



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti

Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti – v.1.0/2020



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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları
Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti – v.1.0/2020

ISBN: 978-975-590-762-8

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

© Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı'na aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T.C.Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
E-posta: shgm.kalite@saglik.gov.tr
Web: www.kalite.saglik.gov.tr

Kapak ve Sayfa Tasarım

Zeynep ASLAN – m.zeynepaslan@gmail.com

Baskı

Tam Pozitif Matbaa
Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/19
Yenimahalle / ANKARA
Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12
www.pozitifmatbaa.com – E-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com



Editörler

Ahmet TEKİN, Prof Dr.
Muhammed Ertuğrul EĞİN, Dr.

Hazırlayanlar

Abdullah ÖZTÜRK, Dr.
Dilek TARHAN, Dr.
Öznur ÖZEN
Nesrin DEMİR EREN
İbrahim DOLUKÜP
Çağlayan SARIOĞLAN
Gül HAKBİLEN
Şerife ENGELÖĞLU
Şule GÜNDÜZ
Seval ÇİFTÇİ
Hacer ÇİL
Çiğdem GÜNAY
Zekiye NİYAZ ÇINAR
Şakire ŞAHİNBAŞ

Katkıda Bulunanlar

- Figen ÇİZMECİ ŞENEL, Prof. Dr.
- Demet GÖKMEN KAVAK
- Canan CENGİZ
- Keziban AVCI, Dr.
- Nedim HAVLE, Uzm. Dr.
- Tuncay PALTEKİ, Dr
- Halim Ömer KAŞIKÇI, Dr.
- Hakan USTA, Dr.
- Nilüfer Kutay ORDU GÖKKAYA, Prof. Dr.
- Çağlayan SARAL
- Ayşe Sibel ÖKSÜZ
- Burcu ELİTEZ
- Nilgün TORUN
- Gönül YILDIRIM
- Esra ENGİN

Teşekkür

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Setinin hazırlanması ve geliştirilmesi sürecinde; TÜSEB, kamu ve özel sağlık kuruluşları, uzmanlık dernekleri, meslek örgütleri, sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, akademisyenler, hasta hakları çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine başvurulmuştur. Çalışmalar esnasında görüş ve önerilerin alınması amacıyla hazırlanan görüş-öneri platformları aracılığıyla elde edilen geri bildirim ve öneriler değerlendirilmiştir.

SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti çalışmalarında yer alan tüm kamu/özel kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ile bireysel düzeyde katkı veren tüm paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
Sunuş.....	3
Sağlık Akreditasyon Standartları-Ayaktan Sağlık Hizmetleri ..	7
STANDART VE KILAVUZLAR.....	17
► Yönetim ve Organizasyon	37
Organizasyon Yapısı	39
Temel Politika ve Değerler.....	43
Kalite Yönetim Yapısı.....	46
Doküman Yönetimi.....	49
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	54
Risk Yönetimi	57
Eğitim Yönetimi.....	61
Sosyal Sorumluluk.....	65
Kurumsal İletişim	67
► Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	71
Göstergelerin İzlenmesi	73
► Sağlıklı Çalışma Yaşamı	77
İnsan Kaynakları Yönetimi	79
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği.....	84
► Hasta Deneyimi	89
Temel Hasta Hakları	91
Hasta Güvenliği.....	96
Hasta Geri Bildirimleri.....	98
Hizmete Erişim.....	100

► Sağlık Hizmetleri.....	103
Enfeksiyonların Önlenmesi	105
Sterilizasyon Yönetimi	114
İlaç Yönetimi.....	118
Hasta Bakımı	124
Radyasyon Güvenliği	145
Laboratuvar Hizmetleri	149
Güvenli Cerrahi	166
Acil Sağlık Hizmetleri.....	174
► Destek Hizmetleri	181
Otelcilik Hizmetleri.....	183
Tesis Yönetimi	192
Atık Yönetimi	195
Bilgi Yönetimi.....	198
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	201
Dış Kaynak Kullanımı	206
► Acil Durum Yönetimi.....	209
Acil Durum Yönetimi	211
TANIMLAR VE KISALTMALAR.....	225
STANDARTLAR İLE İLİŞKİLİ MEVZUATLAR	237
KAYNAKLAR	247
EKLER: SAS Göstergeleri.....	261

GİRİŞ



Günümüzde tıp teknolojilerinde ve uygulamalarında meydana gelen hızlı ilerlemeler, sağlık hizmetlerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Teşhis ve tedavi uygulamalarında yükselen başarı oranları, hasta sayıları ve hasta yatağı devir hızlarında meydana gelen artışlar, insanların kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarına giderek daha önem vermeleri, fiziksel ve fonksiyonel değişimlerin sebebi olarak sıralanabilir.

Bu değişimler sağlık kuruluşlarının yapısal, yönetsel ve tasarımlarına yönelik uygulamalarını etkilemekte ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalara en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunma gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çerçevede kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yönelik faaliyetler, sağlık kuruluşlarının dış bir gözle farklı bir yapı içerisinde değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuş ve akreditasyon kavramını gündeme getirmiştir. Dünyada hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla bir dizi hasta ve organizasyonel yapı odaklı akreditasyon sistemi geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır.

Türkiye’de Akreditasyon çalışmalarının temelleri ilk kez sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile 2005 yılında atılmış ve değerlendirmelere ait hizmet standartları belirlenmiştir. Bu standartlar, zaman içinde sayı ve yapısal anlamda gelişerek dört ayrı versiyon halinde uygulamaya geçirilmiştir. 2013 yılına gelindiğinde Akreditasyona ilişkin dört temel ilke ve on hedef doğrultusunda standartlar yeniden yapılandırılmış ve beşinci versiyon olarak **“Sağlıkta Akreditasyon Standartları”** adı ile son şeklini almıştır.

“Türkiye Sağlıkta Akreditasyon Sistemi”ne ışık tutan “Ayaktan Sağlık

Hizmetleri Seti"; sağlık kuruluşları başta olmak üzere tüm paydaşlarca ortak bir dil ile anlaşılıp yorumlanması amaçlanarak hazırlanmıştır.

İçeriğinde Standartları, Değerlendirme Ölçütlerini ve Kılavuzları barındıran SAS-Ayaktan Sağlık Hizmetleri Setinin; ilk kısmında Sağlıkta Akreditasyona yönelik temel politika ve ilkeler ortaya konulmuş, ikinci kısmında ise Akreditasyon standartları ile ilgili tarihsel gelişim süreci ve genel bilgilere yer verilmiştir. Üçüncü kısımda da standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılmasına ve uygulanmasına yardımcı olacak şekilde hazırlanmış Standart Gerekliliklerini içeren kılavuzlar yer almaktadır.

Akreditasyon sürecine ait temel bilgileri ve Akredite Sağlık kuruluşu olma yolunda gereklilikleri içeren SAS- Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti, sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için sağlık kuruluşları ve tüm paydaşların yararına sunulmuştur.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ekseninde oluşturulan ulusal akreditasyon yapısı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen sağlıkta kalite yapılanmasının üç ana unsuru da tamamlanmış bulunmaktadır. Ülkemize özgü olarak geliştirdiğimiz **sağlıkta kalite yapılanması** iki kısımdan oluşmaktadır:

- » Sağlıkta Kalite Sistemi
- » Sağlıkta Akreditasyon Sistemi

Sağlıkta Kalite Sistemi: Zorunluluk esasına dayanan ve tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini en üst seviyeye çıkarmak, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak amacıyla oluşturulmuş bir sistemdir.

Sağlıkta Akreditasyon Sistemi: SAS esas alınarak sağlık kurum ve kuruluşlarının gönüllülük esasına başvuracakları ve başarı durumlarına göre belgelendirilecekleri bir sistemdir. Sağlıkta Akreditasyon Sistemi; sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile ülke genelinde elde edilen kalite düzeyinin ötesine geçmek ve kurumsal farkını ortaya koymak isteyen sağlık kuruluşlarının başvurabilecekleri bir sistemdir. Uluslararası alanda onaylanmış bir belge içermesi sebebi ile de özellikle yurt içi ve yurt dışı sağlık turizmini teşvik edici olarak kurgulanmıştır.

Ülkemizde sağlıkta kalite alanında Bakanlığımızca ortaya konulan bu

yapı, ülkemiz sağlık sisteminin sürekli geliştirilen ve sürdürülebilir bir hizmet anlayışı çerçevesinde sağlam temeller üzerine oturması açısından kritik öneme sahiptir.

SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti öncelikle ayaktan sağlık hizmetlerinde başarı hedeflerini tanımlayan standartları belirlemeyi amaçlamaktadır.

SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti tıp merkezleri, poliklinikler, fizik tedavi müesseseleri ve radyoloji müesseselerine yönelik olarak hazırlanmıştır. Standartlar, tüm kamu ve özel statüsünde ayaktan sağlık hizmeti veren kuruluşlara özgüdür.

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı



Sağlıkta Akreditasyon Standartları- Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti



Standartların Geliştirilmesi

Türkiye’de Bakanlık bünyesinde gerçekleştirilen sağlıkta kalite çalışmaları- rının temelleri 2003 yılına dayanmakta olup, kalite ve akreditasyon kavramları Dönüşüm Programında belirlenen ilkeler ile sağlık politikasının öncelikleri arasında yerini almıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programında Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı ve denetleyici rollerine, yani hizmetlerin standartlarını belirleyen, kural koyan, uygulamaların çerçevesini ve bu standartların uygulanma düzeyini denetleyen bir Sağlık Bakanlığı yapısı ve pratiğine vurgu yapılmaktadır. Programın altıncı bileşeninde yer alan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” ilkesi ile de akreditasyon sistemi oluşturulmuştur.

Kalite çalışmalarının uluslar arası bir kimliğe kavuşmasının gerekliliğinden yola çıkılarak Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyon Sisteminin oluşturulmasına yönelik ilk adımlar 2012 yılı Mayıs ayında atılmıştır. Akreditörlerin akreditörü ISQua ile görüşmeler yapılarak, çalışmalar sonucunda 20 Mart 2013 tarihinde resmi olarak işbirliği süreci başlatılmıştır. ISQua ile yapılan görüşmeler ve imzalanan sözleşme çerçevesinde ilk olarak “ISQua International Principles for Healthcare Standards” detaylı olarak incelenmiştir.

4 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi hükmü doğrultusunda sağlıkta akreditasyon standart setleri, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmakta, akreditasyon için gönüllü olan kuruluşların SAS esas alınarak denetlenmesi ve belgelendirilmesi faaliyetleri ise Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde kurulmuş olan Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti, sağlık alanında hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yapılan kalite çalışmaları ile Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua ilkeleri dikkate alınarak hazırlan-

miştir. Hazırlanan bu set uluslar arası gelişmeleri dikkate alan, ülkemizde sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, kurumda tüm hizmet alanlarını kapsayan ve amaçsal yorumlamaya uygun bir yapıda oluşturulmuştur. Ayrıca hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, kurumlarda inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay ve kapsayıcı olmasına özen gösterilmiştir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın Amacı ve Kapsamı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua'nın sağlıkta kalite alanında hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans ilkeleri çerçevesinde minimum risk, optimum kalite, maksimum güvenlik esasına uygun olarak yapılandırılmıştır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti, öncelikli olarak sağlık kuruluşlarında standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda Türkiye'de hizmet veren tüm ayaktan hizmet veren sağlık kuruluşlarına yönelik olarak hazırlanmıştır.

SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti tıp merkezleri, poliklinikler, fizik tedavi müesseseleri ve radyoloji müesseselerine yönelik olarak hazırlanmıştır. Standartlar, tüm kamu ve özel statüsünde ayaktan sağlık hizmeti veren kuruluşlara özgüdür.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın Hedefleri

Sağlıkta Akreditasyon Standartları, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri, ISQua ilkeleri, dünya genelinde gerçekleştirilen akreditasyon programları ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak ayaktan sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında kalitenin güvence altına alınması amacıyla şekilde yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



Sağlık kuruluşların sundukları hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

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

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

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

SAS hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

- » **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- » **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- » **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde

kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.

» **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır.

» **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm bireylerin zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri önlemek veya kabul edilebilir bir risk seviyesinde tutmak için gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetleridir.

» **Hakkaniyet:** Hizmet alanların, tedavi ve bakım ihtiyaçları çerçevesinde hiç bir fark gözetmeksizin eşit haklardan yararlanmasının güvence altına alınmasıdır.

