Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- Sonuç değerinin birimi
- Referans aralığı/değeri ya da karar sınırları
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat

SBL10.02

Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.

Rehberlik:

Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.

SBL11 Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.

SBL11.01

Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.

Rehberlik:

Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.

Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.

SBL11.02

Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

- ☒ Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı hastane tarafından belirlenmelidir.
Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- ☒ Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

(Ç) SBL12 Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimini sağlanmalıdır.

Rehberlik:

Panik/kritik değer, bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri

tanısal, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.

SBL12.01

Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

☒ Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Buna ilişkin;

- Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı
- İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği
- Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı
- Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği
- Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı

belirlenmelidir.

SBL12.02

Panik değerler SBYS üzerinde tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Otomatize sistemler ile manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerin de bu kapsamda ele alınarak SBYS üzerinde tanımlanması gereklidir.

SBL12.03

Panik değer tespiti durumunda SBYS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem bulunmalıdır.

- ☒ Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.
- ☒ Klinisyenin gördüğü ekranda da, panik değere yönelik bir uyarıcı (farklı bir renk veya şekil gibi) düzenlenmelidir.

SBL12.04

Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

SBL12.05

Panik değer bildirimine ilişkin s¼reç izlenebilir olmalıdır. Panik değer bildirim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Hastanın;
 - Adı soyadı
 - Protokol numarası
 - Servisi
 - Testin adı
- Panik değer sonucu
- Test sonucunun ¼ıktığı tarih ve saat
- Bildirimi yapan kişi
- Bildirim yapılan kişi
- Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
- Bildirimin hangi yolla yapıldığı

SBL12.06

Laboratuvar ¼alıřanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.

SBL13 Test s¼reci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonu¼larının biyog¼venlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine y¼nelik kurallar belirlenmelidir.

SBL14 Laboratuvar testleri ile ilgili s¼reçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SBL14.01

Alınan numunenin ve testin, analiz ¼ncesi, analiz ve analiz sonrası s¼reçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Laboratuvar bilgi y¼netim sisteminde test s¼reci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- Hastanın adı-soyadı
- Hastanın yaşi
- Hastanın cinsiyeti

- Protokol numarası
- İstem tarih ve saati
- İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü
- Numune türü
- Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi
- Numunenin;
 - Alındığı tarih ve saat
 - Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
- Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem
- Varsa test tekrarı ve sonuçları
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı

SBL15 Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.

SBL15.01

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.

(Bkz: Ek-3 Hata Sınıflandırma Sistemleri - Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)

SBL15.02

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

SBL15.03

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar ulusal güvenlik raporlama sistemine gönderilmelidir.

Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde mikrobiyoloji alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.

SML01 Mikrobiyoloji hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.

SML01.01

Mikrobiyoloji laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.

Test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir:

- Laboratuvarda çalışılan testler
- Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği
- Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar
- Numune alımı ile ilgili kurallar
- Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
- Test çalışma yöntemi
- Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
- Gerekli ise testlere özel açıklamalar

SML01.02

Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.

SML01.03

İlgili sağlık çalışanları, rehberine nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.

(Ç) SML02 Mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.

Rehberlik:

Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar.

Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, mikrobiyoloji laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.

SML02.01

Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır.
- Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.

SML02.02

Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ☒ Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.
- ☒ Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir.
- ☒ İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.
- ☒ Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.

SML02.03

Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ☒ Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır.
- ☒ Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.
- ☒ Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.

SML02.04

Laboratuvara kabul edilen numunelerin analiz öncesi saklanacağı yer ve koşullar tanımlanmalıdır.

SML02.05

Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

(Ç) SML03 Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.

SML03.01

Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.

- ☒ Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.

SML03.02

Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.

- ☒ Kayıtlarda asgari;
 - Tarih ve saat

- Numuneleri gönderen bölüm
- Kim tarafından kabul veya reddedildiği
- Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır.

☒ Bu bilgiler SBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.

SML03.03

Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.

SML03.04

Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.

SML03.05

Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

- ☒ Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS'de yer almalıdır.
- ☒ Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir.
- ☒ Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
- ☒ Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.

SML03.06

İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.

SML03.07

Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

SML04 Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.

SML04.01

Testlerin çalışılma sürecine yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içeren doküman bulunmalıdır.

- ☒ Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması
- ☒ Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü
- ☒ Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları

- ☒ Testlerin çalışılma sürecine yönelik detaylı algoritmalar
- ☒ Akılcı laboratuvar uygulamaları
- ☒ Sonuçların onaylanması

SML04.02

İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.

SML04.03

Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

SML05 Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

SML05.01

Laboratuvarda bulunan her test cihazı için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır:

- ☒ Kullanım kılavuzu veya CD'si
- ☒ Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları (kalibrasyon planları, kabul kriterleri, kalibrasyon aralığı ve sonuç belgeleri gibi)
- ☒ Varsa kalite kontrol sonuçları
- ☒ Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi)
- ☒ Firma iletişim bilgileri
- ☒ Kullanıcı eğitim sertifikaları

SML05.02

Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.

SML05.03

Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ☒ Cihaz ve malzemelerin kullanımı
- ☒ Miat ve uygunluk kontrolü
- ☒ Güvenli kullanım kuralları
- ☒ Cihazların bakım ve temizliği
- ☒ Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

(Ç) SML06 Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.**Rehberlik:**

İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.

SML06.01

Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.

☒ Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne (seroloji, kültür ve tanımlama testleri, mikroskopi, immunfloresan antikor testleri, kalitatif ve semikantitatif testler gibi) göre tüm testler için uygulanacak iç kalite kontrol yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, kullanım aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.

SML06.02

İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SML06.03

İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.

SML06.04

İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.

SML06.05

İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

(Ç) SML07 Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**SML07.01**

Laboratuvar testlerinin dış kalite değerlendirme süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.

- ☒ Laboratuvarında gerçekleştirilen testlerin türüne (seroloji, kültür ve tanımlama testleri, mikroskopi, immunfloresan antikor testleri, kalitatif ve semikantitatif testler gibi) göre gerekli testler için uygulanacak dış kalite değerlendirme yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, program kapsamında değerlendirme aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.

SML07.02

Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SML07.03

Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SML07.04

Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SML07.05

Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

(O) SML08 Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.

SML08.01

Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılacak testler ve uygulamaya ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Metot validasyonu ve verifikasyonu; Laboratuvarında uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamanın koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.

Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir.

SML08.02

Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanılmadığı durumlarda validasyon uygulanmalıdır.

(O) SML09 Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Ölçüm belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.

SML09.01

Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.

SML09.02

Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

SML10 Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SML10.01

Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.

Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Hastane / laboratuvar adı
- Testin yapıldığı laboratuvarın adı
- Hastanın adı, soyadı
- İstemi yapan hekimin adı, soyadı
- İstem yapıldığı tarih ve saat
- Numunenin ve testin adı
- Numunenin alındığı tarih ve saat
- Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- Sonuç değer birimi
- Referans aralığı/değeri ya da karar sınırları
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat

SML10.02

Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.

Rehberlik:

Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.

(Ç) SML11 Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının kısıtlı bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SML11.01

Antibiyotik duyarlılık testlerinin bildirimine yönelik kurallar belirlenmelidir.

SML11.02

Çalışılan tüm antibiyotik duyarlılık test sonuçları SBYS üzerinde kayıt edilmelidir.

SML11.03

Hasta sonuç raporu kısıtlı bildirim uygulamasına göre hazırlanmalıdır.

SML11.04

Bildirimi kısıtlanan antibiyotik duyarlılık test sonuçlarına kimler tarafından ulaşılabileceği belirlenmelidir.

SML12 Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.

SML12.01

Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.

Rehberlik:

Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.

Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.

SML12.02

Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

- ☒ Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı hastane tarafından belirlenmelidir.
- ☒ Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- ☒ Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

(Ç) SML13 Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirim sağlanmalıdır.

Rehberlik:

Panik/kritik değer, bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri tanısal, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.

SML13.01

Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

- ☒ Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ilişkin;
 - Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı
 - İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği
 - Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı
 - Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği
 - Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı
- belirlenmelidir.

SML13.02

Panik değerler SBYS üzerinde tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Otomatize sistemler ile manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerin de bu kapsamda ele alınarak SBYS üzerinde tanımlanması gereklidir.

SML13.03

Panik değer tespiti durumunda SBYS üzerinde çalışanını uyarıcı sistem bulunmalıdır.

- Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.
- Klinisyenin gördüğü ekranda da, panik değere yönelik bir uyarıcı (farklı bir renk veya şekil gibi) düzenlenmelidir.

SML13.04

Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

SML13.05

Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Panik değer bildirim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Hastanın;
 - Adı soyadı
 - Protokol numarası
 - Servisi
 - Testin adı
- Panik değer sonucu
- Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
- Bildirimi yapan kişi
- Bildirim yapılan kişi
- Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
- Bildirimin hangi yolla yapıldığı

SML13.06

Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirim ile ilgili eğitim verilmelidir.

SML14 Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.

SML15 Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SML15.01

Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- Hastanın adı-soyadı
- Hastanın yaşı
- Hastanın cinsiyeti
- Protokol numarası
- İstem tarih ve saati
- İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü
- Numune türü
- Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi
- Numunenin;
 - Alındığı tarih ve saat
 - Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
- Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem
- Varsa test tekrarı ve sonuçları
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı

SML16 Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.**SML16.01**

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.

(Bkz: Ek-3 Hata Sınıflandırma Sistemleri - Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)

SML16.02

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

SML16.03

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar ulusal güvenlik raporlama sistemine gönderilmelidir.

Patoloji Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde patoloji alanında sunulan hizmetlere ilişkin tüm süreçlerde, hasta güvenliğini sağlamak ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamı sağlamaktır.

SPL01 Patoloji laboratuvarı çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.**SPL01.01**

Patoloji laboratuvarı çalışma süreçleri asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Laboratuvar genel çalışma esasları
- Numune gönderen birimlerin ve merkezlerin tanımı
- Patoloji istem sürecine ilişkin kurallar
- Özel biyopsiler için dikkat edilecek hususlar
- Numunenin uygun şekilde tespiti ve transferi
- Numune kabul ve ret kriterleri
- Raporlamada kullanılan ulusal ve uluslararası standartlar
- Laboratuvar dışındaki kritik süreçler ile ilgili genel bilgiler
- Makroskobik değerlendirme
- Her tür numune için, makroskopik olarak nasıl değerlendirileceği ve nereden, ne kadar örnekleme yapılacağı ile ilgili kurallar
- Mikroskobik değerlendirme
- Sitolojik materyalin alınması, hazırlanması ve transferi ile ilgili yöntemler ve kurallar
- Sitolojik materyal ile temas eden personelin uyması gereken güvenlik kuralları
- Rutin dışında uygulanan yöntemlerin (immünohistokimya, histokimya, immünfloresan, moleküler teknikler, elektron mikroskopi gibi) nasıl yapılacağı
- Kalite kontrol çalışmaları
- Raporlama ile ilgili süreçler ve kurallar
 - Kanser tanılı patoloji raporlarının yazılması (Kanser tanısı verilen tüm hastaların raporlarında yer alması gereken tüm parametreleri içeren bir şablon olmalıdır.)
- Raporlama süreleri
- Panik tanı kriterleri ve bildirim
- Sonuçların hastaya ve hekime ulaştırılması
- Blok, preparat ve raporların arşivlenmesi

SPL01.02

Çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda ilgili dokümanlar revize edilmelidir.

SPL01.03

Hazırlanan doküman ve gerçekteştirilen revizyonlar hakkında çalışanlara en az yılda bir kez eğitim verilmelidir.

(Ç) SPL02 Patoloji laboratuvarı ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.

Rehberlik:

Analiz öncesi süreç; klinisyen isteminden, numunenin laboratuvara kabulüne kadar geçen süreci kapsar. Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, patoloji laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.

SPL02.01

Patolojik incelemeye ilişkin istemlerin yapılması hakkında kurallar tanımlanmalıdır.

SPL02.02

Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır.

SPL02.03

Patoloji isteminde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Hasta adı soyadı
- Dosya numarası ve/veya barkod numarası
- Hasta doğum tarihi veya yaşı
- Sorumlu klinisyen hekimin ismi
- Kısa klinik öykü
- Önemli tetkik sonuçları
- Varsa önceki patoloji sonuçları

SPL02.04

Numune alımı ve transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir.

- ☒ İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.
- ☒ Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır.
- ☒ Numuneler, belirlenmiş zaman çizelgesi içinde laboratuvara gönderilmeli, mesai saatini aşan numuneler uygun koşullarda saklanmalıdır.
- ☒ Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için transferde görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.
- ☒ Sorumlu klinisyen hekimler, özel biyopsilerin gönderim koşulları hakkında bilgilendirilmelidir.

SPL02.05

Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, etiketleme gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

(Ç) SPL03 Numunelerin laboratuvara kabulüne yönelik kurallar belirlenmelidir.

SPL03.01

Numune kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.

- ☒ Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.

SPL03.02

Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.

- ☒ Kayıtlarda asgari;
 - Tarih ve saat
 - Numuneleri gönderen bölüm
 - Kim tarafından kabul veya reddedildiği
 - Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır.
- ☒ Bu bilgiler SBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.

SPL03.03

Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.

SPL03.04

Numunelerin laboratuvara kabulü için numune kabul birimi/alanı bulunmalıdır.

SPL03.05

Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

- ☒ Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS’de yer almalıdır.
- ☒ Gerekliğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
- ☒ Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.
- ☒ Kabul kriterlerine uymayan numuneler reddedilmeden önce sorunun giderilmesine çalışılmalı, kesin ret kriteri olan durumlar dışında, numune sorumlu patoloji hekimi tarafından değerlendirilerek ve kayıt altına alınarak hasta yararına suboptimal koşullarda incelemeye alınmalıdır.

SPL03.06

İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.

(Ç) SPL04 İntraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SPL04.01

İntraoperatif konsültasyon süreci ile ilgili asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalıdır:

- ☒ Frozen cihazının günlük bakım ve kontrolü
- ☒ Numunelerin transferi
- ☒ Numune kabul ve ret kriterleri
- ☒ Dondurma işlemi
- ☒ Kesme ve boyama ile ilgili işlemler
- ☒ Sonuç hakkında bilgilendirme

SPL04.02

Frozen cihazının günlük bakım ve kontrolü ile ilgili sorumlular belirlenmeli, gerçekleştirilen bakım ve kontroller kayıt altına alınmalıdır.

SPL04.03

Sonuç hakkında bilgilendirmenin, belirlenen kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesi ve anında kayıt altına alınması sağlanmalıdır.

SPL04.04

Sonuç verme süreleri izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

☒ İntraoperatif konsültasyonların %90'ı laboratuvara geldikten sonra 20 dakika içerisinde rapor edilmelidir.

SPL04.05

Kalıcı kesit değerlendirmesini içeren biyopsi raporuna intraoperatif konsültasyon (frozen section) sonucu da dahil edilmelidir.

SPL04.06

İntraoperatif konsültasyon (frozen section) kesitleri, preparat arşivinde olguya ait kalıcı kesitler ile birlikte saklanmalıdır.

SPL05 Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.

SPL05.01

Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Konsültasyon istemi
- ☒ Dış konsültasyonda numunenin transferi
- ☒ Konsültasyon sonucunun raporlanması

SPL05.02

Konsültasyon istemleri ve sonuç bildirimini tanımlanmış standart formlar ile yapılmalıdır.

SPL05.03

Önemli ve özellikli kanser tanı olguların, ayrıca bölüm içi en az bir farklı patoloj tarafından değerlendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SPL05.04

Bölüm dışı konsültasyon sonucu ek rapor olarak düzenlenmelidir.

SPL05.05

Dış konsültasyon için gönderilecek olan arşivdeki materyal, gönderilmeden önce yeniden değerlendirilmeli ve konsültasyon formu ile birlikte iletilmelidir.

SPL05.06

Bölüm dışı konsültasyon sonuçları ile laboratuvar sonuçları karşılaştırılmalı, ikisi arasında uyumsuzluk varsa yeniden değerlendirme yapılarak nedenleri araştırılmalıdır.

SPL06 Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

(Bkz: Malzeme ve Cihaz Yönetimi Bölümü)

SPL06.01

Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir.

- Cihaz ve malzemelerin kullanımı
- Miat ve uygunluk kontrolü
- Malzeme stok takibi
- Güvenli kullanım kuralları
- Cihazların bakım ve temizliği
- Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

SPL06.02

Doku takip solüsyonları ve su banyolarının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

- Doku takip solüsyonları, laboratuvarın yoğunluğuna göre kesit kalitesi, doku tespiti gibi kalite kontrolleri yapılarak düzenli aralıklar ile değiştirilmelidir.
- Solüsyon değişiminden sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.
- Su banyosunun su değişimi ve temizliği asgari günde bir kez yapılmalıdır.
- Yapılan su ve solüsyon değişimleri kayıt altına alınmalıdır.
- Sorumlular, su solüsyon değişimi ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

SPL06.03

Laboratuvarda bulunan her cihaz için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır:

- Kullanım kılavuzu veya CD'si

- ☒ Test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları
- ☒ Cihaz bakım formları
- ☒ Arıza bildirim formları
- ☒ Firma iletişim bilgileri
- ☒ Kullanıcı eğitim sertifikaları

SPL06.04

Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.

(Ç) SPL07 Patolojik inceleme süreçlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.

Rehberlik:

Kalite kontrol çalışmaları patoloji uzmanı sorumluluğunda laboratuvar sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.

SPL07.01

Patolojik numuneler düzenli aralıklarla, kesit kalitesi, doku tespiti, doku takibi, kesit kalınlığı, bıçak izi, boyama kalitesi gibi süreçler açısından örneklem üzerinden sorumlu teknisyen/tekniker tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.

- ☒ Teknisyen tarafından yapılan değerlendirme uzman hekim tarafından kontrol edilmeli ve onaylanmalıdır.

SPL07.02

Özel teknikler ile çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.

- ☒ Histokimyasal, immünohistokimyasal, FISH ve moleküler patoloji testlerinde her çalışmada pozitif ve negatif kalite kontrol çalışması yapılmalıdır.
- ☒ Histokimya ve immünohistokimyasal boyamada önceden pozitif olduğu saptanmış kesitler aynı boyama sırasında veya internal kontrol dokusu içeren örnekler pozitif kontrol olarak kullanılabilir.
- ☒ İmmünohistokimyasal boyamada ayrıca tek bir negatif kontrol lamı da aynı seansta boyanmalıdır.
- ☒ Kontrol kesitleri arşivlenerek saklanmalıdır.

SPL07.03

Kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SPL07.04

Kalite kontrol yöntemi ve çalışma periyodu, ulusal ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.

SPL07.05

Kalite kontrol süreci hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

(O) SPL08 Tanı ve rapor yeterliliğinin izlenmesi amacıyla, seçilen olguların yeniden değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SPL08.01

Olgu örneklem seçimi ve seçilen olguların yeniden değerlendirilmesi ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

SPL08.02

Bir önceki takvim yılında raporlanan olgulardan bilimsel kurallar çerçevesinde örneklem seçilerek, yılda bir kez yeniden değerlendirme yapılmalıdır.

Rehberlik:

Yeniden değerlendirmenin kurum dışı uzman ya da uzmanlar tarafından yapılması tercih edilir.

SPL08.03

Yeniden değerlendirmede tespit edilen uyumsuzluklara yönelik izlenmesi gereken süreç tanımlanmalıdır.

SPL09 Olguların klinikopatolojik olarak değerlendirilmesi amacıyla disiplinler arası toplantılar düzenlenmelidir.

SPL09.01

Düzenli aralıklarla, ilgili patoloji uzmanları ve klinik uzmanlarının katılımı ile disiplinler arası konsey toplantıları gerçekleştirilmelidir.

SPL09.02

Tartışılacak olgular, toplantı gündem ve katılımcılarının belirlenmesi ve toplantı kararlarının raporlanması gibi süreçler tanımlanmalıdır.

SPL09.03

Toplantı raporları üst yönetime sunulmalıdır.

SPL10 Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**Rehberlik:**

Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınmalıdır. Rapor formatı, gerektiğinde gelen örneğe ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.

SPL10.01

Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.

☒ Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Hastane / laboratuvar adı
- İncelemenin yapıldığı laboratuvarın adı
- Hastanın adı, soyadı
- İstemi yapan hekimin adı, soyadı
- İstem yapıldığı tarih ve saat
- Numunenin türü
- Numunenin alındığı vücut bölgesi
- Numunenin alındığı tarih ve saat
- Klinisyenin ön tanısı
- Sonucun yorumu açısından önemli hastaya ait klinik bilgiler
- Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- Varsa kasete yazılan numara
- Materyalden kaç parça ve blok alındığı
- İnceleme sonucu

SPL10.02

Hasta sonuç raporlarında kısaltma kullanılmamalıdır.