» **Hasta Odaklılık:** Kanıta dayalı tıp uygulamalarına bağlı kalmak koşulu ile sağlık hizmetinin, hastanın güvenliği, memnuniyeti ve tercihleri dikkate alınarak planlanması ve uygulanmasıdır.

» **Uygunluk:** Sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın sağlığına daha çok fayda sağlayacak tercihlerin yapılması ve uygulanmasıdır.

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

» **Süreklilik:** Hastanın ihtiyacı olan teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin disiplinler arası geçişi veya tedavinin tamamlanması sonrasında da kapsayacak şekilde sağlanmasıdır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Setinin Yapısı

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında, 7 Boyut, 31 Bölüm, 57 Standart, 217 değerlendirme ölçütü yer almaktadır.

SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti, Standartlardan, Değerlendirme Ölçütlerinden ve bunlara ilişkin kılavuzlardan oluşmaktadır. Kılavuzlarda standartların amaçları, hedefleri ve standart gereklilikleri yer almaktadır.

Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Boyutlandırılması

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında yer alan 7 boyut aşağıda yer almaktadır:

- » Yönetim ve Organizasyon
- » Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Hasta Deneyimi
- » Sağlık Hizmetleri
- » Destek Hizmetleri
- » Acil Durum Yönetimi

Boyutların Genel Amaçları ve Kapsamı

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında yer alan boyutlar; sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak sağlık kuruluşunun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

» **Yönetim ve Organizasyon**

Yönetim ve Organizasyon boyutunda, sağlık kuruluşu işleyişinde süreklilik sağlanarak çalışma faaliyetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlayacak bir yönetim yapısı oluşturmak, beraberinde üst yönetim ve tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kurum kalite yönetim yapılanması meydana getirmek amaçlanmaktadır.

Bu amaca ulaşmak için; sağlık kuruluşu organizasyon yapısı oluşturulmalı, temel politika ve değerler belirlenmeli, kalite yönetim yapısı oluşturulmalı, doküman yönetimi sağlanmalı, istenmeyen olay bildirimi sistemi kurulmalı, risk yönetimi ve eğitim yönetimi sağlanmalı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çalışılmalı, kurumsal iletişim sağlanmalıdır.

» **Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme**

İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunları zamanında belirleyerek düzeltmek ve kalite iyileştirmeye yönelik müdahalelerin yapılması amaçlanmaktadır. Kurumsal olarak belirlenen göstergeler ve SAS göstergelerinin kullanılması sureti ile bu amaçların gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

» **Sağlıklı Çalışma Yaşamı**

Bu boyutta, kaliteli sağlık hizmet sunumu için çalışanların sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmaları ve sağlık kuruluşu organizasyonlarına çalışan perspektifinden bakılması amaçlanmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda; insan kaynakları yönetimine yönelik bir yapı oluşturulmalı, çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınmalı ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmelidir.

» **Hasta Deneyimi**

Hasta Deneyimi Boyutu; temel hasta haklarının, hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanması hedeflerine yönelik olarak, hizmetlere hasta perspektifinden bakmayı amaçlamaktadır.

Bu amaca ulaşmak için; sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetler, hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek, hizmetlere zamanında ulaşılmasını ve hasta konforunun teminini sağlayacak ve hasta güvenliğini güvence altına alacak şekilde düzenlenmelidir.

» **Sağlık Hizmetleri**

Sağlık kuruluşunda verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SAS hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda enfeksiyonların önlenmesi, sterilizasyon hizmetleri, ilaç yönetimi, transfüzyon yönetimi, radyasyon güvenliği, hasta bakımı, laboratuvar hizmetleri, güvenli cerrahi ve acil sağlık hizmetleri bölümlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

» **Destek Hizmetleri**

Destek Hizmetleri boyutunda, tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak hedeflenmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için; otelcilik hizmetlerine yönelik çalışmalar yürütülmeli, tesis yönetimi, atık yönetimi, bilgi yönetimi ile malzeme ve cihaz yönetimi sağlanmalı, dış kaynak kullanımına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.

» **Acil Durum Yönetimi**

Bu boyutta; sağlık kuruluşunda karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama vb. acil durumlar ile bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eylemi, solunum veya kardiyak arrest olayları ve çalışanların şiddete uğraması durumlarında en hızlı ve en etkin şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlike ve zararların önlenmesi amaçlanmaktadır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Kodlaması

Standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiştir.

Kodlama Sistemi

- » Standardın kodu 4 kısımdan oluşmaktadır.
- » İlk iki kısım harflerden, son iki kısım rakamlardan oluşmaktadır
- » Harf kullanılan kısımlar iki harften oluşmakta olup, ilgili boyut ve bölümün kısaltması şeklindedir.
- » Son iki kısımdaki rakamlar (3. ve 4. Kısım) iki basamaklı bir sayıdan oluşmaktadır.
 - Üçüncü kısım bölümdeki standart numarasını ifade etmektedir.
 - Dördüncü kısım standardın değerlendirme ölçütü numarasını ifade etmektedir.
 - Dördüncü kısımdaki “00” standardın kendisini, “01”den başlayan numaralar değerlendirme ölçütlerinin sıralamasını ifade etmektedir.

Boyutlara ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

Boyutlar	Kodları
Yönetim ve Organizasyon	YO
Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	PÖ
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Deneyimi	HD
Sağlık Hizmetleri	SH
Destek Hizmetleri	DH
Acil Durum Yönetimi	AD

Her bir bölüme ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.OY	Organizasyon Yapısı
YO.PD	Temel Politika ve Değerler
YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı
YO.DY	Doküman Yönetimi

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
YO.RY	Risk Yönetimi
YO.EY	Eğitim Yönetimi
YO.SS	Sosyal Sorumluluklar
YO.Kİ	Kurumsal İletişim
PÖ.Gİ	Göstergelerin İzlenmesi
SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi
SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği
HD.HH	Temel Hasta Hakları
HD.HG	Hasta Güvenliği
HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri
HD.HE	Hizmete Erişim
SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi
SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi
SH.İY	İlaç Yönetimi
SH.HB	Hasta Bakımı
SH.RG	Radyasyon Güvenliği
SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri
SH.GC	Güvenli Cerrahi
SH.AS	Acil Sağlık Hizmetleri
DH.OH	Otelcilik Hizmetleri
DH.TY	Tesis Yönetimi
DH.AY	Atık Yönetimi
DH.BY	Bilgi Yönetimi
DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı
AD.AD	Acil Durum Yönetimi

Bir standardda ilişkin kodlama örneği aşağıda yer almaktadır:

STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
YO.OY.01.00	Sağlık kuruluşu faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.02	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.03	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.04	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
		YO.OY.01.05	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.
		YO.OY.01.06	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde sağlık kuruluşu politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.



STANDART ve KILAVUZLAR

Boyutlar ve Bölümler				SAS	Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti
Yönetim ve Organizasyon	HEDEFLER				
	- Hasta Güvenliği - Hasta Odaklılık - Sağlıklı Çalışma Yaşamı - Etkinlik - Etkililik - Verimlilik - Hakkaniyet - Uygunluk - Zamanlılık - Süreklilik				
	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Acil Durum Yönetimi		
	Göstergelerin İzlenmesi	- İnsan Kaynakları Yönetimi - Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	Acil Durum Yönetimi		
Sağlık Hizmetleri					
Hasta Deneyimi					

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
Y0	Yönetim ve Organizasyon	Y0.OY	Organizasyon Yapısı	Y0.OY.01.00	Sağlık Kuruluşu faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.
				Y0.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal, mali ve klinik yönleim ile ilgili sorumluluktan itibaren tanımlanmalıdır.
				Y0.OY.01.02	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.
				Y0.OY.01.03	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
				Y0.OY.01.04	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumluluklar belirlenmelidir.
				Y0.OY.01.05	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.
				Y0.OY.01.06	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde Sağlık Kuruluşu politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.
				Y0.OY.02.01	Sağlık kuruluşu faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
				Y0.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı en az yılda bir kez ve gerektiğinde gözden geçirilmelidir.
				Y0.PD.01.01	Sağlık Kuruluşunun misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.
				Y0.PD.01.02	Sağlık Kuruluşu, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.
Y0	Temel Politika ve Değerler	Y0.PD	Sağlık Kuruluşunun temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	Y0.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, sağlık kuruluşu temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.
				Y0.PD.01.04	Sağlık Kuruluşunda kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.
				Y0.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.
				Y0.PD.01.06	Sağlık Kuruluşu, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını azaltılarak gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.

SAĞLIKTA AKREDITASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
Y0	Yönetim ve Organizasyon	Y0.KY	Kalite Yönetim Yapısı	Y0.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	Y0.KY.01.01
						Y0.KY.01.02
						Y0.KY.01.03
						Y0.KY.01.04
		Y0.DY	Doküman Yönetimi	Y0.DY.01.00	Sağlık Kuruluşunda kullanılan dokümanların yönetimi sağlanmalıdır	Y0.DY.01.01
						Y0.DY.01.02
						Y0.DY.01.03
						Y0.DY.01.04
		Y0.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	Y0.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	Y0.OB.01.01
						Y0.OB.01.02
		Y0.OB.01.03				Y0.OB.01.03

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
					Sağlık Kuruluşunda gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	YO.RY01.01
					Sağlık kuruluşu ve sağlık kuruluşunda sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır	YO.RY01.02
					Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir: • Tıbbi süreçler • İdari süreçler • Teknik süreçler • Hasta • Hasta yakını • Ziyaretçi • Çalışan • Tesis güvenliği • Çevre güvenliği • Finansal süreçler • Stratejik riskler • Paydaşlarla iletişim süreçleri	YO.RY01.03
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.RY	Risk Yönetimi	YO.RY01.00	Sağlık Kuruluşu ve Sağlık Kuruluşunda sunulan hizmetlere ilişkin riskler tanımlanmalı ve yönetilmelidir.	YO.RY01.04
					Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.	YO.RY01.05
					Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	YO.RY01.06
					Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği sürekli izlenmeli ve düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
Y0	Yönetim ve Organizasyon	Y0.EY	Eğitim Yönetimi	Y0.EY.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	Y0.EY.01.01
						Y0.EY.01.02
						Y0.EY.01.03
						Y0.EY.01.04
						Y0.SS.01.01
P0	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	Y0.Kİ	Kurumsal İletişim	Y0.Kİ.01.00	Sağlık kuruluşu, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlenmelidir.	Y0.Kİ.01.01
						Y0.Kİ.01.02
						Y0.Kİ.01.03
						P0.Gİ.01.01
						P0.Gİ.01.02

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	
PÖ	Performans Ölçümü ve Kalite iyileştirme	PÖ.Gi	Göstergelerin izlenmesi	PÖ.KG.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	
					PÖ.Gi.01.03	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.
					PÖ.Gi.01.04	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
					PÖ.Gi.01.05	Göstergelere ilişkin sonuçlar ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
					PÖ.Gi.01.06	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.
					SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	
					SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.
					SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
					SÇ.İK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamaları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.
				SÇ.İK.02.01	Sağlık kuruluşunun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.	
				SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır	
				SÇ.İK.02.03	İşe başlayan personelin sağlık kuruluşuna uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.	
				SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.	
				SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.	
				SÇ.İK.02.06	Sağlık kuruluşu tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıta dayalı klinik rehberleri, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AVAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SÇ.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörleri belirlemeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır	
					SÇ.ÇG.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.
					SÇ.ÇG.01.02	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır
					SÇ.ÇG.01.03	Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanının çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.
					SÇ.ÇG.01.04	Çalışanların güvenliğini sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	
					HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
					HD.HH.01.02	Sağlık kuruluşu sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.
					HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakın, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
					HD.HH.01.04	Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.
				HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet alınmasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.	
					HD.HH.01.06	Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümanite edilmelidir.
					HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.
					HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
					HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir	HD.HH.01.10
						HD.HH.01.11
						HD.HH.01.12
						HD.HG.01.13
		HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir	HD.HG.01.01
						HD.HG.01.02
						HD.HG.01.03
						HD.GB.01.01
						HD.GB.01.02
						HD.GB.01.03
		HD.HE	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır	HD.HE.01.04
						HD.HE.01.02

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
HD	Hasta Deneyimi	HD.HE	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.03
						Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşmada ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi	SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.04
						Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
						SH.EÖ.01.01
		SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	Sağlık kuruluşunda enfeksiyonların önlenmesine yönelik sorunlar ve sorumluluklar belirlenmelidir.
						SH.EÖ.01.02
						Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.EÖ.01.03
						Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.
						SH.SY.01.01
		SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	Sterilizasyon ünitesinde, işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.
						SH.SY.01.02
						Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.SY.01.03
						Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.
						SH.IY.01.01
		SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
						SH.IY.01.02
						İlaçın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmesi ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	Dogru ilaç, doğru zamanda temin edilmesi ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
						SH.IY.01.03
						SH.IY.01.04
						İlaçlar uygun şartlarda hazırlanmalı ve muhafaza edilmelidir.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY.01.05
						İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY.01.06
					Bildirim atıyapılan ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
						SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
						SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
						SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir.
						SH.HB.01.05	Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
						SH.HB.01.06	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.
			SH.HB.02.00	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.	SH.HB.02.01	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
					SH.HB.02.02	Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	
					SH.HB.02.03	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	
			SH.HB.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.HB.03.01	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	
					SH.HB.03.02	Yatan hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.	
					SH.HB.03.03	Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.	
					SH.HB.03.04	Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı	SH.HB.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi alışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	SH.HB.04.01
						Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
						SH.HB.04.02
						Tanı amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.
						SH.HB.04.03
						Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
				SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	SH.HB.04.04
						Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
						SH.HB.04.05
						Hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.
						SH.HB.04.06
						Sağlık kuruluşu içi ve sağlık kuruluşu dışı konsültasyonların uygulamasına ilişkin süreç planlanmalıdır.
SH.HB.05.01	Hasta Bakımı	SH.HB.05.01	Hasta Bakımı	SH.HB.05.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
						SH.HB.05.02
						Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
SH.HB.05.03	Hasta Bakımı	SH.HB.05.03	Hasta Bakımı	SH.HB.06.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	SH.HB.05.03
						Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
SH.HB.06.01	Hasta Bakımı	SH.HB.06.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler ve işlemler belirlenmelidir.			

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.RG	Radyasyon Güvenliği	SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.RG.01.01
						SH.RG.01.02
						SH.RG.01.03
		SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.LH.01.01
						SH.LH.01.02
						SH.LH.02.01
		SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.02.00	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	SH.LH.02.02
						SH.LH.02.03
						SH.LH.03.01
		SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.03.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.03.02
						SH.LH.03.03
						SH.LH.03.03

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
					SH.LH.04.01	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
					SH.LH.04.02	Laboratuvarlarda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
					SH.LH.04.03	Test sonuçlarının güvenilirliğine yönelik kalite kontrol işlemleri yapılmalıdır.
				SH.LH.05.01	Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.	
				SH.LH.05.02	Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.	
				SH.LH.05.03	Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	
				SH.LH.05.04	Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	
				SH.LH.05.05	Test numunelerinden artan biyolojik numunenin, işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
				SH.LH.06.01	Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.	
				SH.LH.07.00	Hasta Başlı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÜ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.GC	Güvenli Cerrahi	SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01
						SH.GC.02.01
				SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.02
						SH.GC.02.03
		SH.AS	Acil Sağlık Hizmetleri			SH.GC.02.04
						SH.AS.01.01
						SH.AS.01.02
				SH.AS.01.00	Acil ünitesinde hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.01.03
						SH.AS.01.04
						SH.AS.02.01
				SH.AS.02.00	Acil ünitesinde hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.02.02
						SH.AS.02.03
						SH.AS.02.04
						SH.AS.02.05

SAĞLIKTA AKREDITASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
DH	Destek Hizmetleri	DH.TY	Tesis Yönetimi	DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.
		DH.AY	Atık Yönetimi	DH.AY.01.00	Sağlık kuruluşunda üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.
		DH.BY	Bilgi Yönetimi	DH.BY.01.00	Sağlık kuruluşunda etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.

SAĞLIK AKREDITASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	AD.AD.01.01
						Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.
						AD.AD.01.02
				AD.AD.02.00	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	AD.AD.01.03
						Belirlenen öncelikli tedbirler ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.
						Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmesi ve tatbikatlar yapılmalıdır.
				AD.AD.02.00	Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	AD.AD.02.01
						Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.
						Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.02.00	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	AD.AD.02.02
						Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
						AD.AD.02.03
				AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.02.04
						Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.
						AD.AD.02.05
				AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.02.06
						Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
						Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmalıdır.
				AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.03.01
						Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.
						Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.03.02
						Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
						AD.AD.03.03
				AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.03.04
						Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
						Pembe kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - AYAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.04.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/ şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.04.01
						Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.
						AD.AD.04.02
						Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamak üzere düzenleme bulunmalıdır.	AD.AD.04.03
						Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
						AD.AD.04.04
						Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tabikıklar yapılmalıdır
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamak üzere düzenleme bulunmalıdır.	AD.AD.05.01
						Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
						AD.AD.05.02
						Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.
						AD.AD.05.03
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamak üzere düzenleme bulunmalıdır.	Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
						AD.AD.05.04
						Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamak üzere düzenleme bulunmalıdır.	AD.AD.05.05
						Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tabikıklar yapılmalıdır

Yönetim ve Organizasyon



Organizasyon Yapısı



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.OY.01.00	Sağlık kuruluşunun faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.02	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.03	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.04	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
		YO.OY.01.05	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.
		YO.OY.01.06	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde sağlık kuruluşu politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.

Amaç

Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk, yükümlülükler ile iletişim ve onay mekanizmalarının tanımlanması, sağlık kuruluşu işleyişinde sürekliliğinin sağlanması, sağlık kuruluşunun iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkililik
- » Etkinlik
- » Verimlilik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Organizasyon Yapısının Oluşturulması

Sağlık kuruluşunun organizasyon yapısı temel politika ve değerler çerçevesinde belirlenen amaç ve hedeflere en etkili biçimde ulaştırarak biçimde tasarlanmalıdır. Bu kapsamda kurumsal yapı tasarlanırken sağlık kuruluşunun büyüklüğü, hizmet çeşidi, hedef kitlesi, diğer ilgili kurumlar ve konumları, iç ve dış gereklilikler gibi temel unsurlar değerlendirilerek, İşlevsel, Bölümsel veya Matriks gibi yapılanma tarzlarından uygun görülen biri ya da birkaçı birlikte ele alınmalıdır.

Organizasyon şeması, en üst birimden en alt birime kadar yatay ve dikey ilişkileri gösterecek şekilde bir veya birden fazla dokümanda tanımlanmalıdır. Organizasyon şemasında asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

- » İşlerin uzmanlaşması ve bölünmesi
- » Sorumluluk ve ilişkiler
- » Yetki devri yolları
- » Koordinasyon ve entegrasyon noktaları
- » Kimin hangi iş ve mevkiye sahip olduğu

Yönetişim

Kurumsal yönetim ile ilgili sorumluluklar aşağıdaki temel unsurları esas alacak şekilde tanımlanmalıdır:

- » Şeffaflık
- » Hesap verebilirlik
- » Katılımcılık

- » Cevap verebilirlik
- » Hukukun üstünlüğü
- » Etkinlik
- » Eşitlik
- » Stratejik vizyon

Klinik yönetim ile ilgili sorumluluklar aşağıdaki temel unsurları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- » Klinik etkinlik
- » Klinik denetim
- » Risk yönetimi
- » Hasta ve toplum katılımı
- » Çalışanlar ve insan kaynakları yönetimi
- » Mesleki ve hizmet içi eğitimler
- » Bilginin kullanımı

Mali yönetim ile ilgili sorumluluklar asgari aşağıdaki temel unsurları içerecek şekilde tanımlanmalıdır;

- » Bütçenin kurum ve birim bazında tanımlanması
- » Bütçenin etkili, ekonomik ve verimli kullanımının sağlanması
- » Harcamaların ve gelir gider dengesinin kontrolü ve izlenmesi

Kurumsal, mali ve klinik yönetişimin başarılı bir şekilde uygulanması için idari, ekonomik, politik ve klinik süreçlerde etkin bir liderlik, ekip çalışması ve iletişim sağlanmalıdır.

Birimlerin ve Çalışanların Görev, Yetki ve Sorumluluklarının Tanımlanması

Organizasyon yapısında yer alan birimlerin ve çalışanların görev tanımları yapılmalı, yetki ve sorumlulukları açıkça ortaya konmalıdır. Görev tanımları birimler arası ilişkileri de içermeli, belirsizlik ve karmaşıklığı önleyecek şekilde düzenlenmelidir. Birim ve kişilere verilen yetki ile sorumluluk arasında uyum olmalıdır.

Birim Sorumlularının Belirlenmesi

Birim bazlı faaliyet gösteren en küçük birimden, organizasyonun en tepe yöneticisine kadar sorumlular belirlenmelidir.

Kurumsal Planların Oluşturulması

Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır. Plan, insan kaynakları, risk, mali planlar gibi diğer kurumsal planlar ile uyumlu ve bağlantılı olmalıdır.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
Y0.OY02.00	Sağlık kuruluşu, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	Y0.OY02.01	Sağlık kuruluşu faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
		Y0.OY02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı en az yılda bir kez ve gerektiğinde olarak gözden geçirilmelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşunda sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkililik » Etkinlik » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Sağlık kuruluşunda; gerçekleştirilen her türlü hizmet faaliyetini kapsayıcı şekilde, ülke mevzuatı çerçevesinde belirlenmiş tüm gerekli yetki ve izin belgeleri belirlenmelidir.

Bu kapsamda;

- » Sağlık kuruluşunun hizmet alanı düzeyinde gerekli faaliyet izin belgesi, ruhsat vb. bulunmalıdır.
- » Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile sağlık hizmeti dışında verilen hizmetler (idari, teknik vb.) de dâhil olmak üzere gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ve mevzuatı ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş (diploma, sertifika, özel alan yetki belgesi vb.) kişilerce sunulmalıdır. Bu yetkilendirme; kurumda hizmet veren kadrolu, geçici görevli, gönüllü veya gönübirlik çalışan tüm personel için bulunmalıdır. Çalışanların çalışma alanlarına yönelik yetki belgeleri doğrulanmalıdır.

Temel Politika ve Değerler



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.PD.01.00	Sağlık kuruluşunun temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	YO.PD.01.01	Sağlık kuruluşunun misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.
		YO.PD.01.02	Sağlık kuruluşu, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.
		YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerler paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, sağlık kuruluşunun temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.
		YO.PD.01.04	Sağlık kuruluşunda kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.
		YO.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.
		YO.PD.01.06	Sağlık kuruluşu, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını aralıklarla gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşunun temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Misyon, Vizyon ve Değerlerin Belirlenmesi

- » İç ve dış çevresel koşulların analizi sonucunda elde edilen bilgiler ile sağlık kuruluşunun ulaşmayı hayal ettiği koşullar esas alınarak kurum misyon ve vizyonu belirlenmelidir.
- » Sağlık kuruluşu, gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları içeren değerlerini belirlemelidir. Etik ilke ve davranış kuralları, hasta ve çalışan odaklılığını ön plana çıkaran ilkeler gibi konular sağlık kuruluşu değerleri kapsamında ele alınabilir.
- » Sağlık kuruluşu, temel politika ve değerlerinin çalışanlar ve hizmet alıcılarının asgari değerleri ile uyumuna özen göstermelidir.

Temel Politika ve Değerlerin Kamuoyu ile Paylaşılması

- » Sağlık kuruluşunun misyon, vizyon ve değerleri; kurum tarafından belirlenen çeşitli iletişim araçları vasıtası ile (web sitesi, ilan panoları, tanıtım faaliyetleri vb.) kamuoyuna duyurulmalıdır.

Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi

- » Sağlık kuruluşu, temel politika ve değerleri paralelinde, kurum ve bölüm bazında amaç ve hedeflerini belirlemelidir. Tıbbi ve idari bölüm hedefleri kurum hedefleri ile uyumlu olmalıdır.
- » Sağlık kuruluşu faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum ve bölüm bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

Hizmet Planlamasının Yapılması

- » Sağlık kuruluşu faaliyetlerinin planlanmasında kurum ve bölüm bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.
- » Planlama yapılırken iç (insan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar vb.) ve dış çevre faktörleri (hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler vb.) ile hasta/hizmet kullanıcısı, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.