SPL10.03

Tanıya ulaşmada yardımcı yöntemler kullanıldıysa, bunların sonucu ve yorumu patoloji raporuna eklenmelidir.

SPL10.04

Her tür kanser tanılı hastanın patoloji raporunda, prognoz ve tedaviye yönelik klinik olarak anlamlı patolojik inceleme ile elde edilebilen tüm parametreler bulunmalıdır.

SPL11 Sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**SPL11.01**

Sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek belirlenmelidir.

Rehberlik:

- ☒ Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.
- ☒ İmmünohistokimya, histokimya, dekalsifikasyon, yeni parça alma, yeni kesit durumları dışında, numunelerin %80'i için raporlama süresinin 10 günü aşmaması hedeflenmelidir. Yukarıdaki ek uygulamalardan herhangi birinin olduğu durumlarda raporlama süresine her uygulama için bir gün eklenmelidir.

SPL11.02

Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

SPL11.03

Herhangi bir nedenle sonuç verme süresinde gecikme söz konusu olduğunda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

SPL11.04

Düzenli aralıklar ile sonuç verme süreleri ölçülmeli, değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

(Ç) SPL12 Panik tanı bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**SPL12.01**

Panik tanılar ve panik tanı bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

SPL12.02

Panik tanı tespit edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmeli, bilginin verildiğine dair teyit alınmalıdır.

SPL12.03

Panik tanı bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalı, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Hastanın;
 - Adı soyadı
 - Protokol numarası
 - Servisi
- Panik tanı sonucu
- Bildirimi yapan kişi
- Bildirim yapılan kişi
- Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
- Bildirimin hangi yolla yapıldığı

(Ç) SPL13 Laboratuvar arşivleme süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SPL13.01

İşlemi tamamlanmış analiz numuneleri (bloklar, lamlar gibi) ile raporlar ve elektronik kayıtların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

- Bloklar en az 20 yıl
- Lamlar en az 10 yıl
- Raporlar süresiz
- Elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.
- Bloklar 25°C üzerine çıkmayan sıcaklıkta saklanmalıdır.
- Hastaya ait kalan dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az bir ay saklanmalıdır.
- Sitolojik yaymalardan tanısal olmayanların (kandan ibaret olanlar gibi) arşivlenmesi gerekli değildir.

SPL13.02

Arşivlemeye ilişkin pratik ve izlenebilir bir yöntem uygulanmalıdır.

SPL14 Patolojik numunenin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**SPL14.01**

Alınan numunenin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- Hastanın adı-soyadı
- Hastanın yaşı
- Hastanın cinsiyeti
- Protokol numarası
- İstem tarih ve saati
- İstemi yapan hekimin adı, soyadı, bölümü
- Numune türü
- Numunenin alındığı vücut bölgesi
- Numunenin;
 - Alındığı tarih ve saat
 - Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
- Sonucun raporlandığı tarih ve saat
- Raporlayan patoloğ ya da patoloğların adı soyadı

SPL14.02

Hastaya ait tüm belgeler, preparatlar, bloklar ve kalan doku numuneleri, numunenin kime ait olduğunu belirten, silinmeyecek ve karışmayacak şekilde yazı, etiket veya tercihen barkod ile işaretlenmelidir.

(Ç) SPL15 Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.**SPL15.01**

Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelerin arındırılmasına yönelik havalandırma sistemi bulunmalıdır.

SPL15.02

Kimyasallar ile çalışanların, gerekli kişisel koruyucu donanımı (koruyucu gözlük, eldiven, önlük, burnu kapalı ayakkabı) kullanmaları sağlanmalıdır.

SPL15.03

Laboratuvar havasının formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmelidir.

Ölçüm solunum düzeyinde yapılmalıdır.

Formaldehit için;

- Makroskopi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm)
- Makroskopi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm)
- Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm)
- Doku takip solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)

Ksilen için;

- Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)
- Doku takip solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)
- Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)
- Kapama sonrası lamaları değerlendiren patolog için (15 dakikalık ölçüm)

SPL15.04

Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra ölçüm tekrarlanmalıdır.

SPL15.05

Laboratuvarın fiziki koşulları, işleyişi, personel veya kullanılan cihaz ve malzemelerde değişiklik olduğu takdirde, yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü yapılmalı, değişiklik olmaması durumunda ölçüm üç yılda bir tekrarlanmalıdır.

SPL15.06

Kimyasal maddelerin atılması ile ilgili süreçler ve kurallar tanımlanmalıdır.

SPL16 Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.

SPL16.01

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.

(Bkz: Ek-3 Hata Sınıflandırma Sistemleri-Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)

SPL16.02

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

SPL16.03

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar ulusal güvenlik raporlama sistemine gönderilmelidir.

SPL16.04

Klinik sonuçlara yönelik tespit edilen uygunsuzluklar, hastaya etkisi açısından aşağıdaki başlıklarda kategorize edilerek incelenmelidir:

- Hastaya etkisi yok
- Minimal etki
- Minor zarar
 - Tanı gecikmesi
 - Gereksiz tanısal girişimlere neden olma (kan analizi, radyolojik tetkik gibi)
 - Tedavide gecikmeye neden olma
 - Morbiditeye neden olmayan gereksiz tedavi uygulanması
- Orta derecede zarar
 - Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tanısal girişimlere neden olma
 - Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma
- Major zarar
 - Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kayı oluşturan gereksiz tanısal girişimlere neden olma
 - Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kayı oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma

SPL16.05

Düzenli aralıklarla, kategorize edilen uygunsuzlukların giderilmesine yönelik labortauvar bünyesinde değerlendirme yapılmalı, gerekli iyileştirme çalışmaları belirlenmelidir.

Major zarar söz konusu olduğunda en kısa zamanda kök neden analizi gerçekleştirilerek gerekli yiletirmeler yapılmalıdır.

Doku Tiplendirme Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde doku tiplendirme alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.

SDL01 Doku tiplendirme hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.

SDL01.01

Doku tiplendirme laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.

Test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir:

- Laboratuvarda çalışılan testler
- Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği
- Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar
- Numune alımı ile ilgili kurallar
- Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
- Test çalışma yöntemi
- Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
- Gerekli ise testlere özel açıklamalar

SDL01.02

Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.

SDL01.03

İlgili sağlık çalışanları rehberine nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.

(Ç) SDL02 Doku tiplendirme laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.

Rehberlik:

Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar.

SDL02.01

Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır.
- Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.

SDL02.02

Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır:

- ☒ Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.
- ☒ Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir.
- ☒ Numune alma işleminde görev yapan personele eğitim verilmelidir.

SDL02.03

Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ☒ Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır.
- ☒ Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.
- ☒ Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.

SDL02.04

Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işleminin yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

(Ç) SDL03 Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.

SDL03.01

Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.

- ☒ Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.

SDL03.02

Numunelerin kabul veya ret kaydında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ☒ Kayıtlarda asgari;
 - Tarih ve saat
 - Numuneleri gönderen bölüm
 - Kim tarafından kabul veya reddedildiği
 - Reddedildi ise ret nedeni

SDL03.03

Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.

SDL03.04

Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.

SDL03.05

Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

- Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS'de yer almalıdır.
- Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir.
- Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
- Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.

SDL03.06

İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.

SDL03.07

Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

SDL04 Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.**SDL04.01**

Testlerin çalışılma sürecine yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içeren doküman bulunmalıdır.

- Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması
- Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü
- Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları
- Testlerin çalışılma süreci ve süresi
- Sonuçların onaylanması

SDL04.02

İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.

SDL04.03

Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

SDL05 Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

SDL05.01

Laboratuvarda bulunan her cihaz için cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır. Dosyada asgari aşağıda belirtilen bilgiler bulunmalıdır:

- Kullanım kılavuzu veya CD'si
- Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları
- Varsa kalite kontrol sonuçları
- Cihaz bakım formları (günlük, haftalık, aylık gibi)
- Firma iletişim bilgileri
- Kullanıcı eğitim sertifikaları

SDL05.02

Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.

SDL05.03

Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir:

- Cihaz ve malzemelerin kullanımı
- Miat ve uygunluk kontrolü
- Güvenli kullanım kuralları
- Cihazların bakım ve temizliği
- Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

(Ç) SDL06 Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.

Rehberlik:

İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.

SDL06.01

İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SDL06.02

İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.

SDL06.03

İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.

SDL06.04

İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

(Ç) SDL07 Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

SDL07.01

Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SDL07.02

Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SDL07.03

Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SDL07.04

Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

(O) SDL08 Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.**SDL08.01**

Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılacak testler ve uygulamaya ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Metot validasyonu ve verifikasyonu; Laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamanın koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.

Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir.

SDL08.02

Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanılmadığı durumlarda validasyon uygulanmalıdır.

(O) SDL09 Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.**Rehberlik:**

Ölçüm Belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.

SDL09.01

Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.

SDL09.02

Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

SDL10 Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**SDL10.01**

Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.

Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Hastane adı
- Testin yapıldığı laboratuvarın adı
- Hastanın adı, soyadı
- Varsa donör adı ve yakınlığı
- İstemi yapan hekimin adı, soyadı
- İstem yapıldığı tarih ve saat
- Numunenin ve testin adı
- Numunenin alındığı tarih ve saat
- Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- Raporlama tarihi
- Kullanılan teknik
- Gerekliyse uygun açıklama
- Teknik sorumlunun parafı ile laboratuvar sorumlusunun imzası

SDL10.02

Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.

Rehberlik:

Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınması önerilmektedir.

SDL10.03

Raporlamada HLA alel ve antijenlerin güncel terminolojisi kullanılmalıdır.

SDL10.04

HLA sonuçları SBYS'ye girilmemelidir.

SDL11 Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**SDL11.01**

Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı Şekilde belirlenmelidir.

Rehberlik:

- ☒ Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.
- ☒ Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.

SDL11.02

Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

- ☒ Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı hastane tarafından belirlenmelidir.
- ☒ Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- ☒ Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

SDL12 Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.**SDL13 Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin gizliliği ve izlenebilirliği sağlanmalıdır.****SDL13.01**

Bilgi güvenliği açısından laboratuvar işleyişine yönelik kurallar belirlenmelidir.

- ☒ Bilgi güvenliği açısından özellikli hususlar ve kurallar belirlenmeli ve çalışanlar bu konuda eğitilmelidir.
- ☒ Elektronik ve kağıt ortamında, test süreci ile ilgili kayıtların ne Şekilde yer alması gerektiği tespit edilmelidir.
- ☒ HLA sonuçları SBYS'ye girilmemelidir.

SDL13.02

Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.

SDL14 Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.

SDL14.01

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.

(Bkz: Ek-3 Hata Sınıflandırma Sistemleri-Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)

SDL14.02

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

SDL14.03

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar ulusal güvenlik raporlama sistemine gönderilmelidir.

Kemoterapi Hizmetleri

Amaç

Kemoterapi hizmetlerinin kalitesini sağlamaya yönelik uygun fiziki koşulların ve teknik alt yapının oluşturulması, bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonun sağlanması ve kemoterapi alacak hastalarda kullanılacak olan kemoterapi ilaçlarının hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve atıklarının yok edilmesi sırasında bu ilaçlara maruz kalabilecek sağlık çalışanlarının ve çevrenin korunması için önlemler almaktır.

SKT01 Kemoterapi hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Kemoterapi hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanırken, kanıta dayalı bilimsel çalışmalar doğrultusunda ve kurumun kendi özgün koşullarını yansıtacak şekilde hareket edilmesi gerekmektedir.

SKT01.01

Kemoterapi hizmetleri ile ilgili asgari aşağıdaki süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- Hastanın tedavi planının hazırlanması
- Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması
- Hastanın kemoterapi ünitesine kabulüne, eğitimine ve taburculuk sürecine ilişkin kurallar
- Hastanın ve kemoterapi ilaçlarının hazırlanması süreci
- Kemoterapi ilaçlarının uygulama süreci
- Hastaların tıbbi takibinin yapılması
- Olası komplikasyonların izlenmesi
- Hasta güvenliğinin sağlanması
- Çalışan güvenliğinin sağlanması
- Kemoterapi ilaçlarının depolama, saklama, transfer ve hazırlama süreçleri
- Atıkların toplanması, taşınması, depolanması ve imhasına yönelik düzenlemeler
- Personelin sürekli hizmet içi eğitimine yönelik süreçler

SKT02 Kemoterapi ilaçlarının hazırlandığı alanlarda uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.

SKT02.01

İlaç hazırlama alanlarında asgari aşağıda belirtilen fiziksel koşullar sağlanmalıdır:

- İlaç hazırlama odası giriş ve çıkışları kontrollü olmalı, yetkisi olmayan kişilerin girişi engellenmelidir.
- İlaçlar negatif basınçlı havalandırma sistemine sahip kabinlerde hazırlanmalıdır.
- Kuruluşun hasta potansiyeli ve personel kapasitesine göre, yarı veya tam otomatik ilaç hazırlama sistemi veya manuel kullanım için Sınıf II Tip B2 biyogüvenlik kabini bulunmalıdır.

- ☒ İlaç hazırlama cihazları ve biyogüvenlik kabinlerinin kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- ☒ Antineoplastik ilaçla kontamine olmuş materyaller tehlikeli atık olarak ayrı toplanmalı; tehlikeli atık kutuları, sert ve dayanıklı materyalden üretilmiş olmalı, kelepçeli kapakları bulunmalıdır.
- ☒ Tehlikeli atıklar, biyogüvenlik kabininden çıkarılmadan önce sızdırmaz şekilde paketlenmeli ve uyarıcı işaretlerle etiketlenmelidir.
- ☒ Tehlikeli atıkların üniteden transferi esnasında atık kutusunun ağzı kapatılmalı, kelepçesi takılmalı ve uyarıcı işaretlerle etiketlenmelidir.
- ☒ İlaçlar özelliklerine göre uygun nitelikte taşıma kapları ile nakledilmelidir.
- ☒ Yeterli sayıda ve özellikte kişisel koruyucu malzemeler (kemoterapi eldiveni, kemoterapi önlüğü, maske, bone, galoş, emici örtü gibi) ulaşılabilir olmalıdır.
- ☒ Oda sıcaklığı 18-22 °C arasında olacak şekilde kontrol altında tutulmalıdır.

Rehberlik:

İlaç nakli için ilaçların özelliklerine göre özel kapaklı, sarsılmayı engelleyici, ısıyı sabit tutabilen, koruyucu taşıma ekipmanlarının kullanılması uygundur.

SKT02.02

Biyogüvenlik kabinlerinin baca çıkışları hastane iklimlendirme sistemi çıkışından bağımsız olarak hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve personelin güvenliğine zarar vermeyecek şekilde yapılmalıdır.

SKT02.03

Biyogüvenlik kabinlerinin kalibrasyonu ve kontrolü belirlenen zaman aralıklarında yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SKT02.04

Kemoterapi ilaçlarının depolama, saklama, transfer ve hazırlanmalarına yönelik güvenlik önlemleri belirlenmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

(Ç) SKT03 İlaç hazırlama süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SKT03.01

İlaç hazırlama öncesi hasta kimliği, kemoterapi tedavi şemasına göre ilaçların türü, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ile tanı ve tedavi uygunluğu kontrol edilmelidir.

- ☒ Hastaya uygulanmak üzere hazırlanan ilacın üzerinde asgari hastanın adı soyadı, kimlik numarası protokol numarası, ilacın adı, dozu, sıvının hacmi, uygulama yolu, uygulama süresi, hazırlama saati, saklama koşulları, stabilite süresi bilgileri bulunmalıdır.

SKT03.02

Kemoterapi ilaçlarının manuel hazırlanması durumunda; kemoterapi hazırlama eğitimi almış eczacı veya hemşire tarafından hazırlanmalı, ilacın kim tarafından hazırlandığı kayıt altına alınmalıdır.

SKT03.03

Tam ya da yarı otomatik kemoterapi hazırlama sistemleri kullanılması durumunda; protokol uygunluğu ilgili doktor, hemşire veya eczacı tarafından kontrol edilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.

SKT03.04

İlaç hazırlama kabini dışında herhangi bir alanda kemoterapi ilaçları hazırlanmamalıdır.

SKT03.05

Kemoterapi ilaçlarının taşınmasından sorumlu personel tanımlanmalıdır.

- ☒ Kemoterapi ilaçları eğitim almış personel tarafından taşınmalı ve ilaçların teslim kayıtları tutulmalıdır.
- ☒ Kemoterapi ilaçlarını taşımada görevli personele verilecek eğitim konuları asgari aşağıdaki başlıkları kapsamalıdır:
 - Kemoterapi ilaçları ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar
 - Temas veya dökülme durumunda karşılaşılabilecek riskler
 - Temas veya dökülme durumunda yapılacak işlemler

SKT03.06

Tehlikeli ilaçların sulandırılması, hazırlanması ve uygulanması süreçlerinde tehlikeli ilaçlarla temas eden tüm materyaller tehlikeli atık olarak değerlendirilmelidir.

SKT04 Ayaktan kemoterapi uygulama alanlarına yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.

SKT04.01

İlaç hazırlama ve uygulama alanlarının yüzeyi kolay temizlenebilir malzemeden yapılmış olmalıdır.

SKT04.02

Kemoterapi uygulama alanları için asgari aşağıdaki donanım ve malzeme bulunmalıdır:

- ☒ Her hasta için kolaylıkla düz konuma getirilebilen kemoterapi koltuğu veya hasta yatağı
- ☒ El hijyenini sağlamaya yönelik lavabo ve malzeme
- ☒ Acil müdahale gerektiğinde kullanılmak üzere acil müdahale seti
- ☒ Tıbbi gaz sistemini içeren hasta başı paneli
- ☒ Antineoplastik ilaç dökülmelerine karşı dökülme kiti ve talimatı

SKT04.03

Acil müdahale amacıyla kullanılmak üzere gerekli donanıma sahip bir oda bulunmalıdır.

SKT04.04

Hastalar için kolay ulaşabilir tuvaletler bulunmalıdır.

- ☒ Tuvaletler kadın ve erkek hastalar için ayrı ve engelli kişilerin yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır.

SKT04.05

Ünite alanlarında enfeksiyonların kontrolü açısından risk düzeyine göre temizlik ve dezenfeksiyona ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SKT04.06

Hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.

SKT04.07

Hasta yakınları için bekleme alanları bulunmalıdır.

SKT04.08

Kemoterapi uygulama alanı sağlık çalışanının hastaları sürekli gözetim ve izlemesine imkan verecek şekilde düzenlenmeli ve hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

SKT05 Kemoterapi uygulaması öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SKT05.01

Kemoterapi uygulamasına ilişkin hekim isteminde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ☒ Hasta adı soyadı
- ☒ Kimlik, protokol veya dosya numarası
- ☒ Hastaya ait kemoterapi protokolü

- İlaç isimleri
- Doz ve tedavi gün sayısı
- Uygulama süresi ve aralıkları
- Uygulamaya ilişkin dikkat edilecek hususlar (uygulama sırasında hastaya verilecek pozisyon, mobilizasyon kısıtlaması, açlık veya tokluk durumu gibi)
- Premedikasyon (gerekli ise)
- İlaça başlama tarihi
- İlaç vücut yüzey alanına göre verilecekse vücut yüzey alanı, kilo ve boy
- Doktor imza ve kaşesi

SKT05.02

Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik asgari aşağıdaki uygulamalar gerçekleştirilmelidir:

- Hasta, uygulama öncesi ilgili hekim tarafından muayene edilmeli, laboratuvar tetkik sonuçları kontrol edilmelidir.
- Doğru hastaya doğru işlemin gerçekleştirilmesi amacıyla, uygulama öncesi kemoterapi reçetesi ve tedavi planı kontrol edilmelidir.
- Tedavi kapsamında kemoterapi öncesinde kullanılması gereken ilaçlar uygulanmalıdır.

SKT05.03

Uygulama öncesinde, ilaçların yan etkileri hakkında hasta ve yakını bilgilendirilmelidir.

- Yan etkilerin yaşanması durumunda sağlık personeline haber verilmesinin gerekliliği hususunda hasta ve yakını bilgilendirilmelidir.

(Ç) SKT06 Kemoterapi uygulamasına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SKT06.01

Kemoterapi uygulayan personel tanımlanmalı ve eğitim almış olmalıdır.

SKT06.02

Kullanılan ilaçların adı, dozu, formu, veriliş yolu ve süresi, kim tarafından uygulandığı ve uygulanma tarihi kayıt altına alınmalıdır.