Kalite Yönetim Yapısı

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	YO.KY.01.01	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
		YO.KY.01.02	Yönetsel yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
		YO.KY.01.03	Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.
		YO.KY.01.04	Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır: » Çalışan güvenliği » Hasta güvenliği » Eğitim » Tesis yönetimi » Radyasyon güvenliği

Amaç

Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar sağlık kuruluşundaki tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanarak kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması, bu yapı çerçevesinde kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu ile kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Kaliteye ilişkin Yönetsel Yapı

- » Sağlık kuruluşunda kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapıda yer alan kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu yapının dikey ve yatay ilişkileri tanımlanmalıdır.
- » Kalite direktörlüğü bünyesinde yapı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm ve/veya süreçler bazında kalite sorumluları belirlenmelidir.
- » Sağlık kuruluşu kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik bir plan oluşturmalıdır. Faaliyetler bu plan üzerinden düzenli olarak takip edilmeli, güncellenmeli ve ilgili paydaşlarla paylaşılmalıdır.

Kalite İyileştirme Çalışmalarının Planlanması, Yürütülmesi ve Koordinasyonunu

- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları çerçevesinde, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamak üzere aşağıda yer alan asgari faaliyetler yürütülmelidir:
 - Ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması ve uygulanmasının sağlanması
 - ✓ Öz değerlendirmeye ilişkin süreçlerin tanımlanması ve uygulanması (yılda en az 2 kez ve tüm süreç ve bölümleri kapsayacak şekilde)

- ✓ Hasta/çalışan memnuniyet anketlerine yönelik kapsam ve süreçlerin tanımlanması ve uygulanması [Yılda en az iki kez ve sağlık kuruluşunun hizmet türüne göre farklı hizmet alanlarını (ayaktan hasta, acil hizmetler, günübirlik girişimsel işlem yapılan hastalar vb.) kapsayacak ve bu hizmet alanlarına özgü beklenti ve algıyı yansıtabilecek şekilde]
- ✓ Hasta/çalışan görüş ve önerilerinin alınması ve değerlendirilmesine yönelik süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
- ✓ Göstergeler aracılığı ile kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik performansın izlenmesi, buradan elde edilen sonuçların iyileştirme amaçlı kullanılmasına yönelik çalışmaların planlanması ve takibi
- ✓ Performans ve kalite iyileştirme verilerinin üst yönetim ile periyodik olarak paylaşılması
- ✓ Sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen dış değerlendirmelere ilişkin sonuçların izlenmesi ve kurum yararına kullanılması ile ilgili süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
- Komite çalışmalarının izlenmesi ve ilgili komitelerin koordinasyonu
- Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve sistemin gerektirdiği kurallar çerçevesinde uygulanmasının sağlanması
- Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ile işbirliği içinde bölüm ve/veya süreç bazlı yapılan kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonu

Kalite Komitelerinin Oluşturulması

- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları kapsamında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır (sağlık kuruluşu büyüklüğü ve koşullarına göre komiteler birleştirebilir):
 - Çalışan Güvenliği
 - Hasta Güvenliği
 - Eğitim
 - Tesis Yönetimi
 - Radyasyon Güvenliği
- » Komitelerin diğer komitelerle işbirliği ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Doküman Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.DY.01.00	Sağlık kuruluşunda kullanılan dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.	YO.DY.01.01	SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri seti kapsamında yer alan tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.
		YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.
		YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.
		YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.
		YO.DY.01.05	Sağlık kuruluşunun takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşunda; uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi, uygulamanın yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi ile kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesidir.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik

Standart Gereklilikleri

Doküman Yönetim Sisteminin Oluşturulması

- » Dokümanların yönetimine yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır:
- » Tanımlama asgari aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır:
 - Hazırlanması gereken dokümanların belirlenmesi
 - Doküman formatının belirlenmesi
 - Dokümanların;
 - ✓ Hazırlanması
 - ✓ Kontrolü ve onaylanması
 - ✓ İlgililere ulaştırılması
 - ✓ Muhafazası
 - ✓ Revizyonu
 - ✓ Arşivlenmesi ve imhası
 - Dış kaynaklı dokümanların takibi

Hazırlanması Gereken Dokümanların Belirlenmesi

- » Hazırlanması gereken dokümanlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları, sağlık kuruluşunun büyüklüğü, hizmet sunum alanları ve süreçleri dikkate alınarak belirlenmelidir.
- » Sağlık kuruluşunun tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.
- » SAS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmiştir:
 - Prosedür

- Talimat
- Rehber
- Form
- Plan
- Rıza Belgesi
- Liste
- Yardımcı Doküman:
 - ✓ Politika
 - ✓ Protokol
 - ✓ Hedefler
 - ✓ Görev-Yetki-Sorumluluklar
 - ✓ İş Akışı
 - ✓ İlaç İmha Tutanağı
 - ✓ Toplantı Tutanakları

Dokümanın Formatının Belirlenmesi

- » Tüm dokümanlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
 - Dokümanın
 - ✓ Adı
 - ✓ Kodu
 - ✓ Yayın Tarihi
 - ✓ Revizyon Tarihi
 - ✓ Revizyon Numarası
 - ✓ Sayfa No/Sayfa Sayısı
 - ✓ Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri
- » Dokümanların orijinal nüshalarında; Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgilerinde; kişi(ler)in, unvan ve imzaları yer almalıdır.

Dokümanların Hazırlanması

- » Dokümanlar, SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti kapsamında belirtilen formata uygun olarak hazırlanmalıdır.

- » Doküman ilgili bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından hazırlanmalıdır.
- » Dokümanlar anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli açık ve net olmalıdır.

Dokümanların Kontrolü ve Onaylanması

- » Dokümanlar kalite yönetim birimi tarafından kontrol edilmeli ve üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.

Dokümanların İlgililere Ulaştırılması

- » Dokümanların güncel versiyonlarının etkin şekilde ilgili çalışanlarla paylaşılması sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara, hazırlanan dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Gereksinim dokümanların asılması engellenmelidir. Asılması gereken dokümanların görüntü kirliliği oluşturmamasına dikkat edilmelidir.

Dokümanların Muhafazası

- » Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim birimince muhafaza edilmelidir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır.
- » SAS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanakları gibi) düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.

Dokümanların Revizyonu

- » Sağlık kuruluşunun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.
- » Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Yönetimin onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılmalıdır.
- » Güncellenen dokümana revizyon numarası ve revizyon tarihi yazılmalıdır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenmelidir.

» Sağlık kuruluşunda kullanılan tüm dokümanların bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.

- Doküman Adı
- Doküman Kodu
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihleri
- Revizyon Numarası

Dış Kaynaklı Dokümanın Takibi

Dış kaynaklı dokümanların takibi ve güncelliği sağlık kuruluşunca belirlenen bir metot ile sağlanmalıdır. Sağlık kuruluşu dış kaynaklı doküman takibini sağlayacak sorumluları belirlemelidir.

Dokümanların Arşivlenmesi ve İmhası

Dokümanların arşivlenmesi ve imhası ile ilgili kurallar belirlenmelidir.



İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	YO.OB.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.
		YO.OB.01.02	Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		YO.OB.01.03	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşunda; hasta ve çalışanların güvenliği ile ilgili gerçekleşme potansiyeli olan (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, izlemek ve bildirimlerin sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemleri almaktır.

Hedefler

» Hasta Güvenliği

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

- » Sağlık kuruluşunda; hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile bildirim sistemi oluşturulmalıdır.
- » Sistem kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanmalı ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir.
- » Sistem iki başlıkta ele alınmalıdır:
 - Hasta Güvenliği (hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir)
 - Çalışan Güvenliği
- » Sistem; uygulamanın etkinliğini ve kullanımını artırmak, sağlık kuruluşunda raporlama kültürü oluşturmak, olaylardan ders çıkarılmasını sağlamak, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmek ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmek amacı ile;
 - Çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalı, gerektiğinde isim, yer gibi bilgilerin bildirilebilmesine olanak sağlamalı
 - Gönüllülük esasına uygun olmalı
 - Ulaşılabilir olmalı
 - Kolay kullanılmalı
 - Basit ve anlaşılır olmalı
- » Hasta Güvenliği kısmında gizlilik esaslı olmalı, bu kısım asgari aşağıdaki bilgileri elde edecek şekilde tasarlanmalıdır:
 - Olayın konusu
 - Olayın anlatılması
 - Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

Analiz ve İyileştirmeler

- » İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler, olay bazında analiz edilmeli, analiz sonrası gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir. Genel analizler sonucu yapılan değerlendirmelere göre bölüm ya da süreç bazında iyileştirme çalışmalarının gerekliliği belirlenmelidir.
- » Tüm çalışanlar; hasta ve çalışan güvenliğinde bildirimin önemi ve nasıl yapılacağı ile bildirimler sonucunda gerçekleştirilen iyileştirme çalışmaları hakkında bilgilendirilmelidir.

Risk Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.RY.01.00	Sağlık kuruluşu ve Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetlere ilişkin riskler tanımlanmalı ve yönetilmelidir.	YO.RY.01.01	Sağlık kuruluşunda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.
		YO.RY.01.02	Sağlık kuruluşu ve sağlık kuruluşunda sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır
		YO.RY.01.03	Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir: » Tıbbi süreçler » İdari süreçler » Teknik süreçler » Hasta » Hasta yakını » Ziyaretçi » Çalışan » Tesis güvenliği » Çevre güvenliği » Finansal süreçler » Stratejik riskler » Paydaşlarla iletişim süreçleri
		YO.RY.01.04	Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.

YO.RY.01.00	Sağlık kuruluşu ve sağlık kuruluşunda sunulan hizmetlere ilişkin riskler tanımlanmalı ve yönetilmelidir.	YO.RY.01.05	Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		YO.RY.01.06	Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği sürekli izlenmeli ve düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.

Amaç

Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçler kapsamında, sağlık kuruluşu ve sağlık kuruluşunda sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en az düzeye indirilmesidir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkililik

Standart Gereklilikleri

Risk Yönetiminin Kapsamı

Risk yönetimi; hasta, hasta yakını, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır.

Risk yönetimi; sağlık kuruluşunda karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.

Risk yönetimine yönelik politika, süreç ve yöntemler, ilgili dokümanlar içinde tanımlanmalıdır.

Risk yönetimi ile ilgili prosedürde asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

- » Amaç ve hedefler

- » Kapsam
- » Risk değerlendirme yöntemi
- » İlgili çalışanların görüşlerinin alınması
- » Tanımlanan risklerin raporlanması
- » Tanımlanan risklerin analizi, risk düzeylerinin tespiti ve kaydedilmesi
- » Gerekli iyileştirme çalışmaları ile ilgili süreçlerin yönetimi

Risk Yönetimi Planı

Risk yönetimi planı, risklerin raporlanmasını, gözden geçirilmesini ve izlenmesini amaçlar.

Plan asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:

- » Riskin değerlendirildiği süreç, faaliyet veya unsur
- » İlgili süreç, faaliyet ya da unsurla ilgili belirlenen riskler
- » Belirlenen risklerin düzeyleri
- » Risklere yönelik alınacak önlemler
- » Sorumlular
- » Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi

Tanımlanmış tüm riskler risk yönetimi planı kapsamında kayıt altına alınmalıdır. Risk kaydı, düzenli olarak güncellenmesi gereken canlı bir belgedir.

Risklerin Belirlenmesi ve Analizi

- » Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler bölüm, kişi ve/veya süreç bazında belirlenmelidir.
- » Hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından (alerji riski, düşme riski, cihazlardan kaynaklı riskler vb.) korumak için risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.
- » Riskler kurum tarafından belirlenen yöntemle göre analiz edilmelidir.
- » Risk analiz yöntemi basit, anlaşılır ve uygulanabilir olmalıdır.
- » Risk düzeyleri, risklerin gerçekleşme olasılığı ve olası etkileri göz önünde bulundurularak en az 3 kategoride (Düşük, orta, yüksek) değerlendirilmelidir.

İyileştirme Çalışmaları

- » Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, kişi ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Risk Yönetimi Etkinliğinin İzlenmesi

- » Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği sürekli izlenmeli ve düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
- » Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir
- » Risk yönetiminde etkinliğin sağlanması için; alınan önlemlerin sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Risk analizleri belirli periyotlarda (yılda en az bir kez) veya gerektiğinde güncellenmelidir.

Eğitim Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
Y0.EY.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	Y0.EY.01.01	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.
		Y0.EY.01.02	Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.
		Y0.EY.01.03	Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
		Y0.EY.01.04	Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| » Etkinlik | » Etkililik | » Süreklilik |
| » Uygunluk | » Devamlılık | » Verimlilik |

Standart Gereklilikleri

Eğitim Yönetimi

- » Sağlık kuruluşunda kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi amacı ile karar verme, planlama, koordinasyon, iletişim ve değerlendirme basamaklarını yönetmek üzere bir komite oluşturulmalıdır.
- » Komite tarafından; eğitimler ile ilgili süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari ele alınması gereken süreçler aşağıda yer almaktadır:
 - Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi
 - Eğitim planlarının oluşturulması
 - Planlanan eğitim faaliyetlerinin uygulanması
 - Eğitim planının ve uygulanan eğitimlerin etkinliğinin izlenmesi ve geliştirilmesi
- » Eğitim komitesi çalışmalarını, kalite yönetimi kapsamında faaliyet gösteren diğer birim ve komiteler ile iş birliği içinde yürütmelidir.

Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi

- » Kalite iyileştirme hedefleri doğrultusunda; kimin, hangi konularda, hangi düzey ve kapsamda eğitim ihtiyacı olduğu belirlenmelidir. Eğitim ihtiyacı olan konular ve kapsamı belirlenirken;
 - Sağlık kuruluşunda kalite iyileştirme kapsamında uygulanan performans değerlendirme sonuçları (öz değerlendirmeler, göstergelerden elde edilen veriler vb.)
 - Önceki eğitimlerden elde edilen etkinlik değerlendirme sonuçları
 - Eğitim faaliyetleri ile ilgili geribildirimler, talepler, gözlemler değerlendirilmelidir.

- » Eğitim konuları; en az hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir. Hangi eğitimin, hangi meslek grubuna ve hangi içerikte verileceği belirlenmelidir. Eğitim konuları hasta ve çalışan bazlı olmak üzere 2 kategoride asgari aşağıdaki genel başlıklarda verilmelidir.

Çalışan Eğitimleri

- Kalite yönetimi
- Hasta hakları
- Hasta ve çalışan güvenliği
- Hasta odaklı bakım süreci ve felsefesi
- Risk yönetimi
- Personel uyumu
- Cihaz kullanımı ve güvenliği
- Birim bazlı mesleki eğitimler
- Bilimsel yeni gelişmeleri içeren eğitimler
- Sosyal amaçlı eğitimler
- Kişisel gelişim eğitimleri

Hasta ve Hasta Yakını Eğitimleri

- Sağlığın geliştirilmesi ve teşvikine yönelik eğitimler
- Hastanın bakım ihtiyaçları kapsamında gerekli görülen eğitimler
- Taburculuk eğitimleri
- İlaç ve tıbbi cihaz kullanımı
- Hasta yakınlarına yönelik eğitimler

Eğitimlerin Planlanması ve Uygulanması

- » Eğitim etkinliklerine yönelik içerik oluşturma, yöntem belirleme, uygulama ve değerlendirme süreçlerinin bir sistem dâhilinde düzenlenmesini sağlamak üzere eğitim planları oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planları; eğitim ihtiyacının niteliği, ilgili konularda ulaşılmak istenen hedeflerin öncelik durumu, hedeflere erişilebilme süresi, sağlık kuruluşunun kurumsal politikası ile değişim sürecine yönelik amaç ve hedefleri doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planlarında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
- 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
- » Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.
- » Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik rehberler oluşturulmalı, uyum eğitimlerinin göreve başlama sonrası en kısa sürede verilmesi sağlanmalıdır.
- » Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir. İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Eğitimin Değerlendirilmesi

- » Hazırlanan eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli, plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği, belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda değerlendirilmelidir.
- » Etkinlik değerlendirmeleri eğitimcinin performansını da kapsamalıdır.
- » Uygulanan 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)

Sosyal Sorumluluk



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.SS.01.00	Sağlık kuruluşu, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	YO.SS.01.01	Sağlık kuruluşu, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşunun, topluma karşı sosyal sorumluluk çerçevesinde sağlığı teşvik edici ve geliştirici hizmetler sunmasını ve hizmet verdiği toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Uygunluk
- » Hakkaniyet
- » Etkililik
- » Devamlılık

Standart Gereklilikleri

- » Sağlık kuruluşu hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusunu/yapısı ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır. Bu kapsamda aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılmalıdır:



- Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik verileri
 - Morbidite, mortalite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri
 - Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları sosyal ve kültürel yapısı
- » Yapılan durum tespiti esas alınarak, hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler bir program dâhilinde planlanmalıdır. Sağlık kuruluşu, bu kapsamda en az iki program oluşturmaktadır.
- » Program sonuçları, sağlık kuruluşu tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.
- » Programın değerlendirmesi ve etkililiği; kısa, orta ve uzun vade olup olmamasına göre programın yapılmasına esas ana veri ve bilgilerin zaman içindeki değişiminin analizi ile yapılmalıdır.
- » Değerlendirme sonuçlarına göre program hedeflerine ulaşmak için program faaliyetlerinde iyileştirmeler yapılmalı ve süreklilik sağlanmalıdır.

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
- » Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
- » Organ bağışının teşviki
- » Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme
- » Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi
- » Anne sütü ile beslenmenin teşviki
- » Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri
- » Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği

Kurumsal İletişim



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
Y0.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	Y0.Kİ.01.01	Kurumsal iletişim kapsamında; sağlık kuruluşu yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
		Y0.Kİ.01.02	Hedef kitle sağlık kuruluşu faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.
		Y0.Kİ.01.03	Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşu ve faaliyetlerine karşı hedef kitlede olumlu tutum, davranış ve güven içeren kamuoyu oluşturmak, hedef kitle ile sürekli iyi ilişkiler kurarak sağlık kuruluşunun politika ve çalışmalarının benimsenmesini sağlamak ve hedef kitleden edinilen bilgilerle sunulan hizmetlerin etkililiğini ve kalitesini artırmaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Etkililik
- » Hakkaniyet
- » Devamlılık

Standart Gereklilikleri

Hedef Kitle ve İletişim Stratejilerinin Belirlenmesi

- » Kurumsal iletişim kapsamında; sağlık kuruluşu türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
- » Hedef kitle, sağlık kuruluşu içinde ve sağlık kuruluşu dışındaki iletişim paydaşları esas alınarak belirlenmelidir.
- » İletişim stratejisi çerçevesinde sağlık kuruluşu içinde yer alan hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Sağlık kuruluşunu 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

Hedef Kitlenin Bilgilendirilmesi

- » Belirlenen hedef kitleye özgü bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirmelidir.
- » Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır. Kurumsal web sitesi etkin bir şekilde yönetilmelidir. Web sitesi, güncel, yeterli bilgi içerecek şekilde, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olarak hazırlanmalıdır. Hedef kitle asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:
 - Temel politika ve değerler
 - Organizasyon yapısı
 - Hizmet verdiği alanlar
 - Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
 - İnsan kaynakları
 - Halkla ilişkiler faaliyetleri

- Acil hizmetler
 - Randevu alma ve sonuç verme
 - İletişim ve ulaşım
 - Sağlık kuruluşu içinde hizmete ulaşım
- » Sağlık kuruluşu içi çalışanlar kurumsal iletişimin önemli temsilcileri olması nedeniyle çalışanlara bu konuda eğitim düzenlenmelidir.

Olumlu Kamuoyu Oluşturulması

Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu yaratmak için öncelikle verilen hizmetler ve gerçekleştirilen faaliyetler hakkında hedef kitlenin ihtiyaç ve beklentilerine uygun şekilde toplumu bilgilendirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Bu faaliyetler; bilgilendirme kanalları ile yapılabileceği gibi, gerek hizmet sunum esnasında çalışanların hasta ve yakınlarına etkili iletişim kurarak kaliteli hizmet verilmesinin sağlanması, gerekse yönetim kademelelerinin sağlık kuruluşunu dış çevrede etkili temsili ve iyi ilişkiler kurması ile sağlanmalıdır.

Kurumsal İletişim ve Algının İzlenmesi

Düzenli aralıklarla kurumsal iletişim faaliyetlerinin performansı ile hedef kitledeki mevcut kimliği ve imajı hakkındaki algının ölçüldüğü anketler yapılmalı ve sonuçları değerlendirilmeli, kurumsal iletişim stratejileri kapsamında gerekli görülen iyileştirmeler yapılmalıdır.



Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme



Göstergelerin İzlenmesi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	PÖ.Gİ.01.01	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.
		PÖ.Gİ.01.02	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.03	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.
		PÖ.Gİ.01.04	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.05	Göstergelere ilişkin sonuçlar ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.06	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar, SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.

Amaç

İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunları zamanında belirleyerek düzeltmek ve kalite iyileştirmeye yönelik müdahalelerin yapılmasını sağlamaktır.

Hedefler

Göstergelerin özelliğine göre farklılık göstermektedir.

Standart Gereklilikleri

Göstergelerin Belirlenmesi

- » Sağlık kuruluşunda, kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacı ile idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçlerin performansı ölçülmeli ve izlenmelidir.
- » Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile kurum hizmet türü ve hasta profiline göre izlenmesi gereken SAS göstergeleri belirlenmelidir.

Gösterge Kartları

Belirlenen göstergelere ilişkin gösterge kartları hazırlanmalıdır. Gösterge kartlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- » Göstergenin kısa tanımı
- » İzlenme gerekçesi
- » İlişkili Olduğu Süreç
- » Hesaplama Yöntemi/Formülü
- » Hedef Değer
- » Veri Kaynağı
- » Veri Toplama Periyodu
- » Veri Analiz Periyodu
- » Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler

- » Sonuçların kimlerle paylaşılacağı
- » Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar

Gösterge Yönetimine Yönelik Bilgi Yönetim Sistemi Altyapıları

Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla sağlık kuruluşu bünyesinde ihtiyaç duyulan göstergeler için bilgi yönetim sistemi altyapıları oluşturulmalı, etkin kullanımı sağlanmalıdır.

Analiz ve İyileştirmeler

Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

SAS Gösterge Veri Sistemi

SAS Göstergeleri listesinde yer alan göstergelerden uygun görülen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.

Bkz. Ek 1 SAS Göstergeleri



Sağlıklı Çalışma Yaşamı



İnsan Kaynakları Yönetimi



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SÇ.IK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	SÇ.IK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
		SÇ.IK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.
		SÇ.IK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
		SÇ.IK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.

Amaç

Sağlıklı bir çalışma yaşamının tesisi için gerekli iş ve işlemlere yönelik görev tahsisi, koordinasyon ve değerlendirme gibi faaliyetleri yürütecek bir yönetim yapısının tanımlanmasıdır.

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim Yapısı ve Üst Yönetim ile İlişkisi

- » Sağlık kuruluşunda; işe alım, işe uyum, çalışanların geliştirilmesi, desteklenmesi, çalışanlara fiziksel ve sosyal imkânların sağlanması, çalışanları tehdit eden güvenlik risklerinin en aza indirilmesi, iş motivasyonlarının artırılması vb. tüm faaliyetlerin planlanmasını ve koordinasyonunu yürütecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
- » Oluşturulacak yönetim yapısının sağlık kuruluşunun yönetim hiyerarşisinde nerede yer alacağı, kime ya da kimlere karşı sorumlu olacağı, hangi yetkilere sahip olacağı, kimlerin bu yapıda yer alacağı ve kimlerin bu yapıya karşı sorumlu olacağı gibi yönetsel ilişkiler tanımlanmalıdır.

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

- » Yönetim yapısında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.
- » Ortaya konulması gereken görevlerin ve sorumlulukların yerine getirilmesi için yapıda yer alacak kişilerin hangi niteliklere sahip olması gerektiği de tanımlanmalıdır.

Hedefler ve Planlama

Oluşturulan yönetim yapısı, sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanması için yıllık hedeflerini belirlemelidir. Belirlenen hedeflere ulaşılması için hangi faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, hangi tedbirlerin alınması ve ne kadar bütçeye ihtiyaç duyulacağı gibi kilit faktörler planlanmalıdır.

Çalışanın Görüş ve Önerileri

- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilerek bunların dikkate alınması ve karar mekanizmalarına katılımlarının sağlanması noktasında geri bildirimlerin hangi kapsamda ve hangi araçlarla elde edileceğinin tanımlandığı bir sistem kurulmalıdır.
- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesine yönelik çalışmalar, asgari aşağıdaki gereklilikleri kapsamalıdır:
 - Düzenli yapılan memnuniyet anketleri
 - Çalışanlar ile birebir ve yüz yüze görüşmeler
 - Çalışanların görüş ve önerilerinin alınması

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SÇ.İK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	SÇ.İK.02.01	Sağlık kuruluşunun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.
		SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır
		SÇ.İK.02.03	İşe başlayan personelin sağlık kuruluşuna uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.
		SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.
		SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.
		SÇ.İK.02.06	Sağlık kuruluşu tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıta dayalı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.