SKT06.03

Uygulama sırasında hasta tıbbi yönden izlenmeli, yan etki ve komplikasyonlar ile yapılan girişimler kayıt altına alınmalıdır.

SKT06.04

Kemoterapi uygulamasına yönelik riskler (ilacın dökülmesi, ilaç maruziyeti, alerjik reaksiyon, ekstrevasyasyon vb.) ve bu risklere yönelik alınması gereken önlemler belirlenmelidir.

- Ekstrevasyasyonla ilgili asgari aşağıdaki hususlara yönelik düzenleme yapılmalıdır:
 - İlaç türüne göre ekstrevasyasyon durumunda yapılacak işlemler
 - Vezikan ve iritan ilaçların listesi
 - Hazırlanan ilaç üzerindeki etikette vezikan ilaç uyarısının bulunması
 - Ekstrevasyasyonun kayıt altına alınması

SKT07 Kemoterapi alan hastanın klinik durumu izlenmelidir.

SKT07.01

Kemoterapi sürecindeki hastaya ait tüm tıbbi işlemler hasta dosyasına kaydedilmelidir.

SKT07.02

Kemoterapi sürecindeki hastalar, genel tıbbi durum açısından uzman hekim tarafından değerlendirilmelidir. Değerlendirme asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

- Hastanın genel sağlığına ilişkin öykü ve fizik muayenesi
- Doktor tarafından yapılmış hasta performans değerlendirmesi
- Laboratuvar sonuçları
- Nütrisyon değerlendirme sonuçları
- Kemoterapi tedavisine ilişkin kısa ve uzun vadeli yan etki ve komplikasyonlar
- Vezikant kontrolü
- İlaç uygulama yolu kontrol ve bakımı

SKT08 Kemoterapi alan hasta ve yakınına tedavi süreci hakkında eğitim verilmelidir.

SKT08.01

Hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim bilgilerinin yer aldığı rehber hazırlanmalı, kemoterapiye başlamadan önce hasta ve hasta yakınlarına

rehbere ilişkin birebir eğitim verilmelidir. Eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Personel ve rollerinin tanıtılması
- Tedavinin amaçları, planlanan tedavi süresi ve uygulanacak tedaviler
- Tedavi sırasında gelişebilecek acil durumlar (ekstravazasyon, anaflaksi vb)
- İlaç-ilaç ve ilaç besin etkileşimleri
- Beslenmeye ilişkin öneriler
- Tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkiler (ağrı, yorgunluk, nötropeni, trombositopeni, bulantı-kusma, konstipasyon, hipersensivite, allerjik reaksiyon gibi) ve yan etkilerin yönetimi
- Sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumlar, ulaşabileceği telefon numaraları

Organ ve Doku Nakli Hizmetleri

Amaç

Organ veya doku nakli ihtiyacının tespiti ve organ bağışının teşviki ile verici seçimi, bağış süreci, nakil ve nakil sonrası takibi içeren tüm bakım uygulamalarının, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonun sağlanması, etkin organ ve doku nakli hizmeti verilerek iyileşme oranlarının yükseltilmesi ve komplikasyon oranlarının azaltılmasıdır.

(Ç) SON01 Organ bağış teşviki ve bağış süreci ile bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SON01.01

Organ bağış birimi oluşturulmalı, sorumluları belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

- Birim tarafından, organ bağış hakkında sağlık personeli ve halkın farkındalığının artırılmasına yönelik faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

SON01.02

Bağış işlemleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Hastanenin bağış süreci ile ilgili görev ve sorumlulukları
- Bağış sürecinin koordinasyon ve takibi
- Ulusal ve bölge koordinasyon merkezleri ile iletişim süreci
- Potansiyel vericilerin belirlenmesi
- Organ ve doku bağış teşviki
- Beyin ölümü yönetimi
- Vericinin değerlendirilmesi
- Organa özel seçim kriterleri
- Verici veya yakınının bilgilendirilmesi ve rızasının alınması
- Kadavra vericinin bakımı
- Kadavra verici cenazesinin hazırlanması ve teslimi

SON02 Nakil hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SON02.01

Nakil işlemleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar canlı ve kadavra nakillere göre asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Hastanenin nakil süreci ile ilgili görev ve sorumlulukları
- Ulusal ve bölge koordinasyon merkezleri ile iletişim süreci
- Organ ve doku çıkarım süreci
- Organ veya dokuların paketlenmesi ve taşınması
- Alıcıların tespiti ve değerlendirilmesi

- ☒ Organ ve doku nakil süreci
- ☒ Nakil sonrası hastanın tıbbi takibi
- ☒ Olumsuz reaksiyon ve rejeksiyonların ulusal sisteme bildirilmesi
- ☒ Alıcı ve vericiye ait bilgilerin gizliliği
- ☒ İmhaaya yönelik süreçler

(Ç) SON03 Beyin ölümü yönetim sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SON03.01

Beyin ölümü yönetimine yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Potansiyel vericilerin belirlenmesi için yoğun bakım üniteleri ve acil servis ile koordinasyon
- ☒ Belirlenen potansiyel vericilerin izlenmesi
- ☒ Beyin ölümü tespit kriterleri
- ☒ Beyin ölümü tespit kurulunun ivedilikle toplanmasının sağlanması
- ☒ Tespit edilen beyin ölümlerinin bölge koordinasyon merkezine bildirilmesi

SON03.02

Beyin ölümüne karar vermek üzere ilgili branş uzmanlarını içerecek şekilde bir beyin ölümü kurulu oluşturulmalıdır.

- ☒ Verici kaynağı hastanede beyin ölümü kurulunda bulunması gerekli olan hekimlerin yokluğu durumunda, il içerisindeki ilgili uzman hekimlerden konsültasyon alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

SON03.03

Beyin ölümü kurulunun görevleri ve beyin ölümü tespiti ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

SON03.04

Kurul tarafından beyin ölümü tanı algoritması oluşturulmalı, asgari aşağıdaki kriterlere yönelik muayene gerçekleştirilmelidir:

- ☒ Beyin ölümü tanısında gerekli ön koşulların tanımlanması
- ☒ Spontan solunum varlığı
- ☒ Görsel, işitsel ve ağırlı uyaranlara yanıt
- ☒ Beyin sapı refleksleri
- ☒ Apne testi ve kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak yapılmış ek testler

SON04 Organ ve doku bağıışı için verici veya verici yakınlarının rızasının alınması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

SON04.01

Organ ve doku bağıışı için aile iznini almak amacıyla vefat edenin yakınları ile görüşme gerçekleştirilmelidir.

- Aile görüşmesi için tanımlanmış, yoğun bakımdan kolay ulaşılabilecek bir konumda, yeterli büyüklük ve konfora sahip bir oda bulunmalıdır.

SON04.02

Beyin ölümü sonrası organ ve doku bağıışına ilişkin karar, vefat eden ile ilgili karar verme yetkisine sahip kişi veya kişiler tarafından verilmelidir.

SON04.03

Canlı organ vericisinin rızası, süreç ve klinik sonuçlar ile ilgili ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilme yapıldıktan sonra alınmalıdır.

- Canlı verici, mahremiyeti sağlanmış bir alanda bilgilendirilmeli ve dış baskılardan uzak bir ortamda rızasının alınması sağlanmalıdır.

(Ç) SON05 Canlı ve kadavra vericinin değerlendirilmesi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Organ ve doku nakil işlemini en az risk ve en etkin şekilde yapmak; verici organlarının, dokularının ve hücrelerinin iyi bir şekilde değerlendirilmesi ile doğrudan ilişkilidir.

SON05.01

Ulusal ve uluslararası kanıt dayalı rehberler doğrultusunda verici uygunluk ve ret kriterleri belirlenmelidir.

SON05.02

Belirlenen kriterler doğrultusunda kadavra ve canlı vericilerin uygunluğu değerlendirilmelidir.

SON05.03

Kadavra vericilere yönelik değerlendirme asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde ve iki aşamada tanımlanmalıdır:

1- Karar ve hazırlık sürecinde;

- Kadavra verici için yasal olarak yetkili kişilerle görüşme

- ☒ Vericinin tıbbi öyküsü ve alışkanlıkları
 - ☒ Vericinin kapsamlı seyahat öyküsü
 - ☒ Tanısal araştırmalara yönelik görüntüleme işlemleri ve laboratuvar testleri
 - ☒ Fiziksel muayene
 - ☒ Vericinin ağırlığı ve boyu
 - ☒ Kan grubu
- 2- Organ veya doku çıkarım işleminden hemen önce;
- ☒ Verici kimliğinin kesinleştirilmesi
 - ☒ Aile iznini gösteren belgenin kontrol edilmesi
 - ☒ Beyin ölümü tespit kaydının kontrol edilmesi
 - ☒ Verici bakımının niteliğinin değerlendirilmesi

SON05.04

Canlı vericilere yönelik değerlendirme asgari aşağdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ☒ Vericinin tıbbi öyküsü ve alışkanlıkları
- ☒ Vericinin kapsamlı seyahat öyküsü
- ☒ Tanısal araştırmalara yönelik görüntüleme işlemleri ve laboratuvar testleri
- ☒ Fiziksel muayene
- ☒ Vericinin ağırlığı ve boyu
- ☒ Kan grubu
- ☒ Doku tipi uygunluğu
- ☒ Psikososyal değerlendirme
- ☒ Etik komisyon değerlendirmesi (akraba dışı canlı vericili nakillerde)
- ☒ Vericiye yönelik perioperatif ve uzun dönemli riskler

SON06 Alıcının değerlendirilmesi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SON06.01

Alıcı, organ ve doku nakli endikasyonunun varlığı açısından değerlendirilmelidir.

SON06.02

Alıcı, fiziksel ve psikososyal yönden organ ve doku nakli uygunluğu açısından değerlendirilmelidir.

SON06.03

Nakil için uygun bulunan alıcılar ulusal yazılım sistemi üzerinde tanımlanmalıdır.

SON07 Alıcı ve yakınları nakil süreci ile ilgili bilgilendirilmelidir.**SON07.01**

Alıcı ve yakınları asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Tedavi süreci
- Bekleme listesinin işleyişi
- Zamanında organ bulunamaması durumu
- Nakil işleminin tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları
- Riskler ve gelişebilecek komplikasyonlar
 - Organ reddi
 - Akut ve kronik organ reddi
 - Bulaşıcı hastalıkların ve tümörlerin bulaşma riski
 - İmmunosüpresif tedaviye bağlı komplikasyonlar
 - Rekürrens riski
- Nakil sırasında ve sonrasında alması gereken ilaçlar
- Nakil sonrası kontrol periyotları
- Nakil sonrası dikkat edilecek hususlar

(Ç) SON08 Nakil için planlanan organın işlevsel durumunun korunması amacıyla kadavra vericinin klinik bakımına yönelik kurallar belirlenmelidir.**SON08.01**

Bakım sürecinde vericide oluşan klinik değişiklikleri izlemeye yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

SON08.02

Verici organ ve dokularının işlevsel durumunun korunması için muhtemel kritik komplikasyonlar ve tedavi stratejileri belirlenmelidir.

Rehberlik:

Verici organ ve dokularının işlevsel durumu ile ilgili kritik komplikasyonlar ve tedavi stratejilerine ilişkin örneklere aşağıda yer verilmiştir:

- Hipovolemiye bağlı düşük kan basıncı ve sıvı replasmanı
- Santral diabetes insipidus ve endokrin yönetimi
- Hipovolemi kaynaklı dirençli arteriyel hipotansiyon

- ☒ Vasküler motor fonksiyonu kaybına bağlı hipovolemi
- ☒ Vazopresör kullanımı
- ☒ Hipokalemi
- ☒ Hipernatremi
- ☒ Hipotermi ve vücut ısısı düzensizliği
- ☒ Spinal vejetatif düzensizlik ve hareketler
- ☒ Akciğer koruyucu tedavi ve ventilasyon
- ☒ Organ nakli sırasında hemostaz vb.

SON08.03

Vericinin bakım ihtiyaçları belirlenmelidir.

- ☒ Bakım ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar kayıt altına alınmalıdır.

SON08.04

Verici bakımından sorumlu hekim ve hemşireler tanımlanmalı ve gerekli eğitimleri almaları sağlanmalıdır.

(Ç) SON09 Organ ve doku alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

SON09.01

Organ ve dokuların çıkarım süreci, sıcak iskemi süresini en aza indirecek şekilde düzenlenmelidir.

SON09.02

Nakil merkezleri tarafından, çıkarım sürecine yönelik personel ve ekipman tanımlanmalıdır.

- ☒ Organ ve dokunun çıkarılması, saklanması, paketlenmesi ve taşınması sürecinde kullanılması planlanan tüm ekipman hazır bulundurulmalıdır.

SON09.03

Çıkarılan organın patolojik inceleme sürecine yönelik işleyiş basamakları ve kuralları tanımlanmalıdır.

Organ çıkarım sürecinde, intratorasik ve intraabdominal organlar, olası gizli tümörler ya da patolojik lenfadenopatiler açısından muayene edilmeli, şüpheli lezyonlar dondurulmuş kesit (frozen section) ile en kısa sürede araştırılmalıdır.

SON09.04

Çıkarılan organların koruyucu solüsyonla damardan yıkanması ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

SON09.05

Detaylı organ raporu hazırlanmalı, rapor asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- Vericinin kan grubu
- Bağış yeri, zamanı ve tarihi
- Soğuk iskemi süresi
- Perfüzyon ya da organ saklama süresi
- Vericiye ilişkin tıbbi bilgiler
- Organ veya doku anatomisine ilişkin detaylı açıklamalar
- Oluşan herhangi bir hasarın raporu
- Koruma sıvısının türü ve hacmi
- İskemi zamanının başlangıcı
- Çıkarım ekibi
- Genel bulgular
- Varsa biyopsi sonucu
- Cross klemp, perfüzyona başlama zamanı, her organ için kullanılan perfüzyon solüsyon miktarı ve her organın çıkarım zamanı
- Organ veya doku çıkarım sürecinin başlama ve bitiş zamanı
- Organ uygunsuzluğunda cerrahi notlar, bulgular ve organ kabul edilmeme nedenleri

SON09.06

Organ ve doku çıkarım sürecinde organ nakli ekibinin temel ihtiyaçlarının (yeme, içme, dinlenme vb.) karşılanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SON09.07

Organ çıkarımı ve sonrasındaki süreçler bölgesel ve ulusal koordinasyon merkezleri iletişim içinde yürütülmelidir.

(Ç) SON10 Organ ve dokuların paketlenmesi ve taşınmasına yönelik süreçler belirlenmelidir.

SON10.01

Paketleme sistemi, ulusal ve uluslararası kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda ve asgari aşağıdaki kuralları içerecek şekilde oluşturulmalıdır:

- ☒ Paketleme materyali, ulusal ve uluslararası düzenlemelere uygun şekilde, inert, sızdırmaz, ısı yalıtımlı ve olası durumlara karşı dayanıklı olmalıdır.
- ☒ Organlar perfüzyon için kullanılan solüsyonda saklanmalıdır.
- ☒ En içte bulunan kap steril olmalı ve organın soğutma elemanları ya da kırılmış buzlarla doğrudan temasını önlemeye yetecek kadar yeterli sıvı içermelidir.
- ☒ Soğuk saklama durumunda organın özelliğine göre 0-6 oC sıcaklık aralığında olması sağlanmalıdır.

SON10.02

Organ taşıma kapları etiketlenmeli, etikette bulunması gereken asgari bilgiler tanımlanmalıdır.

(Ç) SON11 Bağış ve nakil ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SON11.01

Organların vericiden alıcıya nakline kadar geçen süre içinde asgari aşağıdaki basamaklar kayıt altına alınmalıdır:

- ☒ Sıcak iskeminin başladığı tarih ve saat
- ☒ Soğuk iskeminin başladığı tarih ve saat
- ☒ Paketleme tarih ve saati
- ☒ Paketlenen organın hastaneden çıkış tarih ve saati
- ☒ Nakil gerçekleştirilecek hastaneye ulaşma tarih ve saati
- ☒ Kimler tarafından teslim edildiği
- ☒ Kimler tarafından teslim alındığı
- ☒ Nakil ameliyatına başlama tarih ve saati
- ☒ Nakil anı (soğuk iskeminin bittiği tarih ve saat)
- ☒ Nakil ameliyatının sonlanma tarih ve saati
- ☒ Sorumlu nakil ekibi

SON11.02

Saklama ve transfer sıcaklığı izlenmeli ve kayıt altına alınmalı, sıcaklık belirlenen değerlerden sapma gösterdiğinde ilgili kişilere haber verilmesine yönelik alarm sistemi kurulmalıdır.

SON11.03

Organ ve doku retleri ulusal sisteme bildirilmelidir.

SON11.04

Organ ya da dokunun imhasının gerektiği durumlarda izlenmesi gereken süreçler tanımlanmalı, imha nedeni ve zamanı kayıt altına alınmalıdır.

SON12 Organ ve doku nakli ile ilgili süreçlerin yönetimine ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

SON12.01

Gerçekleştirilen organ ve doku nakli çeşitliliği ile ventilatörlü yoğun bakım yatak sayısı dikkate alınarak uygun sayıda organ ve doku nakil koordinatörü görevlendirilmelidir.

☒ Organ ve doku nakil koordinatörü gerekli eğitimleri almış olmalıdır.

SON12.02

Organ ve doku nakli koordinatörleri için uygun nitelik ve donanıma sahip çalışma ofisleri bulunmalıdır.

SON12.03

Bağış ve nakil alanında sorumluluğu bulunan hastanelerde organ ve doku nakil komitesi kurulmalıdır.

SON12.04

Komite asgari aşağıdaki personelden oluşmalıdır:

- ☒ Üst yönetimden en az başhekim yardımcısı düzeyinde bir kişi
- ☒ Organ ve doku nakli koordinatörleri
- ☒ Bağış ve nakil sürecinde görev alan klinik branş temsilcileri
- ☒ Yoğun bakım sorumlu hekim ve hemşireleri

SON12.05

Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ☒ Bağış ve nakil süreci ile ilgili mevcut durum analizi
- ☒ Bağış ve nakil süreci ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri hakkında rapor oluşturulması
- ☒ Rapor doğrultusunda gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının izlenmesi
- ☒ Organ ve doku nakli ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi

SON12.06

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

SON12.07

Yoğun bakım sorumlu hekim ve hemşirelerinin potansiyel vericilere y6nelik g6rev ve sorumlulukları belirlenmelidir.

SON13 Alıcının nakil sonrası tedavi ve bakım s6reçleri tanımlanmalıdır.

SON13.01

Organ ve doku nakli t6r6ne g6re nakil sonrası hasta bakım protokolleri hazırlanmalıdır.

SON13.02

Alıcı takibi belirlenen protokol çerçevesinde en az 1 yıl s6reyle izlenmeli ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

SON13.03

Cerrahi ve patolojik 6ng6r6lemez komplikasyonlara y6nelik k6k neden analizi yapılmalı, gerekli g6r6len iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.

(O) SON14 Alıcı ve canlı vericiye y6nelik mortalite risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

SON14.01

Risk değerlendirmesi sonucunda alıcıya y6nelik beklenen ve gerçekleşen mortalite d6zeyleri karşılaştırılmalı ve gerekli analizler yapılmalıdır.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Amaç

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesini sağlamaya yönelik uygun fiziki koşulların ve teknik alt yapının oluşturulması, bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonun sağlanması ve her hastaya etkin rehabilitasyon hizmeti verilerek hastaya özgü sağlık sorunları ve komplikasyonlarının azaltılması, öz bakım ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılması ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

SFR01 Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SFR01.01

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) kapsamında sunulan hizmetler tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

FTR kapsamında sunulabilecek bazı hizmetler aşağıda belirtilmiştir:

- ☒ Fizik tedavi, girişimsel ağrı ünitesi, günlük yaşam aktiviteleri tedavisi, kas iskelet sistemi ultrasonografisi, elektronöromiyografi ve invaziv olmayan beyin stimülasyonu, hidroterapi, iş uğraşı tedavisi (ergoterapi), kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon, kognitif rehabilitasyon, dil ve konuşma bozuklukları rehabilitasyonu, onkolojik rehabilitasyon, lenfödem-lipödem rehabilitasyonu, mekanoterapi, mesleki ve rekreasyonel rehabilitasyon, sarkopeni ve osteoporoz rehabilitasyonu, romatolojik rehabilitasyon, ortopedik rehabilitasyon, robotik rehabilitasyon, nörolojik rehabilitasyon, sporcu rehabilitasyonu, izokinetik test ve egzersiz tedavisi, geriatric rehabilitasyon, pediatrik rehabilitasyon, postür ve yürüme bozuklukları analizi ve rehabilitasyonu, nöromusküler hastalık rehabilitasyonu, yutkunma bozuklukları rehabilitasyonu, ürodinamik incelemeler ve işeme fonksiyon bozuklukları rehabilitasyonu, ürojinekolojik rehabilitasyon, vertigo rehabilitasyonu, görme rehabilitasyonu vb.

SFR01.02

FTR hizmetleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ☒ Hasta kabul kriterleri
 - Hizmet verilecek hasta grubu
 - Hastanın değerlendirilmesi
 - Hastanın bilgilendirilmesi
- ☒ Hasta bakım ihtiyaçlarının tespiti
- ☒ Hasta bakım planının oluşturulması ve uygulanması
- ☒ Hasta bakım süreçleri
 - Semptomatik tedavi protokolleri
 - Ağrı takibi
 - Rehabilitasyon süreci
 - Özel bakım uygulamaları ve işlemler
- ☒ Hasta mahremiyetinin sağlanması

- ☒ Tıbbi malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonu
- ☒ Tıbbi cihazların güvenli kullanımı
- ☒ Hizmet sunumunda yer alan personelin nitelikleri
- ☒ Multidisipliner ekip yaklaşımı ve rolleri
- ☒ Konsültasyon süreci
- ☒ Hasta taburculuk kriterleri
- ☒ Bakımın sonlandırılması
- ☒ Bakımın sürekliliği

SFR02 Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunumu için gerekli fiziksel koşullar ve tıbbi donanım sağlamalıdır.

SFR02.01

Sunulan hizmetlerin özelliğine göre gerekli fiziki ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.

SFR02.02

Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyon süreçleri kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalı ve izlenmelidir.

SFR02.03

Fiziksel koşullar hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

SFR02.04

Hizmet sunum alanında hastanın personele erişimini sağlamaya yönelik çağrı sistemi bulunmalıdır.

SFR02.05

Hastaların özel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.

SFR02.06

Acil durumlar için hasta nakline uygun fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.

SFR02.07

Hastaların özelliklerine göre biçimlendirilmiş iş ve uğraşı alanları, spor alanları ve sosyal alanlar bulunmalıdır.

(Ç) SFR03 Hasta bakım süreçleri disiplinler arası koordineli bir yaklaşımla yürütülmelidir.

SFR03.01

Hasta bakım sürecinde yer alan tüm meslek gruplarının koordineli olarak hizmet vermesi sağlanmalıdır.

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunum süreçlerinde hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik asgari aşağıdaki personel tanımlanmış olmalıdır:

- FTR uzman hekimi
- Uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon programlarına yönelik eğitim almış veya deneyimli terapist (fizyoterapist, fizik tedavi teknikeri, iş uğraşı terapisti, dil ve konuşma terapisti, ortez protez teknikeri/uzmanı gibi)
- Hemşire
- Sosyal hizmet uzmanı
- Psikolog
- Diyetisyen

SFR03.02

Klinik hizmet sunum sürecinde yer alan sağlık personeli düzenli aralıklarla toplantı yapmalı, toplantılarda asgari aşağıdaki konular yatan hasta bazında ele alınmalıdır:

- Bakım hedeflerine yönelik ilerlemenin değerlendirilmesi
- Hedeflere ilerlemeyi engelleyebilecek sorunlara yönelik çözüm yolları
- Daha önce belirlenmiş olan bakım hedeflerinin yeniden değerlendirilmesi, gerekiyorsa güncellenmesi
- Bakım planının izlenmesi ve güncellenmesi

SFR03.03

Toplantılar sırasında verilen kararlar kayıt altına alınmalıdır.

SFR04 Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)

SFR04.01

Hastanın bakım ihtiyaçları ilgili disiplinler tarafından değerlendirilmeli ve hastaya özgü bakım planı hazırlanmalıdır.

Rehberlik:

Her bir disiplin kendi bakım planını oluşturabileceği gibi, ekip tarafından tek bir bakım planı da hazırlanabilir. Disiplinler tarafından ayrı ayrı bakım planı oluşturulması durumunda, ekip üyelerinin ilgili bilgilere erişimi sağlanmalıdır.

Bakım planı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ☒ Hastanın spesifik bakım ihtiyacı alanı/konusu
- ☒ Bakıma katılan sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi) isim ve imzaları
- ☒ Hasta için kısa ve uzun vadeli hedefler (beklenen iyileşme derecesi ve iyileşme süresini içerecek şekilde)
- ☒ Hastanın kısa ve uzun vadeli hedeflere ulaşmasına yardımcı olacak stratejiler ve faaliyetler
- ☒ FTR uygulamasına yönelik detaylar (haftada kaç gün, günde kaç saat, öngörülen toplam yatış gün sayısı gibi)

SFR04.02

Hasta, bakım planı kapsamında uygulanan tedavilere (egzersizler, fizik tedavi modaliteleri, özel programlar, girişimsel işlemler gibi) yönelik bilgilendirilmeli ve hastanın rızası alınmalıdır.

(Bkz: Hasta Deneyimi Bölümü)

SFR04.03

Planlanan bakım uygulamaları, hastanın fonksiyonel durumuna göre belirlenmiş süre içinde gerçekleştirilmelidir.

SFR04.04

Hastanın kabulünden hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süre içerisindeki hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.

SFR05 Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.

SFR05.01

Kurumun hizmet kapsamına giren alanlar dikkate alınarak özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.

Kurumun hizmet kapsamına göre oluşturulacak bakım algoritmaları asgari aşağıdaki hasta gruplarını içermelidir:

- ☒ Ekstremitte kaybına uğramış hasta
- ☒ Bası yaralı hasta

- ☒ Nörolojik hastalıklar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta (Örn: İnme, travmatik beyin hasarı, omurilik hasarı, multiple skleroz, parkinson, v.b)
- ☒ Pediatrik rehabilitasyon (serebral palsi, gelişim bozuklukları brakial pleksus hasarı, beyin ve omurilik hasarı, meningomyelosele, kas hastalıkları gibi)
- ☒ Kardiyak ve pulmoner hastalıklar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta (koroner arter hastalığı, opere by pass greftleme, kardiyak transplantasyon öncesi ve sonrası, kronik obstrüktif akciğer hastalığı rehabilitasyonu, periferik damar hastalıkları rehabilitasyonu gibi)
- ☒ Muskuloskeletal ve romatolojik hastalıklar (osteoartrit, romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi) ve sportif sorunlar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta
- ☒ Görme ve işitme rehabilitasyonu gereken hasta
- ☒ Subakut rehabilitasyon - Mekanik ventilasyon gerekliliği ile akut rehabilitasyon sürecinde olan ve FTR kliniğine kabul edilen hasta (trakeostomisi bulunan tetrapleji veya hemipleji hastası, trakeostomisi bulunan Guillain-Barre Sendromlu hasta gibi)
- ☒ Diğer kliniklerce (yoğun bakım, ortopedi ve travmatoloji gibi) danışılan ve FTR tedavi süreci başlayan hasta

SFR06 Hizmetin sonlandırılması ya da geçici süreyle ara verilmesi durumunda, bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SFR06.01

Taburculuk sonrasına yönelik hastanın fonksiyonel durumuna göre bakım hedefleri ve kontrol aralıkları belirlenmelidir. Bu hedefler ve kontrol aralıkları hasta ve aile ile paylaşılmalı, kayıt altına alınmalıdır.

SFR06.02

Hastanın kalacağı ev veya diğer bakım ortamlarına güvenli ve uygun bir şekilde yerleşebilmesi için yaşam alanlarında gerekli düzenlemeler hakkında bilgi ve eğitim verilmeli, özellikle alanlarda yapılması gereken asgari düzenlemelerle ilgili bilgilendirme ve yönlendirme desteği yapılmalıdır.

SFR06.03

Ev programı olarak tanımlanan, hasta ve bakım verenlerin uygulayabileceği programlar hakkında (yardımcı cihazların kullanması, günlük egzersizlerin uygulanması gibi) hastaya ve aileye gerekli bilgilendirmeler (broşür, bilgi notu vb.) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SFR06.04

Taburculuk sonrası takip gerektiren hastalara yönelik bilgi akışını sağlamak üzere; hasta, hastaya bakım verenler ve hizmet sunan sağlık kuruluşları ile iletişim ve işbirliği süreci tanımlanmalıdır.

- ☒ Hasta, hastaya bakım verenler ve hizmet sunan sağlık kuruluşundan bakım hedefleri dikkate alınarak geri bildirim (telefon, elektronik posta, telefonla, yüzyüze görüşme gibi) alınması sağlanmalıdır.
- ☒ Taburculuk sonrası bakım hedeflerine yönelik görüşmelerin kim tarafından yapılacağı tanımlanmalıdır.

SFR06.05

Yaşam boyu takip gerektiren hastalar ve bu hastalar için uygulanacak program tanımlanmalıdır.

(O) SFR07 Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları oluşturulmalıdır.

SFR07.01

Kurumun hizmet çeşitliliği ve personel nitelikleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları uygulanmalıdır.

Rehberlik:

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında hastanede sunulabilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerine örnekler aşağıda verilmiştir:

- ☒ Destekleyici Teknoloji ve Yardımcı Araç Gereçlerin Kullanımı Eğitimi (Koltuk Değneği, Tekerlekli Sandalye, Protez, Ortez vb.)
- ☒ Yaşlı ve Engelli Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Danışmanlık
- ☒ Okul Çağı Çocuk /Gençlerin Postür Düzgünlüğü ve Yaşam Kalitesine Yönelik Danışmanlık
- ☒ Dolaşım Problemlerinde Koruyucu Yaklaşımlar Eğitimi
- ☒ Aktif Solunum Döngüsü Eğitimi

SFR07.02

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

SFR07.03

Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Palyatif Bakım Kliniği

Amaç

Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimleri multidisipliner bir yaklaşımla uygun fiziki koşullarda karşılamak, ağrı ve ızdırabı dindirerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak, hasta ve ailesinin yaşam sonu tercihlerine saygı duymak, yaşamın son anı, kayıp ve yas sürecinde hasta ailesine destek olmaktır.

SPB01 Palyatif bakım hizmetlerine yönelik politika belirlenmelidir.**SPB01.01**

Palyatif bakım hizmetlerinin politikası asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde belirlenmelidir:

- Palyatif bakım hizmetinin amacına uygun şekilde tanımlanmış genel hasta kabul ilkeleri
- Hasta ve yakınlarının bakım sürecine katılımını destekleyici ilkeler
- Hastalık seyri boyunca palyatif bakım hizmetinin sürekliliğini destekleyici ilkeler

SPB01.02

Uygulamalar belirlenen politikalar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

SPB02 Palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**SPB02.01**

Palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili asgari aşağıdaki süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır:

- Hasta kabulü
 - Hizmet verilecek hasta grubu
 - Evden hasta kabulü
 - Sağlık kuruluşlarından hasta kabulü
 - Bakımevi vb. kuruluşlardan hasta kabulü
 - Klinikten hasta kabulü
- Hasta bakım süreçleri
 - Hasta bakım ihtiyaçlarının tespiti
 - Semptomatik tedavi protokolleri
 - Ağrı takibi
 - Mobilizasyon
 - Beslenme ve sıvı alımı
 - Enteral beslenme protokolü
 - Opioid uygulama protokolü

- Rehabilitasyon süreci
- Özellikli bakım uygulamaları (Bası yarası, PEG bakımı, trakeostomi bakımı vb)
- Terminal dönem bakım kararları
- Kayıp ve yas süreci
- ☒ Multidisipliner ekip yaklaşımı ve rolleri
- ☒ Sevk kriterleri ve süreçleri
- ☒ Taburculuk kriterleri ve süreçleri
- ☒ Hasta transferi
- ☒ Bakımın sürekliliği (taburculuk sonrası bakım)
- ☒ Bakımın sonlandırılması

SPB03 Palyatif bakım kliniklerine yönelik fiziksel alanlar hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

Palyatif bakım kliniklerinde fiziki şartlar oluşturulurken hasta ve yakınının konforu optimal seviyede planlanmalıdır.

SPB03.01

Palyatif bakım klinikleri diğer kliniklerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.

SPB03.02

Hasta odaları, hasta ve yakınının konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

- ☒ Hasta odaları en fazla iki kişilik olmalıdır.
- ☒ Odalar gün ışığı ve taze hava alacak şekilde olmalı, iklimlendirme sağlanmalıdır.
- ☒ Odada banyo, tuvalet, televizyon ve refakatçiler için açılır kapanır koltuk bulunmalıdır.
- ☒ Hastaya özel ayarlanabilen gece lambası, dolap, etajer ve buzdolabı bulunmalıdır.
- ☒ Hasta odası gürültüden uzak, ve gün ışığından yararlanabilecek şekilde düzenlenmelidir.
- ☒ Hasta başı panelleri gizli olmalıdır.

SPB03.03

Palyatif bakım kliniğinin içinde ya da yakınında asgari aşağıdaki alanlar bulunmalıdır:

- Hasta ve yakınının kullanabileceği mutfak alanı
- İbadet odası
- Meşguliyet odası veya alanı
- Hastanın kaybı sonrası ailenin kayıp ve keder sürecini yaşamasına olanak sağlayan geniş, ergonomik bir alan
- Hastaların açık havadan faydalanabilecekleri alan
- Hasta ve yakınının kullanabileceği çamaşır yıkama ve kurutma alanı

SPB04 Hastanın ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Hastaya özgü bakım ihtiyaçları tanımlanırken uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve bakım kılavuzları kullanılmalıdır.

(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)

SPB04.01

Bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinde ulusal veya uluslararası geçerliliği olan ölçekler (Edmonton semptom değerlendirme ölçeği vb) kullanılmalı ve bu ölçekler sonucu yapılan çalışmalar hasta bakımına yansıtılmalıdır.

SPB04.02

Değerlendirme multidisipliner bir yaklaşımla ilgili sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen vb) tarafından gerçekleştirilmelidir.

SPB04.03

Kanıtı dayalı klinik değerlendirme araçları (karnofsky performans skoru, palyatif prognostik indeks vb.) kullanılarak, palyatif bakım hastalarının yaşam sonuna yaklaşma durumu belirlenmelidir.

- Terminal dönem hastalarının bakım ve ölüm yeri tercihleri değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Ölüm yeri tercihleri, hastanın hassasiyetleri göz önünde bulundurularak hasta yakınları ile birlikte değerlendirilebilir.

**SPB05 Belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planları oluşturulmalıdır.
(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)**

SPB05.01

Bakım planları klinik tarafından kabul edilmiş kılavuz ve protokollere uygun olarak hazırlanmalıdır.

SPB05.02

Palyatif bakım hizmeti hasta merkezli olmalı, hastanın inançları, değerleri ve kültürü bakım sürecine yansıtılmalıdır.

- ☒ Bakımın hastanın tercihlerine uygun olarak sağlanmadığı durumlarda, hasta, ailesi ve bakım verenlerle birlikte alternatif bakım planı oluşturulmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

(Ç) SPB06 Ağrının etkin şekilde takibi ve kontrol altına alınması sağlanmalıdır.

Rehberlik:

Ağrının etkin yönetimi kaliteli palyatif bakımın en önemli parçasıdır. Hastanın ağrısının şiddeti, süresi ve sıklığı değerlendirilerek ve hastanın tercihleri, müdahalenin yararları ve zararları göz önünde bulundurularak optimal ağrı yönetimi sağlanmalıdır.

(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)

SPB06.01

Belirlenen ölçekler ile hastanın ağrısı değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

SPB06.02

Sorumlu hekim, aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde ağrı yönetimi eğitimi almalıdır:

- ☒ Uygun ve güvenilir dozda opioid kullanımı
- ☒ Opioid kullanımı riskinin değerlendirilmesi
- ☒ Opioid bağımlılığı ve diversiyonu işaretlerinin izlenmesi
- ☒ İlaç bağımlılığı riski olan hastaların ağrılarının yönetimi
- ☒ Nonfarmakolojik ağrı tedavi yöntemleri

SPB06.03

Ağrı ve diğer semptomların yönetimine yönelik klinik kılavuz ve protokoller belirlenmelidir.

SPB06.04

Ağrı tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanısıra nonfarmakolojik yöntemler eğitim almış kişiler tarafından uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Rehberlik:

Nonfarmakolojik ağrı tedavi yöntemleri:

- ☒ Periferal teknikler
 - Masaj
 - Sıcak-soğuk uygulama
 - Deriye mentol uygulama
 - Vibrasyon
 - Tens
 - Terapötik dokunma
- ☒ Kognitif davranışsal yöntemler
 - Gevşeme
 - Dikkati başka yöne çekme
 - Müzikterapi
 - Hayal kurma
 - Yavaş ve ritmik solunum
 - Bilişsel stratejiler
 - Aromaterapi
- ☒ Diğer yöntemler
 - Akupunktur
 - Plasebo

SPB07 Hasta ve refakatçilerinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Rehberlik:

Aşağıda, hasta ve refakatçilere yönelik gerçekleştirilebilecek etkinliklere örnekler verilmiştir:

- ☒ Resim, el işi, seramik

- ☒ Yap-boz
- ☒ Kitap okuma faaliyetleri
- ☒ Müzik dinletisi
- ☒ Görsel sanatlar

SPB08 Aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler, psikososyal destek ve bilgi ihtiyacı açısından değerlendirilmeli, gerekli destek ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.

SPB08.01

Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin bakım verme istekleri sorgulanmalı, kişiler bakım sürecinin potansiyel riskleri ve faydaları hakkında bilgilendirilmelidir.

SPB08.02

Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin bakım verme ile ilgili kabiliyetleri ve katılım düzeyleri değerlendirilmelidir.

SPB08.03

Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin hasta bakımına yönelik eğitim ihtiyaçları değerlendirilerek kayıt altına alınmalı, gerekli eğitim ve bilgi desteği sağlanmalıdır.

SPB08.04

Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin, sosyokültürel durumları ve yaşları dikkate alınarak, yaşam sonu belirti ve semptomlar uygun bir dille anlatılmalıdır.

SPB08.05

Gerekli görülmesi durumunda, aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler psikolojik destek almak üzere ilgili sağlık profesyonellerine yönlendirilmelidir.

SPB09 Klinikte görev yapan sağlık çalışanları palyatif bakım konusunda mesleki alanına özgü eğitim almış olmalıdır.

(Ç) SPB10 Hastanın farklı sağlık hizmet alanları arasındaki geçişleri etkin şekilde yönetilmeli, hizmete erişimde süreklilik sağlanmalıdır.

SPB10.01

Hasta, aile ve bakım verenlerin bakım yeri tercihleri de dikkate alınarak multidisipliner ekibin uygun gördüğü yerde bakımın devamlılığı sağlanmalıdır (farklı bir klinik, bakımevi, ev vb.).

SPB10.02

Taburcuğu planlanan hastaya, ev veya diğer bakım ortamlarının hazırlanması için yeterli süre verilmelidir.

SPB10.03

Klinik sonrası bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla aile veya bakım verenlerin sağlık personellerine nasıl ulaşacağı tanımlanmalıdır.

SPB10.04

Bakımın sürekliliğine yönelik oluşabilecek sorunları en aza indirmek için evde sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyon (aile hekimi ile görüşmek, hastanın palyatif bakım gereksinimleri konusunda hekime iletilmek üzere bilgi formu doldurmak vb.) sağlanmalıdır.

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 hastane bünyesinde yer alan evde sağlık birimlerince yürütülen hizmetleri kapsamaktadır.

SES01 Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

SES01.01

Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Birime yönlendirilen veya doğrudan gelen hasta başvuruları ile başvuru ve onay sürecine yönelik kurallar
- Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve kontrol muayeneleri ile takip ziyaretlerinin planlanmasına yönelik süreçler
- Hastaların kabul kriterleri
- Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- Değerlendirme sonrasında tıbbi bakımın nasıl planlanacağı
- Planlanan tıbbi bakımın hastaya nasıl uygulanacağı
- Tıbbi bakımın sonuçlarının nasıl izleneceği ve değerlendirileceği
- Tıbbi bakım planında gerekli değişikliklerin nasıl yapılacağı
- Hastaların hastaneye transferi ile ilgili süreçler
- Hasta yakını eğitimleri
- Evde sağlık hizmetinin sonlandırılması

SES02 Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.