Amaç

Çalışanların; işe alım ve uyum süreçleri için yapılması gerekenlerin, ve çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesine yönelik gerekliliklerin tespit edilmesi ve uygulanmasının sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Personel Temini

- » Sağlık kuruluşu, hangi hizmet alanında hangi niteliklerde personele ihtiyaç duyduğunu belirlemeli, istihdam edebileceği personel imkânlarını tespit etmeli, personelin temin edilmesi ve eğitilmesi gibi temel süreçleri önceden planlamalıdır.
- » Temin planında, sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri vb.) yer verilmelidir.
- » Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmeli ve yasal düzenlemeler de dikkate alınarak insan kaynakları planlaması gerçekleştirilmelidir. Tespit edilen ihtiyaçlara yönelik olarak hangi nitelikteki ve sayıdaki personelin nasıl temin edileceğine yönelik tedbirler belirlenmelidir.
- » İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde hangi bilgi ve belgelerin gerektiği, değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.
- » Sağlık kuruluşu, işe alınacak personeli Sağlık kuruluşunun hangi imkânlarından yararlanabileceği, çalışanlara sunulan olanaklar ve çalışan hakları konusunda bilgilendirmelidir.

İşe Alım Süreçleri

Sağlık kuruluşunda işe alım süreçleri tanımlanmalı, ihtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmelidir. İşe alım süreçleri ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan edilmelidir.

Personelin İşe Uyumu

Sağlık kuruluşu, ihtiyaçları doğrultusunda tanımlanan pozisyon için istihdam ettiği personelin yeni çalışma ortamına hızlı ve doğru

bir şekilde adapte olmasını sağlamaya yönelik süreçleri tanımlamalıdır. Çalışanın iş ortamında uyması gereken temel ve mesleki kurallar, sağlık kuruluşunun temel çalışma ilkeleri, çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilecek unsurlar ile hiyerarşik düzende çalışacağı kişiler ve sağlık kuruluşu çatısı altında yararlanabileceği fiziksel, sosyal tüm imkanlara kadar her türlü bilginin personele işe başlarken ve belli bir zaman diliminde aktarılması gereklidir.

- » Personelin işe ve çalışma ortamına uyumu değerlendirilmeli, ihtiyaç halinde adaptasyon sürecine yönelik çalışmalar tekrar edilmelidir.

Görev Yetki ,Sorumluluklar ve Performans Kriterleri

- » Çalışan veya istihdam edilmesi planlanan personelin önceden tanımlanan işleri içerecek şekilde görevleri, görevlerine ilişkin yetki ve sorumluluk alanları hizmet süreçleri ile uyumlu olarak belirlenmelidir.
- » Çalışanların görevlerini başarı ile yerine getirip getirmediğinin ölçüsü olarak ifade edilen performans kriterleri belirlenmeli ve çalışanlar bu kriterler hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Sağlık kuruluşu tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır. Ölçümler kurumun belirlediği aralıklar ile ve en az yılda bir kez olacak şekilde yapılmalıdır.
- » Çalışan performansını artırmaya yönelik hangi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hangi kapsamda olması gerektiği, çalışanların farklı niteliklerine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmeli ve eğitimlere yönelik gerekli planlamalar yapılmalıdır. Bu kapsamda verilecek eğitimlerin hedefleri önceden tanımlanmalı, eğitimler sonrasında eğitim hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı ölçülmelidir.
- » Özellikle ekipman ve tıbbi cihazların yalnızca eğitimli ve yetkili kimseler tarafından kullanılması sağlanmalı ve eğitim planlarında bu konudaki eğitim ihtiyacı da göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Sağlık kuruluşu tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.



Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SÇ.Ç.G.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.	SÇ.Ç.G.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.
		SÇ.Ç.G.01.02	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliğini tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır
		SÇ.Ç.G.01.03	Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanının çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.
		SÇ.Ç.G.01.04	Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
		SÇ.Ç.G.01.05	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.

Amaç

Çalışanların sağlık kuruluşunda güvenliklerini ve sağlıklarını tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması ya da minimuma indirilmesi yoluyla sağlıklı çalışma yaşamının tesis edilmesidir.

Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi

Sağlık kuruluşunda çalışan açısından var olan ya da oluşabilecek güvenlik tehditlerinin tespit edilebilmesi ve bu tehditlere yönelik gerekli tedbirlerin alınabilmesi amacı ile bir komite oluşturulmalıdır. Komite yapılanması; sağlık kuruluşunun büyüklüğüne ve güvenlik tehditlerinin oluşturdukları risklere göre çalışmaların etkili, sürekli ve sistematik bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlamaya yönelik olarak kurgulanmalıdır.

Risk Analizleri

- » Öncelikle, bölüm ve sağlık kuruluşu bazında çalışan güvenliği açısından güvenliği tehdit eden risk faktörleri ve bunların risk dereceleri belirlenerek durum tespiti yapılmalıdır. Riskler ortaya konulduktan sonra tespit edilen tehditlerin öncelik düzeylerine göre ortadan kaldırılması ya da minimuma indirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.
- » Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
 - Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında yönetim politikalarının oluşturulması
 - Enfeksiyonların önlenmesi
 - Sağlık taramalarına yönelik planlama ve uygulamaların yapılması
 - Kimyasal madde ve radyasyon güvenliği
 - Gıda güvenliği
 - Gürültü
 - Aydınlatma
 - Düşmelerin önlenmesi
 - Tesis kaynaklı risklerin yönetilmesi
 - Kesici delici alet yaralanmalarının azaltılması

- Ergonomik faktörler
 - Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
 - Çalışanlar arası mobbingin önlenmesi
 - Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
 - Bağışıklama
 - Gereksiz iş yükünün azaltılması
 - Stres yönetimi
- » Sağlık kuruluşunda, çalışanların tıbbi, psikolojik danışmanlık ve destek hizmetlerini sürekli alabileceği şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden ramak kala yaşanan olaylar ve istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kişisel Koruyucu Ekipman

- » Hangi bölümlerde hangi kişisel koruyucu ekipmanın kullanılması gerektiği belirlenerek, ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Çalışanları koruyacak niteliklere sahip kişisel koruyucu ekipmanın, belirlenen çalışma alanlarında yeterli sayıda bulundurulması ve çalışanlara bu ekipmanın kullanılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi gereklidir.

Kalite İyileştirme

Çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için sağlık kuruluşları; riskleri doğuran unsurların temelden ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerini planlamalı ve uygulamalıdır.

Çalışma Ortamının Geliştirilmesi

- » Çalışanların fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır.
- » Yapılan işler ile çalışanların fiziksel ve zihinsel kapasiteleri arasında uyum sağlanması

- » Yeterli sağlık ve güvenlik düzeyine ulaşılması amacı ile çalışanların mesleki gelişimini veya motivasyonunu teşvike yönelik eğitimler ve faaliyetler, birimler ve bölümler arasında çalışanların haberleşme, iletişim ve işbirliğinin etkin olarak sağlanmasına yönelik çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Sağlık kuruluşu tarafından; personelin yararlanabileceği dinlenme ve aktivite alanları oluşturulmalı, çalışanlar için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmalıdır.
- » Sağlık kuruluşunda engelli veya kronik sağlık sorunu olan personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışana sağlanan imkanların, kolay ulaşılabilir, pratik ve çalışan odaklı olmasına özen gösterilmelidir.



Hasta Deneyimi



Temel Hasta Hakları



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HH.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
		HD.HH.01.02	Sağlık kuruluşu sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.
		HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta hakları ve hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
		HD.HH.01.04	Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.
		HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.
		HD.HH.01.06	Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümanite edilmelidir.
		HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HH.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek düzenlenmelidir.	HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.
		HD.HH.01.10	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		HD.HH.01.11	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.
		HD.HH.01.12	İşlemi kabul etmeme, işlemi geri çekme veya devam ettirmeme gibi sürece ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir.
		HD.HH.01.13	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının haklarının güvence altına alınması, hizmetlerin ve süreçlerin bu amaca yönelik olarak düzenlenmesidir.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Uygunluk
- » Süreklilik
- » Hakkaniyet
- » Zamanlılık

Standart Gerekliklikleri

Yönetsel Yapı

Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.

Hizmetler ve Hasta Hakları ile İlgili Bilgilendirme

- » Sağlık kuruluşu sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir
- » Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta ve/veya hasta yakını hasta hakları konusunda bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Mahremiyet
 - İtibar ve saygı görme
 - Hasta ait bilgilerin gizliliği
 - Hasta güvenliği ve emniyeti
 - Verilecek sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirme ve hasta rızasının alınması
 - Tedaviyi reddetme hakkı
- » Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Etik İkilemlerin Çözülmesi

Hekim tarafından kararı verilen tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemlerin varlığı durumun-

da sürecin nasıl yönetilmesi gerektiği önceden tanımlanmalıdır.

- » Etik ikilemlerin çözülmesi amacıyla hasta ve hekiminde dahil olduğu bir etik komite oluşturulmalıdır.
- » Bu gibi etik ikilemlerin söz konusu olduğu durumlarda, etik komite toplanmalı, hasta güvenliğini önceleyerek en kısa zamanda çözüme gidilmelidir.
- » Hekim izni olmadan sağlık kuruluşundan ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler de belirlenmiş olmalıdır.

Hastanın Seçimleri ve Tercihleri

- » Sağlık hizmeti sürecinde hastanın hekim ve sağlık personeli seçimleri ve tercihleri dikkate alınmalıdır.
- » Hasta tıbbi tedavi süresince bakım hakkında bilgilendirilmeli, tercihleri ve talepleri dikkate alınmalı, bakım sürecine katılması sağlanmalıdır.
- » Hastanın tıbbi tedaviyi reddetme veya tedavi gördüğü sürede tedaviye yönelik işlemleri reddetmesi durumunda varsa alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmeli, tercihleri değerlendirilmelidir. Tedaviyi reddetmekten doğacak riskler hakkında bilgilendirilmeli ve onayı alınmalıdır.

Hasta Rızası

- » Hastaya uygulanacak her türlü tıbbi işlem öncesinde, hasta bilgilendirilmelidir.
- » Riskli işlemler öncesinde hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır. Bu yazılı onay asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
 - İşlemi yapacak kişi
 - İşlemden beklenen faydalar
 - İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
 - Varsa işlemin alternatifleri
 - İşlemin riskleri, komplikasyonları
 - İşlemin tahmini süresi

- Hastanın adı, soyadı ve imzası (Bilinci açık olmayan hastalar, çocuk hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetkinliğine sahip olmayan hastalar ile acil durumlara yönelik düzenleme kurum tarafından tanımlanmalıdır.
- İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası
- Onayın alındığı tarih ve saat bilgileri

Tıbbi Dokümanlara Ulaşabilme

Hastanın; yapılan işlemler, tahliller ya da kendisine ait özel bilgilerini içeren tüm dokümanlara, hem hizmet alırken, hem de hizmet aldıktan sonra ulaşabilmesi ve dokümanın bir kopyasını alabilmesi sağlanmalıdır. Söz konusu dokümanların hasta harici kişilerle paylaşılmasına ilişkin politika belirlenmelidir.

Manevi / Kültürel İhtiyaçlar

Hastaların, kültürel ve manevi değerleri doğrultusunda hizmet almaları sağlanmalıdır.

Çalışanların, konuyla ilgili uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılması sağlanmalıdır.

Şikayetler

- » Hastalar ve hasta yakınları, şikayet görüş öneri vb. talepleri için nereye, nasıl başvuracakları ve başvuru ile ilgili tüm süreçler hakkında bilgilendirilmeli ve yönlendirilmelidir.
- » Sağlık kuruluşları bu bilgilendirme süreçlerini kamuya açık bir şekilde bilgilendirme ekranları, panolar, web sitesi, vb. aracılığıyla gerçekleştirmelidir.
- » Hasta ve hasta yakını şikayetlerinin zamanında ve adil şekilde alınması, incelenmesi ve çözülmesi sağlanmalıdır.
- » Alınan başvurular mevzuat doğrultusunda mümkün ise aynı gün, inceleme gerektiren durumlarda ise en geç 15 gün içerisinde çözümlenmeli ve başvuru sahibine bilgi verilmelidir.
- » Şikayetlerin değerlendirilmesine yönelik bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.



Hasta Güvenliği

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HG.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözetecek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HG.01.01	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.
		HD.HG.01.02	Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		HD.HG.01.03	Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğinin sağlanması ve güvenliklerini tehdit edebilecek unsurların önceden tespit edilerek, sunulan hizmetlerin ve ortaya konulan süreçlerin bu amaca yönelik olarak düzenlenmesidir.