SES02.01

Kayıtlı hastaların ziyaretleri planlanmalıdır.

SES02.02

Hasta, ziyaret aralıkları ve sonraki ziyaret tarihi hakkında bilgilendirilmelidir.

SES02.03

Planlanan ziyaret süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.

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

SES03 Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.**SES03.01**

Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan bakım kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

SES03.02

Hastaların klinik durumları ve tıbbi bakım ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.

SES03.03

Hasta ve yakınının öz bakım kapasitesi, bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerisi değerlendirilmelidir.

SES03.04

Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için hastalar ziyaret programı dahilinde izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarının önlenmesine yönelik izlem örnekleri:

- İlaç uygulamalarının takibi
- Bası ülseri risk değerlendirmesi
- Ağrı şiddeti değerlendirmesi
- Düşme riskinin değerlendirilmesi
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- Kateter bakımı ve takibi
- Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
- Ağız bakımı ve takibi
- Hasta ve yakını tarafından gerçekleştirilen bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi

SES04 Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)

SES05 Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**SES05.01**

Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SES05.02

Hastaların, nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

SES05.03

Malnütrisyonu olan veya malnütrisyon riski saptanan hastalar için nütrisyon desteğinin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.

SES05.04

Nütrisyonel destek verilen hasta ve hasta yakınına konuyla ilgili eğitim verilmelidir.

SES05.05

Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

SES06 Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**SES06.01**

Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Hastaların ağrı şiddeti, VAS (visuel analog skala), Numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile değerlendirilebilir.

SES06.02

Hastalarda ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Rehberlik:

Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.

SES06.03

Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) hakkında hasta ve yakınına eğitim verilmeli, bakım planına kaydedilmeli ve ziyaret programı dahilinde izlenmelidir.

SES07 Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

SES07.01

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek 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 ya da 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 olunması büyük önem arz etmektedir.

SES07.02

Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

SES08 Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.

SES08.01

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.

SES08.02

Hastanın evde sağlık hizmetleri kapsamında çıkarılması durumunda, çıkarılma nedeni, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SES09 Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.

Rehberlik:

Eğitimlerde, çağrının kabulü, hastayı ziyaret, hasta yakınlarıyla iletişim, güvenlik tedbirleri, numune alınması, saklanması ve taşınması, bilgi mahremiyeti gibi konular yer alabilir.

SES10 Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde hastaneye transferi sağlanmalıdır.

DESTEK HİZMETLERİ



Tesis Yönetimi ◀

Otelcilik Hizmetleri ◀

Bilgi Yönetim Sistemi ◀

Malzeme ve Cihaz Yönetimi ◀

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri ◀

Atık Yönetimi ◀

Dış Kaynak Kullanımı ◀



Tesis Yönetim

Amaç

Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır.

DTY01 Bina turları yapılmalıdır.**(Bkz: Tesis Güvenliği Rehberi)****DTY01.01**

Bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulmalıdır.

- Ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır.
- Ekipte hastane 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 hastane 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 asgari aşağıdaki 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

Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.

DTY02.04

Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

DTY03 Hastane yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

DTY03.01

Hastane 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, bulunulan 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.

Rehberlik:

- ☒ Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.
- ☒ Levhalar, hastanenin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.
- ☒ Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.
- ☒ İşaret ve levhalar işlevsel kullanımı hakkında çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.

DTY04.02

Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ☒ Hastane krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir.
- ☒ Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalıdır.
- ☒ Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalıdır.

- ☒ Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır.
- ☒ Acil çıkışlar sedye ile hasta nakline uygun olmalıdır.
- ☒ Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye gibi araçlar bulunmalıdır.

DTY05 Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.

DTY05.01

Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler vb. hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik gibi) 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 bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

DTY06.03

Hastane bünyesindeki bölümlere ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

Rehberlik:

Yaşlı ve engelli kişilerin hastane içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için yapılan uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir:

- Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, 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 hastaneden tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.

DTY07 Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.**DTY07.01**

Hastane bahçesinde yeşil alan düzenlemesi yapılmalı ve bakımlı oturma alanları bulunmalıdır.

DTY07.02

Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.

DTY07.03

Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.

Rehberlik:

Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.

DTY07.04

Hastane yerleşim alanı uygun şekilde ışıklandırılmalıdır.

DTY07.05

Hastane yerleşim alanında uygun konumda ve sayıda atık kutusu bulunmalıdır.

(Ç) DTY08 Hastanede 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), 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**

Hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

DTY10.02

Merkezi havalandırma sisteminin ve iklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrolü belirlenen aralıklarla yapılmalıdır.

- ☒ Belirlenen sorunlara yönelik önlem alınmalıdır.

DTY10.03

Kapalı alanlarda bulunan sistemler için mekanın günlük sıcaklık takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

DTY10.04

Tanımlanan özellikli alanlardaki (YBÜ, negatif basınçlı oda ve ameliyathane vb.) havalandırma sistemleri kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.

DTY10.05

Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

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**

Hastane trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

DTY11.02

Jeneratörlerin geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.

Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

DTY11.03

Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) kontrol ve bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı ve kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.

DTY11.04

Elektrik prizleri sabitlenmiş olmalı, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak hareketli uzatma kablosu vb. kullanılmamalıdır.

DTY11.05

Ortak kullanım alanlarında alçakta yer alan prizler ile çocuk hastalara hizmet verilen birimlerde çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması olmalıdır.

DTY11.06

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 uygun bir malzeme ile kaplanmalıdır.

DTY12.02

- Depoya ait kapak kilitli ve sızdırmaz olmalıdır.
- 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.

DTY12.04

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 hastane 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 Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**DTY14.01**

Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

DTY14.02

Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.

DTY14.03

Medikal gaz sistemindeki basınç değişiklikleri işitsel ve görsel uyarı sistemi ile takip edilmelidir.

☒ Basınç düşüklüğü durumunda kullanılmak üzere yedek sistemler bulunmalıdır.

DTY14.04

Gazlar cinsine göre depolanmalı ve gazların birbiri ile depolanabilir olup olmadığı kontrol edilmelidir.

DTY14.05

Medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.

DTY14.06

Medikal gaz sisteminin bulunduğu alanların kapalı havalandırma kanalları, başka bölüm veya binaların havalandırma kanallarına bağlanmamalıdır.

DTY15 Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**DTY15.01**

Taşınabilir gaz silindirleri dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz silindirleri tek tek veya konteyner içinde sabitlenmiş olmalıdır.

DTY15.02

Üretici firma tarafından hastaneye teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlerinin sertifikası bulunmalıdır.

DTY15.03

Sıkıştırılmış gaz silindirlerinin doluluk ve sızdırmazlık kontrolleri yapılmalıdır.

DTY15.04

Gaz silindirleri gaz tiplerine göre depolanmalı, yanıcı gazlar ve oksitleyici maddelerden ayrılmalıdır.

DTY16 Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.**DTY16.01**

Basınçlı kapların ilk defa kullanılmadan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılmalı, doğru kurulduğu ve güvenli şekilde çalıştığını gösteren belge düzenlenmiş olmalıdır.

DTY16.02

Basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılmalıdır.

DTY16.03

Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanmalıdır.

DTY16.04

Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.

Otelcilik Hizmetleri

Amaç

- ☒ Hastanenin 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
- ☒ Hastanede sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamak
- ☒ Hasta ve hasta yakınlarının hastanede buldukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlamak
- ☒ Hastanede hasta ve 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/kanepe/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 Hastane 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 Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.**DOH05.01**

Muayene odaları temiz olmalı, uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

DOH05.02

Muayene odası girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalıdır.

DOH05.03

Muayene odasında, hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ☒ Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır.
- ☒ Muayene masa örtüsü tek kullanımlık olmalıdır.
- ☒ Gerekli kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.

DOH05.04

Muayene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

DOH05.05

Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile muayene odasına çağrılmalıdır.

DOH06 Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.**DOH06.01**

Bebek bakım ve emzirme odasında fiziki ortamın uygun koşulları içermesi sağlanmalıdır.

Bebek bakım 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.

DOH06.02

Bebek bakım ve emzirme odalarında, emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.

(Ç) DOH07 Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.**DOH07.01**

Hastanenin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi) bulunmalıdır.

- ☒ Hastanede 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir.
- ☒ Hastane 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.

(O) DOH08 Ayaktan tedavisi süreklilik arz eden (kemoterapi, radyoterapi gibi) hasta ve hasta yakınları için gerektiğinde konaklama hizmeti sunulmalıdır.

DOH09 Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.

DOH09.01

Mutfak bölümleri (depolama, gıda hazırlama, bulaşık yıkama yerleri gibi) çapraz kontaminasyonu engelleyecek şekilde birbirinden ayrı alanlarda ve iş akışına uygun şekilde düzenlenmelidir.

DOH09.02

Hastanede mutfak hizmeti verilen tüm alanların tavan, taban ve duvarları yıkama ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

- ☒ Zemin kayma ve düşmeyi önleyici malzemenen yapılmış olmalıdır.

DOH09.03

Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.

- ☒ Depo koşullarının uygunluğu izlenebilir olmalıdır.

DOH09.04

Mutfakta iklimlendirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ☒ Mutfak kokularının hastane hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.

DOH09.05

Mutfak alanlarının hayvan ve haşerelerden korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

DOH09.06

Mutfak atıkları hijyenik ve çevreye zarar vermeyecek şekilde ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.

☒ Yemek atıklarının geçici olarak muhafaza edilmesine yönelik uygun alan oluşturulmalıdır.

DOH09.06

Bebek ve çocuk hastalar için ilgili kliniklerde mama hazırlama alanı tanımlanmalıdır.

DOH10 Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.**DOH10.01**

Gıda zinciri süreçlerinde diyetisyen kontrolü sağlanmalıdır.

DOH10.02

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

DOH10.03

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) DOH11 Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**DOH11.01**

Gıdalar hastaların bakım gereksinimleri ve beslenme tedavileri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

DOH11.02

Tedavi amaçlı özel diyet gereksinimi olan çalışanlar belirlenmeli, diyetine uygun yemek hizmeti alması sağlanmalıdır.

DOH11.03

Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.

- Gıdaların hazırlanmasında kullanılan sarf malzeme, araç gereç ve ekipman uygun şekilde temizlenmeli ya da dezenfekte edilmelidir.
- Gıda ile temas eden malzemeler sağlığa uygun özellikte olmalıdır.
- Tüm çalışanlar; yapılan işin özelliğine göre maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

DOH11.04

Mutfak ve servis personeline asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır:

- Gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi
- Diyet yemeklerinin içeriği
- Yemeklerin porsiyonlanması

DOH11.05

Hizmet kapsamındaki kişilere servis edilen her son üründen şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.

DOH11.06

Hazırlanan menüler, standart yemek tarifeleri ve gramaj listelerinin Bakanlıkça yayınlanan rehberlere uygunluğu kontrol edilmelidir.

DOH12 Hastane dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**DOH12.01**

Gıdalar, servis edilecekleri sıcaklıklara uygun bir taşıma aracında birbirlerine karışmayacak ve araç içine bulaşmayacak şekilde uygun kaplarda taşınmalıdır.

DOH12.02

Taşıma araçları ve içindeki kaplar başka herhangi bir maddenin taşınmasında kullanılmamalıdır.

DOH12.03

Taşıma aracı ve kapların, temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik işlemler kayıt altına alınmalıdır.

DOH13 Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.

DOH13.01

Gıdalar servis sıcaklıklarına uygun olarak sunulmalıdır.

DOH13.02

Taşıma sırasında yemeklerin üzeri kapalı olmalıdır.

DOH13.03

Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek taşıma araçları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.

DOH13.04

Yemek dağıtımını yapan personel; uygun iş kıyafeti ile bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

DOH14 Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

DOH14.01

Türlerine göre gıda atıklarının nasıl kullanılacağı (kompoze gübre, hayvan barınakları vb.) tanımlanmalıdır.

DOH14.02

Evsel atık olarak atılan gıdaların miktarları izlenmelidir.

☒ Atılan gıda miktarının azaltılmasına yönelik iyileştirme çalışması yapılmalıdır.

DOH15 Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**DOH15.01**

Hastanede kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

DOH15.02

Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.

- ☒ Konteynerler ile taşıma yapan hastanelerde;
 - Konteynerlerin temizliği günlük olarak yapılmalıdır.
 - Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.
- ☒ Otomatik sistem ile taşıma yapan hastanelerde, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.

DOH15.03

Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.

DOH15.04

İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.

DOH16 Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**DOH16.01**

Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütülme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.

- ☒ Çamaşırhane hizmetlerinin hastane dışından sağlanması durumunda da, kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.

DOH16.02

Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

DOH16.03

Çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

DOH16.04

Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.

Bilgi Yönetim Sistemi

Amaç

Hasta ya da 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 hastane 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 (SBYS, LBYS, 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 sorumlulukları 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 iptal etme süreçleri tanımlanmalıdır.

DBY02.03

Rol grupları ve kullanıcılar için tanımlanan yetkiler periyodik olarak ve gerektiğinde (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 analizi yapılmalıdır.

DBY03.02

Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

DBY03.03

Risk analizleri 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 oluştuğu 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 hatalar gerçekleşmesi durumunda bu kayıtlar izlenebilir olmalıdır.

DBY04.04

Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında 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 kullanıcılara yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.

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 (e-nabız) entegrasyon sağlanmalıdır.

DBY06.02

Hastaların aynı hastanedeki 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, çalışanların 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 kullanıcılar tarafından izlenebilir olmalıdır.

DBY08 Sağlık bilgi yönetim sistemi (SBYS)'nde 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
- ☒ TRSM
- ☒ Eczane
- ☒ Depo
- ☒ Satın alma
- ☒ Ayniyat
- ☒ Laboratuvar
- ☒ Vezne
- ☒ Faturalandırma
- ☒ Radyoloji
- ☒ Personel modülü

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 veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.
- Veritabanıyadatablolardasistemegirişyapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.
- Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler 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 dosyaları SBYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.

- ☒ 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 (hastane yönetimi, il sağlık müdürlüğü, özel hastane grubu vb.) tarafından offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.

DBY10.06

Veri kurtarma testleri altı aylık dönemlerde yapılmalı ve hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.

- ☒ Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- ☒ Test kayıt altına alınmalıdır.
- ☒ Gerekliğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

DBY11 Bigi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlaraya 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-donanım destek birimi bulunmalıdır.

- Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır.
- Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.

DBY12.02

Bilgi yönetim sistemdeki arızalar ve 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, CO₂ gibi) bulunmalıdır.
- Elektrik sisteminin güvenliği sağlanmalıdır.
- Yangın dağılımını kolaylaştıracak tefrişat ve malzeme bulunmamalıdır.
- Gaz temelli yangın söndürme tüplerinin aktif olması durumunda ortamda kişisel koruyucu ekipman hazır bulundurulmalıdır.
- Yangın söndürme sürecinde çalışanların güvenliği hakkında gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik eğitim verilmelidir.

DBY13.05

Sistem odasına özel, hastanedeki 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,
- 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 uyararak üzere uyarı sistemi bulunmalıdır.

DBY14 Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.**DBY14.01**

Hastanede 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 durumu (Var/Yok), (var 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 hastanelerde, sunucular son kullanıcı ve tıbbi cihazlardan farklı bir VLAN'a konumlandırılmış olmalıdır.

DBY16 Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**DBY16.01**

Veritabanı sistem iz kayıtları tutulmalı ve gerektiğinde hastane yönetimi tarafından izlenebilmelidir.

- ☒ Veritabanı ya da 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

Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

DBY16.03

Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları parolalar şifreli bir şekilde saklanmalıdır.

DBY16.04

Veritabanı üzerinde iz kaydı alınması gereken işlemler belirlenmelidir.

DBY16.05

Kullanıcılar veritabanına 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 hastane verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm kişilere kişisel gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.

DBY17.03

Hastane verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm firmalar ile kurumsal gizlilik sözleşmesi yapılmalıdır.

DBY17.04

Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.

Malzeme ve Cihaz Yönetimi

Amaç

Hastanede, 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

Hastanede bulundurulması gereken malzemeler birim bazında belirlenmelidir.

- İhtiyaç duyulan malzeme miktarı hastanenin önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.

DMC03 Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

DMC03.01

Malzemelerin cinslerine 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, cinslerine 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 yapılabilirdir.

DMC03.08

Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi ve bildirim yapılmalıdır.

DMC04 Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**DMC04.01**

Stok kontrol sürecinde uygulanacak olan stok takip yöntemi (FIFO, LIFO vb) belirlenmelidir.

DMC04.02

Malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

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 Uygunsuz 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, tipi (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

Radyoaktif maddelerin radyoaktivite değeri ve ölçüm tarihi kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.

DMC07.07

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 aşağıdaki asgari 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.

- ☒ Cihaz kartı/etiketi üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler 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.

DMC11.02

- ☒ Cihazların verimli kullanımı için kesintisiz teknik destek sağlanmalıdır.
- ☒ Personele cihazın kullanımı için gerekli eğitimler verilmelidir.
- ☒ Cihazın güvenli ve verimli kullanımını 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.

DMC11.03

Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

DMC11.04

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, hastane 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 hastaneye 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 hastanede yapılan test, kontrol ve kalibrasyon çalışmaları sırasında tüm süreci gözetim altında tutan hastane 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

Kalibrasyonu 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 bildirimini 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 sisteme 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.

Rehberlik:

HBTC, hasta başında değerlendirme/test amaçlı olarak laboratuvar dışında erken tanı için 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.

DMC18.01

Hastanede 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 sorumlu laboratuvar birimi, 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 önleyici faaliyet 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 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:

- Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği
- Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları
- Hastane standart dosya planı ve içeriği
- Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması
- Arşiv hizmetlerinin işleyişi

Rehberlik:

Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri, elektronik ya da kağıt ortama dayalı olarak kurgulanabilir. Elektronik sistemin tercihen azami düzeyde kullanılması önerilmektedir.

DTA02 Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**DTA03 Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.****DTA03.01**

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 hangi koşullarda erişebileceği)
- Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
- Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç

(Ç) DTA04 Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ve standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.

DTA04.01

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 elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

DTA04.02

Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmelidir.

- ☒ Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır.
- ☒ Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.

DTA04.03

Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır.

- ☒ Hasta dosyasında hastanın;
 - 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 mesleğibulunmalıdır.

DTA04.04

Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.

DTA05 Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.**DTA05.01**

Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır.

DTA05.02

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

DTA05.03

Taburculuk özeti bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir.

DTA06 Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanması için uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.**DTA06.01**

Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmalıdır.

DTA06.02

Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

- Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.
- İklimlendirme yapılmalıdır.
- Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

DTA07 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**DTA07.01**

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
- Adli vaka dosyalarının yönetimi

DTA07.02

Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.

Atık Yönetimi

Amaç

Hastanede 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
- Hastane 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 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

Görevli personele atıkların toplanması ve taşınması hakkında eğitim verilmelidir.

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, hastane 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

Hastanenin büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulundurulmalıdır.

DAY04.02

Hastanede 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 ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlıkta 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

Hastanede 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 ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.
- ☒ Konteynerlerin kapakları kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
- ☒ Konteynerler, atıkların boşaltılmasını müteakiben uygun dezenfektan kullanılarak 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

Hastane tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin hastanenin 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 faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.

(Ç) DDK02 Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.

DDK02.01

Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin yüklenici tarafından Sağlıkta Kalite Standartları 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

Hastanede ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek, ulusal 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

Hastanede 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 Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.

GGİ02.01

Hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS' de yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.

GGİ02.02

Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

(Ç) GGI03 Hastanede izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.**GGI03.01**

Hastanede 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
- Sonuçların kimlerle paylaşılacağı
- Veri giriş periyodu
- Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler
- Açıklama (Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar)

GGI04 Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**GGI04.01**

Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.

GGI04.02

Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

GGI04.03

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 kullanılabilecek ayrı bir risk değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Komisyon, bu konuda literatür araştırmasıyla birlikte farklı ölçekleri gözden geçirmiş ve elde edilen bilgiler ışığında saha çalışması da yaparak çocuk hastalarda kullanılabilecek anlaşılır ve uygulanması kolay bir düşme riski ölçeği geliştirmiştir. Geliştirilen bu ölçeğe matematik ve astronomi alanında ünlü bir bilim adamı olan **Harizmi**'nin adı verilen "**Harizmi Düşme Riski Ölçeği**" 2015 yılında SKS Hastane (Versiyon 5) Seti ile birlikte kullanıma sunulmuştur.