Hedefler

Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Güvenliği Komitesi

- » Sağlık kuruluşlarında var olan ya da oluşabilecek güvenlik tehditlerinin tespit edilebilmesi ve tedbirlerin alınabilmesi amacı ile bu alanda düzenli ve sistematik olarak çalışacak bir komite oluşturulmalıdır.
- » Komitenin yapısı ve kimlerden oluşacağı; sağlık kuruluşunun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak bu alandaki çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

Kalite İyileştirme

- » Hasta güvenliğine yönelik riskler analiz edilmeli, değerlendirilmeli, risk düzeyleri belirlenmeli ve analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Sağlık kuruluşu, Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın çeşitli bölümlerinde yer alan Hasta Güvenliği ile ilgili aşağıdaki konuları bu kapsamda ele almalıdır.
 - Enfeksiyonların önlenmesi
 - İlaç güvenliği
 - Radyasyon güvenliği
 - Düşmelerin önlenmesi
 - Güvenli cerrahi
 - Kimlik doğrulama
 - Bilgi güvenliği
 - Acil durum yönetimi
 - Tesis güvenliği
 - Tıbbi cihaz güvenliği
 - İstenmeyen olay bildirim sistemi
 - Atık yönetimi



Hasta Geri Bildirimleri

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	HD.GB.01.01	Sistemde, geri bildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.
		HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geri bildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
		HD.GB.01.03	Geri bildirimler değerlendirilmelidir.
		HD.GB.01.04	Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

Amaç

Standart, kurumdan hizmet alanların, aldıkları hizmetler ile ilgili geribildirimlerinin sistemli bir şekilde alınarak gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlamayı amaçlamaktadır.

Hedefler

Hasta Odaklılık

Standart Gereklilikleri

Geri Bildirim Sistemi

Sağlık kuruluşundan hizmet alanların her türlü geribildirimlerinin alınmasına yönelik bir geribildirim sistemi oluşturulmalıdır. Bu sistemde; düzenli yapılan memnuniyet anketleri ile hasta ve hasta yakınlarının görüş ve önerilerinin alınmasına ilaveten ihtiyaç durumlarına göre, hasta ve hasta yakınları ile birebir ve yüz yüze görüşmeler, hizmet öncesi ve sonrası beklentilerin ve memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi gibi yöntemler kullanılmalıdır.

Geri Bildirim Sistemi ile ilgili Bilgilendirme

- » Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da sağlık kuruluşu ve personel ile ilgili nasıl geri bildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

Geri Bildirimlerin Değerlendirilmesi

- » Hasta ve hasta yakınlarından elde edilen geri bildirimler sistemli bir şekilde analiz edilmeli ve bulgular değerlendirilmelidir.
- » Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalı, geribildirimlerden etkin bir şekilde yararlanılmalıdır.

Kalite İyileştirmeleri

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



Hizmete Erişim

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.01	Hastanın sağlık kuruluşuna başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.
		HD.HE.01.02	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.
		HD.HE.01.03	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
		HD.HE.01.04	Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Amaç

Hastaların, sağlık kuruluşu tarafından sunulan hizmetlere zamanında, etkin, etkili ve yeterli şekilde ulaşabilmelerine yönelik, kurumun alması gereken tedbirlerin ortaya konulması ile hizmete erişimin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Uygunluk
- » Süreklilik
- » Hakkaniyet
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Karşılama, Yönlendirme, Danışma

- » Sağlık kuruluşu, sunduğu hizmetlere yönelik deklare ettiği bilgilerle tutarlı şekilde, sağlık kuruluşuna başvuran hastaların karar süreçlerine yardımcı olmaya yönelik, ihtiyaç duyabileceği hizmetlerle ilgili detaylı bilgileri hastaya sağlamalıdır.
- » Hastanın ve hasta yakının başvuru sürecinde yapması gereken işlemler, ihtiyaç duyacağı bilgi ve belgeler için sağlık kuruluşunun içinde ulaşması gereken noktalar, bekleme alanları vb. tüm karşılama, danışma ve yönlendirmeye yönelik bilgilerin ne şekilde hastaya sunulacağı önceden planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Kolaylaştırıcı Düzenlemeler

- » Sağlık kuruluşunda, hizmet verilen tüm alanlarda yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanların hizmetleri rahatlıkla alabilmelerine yönelik; çıkış rampaları, tekerli sandalye hizmetleri gibi uygulamalar ile merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarına ilişkin düzenlemeler bulunmalıdır.
- » Sağlık kuruluşundan hizmet alan yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanlara yönelik, hizmet süreçlerinde öncelik tanınmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

Hizmetin Zamanında Sunulması

- » Teşhis ve tedavi süresini uzatarak hasta güvenliği açısından risk oluşturabilecek sistem sorunları ve kısıtlılıkların tespit edilmesine yönelik olarak işlemler ve işlem adımları detaylı şekilde incelenmeli, işlem süreçlerinin optimal şekilde kısaltılması ve etkinliğin artırılmasına yönelik tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.
- » Sağlık kuruluşu, hizmet süreçlerini bu çerçevede değerlendirerek etkinlik, verimlilik ve güvenliği artırmaya yönelik çalışmalarını ve planlarını dokümanete etmelidir.



Sağlık Hizmetleri



Enfeksiyonların Önlenmesi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EÖ.01.01	Sağlık kuruluşunda enfeksiyonların önlenmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları belirlenmelidir.
		SH.EÖ.01.02	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.
		SH.EÖ.01.03	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

Amaç

Sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen, çalışanları ve hastaları tehdit eden enfeksiyonlara ilişkin riskleri tespit etmek ve önlemektir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Enfeksiyonların Önlenmesine Yönelik Program Oluşturulması

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik çalışmaların ve oluşturulacak olan programın kapsamı asgari aşağıdaki başlıklarda incelenmelidir:

- » Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi
- » El hijyeni
- » İzolasyon önlemleri
- » Akılcı antibiyotik kullanımı
- » Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- » Çalışanların mesleki enfeksiyonu
- » Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyonların önlenmesi
- » Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar vb.) yönelik planların yapılması
- » Çamaşırhane, yemek hizmetleri, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi

Sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilen tüm alanlar ve süreçlerde hasta ve çalışan güvenliği açısından enfeksiyon riski değerlendirilmelidir. Belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

Risk değerlendirmesi konusunda detaylı bilgi için Bkz. Yönetim ve Organizasyon Boyutu- Risk Yönetimi Bölümü

El Hijyeni

El hijyeni açısından kalitenin geliştirilmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- » El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi
- » El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi
- » El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar

El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi

Sağlık çalışanının hasta bakımı sırasında ne zaman el hijyeni uygulaması yapması gerektiği DSÖ tarafından ortaya konan “5 Endikasyon Kuralı” ile tanımlanmıştır.

“5 Endikasyon Kuralı”na göre;

1. Hasta ile temastan önce
2. Aseptik işlerden önce
3. Vücut sıvıları ile temastan sonra
4. Hasta ile temastan sonra
5. Hasta çevresi ile temastan sonra
el hijyeni uygulanmalıdır.

Ayrıca sağlık kuruluşlarında hasta bakımı yapılmayan ancak hasta-ya dolaylı olarak sağlık hizmeti verilen çeşitli alanlar da bulunmaktadır. Laboratuvarlar, eczane, sterilizasyon üniteleri, ilaç, besin vb. hazırlama bölümleri bu alanlara örnek olarak verilebilir. Hem hasta hem de çalışan güvenliğini sağlamak için bu alanlar da dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunulan alanlara yönelik el hijyeni ile ilgili uyulması gereken kurallar belirlenmeli ve bu kurallar çerçevesinde uygulama yapılması sağlanmalıdır.

El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi

El hijyeni uyumu; el hijyeninin doğru zamanda, uygun yöntemle, doğru şekilde ve doğru sürede uygulanmasını ifade eder. Sadece el yıkamak ve el ovalamak değil, aynı zamanda bunları **doğru** şekilde yapmak el hijyeni uyumu anlamına gelmektedir.

El hijyeni uyumu; prospektif haberli gözlemlere ek olarak, bölümlere göre kullanılan el hijyeni malzemelerinin takibi, anketler (sağlık çalışanlarının farkındalığını, bilgi düzeyini, uyumunu ölçmeye yönelik) gibi yöntemler ile ölçülmelidir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilere göre gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.

El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar

El hijyeni uyumunu geliştirmeye yönelik asgari aşağıdaki çalışmalar yapılmalıdır:

- » El hijyeni politikasının oluşturulması

- » El hijyeni sorumlularının belirlenmesi
- » Sağlık çalışanlarının cilt bütünlüğünü desteklemek
- » Eğitimler
- » Hatırlatıcı, uyarıcı mesajlar
- » Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

Aşağıda bu maddeler ile ilgili bazı hususlara daha detaylı olarak değinilmiştir:

Sağlık çalışanlarının cilt bütünlüğünü desteklemek

Cilt iritasyonları ve alerji öyküleri olan sağlık çalışanlarına uygun malzeme temini yapılmalıdır.

Eğitimler

El hijyeni konusunda tüm çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitimlerin içerikleri ve periyodları sağlık kuruluşu tarafından meslek gruplarına ve ölçme sonucunda tespit edilen ihtiyaçlara göre belirlenmelidir. Eğitim içeriğinde asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- » El hijyeninin önemi
- » El hijyeni yöntemleri ve endikasyonları
- » Dikkat edilmesi gereken hususlar
- » Eldiven kullanımı

Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

El hijyenine yönelik malzeme, sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda bulundurulmalıdır. Sağlık kuruluşu, el yıkama alanlarına erişim ile ilgili gerekli planlamaları yapmalı ve tedbirleri almalıdır. El yıkama alanları/lavabolarında sıvı sabun, tek kullanımlık havlu gibi malzemeler erişilebilir olmalıdır.

DSÖ kılavuzlarında yer alan öneriler çerçevesinde, **hasta bakım noktasında** alkol bazlı el antiseptiği bulundurulmalıdır. Hasta bakım noktası 3 unsurun biraraya geldiği yerdir:

- » Hasta
- » Sağlık çalışanı
- » Hasta ya da çevresi ile teması içeren bakım ya da tedavi işlemi (hasta alanı içinde)

Bu kavram tam olarak bakımın uygulandığı mekân ve zamanı ve dolaşımı ile bu mekân ve zamanda gerçekleşen el hijyeni ihtiyacını kapsamaktadır. Alkol bazlı el antiseptiği, hasta bakım noktasında kolay ulaşılabilir şekilde bulunmalıdır.

Ayaktan hastaların bakım ve tedavi aldığı alanlar da bu kapsamda değerlendirilmektedir. Burada amaç, hasta başı ürünlerinin hasta alanından ayrılmadan ulaşılabilir şekilde bulunmasıdır.

Alkol bazlı antiseptiklere erişim genellikle sağlık çalışanı tarafından taşınan cep şişeleri, duvara monte edilmiş dispensörler, hasta yatağına sabitlenmiş konteynirler, yatak yanındaki masa ya da ilaç taşıma arabalarında bulunan şişeler vasıtası ile sağlanmaktadır.

İzolasyon Önlemleri

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik standart önlemler (el hijyeni, kişisel koruyucu ekipmanların temini ve kullanımı, çalışan sağlığı ve güvenliği gerekli ekipman temini ve kullanımı, hasta çevresinin kontrolü için kirli çamaşırların toplanması, hasta odalarının temizliği, dezenfeksiyonu vb.) alınmalıdır.

Sağlık kuruluşu; izolasyon önlemlerinin uygulanması gereken durumları, uygulama kurallarını ve gerekli fiziki koşulları (ayrı oda, yataklar arası yeterli mesafe, yeterli personel vb.) belirlemelidir. Sağlık çalışanlarına konu ile ilgili eğitim verilmeli, yeterli kişisel koruyucu ekipman temin edilmeli ve izolasyon önlemlerine uygun şekilde çalışılması sağlanmalıdır.

Akılcı Antibiyotik Kullanımı

İdeal antibiyotik kullanımı için; doğru tanı sonrası doğru antibiyotik; en uygun yoldan, etkin dozda, optimum aralıklarla, uygun süreyle verilmelidir.

Akılcı Antibiyotik Kullanımı ile ilgili sağlık kuruluşu bazında gerçekleştirilmesi gereken asgari uygulamalar şunlardır:

- » Sağlık kuruluşunda antibiyotik kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmeli, gerekli uygulamalar yapılmalı ve izlenmelidir.

- » Akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulmalı, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesi sağlanmalı, görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- » Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslar arası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmalı, lokal direnç verileri de incelenmelidir.
- » Antibiyotik duyarlılık testi raporlarında kısıtlı bildirim kuralları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.

Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon, Asepsi, Antisepsi

Sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan tüm alanlar ve insan dokuları ile temas eden tüm araç ve gereçler enfeksiyon kaynağı olabilmektedir. Bundan dolayı ilgili alanlar ve araçların mikroorganizmalar açısından kontrol altına alınması için çeşitli işlemler uygulanmaktadır:

- » Temizlik
- » Dezenfeksiyon
- » Sterilizasyon
- » Asepsi
- » Antisepsi

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

Bu süreçlerde;

- » Uygulanma zamanı
- » Uygulama kapsamı
- » Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal
- » Uygulamalarının etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç belirlenmelidir.

Temizlik

Sağlık kuruluşu temizliğine yönelik politikalar belirlenmeli, planlar oluşturulmalı, enfeksiyon açısından özellikli alanlar belirlenmeli, sorumlular tanımlanmalı, hangi alanda, hangi temizlik malzemelerinin, kim tarafından,

nasıl uygulanacağı ve uygulamaların etkinliğinin nasıl ve kim tarafından kontrol edileceği belirlenmelidir.

Dezenfeksiyon

- » Hasta bakımında kullanılan tıbbi malzeme ve ekipmanlar, dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemlerinin gerekliliğini tespit etmek amacı ile kullanılan uluslararası kabul görmüş kurallar çerçevesinde kritik, yarı kritik ve kritik olmayan şeklinde sınıflandırılmalıdır.
- » Dezenfeksiyon işlemi yapılan yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmelidir.
- » Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları (süre, miktar, yüksek düzey dezenfektanlarda etkin konsantrasyonun sağlanmasına yönelik kontrol veya tedbirler, hasta ve çalışan güvenliği açısından dikkat edilmesi gereken hususlar gibi) belirlenmelidir.
- » Hasta sirkülasyonuna göre dezenfeksiyon işlemlerinin yeterli sürede ve etkin şekilde gerçekleşebilmesi için kullanılan ekipmanın yeterli sayıda bulunması sağlanmalıdır.
- » Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlarda, havalandırma koşulları çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.
- » Uygulayıcılar eğitilmeli ve dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kuralları çerçevesinde uygulanma durumu enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi konusundaki sorumlular tarafından izlenmelidir.

Sterilizasyon

- » Hasta bakımında kullanılan ve sterilizasyon işlemi uygulanması gereken malzeme ve ekipman belirlenmelidir.
- » Sterilizasyon sürecine yönelik kurallar ve işleyiş belirlenmeli, belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu enfeksiyonların önlenmesi konusundaki sorumlular tarafından izlenmelidir.
- » Detaylı bilgi için Bkz. Sağlık Hizmetleri Boyutu-Sterilizasyon Bölümü

Asepsi ve Antisepsi

Asepsi ve antisepsi ilkeleri çerçevesinde uygulama kuralları belirlenmeli, ilgili sağlık çalışanları bu çerçevede eğitilmelidir.

Çalışanların Mesleki Enfeksiyonu

Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir. Bu önlemler üç grupta ele alınmaktadır:

1. **Temas öncesi alınması gereken önlemler:** Bağışıklanmanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı bağışıklık sağlanması, rutin taramalar.
2. **Temasın engellenmesi için alınması gereken önlemler:** Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre alınması gereken koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri).
3. **Temas sonrası alınması gereken önlemler:** Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda yapılması gereken bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemleri.
 - » Yukarıda ifade edilen önlemlerin alınmasına ilişkin tüm süreçler sağlık kuruluşu tarafından tanımlanmalıdır.
 - » Sağlık kuruluşunda, çalışanların enfeksiyonlardan korunma ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
 - » Çalışanların enfeksiyonlara karşı gerekli tedbirleri alabilmeleri için uygun çalışma ortam ve koşulları sağlanmalı, gerekli ekipman temin edilmelidir.
 - » Bölüm bazında yapılan risk analizleri çerçevesinde düzenli aralıklar ile yapılması gereken sağlık taramaları belirlenmeli ve sağlık taramalarına yönelik bir program oluşturulmalıdır.
 - » Taramalarda pozitif saptanan olgulara yönelik yapılması gereken işlemler belirlenmelidir.
 - » Program çerçevesinde yapılan uygulamaların etkinliği izlenmelidir.
 - » Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda yapılması gereken işlemler belirlenmeli, uygulanmasını sağlamak ve kontrol etmek amacı ile sorumlular belirlenmelidir.

Çamaşırhane, Mutfak, Atık Yönetimi ve Havalandırma Sistemleri gibi Destek Hizmetlerinde Enfeksiyonların Kontrolü

- » Sağlık hizmet sunumunda kullanılan tekstil malzemelerinin temizlenme süreci enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Çalışanlara hijyen eğitimi verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Sağlık hizmeti sunucuları ve hizmet kullanıcılarına sunulan gıdaların temini, depolanması, hazırlanması ve dağıtılması süreçleri ile bu süreçte görev alan çalışanlar enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Çalışanlara hijyen eğitimi verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Sağlık hizmeti sunumunda üretilen tıbbi atıkların güvenli şekilde uzaklaştırılması ve bertarafının sağlanması süreçleri izlenmeli, gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

İzleme ve Değerlendirme

- » Enfeksiyonların önlenmesine yönelik sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen uygulamalar süreç ve sonuç bazında izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir. İzleme ve değerlendirme çalışmalarında; rutin gözlem ve kontroller uygulamalara yönelik belirlenen süreç ve sonuç bazlı göstergeler kullanılmalıdır.
- » İzleme ve değerlendirmede elde edilen sonuçların analizi yapılmalı, belirlenen hedeflerle uyumu değerlendirilmeli ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Elde edilen sonuçlar yönetim ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- » Çalışanların enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili sorumluluklarına yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır.



Sterilizasyon Yönetimi

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY.01.01	Sterilizasyon ünitesinde işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.
		SH.SY.01.02	Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.
		SH.SY.01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşlarında, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için önemli adımlardan biri olan sterilizasyon işlemlerinin hasta güvenliği açısından kontrol altına alınmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Sterilizasyon ünitelerinde kalitenin geliştirilmesi için ele alınması gereken unsurlar şunlardır:

- » Sterilizasyon ünitesinde fiziki alanın düzenlenmesi
- » Sterilizasyon hizmetinde süreç kontrolü
- » Sterilizasyon işlemlerinin izlenebilirliği

Sterilizasyon Ünitesinde Fiziki Alan ve Koşulların Düzenlenmesi

Sterilizasyon ünitesinde fiziki mekân işlem basamaklarına göre asgari 3 alanda düzenlenmelidir.

- Temizlik ve dekontaminasyon işlemlerinin uygulandığı alan (Kirli alan, dekontaminasyon alanı vb.)
- Paketleme ve sterilizasyon cihazına yükleme işlemlerinin uygulandığı alan (Yarı temiz alan, temiz alan, paketleme alanı gibi)
- Steril malzemenin cihazdan çıkarıldığı ve depolandığı alan (Temiz alan, steril alan, steril depo gibi)
- » Sterilizasyon ünitesinde yüzeyler kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir olmalıdır.
- » Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.
- » Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru olmalıdır. Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır. Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır.
- » Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler sterilizasyon güvenliğini sağlayacak şekilde planlanmalı ve izlenmelidir.
- » Steril alanlarda depolama koşulları hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve steril malzemenin korunmasını sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.
- » Üniteye fiziki alanlara ve bu alanlarda uygulanan hizmetlere göre gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları belirlenmelidir.

Sterilizasyon Hizmetinde Süreç Kontrolü

Sterilizasyon hizmeti süreci döngüsel şekilde ilerleyen işlem basamaklarından oluşur:

- » Kullanım alanından kirli alana transfer
- » Temizleme-bakım
- » Paketleme
- » Yükleme
- » Sterilizasyon
- » Depolama
- » Dağıtım (Kullanım alanına transfer)
- » Steril malzemenin kullanımı

Tüm süreçlerde malzemenin niteliği, sterilizasyon yöntemi, kullanılan ekipman ve kullanım alanına yönelik çalışma ve kontrol kuralları belirlenmeli ve ilgili çalışanlara konu ile ilgili eğitim verilmelidir. Süreçlerde tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

Yıkama, Dezenfeksiyon ve Paketleme Süreçleri

- » Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmelidir.
- » Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
- » Düzenli aralıklarla yıkama etkinliği kontrol edilmelidir.
- » Yıkama etkinliği kontrolü kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.
- » Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim edilmelidir.
- » Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
- » Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.
- » Tek yönlü otoklavın kullanıldığı durumlarda cihaz temiz bölümde bulunmalıdır.

Sterilizasyon İşlemine Yönelik Kalite Kontrol Çalışmaları

- » Kullanılan sterilizasyon yöntemine göre fiziksel-mekanik kontroller yapılmalı, kayıtları tutulmalıdır.
 - Fiziksel-mekanik kontroller; basınç, gaz konsantrasyonu, sıcaklık, nem, zaman gibi parametreleri içeren program döngüsü kayıtları ile cihaza ait bakım ve kalibrasyon kayıtlarını içerir.
- » Kimyasal kontrol yöntemleri ile sterilizasyonun etkinliği değerlendirilmelidir.
 - Sınıf 1 işlem indikatörleri her paket üzerinde kullanılmalıdır.
 - Sınıf 2 indikatörler her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce uygulanmalıdır.

- Her pakete, paket içeriğinin niteliğine göre ve değerleri belirlenmiş performans koşullarını sağlayan uygun kimyasal indicator (en az sınıf 3) konulmalıdır.
- » Biyolojik kontrol yöntemleri ile sterilizasyonun tam olarak gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirilmelidir.
 - Sağlık kuruluşu, başta bilimsel gereklilikler olmak üzere; malzeme yükü, hasta profili, cihaz çalışma sıklığı gibi hususları da gözönünde bulundurarak her bir sterilizasyon yöntemi için asgari indikatör kullanım sıklığını belirlemeli, gerektiğinde kullanım sıklığını artırmalıdır.
 - Biyolojik indikatör işlem sonrası pozitif çıkarsa, geriye dönük malzeme ve hasta takibi yapılmalıdır. Bir önceki negatif üreme gösteren biyolojik indikatör kullanımına kadar dağıtılan tüm steril malzeme gözden geçirilmeli, bunlar arasında hastaya kullanılan malzeme var ise hasta enfeksiyon açısından takip edilmelidir.

Sterilizasyon İşlemlerinin İzlenebilirliği

- » Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.
- » Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgilerin hasta dosyasında bulunması ya da hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığının kaydedilmesi gereklidir. Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabilir.
- » Malzeme ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilir:
 - Kullanılan indikatörün renk değişikliğinin tespiti (kullanım sırasında kullanıcıların kontrolüne ilişkin kayıt)
 - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi cihazda ve hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi
 - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
 - Cihaz döngü kayıtları
 - Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick test gibi)
 - Biyolojik indikatör sonucu
 - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi
 - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi
 - Her aşamada gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar



İlaç Yönetimi

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.IY01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
		SH.IY01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
		SH.IY01.03	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.IY01.04	İlaçlar uygun şartlarda hazırlanmalı ve muhafaza edilmelidir.
		SH.IY01.05	İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.IY01.06	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Amaç

İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde, hasta ve çalışana yönelik riskleri en az düzeye indirmek, süreçlerin etkin ve verimli şekilde yürütülmesini sağlamaktır

Hedefler

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| » Hasta Güvenliği | » Sağlıklı Çalışma Yaşamı |
| » Etkinlik | » Hasta Odaklılık |
| » Verimlilik | » Uygunluk |
| » Zamanlılık | » Süreklilik |

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Sağlık kuruluşunda etkin bir ilaç yönetim sistemi oluşturmak için öncelikle, yeterli düzeyde dokümantasyon içeren aktif bir yönetim tasarımı oluşturulmalıdır. Bu yönetim tasarımında yer alan kişilerin ilaç güvenliğine ilişkin görev ve sorumlulukları tanımlanmalı, yetkinliklerini iyileştirmek amacıyla gerekli eğitim imkânları sağlanmalıdır.
- » İlaç yönetimine dair dokümanlar sağlık kuruluşunun ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