Çocuk hastalar düşme riski açısından yetişkin hastalara göre daha riskli kabul edildiğinden, hastaneler kendi uygulamalarında düşmelerin önlenmesi adına tüm çocuk hastaları riskli kabul edip gerekli her türlü önlemi almalıdırlar. Geliştirilen bu ölçek ile daha özellikli olan yüksek düşme riskine sahip grubun ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

"**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 (Sürüm 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 güvenirlik 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)

Yoğun bakım bölümlerinde yatmakta olan tüm çocuk hastalar yüksek riskli kabul edilmelidir. Bu hastalar için düşme riski yüksek hasta sembolü kullanılmasına gerek yoktur.

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 (İlk Değerlendirme)
 - Post-operatif dönemde
 - Bölüm değişikliğinde
 - Hasta düşmesi durumunda
 - Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde
2. *Harizmi II Düşme Riski Ölçeği* kullanan hastaneler sağlık çalışanlarına;
 - Ölçeğin kullanımı
 - Risk faktörlerinin değerlendirilmesi
 - Hasta bakım ekipmanları
 - Riskli ilaçlar
 - Alınması gereken önlemler hakkında eğitim vermelidir.

Hastanelerde, çocuk yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, *Harizmi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği* kullanılabilceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.

HARIZM1 II DÜ_ME RISK1 ÖLÇEĞİ (TASLAK)										
Tarih					Servis Adı					
Hastanın Adı Soyadı					Hastanın Yaşı					
Değerlendirme Gerekçe:	1	İlk Değerlendirme	2	Post-op Dönem	3	Hasta Dü_mesi	4	Bölüm Deği_ikliği	5	Durum Deği_ikliği
Parametreler	Risk Faktörleri	Puan	Yeniden Değerlendirme							
			1lk Değerlendirme		(Tarih- Gerekçe Numarası)					
					
YA_	0-3 ya_	4	4	4	4	4	4	4	4	
	4-7 ya_	3	3	3	3	3	3	3	3	
	8-11 ya_	2	2	2	2	2	2	2	2	
	12-18 ya_	1	1	1	1	1	1	1	1	
DÜ_ME ÖYKÜSÜ	Son 6 ay içerisinde dü_me öyküsü var.	2	2	2	2	2	2	2	2	
HASTALIKLAR (Epilepsi, Mental Retardasyon, Konvülsiyon, Denge bozukluğu, Kooperasyon bozukluğu, Solunum hastalıkları, Senkop/ba_ dönmesi, Ajitasyon)	Hastalıklardan 1 veya 2 tanesi bulunmaktadır.	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Hastalıklardan 3 veya daha fazlası bulunmaktadır.	2	2	2	2	2	2	2	2	
GÖRME DURUMU	Görme durumu zayıf (gözlük kullanıyor vb.)	2	2	2	2	2	2	2	2	
	İleri derecede görme engeli var.	10	10	10	10	10	10	10	10	
ILAÇ (Hipnotikler, Barbitüratlar, Nöroleptikler, Antidepresanlar, Sedatifler, Antihipertansifler)	Son 1 hafta içinde 1 veya daha fazla riskli ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2	2	2	2	
EKİPMAN VARLIĞI (IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalılc kateter, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.)	Hastaya bağlı 2 veya daha fazla bakım ekipmanı var.	2	2	2	2	2	2	2	2	
YÜRÜME VE DENGE (Yürüteç, Koltuk değneği, Ki_i desteği vb.)	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var.	10	10	10	10	10	10	10	10	
SEDASYON/ANESTEZİ	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 24 saatlik dönemde	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 48 saatlik dönemde	1	1	1	1	1	1	1	1	
MENTAL DURUM	Oryantasyon bozuk (konfüze, disoryante, deliryum vb)	3	3	3	3	3	3	3	3	
YA_AM BULGULARI	Unstabil	3	3	3	3	3	3	3	3	
DİĞER	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor.	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Ailenin dü_me riski konusunda eğitim/bilgilendirme ihtiyacı var.	2	2	2	2	2	2	2	2	
			TOPLAM PUAN							
HEM_İRE NOTU (Hastanın dü_me riski ile ilgili yukarıda bulunmayan önemli bir durum varsa belirtiniz)										
RISK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU										
Dü_ük Risk	0-3 Puan Arasında									
Yüksek Risk	10 Puan ve Üzeri									
						Değerlendirmeyi yapan Hem_ire Adı-Soyadı: İmza:				
NOT:										
* Dü_melerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.										
* Harizmi Dü_me Riski Ölçeği yalnızca çocuk (0-18 ya_ arası) yatan hastalarda kullanılır.										
* Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Dü_me Risk Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.										

İtakî II Düşme Riski Ölçeği

Sağlıkta Kalite Standartlarında “Hasta Güvenliği” uygulamalarının bir parçası olan hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda, ülkemize özgü bir ölçek geliştirilmesine yönelik çalışmalar Başkanlık bünyesinde bir komisyon kurularak bu konuda gerekli literatür incelenmiş ve kurumlarımızda uygulanan farklı ölçekler gözden geçirilmiştir. Bu ön çalışmalardan sonra komisyon yoğun bir çalışma sonrası ülkemize özgü, anlaşılır, uygulanması kolay ve basit bir form tasarlayarak ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî adıyla “**İtakî Düşme Riski Ölçeği**”ni geliştirmiştir. Geliştirilen bu ölçek 2015 yılında SKS Hastane (Versiyon 5) Seti ile birlikte kullanıma sunulmuştur.

2015 yılından bu yana hastanelerde yetişkin hastalar için kullanılan “**İtakî Düşme Riski Ölçeği**” sayesinde hem hastalarda hem de sağlık çalışanlarında bir farkındalık oluşturulmuştur. **SKS Hastane (Sürüm 6) Seti** çalışmaları kapsamında “**İtakî Düşme Riski Ölçeği**” üzerinde revizyon çalışmaları yapılması gerekliliği hasıl olmuştur. Bu çalışmalar neticesinde ölçek yeniden çalışılarak “**İtakî II Düşme Riski Ölçeği**” şeklinde güncellenmiştir. “**İtakî 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 “**İtakî 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**)

1. “İtakî 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 (İlk Değerlendirme)
 - Post-operatif dönemde
 - Bölüm değişikliğinde
 - Hasta düşmesi durumunda
 - Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde
2. **“İtakî // Düşme Riski Ölçeği** kullanan hastaneler;
- Ölçeğin kullanımı
 - Risk faktörlerinin doğru değerlendirilmesi
 - Hasta bakım ekipmanları
 - Riskli ilaçlar
 - Alınması gereken önlemler

hakkında sağlık çalışanlarına eğitim vermelidir.

Hastanelerde, erişkin yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, **İtakî // Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği** kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.



İtakî II DÜ_ME RİSK1 ÖLÇEĞİ (TASLAK)



Tarih:		Yaş:												
Hastanın Adı Soyadı:		Yattığı Bölüm:												
Cinsiyeti:		Risk Değerlendirme Tarihi:												
Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası:	1	1lk Değerlendirme	2	Post-op Dönem	3	Hasta Dü_mesi	4	Bölüm Deği_ikliği	5	Durum Deği_ikliği				
Parametreler	Risk Faktörleri						Puan	1lk Değerlendirme	Yeniden Değerlendirme (Tarih- Gerekçe Numarası)					
									.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()
YA_	60-69							1	1	1	1	1	1	1
	70-79							2	2	2	2	2	2	2
	80 ve üstü							3	3	3	3	3	3	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.							1	1	1	1	1	1	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)							2	2	2	2	2	2	2
DÜ_ME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde dü_me öyküsü var.							3	3	3	3	3	3	3
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.							1	1	1	1	1	1	1
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.							2	2	2	2	2	2	2
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, ki_i desteği vb.) ihtiyacı var.							5	5	5	5	5	5	5
	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.							10	10	10	10	10	10	10
	Ba_dönmesi var.							2	2	2	2	2	2	2
BO_ALTIM İHTİYACI	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.							1	1	1	1	1	1	1
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözük kullanımı vb.)							2	2	2	2	2	2	2
	İleri derecede görme engeli var.							10	10	10	10	10	10	10
İLAÇ KULLANIMI	4'den fazla ilaç kullanımı var.							2	2	2	2	2	2	2
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.							2	2	2	2	2	2	2
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.							3	3	3	3	3	3	3
EKİPMAN KULLANIMI (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.)	Hastaya bağı1 1-2 bak1m ekipman1 var.							1	1	1	1	1	1	1
	Hastaya bağı1 3 ve üstü bak1m ekipman1 var.							2	2	2	2	2	2	2
TOPLAM														
RISK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU														
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında													
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde													
							Değerlendirmeyi yapan Hem_ire Adı-Soyadı: İmza:							
NOT: * Dü_melerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. * İtakî Dü_me Riski Ölçeği yalnızca yeti_kin yatan hastalarda kullanılır. * Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Dü_me Risk Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.														

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

HATA SINIFLANDIRMA SİSTEMİ

Hasta güvenliğini tehdit edebilecek hataların analizinde standart bir metodoloji kullanmak ve bu alanda sağlık tesisleri arasında dil birliğini sağlamak amacı ile “Hata Sınıflandırma Sistemleri” geliştirilmiş ve “İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi (İHSS)”, “Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi (LHSS)” ve “Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi (CHSS)” ardından “Hasta Güvenliği Hataları Sınıflandırma Sistemi (HGSS)” olarak kullanıma sunulmuştur.

Öte yandan, laboratuvar hatalarının kurumsal düzeyde “**Laboratuvar Hata Sınıflandırma Sistemi (LHSS)**” ile izlenmesi, SKS Hastane (Sürüm 6) Seti’nde, biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve doku tiplendirme laboratuvarı bölümlerinde yer alan “Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.” standardının bir gerekliliği olarak devam etmektedir.

LABORATUVAR HATALARI SINIFLANDIRMA SİSTEMİ (LHSS^{TR})

Laboratuvar Hataları Kod Tabloları

İlgili Süreç

Ana Parametre	Birincil Kod
Preanalitik	PR
Analitik	AN
Postanalitik	PO

Yer

Ana parametre	Birincil kod
Klinik	KL
Yoğun Bakım Ünitesi	YB
Acil Servis	AS
Poliklinik	PL
Ameliyathane	AY
Kan Alma Ünitesi	KA
Numune Kabul Birimi	NK
Laboratuvar	LA
Diğer	DG

Kişi

Ana parametre	Birincil kod
Doktor	DR
Hemşire	HM
Stajyer	ST
Teknisyen	TE
Tıbbi Sekreter	TS
Transfer Elemanı	TR
Diğer Personel	DP
Hasta	HS
Hasta Yakını	HY
Bilinmiyor	BM

Zaman

Ana parametre	Birincil kod
00:00-04:00	Z1
04:00-08:00	Z2
08:00-12:00	Z3
12:00-16:00	Z4
16:00-20:00	Z5
20:00-23:59	Z6
Bilinmiyor	BM


Hatalı İşlem

Ana parametre	Birincil kod
Hatalı test istemi	L01
Test isteminde eksik/yanlış bilgi	L02
Patoloji istek formunun düzenlenmemesi	L03
Kayıtsız numune	L04
Hatalı kayıt	L05
Yanlış hastadan numune alınması	L06
Hatalı kimliklendirilmiş numune	L07
Kaybolan numune	L08
Tekrar alınan numune	L09
Hatalı numune kabı/tüpü	L10
Boş numune kabı/tüpü (içinde numune yok)	L11
Son kullanma tarihi geçmiş tüplere numune alınması	L12
Barkodsuz numune	L13
Hastadan numune alınamaması nedeni ile kaydın iptal edilmesi	L14
Uyumsuz alınmış numune	L15
Yetersiz numune	L16
Hemolizli numune	L17

Pıhtılı numune	L18
Lipemik numune	L19
İkterik numune	L20
Numunenin fiksatif içinde gönderilmemesi	L21
Numune alma zamanının kaydedilmemesi	L22
Laboratuvara teslim edilmeyen numune	L23
Uygunsuz transfer koşulları	L24
Belirlenen maksimum numune transfer süresinin aşılması	L25
Numunelerin karışması	L26
Reddedilmesi gereken numunenin kabulü	L27
Otomasyon arızası	L28
Uygunsuz saklanmış numune	L29
Miadı geçmiş kit tespiti	L30
Miadı geçmiş malzeme tespiti	L31
İsteği yapılan malzeme/kit gelmemesi	L32
Yanlış malzeme /kit gelmesi	L33
Malzeme transferinin uygun şartlarda yapılmaması	L34
Malzemenin uygun koşullarda saklanmaması	L35
Laboratuvar ortam ısısının uygunsuzluğu	L36
Cihaz bakımlarının yapılmaması	L37
Besiyerinin uygun hazırlanmaması	L38
Cihaz arızası	L39
Cihaz pipetasyon hatası	L40
Numunenin yetersiz homojenizasyonu	L41
Test çalışma prosedürlerine uyulmaması	L42
Ekim hataları	L43
Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk	L44
Uygunsuz kalite kontrol sonucu ile çalışılması	L45
İç kalite kontrol çalışılmaması	L46
Uygunsuz inkübasyon sıcaklığı	L47
Uygunsuz inkübasyon süresi	L48
Uygunsuz boyama tekniği	L49
Uygunsuz dilüsyon	L50
Uygunsuz solüsyon kullanılması	L51
Sonucun yanlış değerlendirilmesi	L52
Hatalı teknik onay	L53
Sonuçların sisteme hatalı girilmesi	L54
Hatalı rapor	L55
Hasta raporlarının kaybedilmesi	L56
Zamanında verilmeyen sonuç	L57
Panik değer geç bildirilmesi	L58
Diğer	L59

EK-4

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

	GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ^{TR}	Hastanın Adı Soyadı	
		Ameliyat /Bölgesi	
		Ameliyat Tarihi	
I. Klinikten Ayrılmadan Önce		II. Anestezi Verilmeden Önce	
<p>1. Hastanın;</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyatı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı.</p> <p>2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3. Hasta aç mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil.....</p> <p>5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu</p> <p><input type="checkbox"/> Varis Çorabı Özel Tedavi Protokolü</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>		<p>10. Hastanın kendisinden</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyatı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?</p> <p>11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretlenme Uygulanamaz</p> <p>12. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın Risk Değerlendirmesi</p> <p>14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Gerekli Değil</p> <p>16. Hastada kan kaybı riski var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok</p> <p><input type="checkbox"/> Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	
<p>17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi</p> <p><input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar</p> <p><input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı</p> <p><input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>24. Antikoagülan kullanımı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>		<p>26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta,</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat,</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi.</p> <p>27. Alet, spang/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sayım Uygulanmaz</p> <p>28. Hastadan alınan numune etiketinde</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı</p> <p><input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Anesteziistin önerileri:</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p>30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölümü teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>	

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

EK-5

GÜVENLİ DOĞUM SÜRECİ KONTROL LİSTESİ

Doğum Öncesi



Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

1

Annenin Adı - Soyadı:

1- Başvuru Sırasında

<p>Annenin sevk edilmesi gerekiyor mu?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, planlandı	Kurumun sevk kriterlerini kontrol edin.
<p>Partograf başlatıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Hayır, 4 cm ve üstünde başlayacak <input type="checkbox"/> Evet, planlandı	<p>Serviks 24 cm iken işaretlemeye başlayın, Serviks her 1 saatte en az 1 cm genişlemelidir. - Her 30 dk: Kalp at2`2n2, kontraksiyonu, fetal kalp at2`2n2, * Her 2 saat: Vücut sıcaklığı ≥38 °C ise, - Her 4 saat: Kan basıncı2n2, i`aretleyin</p>
<p>Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?</p> <p>Antibiyotik?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulayın. A`ağızdaki durumlarda anneye antibiyotik verin: * Annenin vücut sıcaklığı ≥38 °C ise - Kötü kokulu vajinal akıntı2 öyküsü varsa - Membranların yırtılması2ndan sonra >18 saat geçmi`se. - B grubu streptokoklu yenidoğan enfeksiyonu öyküsü varsa * 37 hafta altındaki doğumlarda</p>
<p>Magnezyum sülfat?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>_u durumlarda anneye Magnezyum sülfat verin: * Diastolik kan basıncı2 110mmHg ve üzerinde ise (Proteinüriden bağışmsız olarak) - Diastolik kan basıncı2 90mmHg ve üzerinde ise ve beraberinde iddetli baş ağrısı2 ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı2 varsa (Proteinüriden bağışmsız olarak)</p>
<p>Antihipertansif tedavi?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Annenin sistolik kan basıncı2 160 mmHg üzerinde ise antihipertansif tedavi verin ve kan basıncı2n2 150 / 100 mmHg altına tutun.</p>
<p>Kortikosteroid?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Doğum eylemi 34 hafta + 6 günlük gebelik haftası2 veya öncesinde başlamış ise anneye verilir.</p>
<p>Anti-retroviral?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, ilaç başlandı <input type="checkbox"/> Durum bilinmiyor, HIV testi istendi	<p>Referans laboratuvarında HIV doğrulama testi pozitif olan annelere verilir.</p>
<input type="checkbox"/> Her vajinal muayenede el hijyeni ve eldiven kullanımı için yeterli malzeme mevcut mu?	
<p>Refakatçi doğumda bulunması için teşvik edildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır, kurum politikaları2na uygun değil	
<p>Annenin veya refakatçisinin doğum sırasında gerektiğinde sağlık çalışanından yardım isteyeceğinden emin olun</p>	<p>Annenin veya refakatçisinin sağlıklı2 çalış2`anından yardım isteyeceği asgari durumlar: - Kanama - İddetli baş ağrısı2 - İddetli baş ağrısı2 veya görme bozukluğu * İdrar yapamama - İkizler isteği</p>
Kontrolü Yapan Adı - Soyadı, İmza	



Doğum Öncesi

Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

2

2- Doğumdan Önce (Normal Doğum veya Sezaryenden Önce)

Gerektiği durumda doğuma yardım etmesi için yeterli sayıda sağlık çalışanı tanımlanıp ilgili kişiler bilgilendirildi mi (Bebek bakımı ile doğuma yardım için çağrılacak sağlık çalışanı ayrı olacak şekilde tanımlama yapılmalıdır)?

Evet

Hayır

Kanama durdurucu balon (Bakri balon) doğumhanede mevcut mu?

Evet (kullanımına iliştirilen eğitim almış personel mevcut)

Hayır

Evet (kullanımına iliştirilen eğitim almış personel yok)

Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

Antibiyotik?

Hayır

Evet, verildi

Başvuru anında başlanmıştır

Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulayın.

Ağzındaki durumlarda anneye antibiyotik verin:

"Annenin vücut sıcaklığı $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ise

- Kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa

- Membranların yırtılmasından sonra >18 saat geçmişi ise.

"Sezaryen ile doğum gerçekleşecek ise

- B grubu streptokoklu yenidoğan enfeksiyonu öyküsü varsa

"37 hafta altındaki doğumlarda

Magnezyum sülfat?

Hayır

Evet, verildi

Başvuru anında başlanmıştır

Herhangi bir durumda anneye Magnezyum sülfat verin:

"Diastolik kan basıncı $\geq 110\text{mmHg}$ ve üzerinde ise

(Proteinüriden bağışimsız olarak)

- Diastolik kan basıncı $\geq 90\text{mmHg}$ ve üzerinde ise ve beraberinde

"iddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı

varsa (Proteinüriden bağışimsız olarak)

Antihipertansif tedavi?

Hayır

Evet, verildi

Başvuru anında başlanmıştır

Annenin sistolik kan basıncı $\geq 160\text{mmHg}$ üzerinde ise

antihipertansif tedavi verin ve kan basıncı

$150/100\text{mmHg}$ altına tutun.

Gerekli malzemeler anne yatağı yanında kullanıma hazır mı?

Anne için:

Eldivenler

Alkol bazlı el antiseptiği veya sabun ve temiz su

10 IU enjektörde oksitosin (soğuk zincir uygulandıktan sonra emin ol)

Doğumdan hemen sonra annenin bacakları için hazırlanmış:

Sadece tek bebek olduğunu (çoklu doğum olmadıkça) doğrulayın.

1. Doğumdan sonra 1 dakika içinde oksitosin verin

2. Doğumda 1-3 dakika sonra plasentayı çıkarın

3. Plaseenta çıktıktan sonra uterusa masaj yapın.

4. Uterusun kasıldıkça doğrulayın

Bebek için:

Temiz havlular

Göbek bağını kesilmesi için bistüri (steril bıçak) ve göbek klempisi veya ip

Aspirasyon malzemeleri (puar, steril gazlı bez, gerekirse kullanılmak üzere aspiratör ve aspirasyon sondası)

Balon - maske tercihen T parça canlandırıcı

Bebek bakımına doğumun hemen sonrasında için hazırlanmış:

1. Bebeği kurutun ve sıcak tutun

2. Nefes almıyorsa, uyarı verin ve hava yolunu temizleyin

3. Nefes almama devam ediyorsa:

"Göbek bağını kesin

- Gerekli ise hava yolunu temizleyin

- Balon maske veya T parça canlandırıcı ile

ventilasyon yapın

- Yardım isteyin

Kontrolü Yapan Adı - Soyadı, İmza

Doğum Sonrası



Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

3

3- Doğumdan Hemen Sonra (İlk 1 saat içinde)

Doğumun 3. evresi aktif olarak yönetiliyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Postpartum her hastada doğumdan hemen sonra IV uterotonik (oksisitosin) infüzyonuna başlanmalı, kontrollü kord traksiyonu ile plasenta çıkarılmalı, fundusa masajı yapılmalıdır.
Anne de anormal kanama var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, yarım çay bardağı	Anormal kanama varsa: - Uterusa masaj yapılmalı - Daha fazla uterotonik vermeyi planlanmalı - IV sızdırmazlık ve anneyi sıkıca tutulmalı - Nedenine yönelik tedavi yapılmalı: uterin atoni, plasenta parçalanması, vajinal yırtık, uterus rüptürü
Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu? Antibiyotik? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulanmalı. Ağrıdaki durumlarda antibiyotik verilmelidir: - Annenin vücut sıcaklığı $\geq 38^{\circ}\text{C}$ veya plasenta elle çıkarılmamış ise buna eşlik eden; * Üşüme, titreme varsa * Kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa - Anne de 3. veya 4. derece perine yaralanması olmuştur
Magnezyum sülfat? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	Şüpheli durumlarda anneye Magnezyum sülfat verilmelidir: " Diastolik kan basıncı $\geq 110\text{mmHg}$ ve üzerinde ise (Proteinüriden bağımsız olarak) - Diastolik kan basıncı $\geq 90\text{mmHg}$ ve üzerinde ise ve beraberinde "iddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı varsa (proteinüriden bağımsız olarak)
Antihipertansif tedavi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	Annenin sistolik kan basıncı $\geq 160\text{mmHg}$ üzerinde ise antihipertansif tedavi verilmeli ve kan basıncı $\geq 150/100\text{mmHg}$ altına düşürülmelidir.
Bebeğin sevk edilmesi gerekiyor mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, planlandı	Kurumun sevk kriterlerini kontrol edin.
Bebek için ilaç kullanımı gerekiyor mu? Antibiyotik? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	Doğum sırasında anneye maternal enfeksiyon tedavisi için antibiyotik verilmişse veya bebekte ağrıdakilerden birisi varsa, antibiyotik verilmelidir: - Solunum $>60/\text{dk}$ veya $<30/\text{dk}$ ise - Göğüsünde çekilme, inlemeli solunum veya konvülsiyon varsa " Uyarıyla zayıf hareketler varsa - Bebeğin vücut sıcaklığı $<35^{\circ}\text{C}$ (2 saatlikten sonra yükselmiyor) veya $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ise
Anti-retroviral? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	Referans laboratuvarında HIV doğrulama testi pozitif olan annelerin bebeklerine verilir.
Bebeğin özel bakım veya takibe ihtiyacı var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, planlandı	Ağrıdaki durumlarda bebek için özel bakım izlem/planlanmalı: " > 1 ay erken doğum varsa - Doğum ağırlığı <2500 gram veya >4000 gram ise " Antibiyotik ihtiyacı varsa - Resüsitasyon gerekli ise
İlk 30 dk içinde emzirme ve cilt temasına başlandı mı (anne ve bebeğin sağlık durumları iyiye)? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır, 30 dakikadan sonra başlandı	
Anne veya refakatçisinin olası tehlikeli bir durumda varlığında sağlık çalışanından yardım isteyeceğinden emin olun <input type="checkbox"/>	Anne de; - Kanama " Ciddi abdominal ağrı " İddetli baş ağrısı " Görme bozukluğu " Nefes almada güçlük - İddetli bacak ağrısı - Ateş, titreme " Defekasyonda güçlük Bebekte; " Hızlı veya zor nefes alma - Göğüsünde çekilme - Ateş veya normalde düşükluk
Beslenmenin kesilmesi " Hareketlerinde azalma - Tüm vücudun sarı olması " İdrar veya gaita çıkışı olmaması	
Kontrolü Yapan Adı - Soyadı, İmza	

Doğum Sonrası



Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

4

4- Taburculuk Öncesinde

 Normal doğumdan sonra 24 saat, sezaryenden sonra ise 48 saat kurumda kalınmasını sağlayın

Annenin kanaması kontrol altına alındı mı? Annenin nabzı 2 110/dk üzeri ve kan basıncı 2 90 mmHg altı ise IV tedavi başlayın, sıcak tutun ve hipovolemik şok açısından dikkat edin.

Evet
 Hayır (Tedavi edin ve taburcuyla erteleyin)

Annenin kan basıncı normal mi? _u durumlarda anneye Magnezyum sülfat verin:
" Diastolik kan basıncı 2 110mmHg ve üzerinde ise (proteinüriden bağımsız olarak)
- Diastolik kan basıncı 2 90mmHg ve üzerinde ise ve beraberinde şiddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı varsa (proteinüriden bağımsız olarak)
Sistolik KB >160 mmHg ise antihipertansif ilaç verin
Amaç KB 90/150/100 mmHg tutmak.

Evet
 Hayır (Tedavi edin ve taburcuyla erteleyin)

Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu? Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulayın.
Ağızdaki durumlarda anneye antibiyotik verin ve taburculuğu erteleyin:
" Annenin vücut sıcaklığı ≥38 °C ve buna eşlik eden;
* Üşüme, titreme varsa
* Kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa

Antibiyotik?
 Hayır
 Evet (ilaç verin ve taburculuğu erteleyin)

Bebek için ilaç kullanımı gerekiyor mu? - Solunumun çok hızlı (dakikada 60 üstünde) veya çok düşük (dakikada 30 altında) olduğu durumlarda
- Göğüs tepe sesinin, konvüzyonların olduğu durumlarda
" Hareket veya uyarana cevap verilmeyen durumlarda
" Vücut sıcaklığı 2 saat sonra doğumdan 35 °C'nin üstüne çıkmıyorsa veya 38 °C'nin üstünde olduğu durumlarda
- Emmeyi kestiği durumlarda
" Göbek bağıntı çevresinde cilde doğru kırmızılaşma olması durumlarda bebeğe antibiyotik verin.

Antibiyotik?
 Hayır
 Evet (Taburculuğu erteleyin, ileri bakımı planlayın, ilaç verin)

Bebek iyi besleniyor mu?
 Evet
 Hayır (1yi emzirme uygulamaları gerçekleştiren ve taburculuğu erteleyin)

Anneye aile planlaması seçeneklerinin sunulması gerekiyor mu?
 Evet, bilgilendirme yapıldı
 Hayır

Doğum sonrası için kontrol/takip ayarlaması yapıldı mı?
 Evet, planlama yapıldı
 Hayır

Anne veya refakatçisinin olası tehlikeli bir durum varlığında sağlık çalışanından yardım isteyeceğinden emin olun

Anne;	" Kanama	" Titreme	" Ateş
" Ciddi abdominal ağrı	" Şiddetli baş ağrısı, görme bozukluğu	" Defekasyonda güçlük	" Normal düzeyde soğukluk
" Nefes almada güçlük	" Şiddetli bacak ağrısı	" Bebeğin bakımı süresince reki reddetme	" Beslenmenin durması
" Ateş		Bebekte;	" Hareketlerinde azalma veya tüm vücudun sarı olması
		" Hızlı veya zor nefes alma	

Kontrolü Yapan Adı - Soyadı, İmza

YARARLANILAN KAYNAKLAR



- Acar, A., Yeğenoğlu, S. (2005). Akılcı ilaç kullanımı penceresinden farmakoekonomi ve hastane formüllerleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi. J. Fac.Pharm, 34 (3), s. 207-218
- Accreditation Canada Standards, Qmentum International. (2010-2011). Erişim adresi: <https://accreditation.ca/accreditation/qmentum/>
- Accreditation for Training in Intensive Care. IC-13. Australian and New Zeland College of Anaesthetists, Melbourne, Revized,2014
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). National Healthcare Disparities Report, Chapter 3. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/index.html>
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2016, 23 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı 29927). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161223-16.htm>
- Akalın, H. (2001). Yoğun bakım ünitesi enfeksiyonları: Risk faktörleri ve epidemiyoloji. Hastane İnfeksiyon Dergisi, 5(1), s. 5-17
- Akalın, H. E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 5(3), s. 141-146
- Akçabay, M. "Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon". Erişim adresi: <http://med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728%20Eri%C5%9Fim%20>
- Akdur, R. (2005). Afetlere karşı sağlık hizmetleri senaryoları yazma; "deprem örneği". İçinde: Afet Tıbbı. Eds: Eryılmaz, M., Dizer, U. Ünsal Yayınları, Ankara, s. 213-225
- Akgüç, Ö. (1989). Finansal Yönetim, Avciol Matbaası, İstanbul
- Akılcı İlaç Kullanımı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/>
- Alp E., et al. (2019). Infection control bundles in intensive care: an international cross-sectional suvey in low- and middle-income countries, Journal of Hospital Infection,101(3) , p. 248-256
- 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/Content/files/pdf/pdf/ameliyathane_kurallari2.pdf, Erişim Tarihi: 21.10.2019
- Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. (1994, Mart). Amsterdam
- Anestezi Uygulama Kılavuzları: Preoperatif Hazırlık. (2005). Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), Erişim adresi: <http://tard.org.tr/assets/kilavuz/3.pdf>
- Arslan, Ö. (2007). Hemovijilans. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 3(36), s. 16-22
- 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>
- ASCO/ONS Chemotherapy Safety Standards. (2016). Erişim adresi: [https:// onf.ons.org/onf/ 44/1/ 2016-updated-american-society-clinical-oncologyoncology-nursing-society-chemotherapy](https://onf.ons.org/onf/44/1/2016-updated-american-society-clinical-oncologyoncology-nursing-society-chemotherapy)
- Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology.(2006). Recommendations for quality assurance and improvement in surgical and autopsy pathology. Am J Surg Pathol, 30, p. 1469-1471
- Aştı, T. (2003). Bakım Teknolojisinde Yenilikler: II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı (s. 174-180). Kemer, Antalya
- Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2015, 02 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29314). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150402-2.htm>
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik. (2010, 26 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 2733). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100326-13.htm>
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 26 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30990). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191226-16.htm>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australi. (2012). Sydney. ACSQHC. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Hospital-Accreditaton-Workbook-%E2%80%93-October-2012.pdf>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Safety and Quality Health Service Standards. (2017). 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. Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australi. (2012). Sydney. ACSQHC. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Hospital-Accreditaton-Workbook-%E2%80%93-October-2012.pdf>
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care. Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. Commonwealth of Australia. (2009). Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Guidelines-HOSP1.pdf>
- Aydın, G., D. (2006). Hastane acil servislerinin organizasyonu ve yönetimi Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin bu açıdan değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Ayoğlu, F. N., Dursun, A., Kiran, S., Ayoğlu, H. (2005). Etilen oksit maruziyetinin sağlığa etkileri ve genotoksisite. Sağlık ve Toplum Dergisi, s. 18-24

- Barth, J. (2012). Selecting clinical quality indicators for laboratory medicine. *Ann Clin Biochem*, 49, p. 257
- Başınçlı Ekipmanlar Yönetmeliği. (2018, 3 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı 30349). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/03/20180303-1.htm>
- Başustaoğlu, A. (2013). Kan Kültürü Uygulama Kılavuzu. Erişim adresi: https://www.tmc-online.org/pdf/bd/kan_kulturu_uygulama_klavuzu.pdf
- Baumann, B., Chansky, M., E., Boudreaux, E., D. (2004). Holding admitted patients in the emergency department is most highly correlated with longer patient throughput times, *Acad Emerg Med.*, 11, p. 453
- Bechtel, B., Churchman, A. (2002). *Handbook of Environmental Psychology* John Wiley and Sons Inc, New York
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik. (2005,22 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı 25763). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050322-7.htm>
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2013, 26 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı 28629). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130426-52.htm>
- Bennett and Brachman's Hospital Infections. (2007). 5.bs, 20. Bölüm, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Berglund, B., Lindvall, T., Schwela, D,H. (1999). *Guidelines for Community Noise* Geneva: World Health Organization, Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>
- Bharathan T, Glodan D, Ramesh A, Vardhini B, Baccash E, Kiselev P et al. (2007). What do patterns of noise in teaching hospital and nursing home suggest? *Noise Health*, 9(35), p. 31-34
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik. (2007, 19 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26735). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/12/20071219-2.htm>
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapıldığına Dair Yönetmelik. (2018, 15 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı 30361). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090909-10.htm>
- Bozkurt, Ö. vd. (2008). *Kamu Yönetimi Sözlüğü*. TODAI: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
- Buss, MK et al. (2017) .Understanding the palliative Care and The Hospice: Areview for primary Care Providers. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(2), p. 6-280
- Caesarean Section, National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline, 2011 . Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/caesarean-section-pdf-35109507009733>
- Caldwell, C. (1998). *Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim*, (Çev. Akınhay, O.), İstanbul: Sistem Yayıncılık

- Cander, B. ve arkadaşları. (2008). Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması JAEM, 7(2):16
- Care Homes for Older People, National Minimum Standards (3rd Edition), Department of Health. (2006). Erişim adresi: <https://www.dignityincare.org.uk/assets/resources/dignity/csipcomment/cscinationalminimumstandards.pdf>
- Center of Excellence In Rehabilitation Services, Policies Standards Survey Process Effective January 2016. Erişim adresi: https://cihq.org/center_of_excellence.asp
- Costello, A., Azad, K., Barnett, S. (2006). An alternative strategy to reduce maternal mortality. The Lancet 368 (9546), p. 1477-1479
- 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, s. 140-50
- Çakmakçı, M. (2001). Hastane infeksiyonları ve hastane tasarımı: Ameliyathanelerin Planlanması. Hasyane İnfeksiyonları Dergisi, 5(3), 172-177. Erişim adresi: http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/2001-5-3-172-177.pdf
- Çalışanların Gürültü ile İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik. (2013, 28 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28721). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130728-11.htm>
- Çalışan Güvenliği Genelgesi. (2012, 14 Mayıs). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı: 2012/23). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>
- Çalışanların İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2013, 15 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28648). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130515-1.htm>
- Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği. (2010, 4 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı:27601).Erişimadresi:<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.14012&MevzuatIliski=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
- Dağlı, G., Özyurt, M., Akalın, M. (2010). Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ) ve Uygulamaları, İstanbul. Erişim adresi: <https://www.yumpu.com/tr/document/read/10017053/merkezi-sterilizasyon-unitesi-msu-ve-uygulamaları>
- Demir, H., Okan, T. (2009). Teknoloji, örgüt yapısı ve performans arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, 10 (1), s. 57-72
- Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 18 Ekim.). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30922).Erişimadresi:<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
- Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 1 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30701). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-4.htm>
- Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği. (1988, 2 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 19917). Erişim adresi: http://www.emo.org.tr/mevzuat/mevzuat_detay.php?kod=55
- Eren, E. (2013). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Beta Yayıncılık
- Eroğlu, F. ve ark., (2001.) Yoğun bakımda sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz?" Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, s. 9-11
- Erol, S. (2008). Hastane enfeksiyonları surveyansı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi, İstanbul, s. 43-51
- European Directorate for the Quality of Medicines, 7th edition, 2018, Guide to the quality and safety of Organs for Transplantation
- Faculty of Intensive Care, Australian and New Zeland College of Anaesthetists (FICANZCA): Minimum Standards for Intensive Care Units. IC-1. Australian and New Zeland College of Anaesthetists, Melbourne, Revised (CICM): 2011
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği. (2011, 17 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 281457). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111217-5.htm>
- Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Denetimi ve Kontrolüne Dair Yönetmelik. (2008, 26 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27009). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080926-4.htm>
- Groene O., Barbero, M.G. Hastanelerde Sağlık Geliştirilmesi, Kanıt ve Kalite. Yönetimi (Zaralı, F., vd, Çev.) (2005). Dünya Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara
- Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers. (1988) NIOSH Publication. No: 88-119
- Guidelines/Practice Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine. (1995). Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med, 23, p. 8-582
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Surveyans Rehberi. (2017). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı

- Handel, D. A. and et al. (2010). Implementation of crowding solutions from the american college of emergency physicians task force report on boarding. *Int J Emerg Med* 3(4),86-279
- Hasta Güvenliği, Türkiye ve Dünya. (2011). Ankara. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları
- 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&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
- Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 16 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28994). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/01/20190116-10.htm>
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelik. (2011, 6 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27897). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>
- Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği (2020, 18 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı:31072) Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200318-2.htm>
- Health Care Criteria for Performance Excellence, (2011-2012). National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program
- 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), p. 9-39
- Holyt, J. W., Harwey, M. A., Axon, D. C. (1995). The Critical Care Unit: Design Recommendations and Standards In: Shoemaker, W. C., Ayres S. M., Grenvik, A., Holbbrook, P. R. (eds). *Textbook of Critical Care*. Philadelphia: WB Saunders Company, (7), p. 1-14
- Hoyert; D.L. (2007). Maternal mortality and related concepts. *Vital and Health Statistics*. Dept of Health and Human Services 3(33), p. 1-13
- Information on levels of environmental noise requisite to protect public health and welfare with an adequate margin of safety, 1974, The U.S Environmental Protection Agency
- Inozu, B., Chauncey, D. et.al. (2012). *Performance Improvement for Healthcare Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management*. Novaces LLC
- Institute of Medicine. (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington: DC: National Academy Press.
- 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 Safety Standart Series No. GSR Part 3 (Interim). (2011). Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standards, Vienna
- International Atomic Energy Agency Training Mateerial on Radiation Protection in Diagnostic and Interventional Radiology (Patient Dose)-4. (2007).International Atomic Energy Agency, Radiological Protection in Medicine
- ISO 15189. (2012).“Medical laboratories-Requirements for quality and competence, International Organization for Standardization”. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/56115.html>
- ISO 31000. (2009). “Risk management - Principles and guidelines”. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/43170.html>
- ISO 9001. (2008). “Quality management systems - Requirements”. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/46486.html>
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik. (2014, 15 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28973). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140415-6.htm>
- İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Alımları Genelgesi. (2010, 25 Şubat). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7816). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11014/ilac-ve-tibbi-sarf-malzemesi-alimlari-genelgesi-2010-10.html>
- İnce, Ü. “Patolojide Kalite Kontrol” ACÜ Tıp Fakültesi ve Acıbadem Sağlık Grubu Patoloji Laboratuvarı. Erişim adresi: http://www.turkpath.org.tr/pdf/TEOS/umit_ince-_teos.pdf
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Kanun No:6331). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130118-3.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28512). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.16925&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>
- 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
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. (2013, 29 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28602). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190312-6.htm>
- 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.Aspx?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.Aspx?MevzuatKod=7.5.16924&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>

- İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Kimyasalların Güvenli Depolanması, 2011. Ankara, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İş Teftiş Kurulu Başkanlığı. Metal Sektörlerindeki İşyerlerinde Gaz Tüpleri için Kullanım ve Güvenlik Şartları, 2012. Ankara, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İş Teftiş Kurulu Başkanlığı. Basınçlı Gaz Tüpleri ile Güvenli Çalışma, 2013. Ankara, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik. (2013, 17 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı 28710). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130717-2.htm>
- İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28681). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130618-8.htm>
- İzzettin, F.V., Sancar, M., Apikoğlu-Rabuş, Ş. (2013). İlaç Yönetimi. (Hastane Yönetimi), 55. Bölüm. Nobel Tıp Kitabevi, (ss 845-862). İstanbul
- Jacobs, A. (2010). causes and treatment of postpartum hemorrhage. American College of Obstetricians and Gynecologists, (ACOG) 14(3)
- Japan Council for Quality Health Care. Erişim adresi: <https://www.isqua.org/map/japan-council-for-quality-health-care-jq.html>
- Joint Commission International. (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition, p. 1-37
- Kaji, A.H. Lewis, R.J. (2008). Assessment of the reliability of the Johns Hopkins/Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Disaster Drill Evaluation Tool. US National Library of Medicine National Institutes of Health, 52(3): ss204-10
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçlarının Sunumuna İlişkin Talimat, 2019. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler için Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi. (2012). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu. (2007, 2 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26510). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-1.htm>
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği. (2008, 4 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 270704). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=642&Itemid=33
- Kanın Klinik Kullanımı El Kitabı (M.C. Ar, H. Bilgen ve T. Utku, Çev.). (2005). DSÖ Kan Transfüzyon Güvenliği
- Karagöz, İ. vd. (1998). İleri Teknoloji Ürünü Tıbbi Cihazların Bakım Onarımlarının Hastane Organizasyonu İçindeki Klinik Mühendislik Birimleri Tarafından Yapılmasının Hasta Bakım Kalitesi ve Verimliliğine Etkileri. Biyomedikal Mühendisliği Ulusal Toplantısı Bildiriler Kitabı (s:110-115) içinde.Gülhane Askeri Tıp Akademisi Biyomedikal ve Klinik Merkezi, Ankara
- Karen, K. Carlson (Ed.). (2008). AACN, Advanced Critical Care Nursing, Saunders, p. 3-3219. ISBN: 978-1-4160-3219-9

- Karl, W., Kathlen, M., Sutcliffe, M. (2007). *Managing the Unexpected Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. (2. Edition). USA: John Wiley&Sons
- 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>
- Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği. (2017). *Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanları için Klinik Örnekten Sonuç Raporuna Uygulama Rehberi, Kan Dolaşımı Örnekleri*, Ankara
- Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği. (2015). *Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanları için Klinik Örnekten Sonuç Raporuna Uygulama Rehberi, Üriner Sistem Örnekleri*, Ankara
- Köksal, İ. (2002). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon. Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları Kitabı*. 1. Baskı. Samsun: SİMAD Yayınları, s. 13-105
- Laboratory General Checklist, CAP Accreditation Program (2012), Erişim adresi: [http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/new/microbiology_checklist.pdf\(checklist](http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/new/microbiology_checklist.pdf(checklist)
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, (1981)
- Lueck, N, Manion, EM, Cohen, MB, Weydert, JA.(2009). Institutional second opinion. *Pathol Case Rev.*;14: p. 62-65
- Medikal Gazların Üretim, Dolum, Depolama ve Satışını Yapan Tesisler Hakkında Tebliğ. (2015, 10 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29471). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/09/20150910-5.htm>
- Medicare, Medicaid and CLIA Programs; Regulations Implementing the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA). (1992). *Federal Register*, 57(40), p. 7002-7186
- Medditto, A., Patriarca, M., Magnusson, B. (2007). Understanding the meaning of accuracy, trueness and precision. *Accred Qual Assur* 12, p. 45-47, DOI 10.1007/s00769-006-0191
- Medical Laboratories-Requirements for Quality and Competence. (2012). International Organization for Standardization, ISO 15189
- Meral, Y. (2006). Sağlık kuruluşlarında dış kaynaklardan yararlanmanın hasta memnuniyetine olan etkisi ve bu konuya ilişkin bir araştırma (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- 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
- Mousa, H. A., Alfirevic, Z. (2007). Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 24(1), CD003249
- MRG ve BT İnceleme Standartları. (2018). Türk Radyoloji Derneği, Erişim adresi: <https://www.turkrad.org.tr/assets/2018/standartlar2018.pdf>
- National Quality Forum, Erişim adresi: : <https://www.qualityforum.org/Home.aspx>

- Noble, M. A. (2010). Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality; aproved guideline. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), QMS12-A 30(24)
- Nour, N. M. (2008). An introduction to maternal mortality. Reviews in Obstetrics and Gynaecology (1 (2)), p. 77-81
- OECD. (2019). Health at a Glance. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD Health Care Quality Indicators Project. (2019). Erişim adresi: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthcarequalityindicatorsproject-background.htm>
- Okay, A. (2012). Sağlık İletişimi, Derin Yayınları
- Onkoloji Hemşireler Derneği. (2014). Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi, Ankara
- Onkoloji Hemşireliği Derneği. (2009). Kemoterapi Ünitesi Standartları. Erişim adresi: <http://www.onkohem.org.tr/sites/default/files/dosya/standart-yonetmelik/kemoterapi-unitesi-standartlari.pdf>
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun. (1979, 3 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı:16655). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf>
- Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. (2012, 1 şubat). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28191). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15860&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Organ Nakli Merkezleri Yönergesi. (2012, 13 şubat). T.C Sağlık Bakanlığı (Sayı: 6157). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11284/organ-nakli-merkezleri-yonergesi.html>
- Ovayolu, N. Bahar, A. (2006). Hemşirelikte kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1), s. 34-42
- Öncü, S. (2013). Cerrahide antibiyotik, profilaksisi. Ulusal Cerrahi Dergisi, 27(3), s. 176-181
- Özel Hastaneler Yönetmeliği. (2002, 27 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı:24708). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=%F6zel%20hastaneler>
- Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 31 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30790). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/05/20190531-1.htm>
- Özlu, T. (2005). Kuramsal Metinler, “Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, çünkü hastasınız.” TİMAş Yayınları, İstanbul
- Özlu, T. (2005). Hasta Hakları. TİMAş Yayınları, İstanbul
- Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (2015, 7 Temmuz). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı: 840). Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>

- Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. (2000). The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) Clinical Guidelines, JOGC
- 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. In: Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 3, p. 121-124
- 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>
- Postpartum Hemorrhage (2017), American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG Practice Bulletin
- Price, C. Christenson, R. (2003). Evidence-based laboratory medicine: from principles to outcomes, AACCC Press, Washington, DC
- Public Health Focus: Surveillance, prevention and control of nosocomial infections. (1992). CDC, MMWR, 41, p. 7-783
- Pugh, D. S., (Ed). (1990). Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin
- Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/index.html>
- Radyasyon Güvenliği Komiteleri Çalışma Usul ve Esasları. (2013). Erişim adresi: <https://www.taek.gov.tr/tr/belgeler-formlar/rsgd-formlari/usul-esaslar/Radyasyon-G%C3%BCvenli%C4%9Fi-Komiteleri-%C3%87a%C4%B1%C5%9Fma-Usul-ve-Esaslar%C4%B1/lang,tr-tr/>
- 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&MevzuatIiski=0&sourceXmlSearch=>
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2010, 30 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27600). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/06/20100603-15.htm>
- Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2013, 9 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28582). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-4.htm>
- Raju, P,S., Lonial, S,C. (2002). 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), p. 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

- Raouf, E. Nakhleh, M. D. FCAP and Patrick, L., Fitzgibbons, M. D: FCAP editors. (2012). "Quality management in anatomic pathology:" promoting patient safety through systems, improvement and error reduction, CAP, Item number: PUB118
- Recommandations of the International Commission on Radiological Protection, (2007). ICRP publication 103 Erişim adresi: [http://www.icrp.org/docs/ICRPPublication103-AnnalsoftheICRP37\(2-4\)-Freeextract.pdf](http://www.icrp.org/docs/ICRPPublication103-AnnalsoftheICRP37(2-4)-Freeextract.pdf)
- Regional Office for South-East Asia, New Delhi. (2009). Prevention and management of postpartum haemorrhage. Royal College of Obstetricians Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline, 52, p. 15-24
- Renshaw, AA. (2009). Prospective and retrospective second reviews and audits in anatomic pathology. Issues in Implementation and Interpretation. Pathol Case Rev.; 14, p. 57-61
- Restuccia, D.J. (2013). Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, (KAYA, S Çev.)
- Robert, J.,M., et.al. (2010). "Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Klavuz" (Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü), Ankara
- Rootman, I. et.al. (2001.) Evaluation in Health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series
- Roy, JE. Hunt, JL. (2010). Detection and classification of diagnostic discrepancies (errors) in surgical pathology. AdvAnatPathol, 17, p. 359-365
- Rubin, D. L. (2010). Informatics in radiology: measuring and improving quality in radiology: meeting the challenge with informatics DOI: <https://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/rg.316105207>
- Rutala, W. A., Weber, D. J. (2007). Sterilization and Disinfection. Jarvis, WR (ed).
- Sağlık Bakanlığı Atama Ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. (2013, 26 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28599). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.17232&MevzuatIliski=0>
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, 2 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30348). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/03/20180302-3.htm>
- 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-politikalari-yonergesi20180502pdf.pdf?0>
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbî Sarf Malzemesi ve Tıbbî Cihaz Yönetimi Performans Denetimi Raporu, 2005. T.C. Sayıştay Başkanlığı
- Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi Alım Kılavuzu (Sürüm 1.2.), 2019, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Standart ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi Minimum Veri Modeli (Sürüm 1.2.), 2016, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

- Sağlık ve Güvenlik Şaretleri Yönetmeliği. (2013, 11 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28762). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/09/20130911-6.htm>
- 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&MevzuatTilki=0&sourceXmlSearch=iyonla%C5%9Ft%C4%B1r%C4%B1c%C4%B1>
- Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi. (2005). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Şardan, Y.Ç. (2010). İnfeksiyon kontrolünde paketler. Yoğun Bakım Dergisi, 9(4), s. 188-192
- Salihoğlu, Ö., Akkuş, C., H. Hatipoğlu, S. (2011). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları. Bakırköy Tıp Dergisi, 7(2)
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Sağlık-Net Entegrasyonu için Hastane Bilgi Sistemlerinin Temel Gereksinimleri. (2007). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Tam Donanımlı Dijital Hastane Kılavuzu. (2018). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu Sürüm (2.1), (2019). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sistem Yönetimi Daire Başkanlığı. Donanım, Altyapı ve Sistem Bileşenleri Alım Kılavuzu Sürüm 1.0. (2018). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). Doküman Yönetim Rehberi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). İlaç Güvenliği Rehberi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2019). Anket Uygulama Rehberi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2011). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- 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>
- 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, s. 143-168
- Sciakovelli, L. et al. (2011). "Quality Indicators in Laboratory Medicine: from theory to practice, Preliminary data from the IFCC Working Group Project Laboratory Errors and Patient Safety", Clin Chem Lab Med, 49(5), p. 835-844

- Sehulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, Carpenter J, Donlan R, Ashford D, Besser R, Fields B, McNeil MM, Whitney C, Wong S, Juranek D, Cleveland J. 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; 2003. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
- Seow H., (2018). Essential components of quality palliative care in the home. *JOPM*, 21(S1), p. 37-44
- Shin J. et al., (2013). Integrating palliative care: when and how? *Current opinion in pulmonary medicine*, (19(4)), p. 9-344
- Shahangian, S., Snyder, S. (2009). Laboratory medicine quality indicators, a review of the literature, *Am J Clin Pathol*, 131, p. 418-431
- Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
- Sistrom C. L. (2009). The Appropriateness of Imaging: A Comprehensive Conceptual Framework. *Radiology*. 251(3), p. 49-637
- Spector, J. M. et al. (2012). "Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program". Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22615733>
- Srivastava R., et al. (2010). Reflex and reflective testing: efficiency and effectiveness of adding on laboratory tests, *Ann Clin Biochem*, 47, p. 223-227
- Starfield, B., Shi, L. (2004). The medical home, access to care, and insurance. *Pediatrics*, 113(5), p. 8-1493
- Standards and Competencies for Cancer Chemotherapy Nursing Practice, NSCA, 2017. Erişim adresi: https://cdn.ymaws.com/www.canoacio.ca/resource/resmgr/Resources/EN_CANO_Chemotherapy_Standar.pdf
- Sur, H. Palteki, T. (2013). *Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevi*
- Sur, H. ve ark., (2019). *Hasta Güvenliği Kitabı. Palme Yayınevi*
- Süngü, A. (2007). *Ameliyathane Havalandırma Sistemleri IVF ve Genetik Laboratuvar Havalandırma Sistemleri*. Erişim adresi: <http://www.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), s. 1-5
- T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı. (2009). 2009-2020 Çevresel Gürültü Eylem Planı. Erişim adresi: http://www.cygm.gov.tr/CYGM/Files/EylemPlan/Cevresel_%20Gurultu_%20Eylem_Planı.pdf
- Task force on guidelines, society of critical care medicine, recommendations for critical care unit design. (1988). *Crit Care Med*, 16, p. 796-806

- Taşınır Mal Yönetmeliği. (2007, 18 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26407). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/01/20070118-6.htm>
- Tatar, M. (Ed). (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir Anadolu Üniversitesi
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). Antineoplastik (Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Dış Hekimliği Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, 2010. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005, 14 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 25755). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050314-1.htm>
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2013, 5 Kasım). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28812). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090904-13.htm>
- Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Seçkin Yayıncılık, Ankara
- Terapötik Aferez Merkezleri ve Üniteleri hakkında Yönetmelik. (2019, 31 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30848). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190731-3.htm>
- Tüm Kamu Eczacılar Derneği (TÜKED), Onkolojide Tehlikeli İlaçlarla Güvenli Çalışma ve Eczacılık Uygulama Rehberi (2016). Ankara
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2019). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı İlaç Kullanımı. Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/>
- The Fitness for Purpose of Analytical Methods: A Laboratory Guide to Method Validation and Related Topics: Second Edition, A Focus for Analytical Chemistry in Europe (EURACHEM), 2014. Erişim adresi: https://www.eurachem.org/images/stories/Guides/pdf/MV_guide_2nd_ed_EN.pdf
- The Food and Drug Administration.(2000). “Analytical Procedures and Methods Validation: Chemistry, Manufacturing, and Controls,” U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration (FDA)Federal Register (Notices), 65(169)
- The Food and Drug Administration.(2018). “Guidance for Industry- Bioanalytical Method Validation”. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration (FDA) p. 1-44
- Thompson, BL. (1998). Yönetim Fonksiyonları. (Çev. Diker, V.G.), Hayat Yayınları, İstanbul
- Thompson, M. Ellison, SLR. and Wood, R. (2002). Harmonized guidelines for single-laboratory validation of methods of analysis. Pure Appl. Chem., 74(5), p. 835 - 855
- Thompson, RD. et al. (2012). Guidelines for intensive care unit design. Crit Care Med,40,1586

- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005, 22 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 25883). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/01/20170125-2.htm>
- Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik. (2015, 25 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 2939799). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150625-4.htm>
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği. (2013, 09 Ekim). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28790). Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=977:tibb-la_borat_u_varlar-yoenetmel-2013&catid=2:yamelik&Itemid=33
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, 18 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30629). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181218-1.htm>
- Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. (2011, 16 Şubat). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7465). Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>
- Türk Biyokimya Derneği. (2015). Venöz Kan Alma Kılavuzu, Ankara
- Türk Neonatoloji Derneği. (2018). Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, Ankara
- Türkiye Halk Sağlığı Genel Kurumu, Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2013). Anne Dostu Hastane Kriterleri, Ankara
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yönergesi. (2011, 16 Şubat). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7364). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri için Çalışma Rehberi, 2014, Erişim: <https://www.trsmproje.com/trsm-calisma-rehberi/>
- Turkey National Maternal Mortality Study. (2005). Hacettepe University, Institute of Population Studies, , Ankara
- Türk Dil Kurumu. Erişim adresi: <http://tdk.gov.tr/>
- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu. Erişim adresi: <https://www.taek.gov.tr/tr/>
- Ulusal Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri ve Unvan Alan Hastaneler Listesi, 2018. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
- Ulusal Sağlık Veri sözlüğü (1.sürüm), T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı
- Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi, Türkiye’de Kan Tedarik Sisteminin Güçlendirilmesi Teknik Destek Projesi, 2016, Erişim: https://www.kanver.org/Upload/Dosya/ulusal_kan_rehberi.pdf, Erişim Tarihi: 10.09.2019
- Usluer, G., vd. (2006). İzolasyon Önlemleri Kılavuzu, Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 10(2)
- Uztuğ, F. (Ed). (2012). Kurumsal İletişim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi. Yayın No: 2594

- Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim, Literatür Yayınları
- Ünal, N. (2001). Hastane infeksiyonları ve hastane tasarımı, yoğun bakımların tasarımı. Hastane İnfeksiyonları Dergisi (5(3), s. 183-194)
- Verimlilik Yeri Değerlendirme Rehberi, 2019, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı
- Viccellio, A. et.al. (2009). The Association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. Ann Emerg Med, 54(4), p. 91-487
- Wasserman, S. Messina A. (2018). Guide to Infection Control in the Hospital, Chapter:16, Bundles in Infection Prevention and Safety, Chapter ed. Bearman G., International Society for Infectious Diseases
- Wayne, P. A. (2016). Using of Proficiency Testing to Improve the Clinical Laboratory, Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI) Approved Guidelines, 3 rd ed. GP27-A2
- Westgard, J. O. (1995). "A method evaluation decision chart (medx chart) for judging method performance" Clin Lab Sci, (8(5), p. 83-277)
- Westgard, J. O et al. (2006). "Statistical Quality Control for Quantitative Measurement Procedure: Principles and Definitions; Approved Guidelines-Third Edition" Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), C24-A3, 26(25)
- Wiener-Kronish, J. P., Dorr, H. I. (2008). Ventilator-Associated pneumonia: problems withdiagnosis and therapy. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 22(3), p. 49-437
- Williams, SJ., Calnan, M. (1991). Convergence and Divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care setting. Social Science and Medicine, 33(6), p. 707-716
- William A. Rutala, Ph.D., M.P.H.1,2, David J. Weber, M.D., M.P.H.1,2, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)3, 2008. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>
- World Health Organization (WHO). (2005).Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to action
- World Health Organization (WHO). (2018). Definition of Palliative care. Erişim adresi: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization (WHO). (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks.
- World Health Organization (WHO). (2009). Guidelines on hand hygiene in health care, first global patient safety challenge clean care is safer care
- World Health Organization (WHO). (1998). Health Promotion Glossary. Erişim adresi: <https://www.who.int/healthpromotion/HPG/en/>
- World Health Organization (WHO). (2012). Laboratory Assesment Tool. Erişim adresi: https://www.who.int/ihr/publications/laboratory_tool/en/

- World Health Organization (WHO). (2004). Laboratory Biosafety Manual, Third Edition. Erişim adresi: https://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_CSR_LYO_2004_11/en/
- World Health Organization (WHO). (2011). Laboratory Quality Management System, Handbook. Erişim adresi: <https://www.who.int/ihr/publications/lqms/en/>
- World Health Organization (WHO). (2004). Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206946>
- World Health Organization (WHO). (2002). Prevention of Hospital-Acquired Infections, A Practical Guide, 2nd edition. Erişim adresi: https://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12/en/
- 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
- 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
- World Health Organization (WHO). (2009). Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences. Erişim adresi: https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
- World Health Organization (WHO). Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists, 2015. Erişim adresi: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/>
- World Health Organization (WHO). Safe Surgery Save Lives, Safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists, 2009. Erişim adresi: <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
- World Health Organization (WHO). (2009). Patient Care Check List, New Influenza (H1N1). Erişim adresi: <https://www.medscape.com/viewarticle/705527>
- World Health Organization (WHO). (2002). Prevention of Hospital-Acquired Infections, A Practical Guide, 2nd edition
- 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 Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2009, 16 Ekim). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27378). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2013, 29 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28661). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11300/teblipler.html>
- Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği. (2005, 11 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 25903). Erişim adresi <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/08/20050811-6.htm>

- Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011, 25 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27975). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110625-2.htm>
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1983, 13 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 17927). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&>
- 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>
- Yıldırım, H. H. (2008). Sağlık teknolojisi yönetimi: Türkiye resmin neresinde? Hastane Dergisi, 51, s. 110
- Yi, M. Yao, G. Bai, Y. (2014). "The monitoring of intra-abdominal pressure in critically ill Patients" Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue, 26(3). p. 8-175
- Yorgancıoğlu, Z. R., Ceceli, Esmâ. (2006). Estimation of program "interactive education in function" over system falter, in a rehabilitation clinic. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi- J PMR Sci, 9(2), p. 63-68
- Zarbo, R.J. Mejer, FA. Raab, SS. (2005), Error detection in anatomic pathology. ArchPatholLabMed; 129(10), p. 1237-1245
- Zenciroğlu, D. (2005). Etilen Oksit ile Sterilizasyon; Nasıl Çalışır? Kullanılan Cihazların Özellikleri Nelerdir? Nasıl Denetlenir? 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı (s. 099-120) içinde. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun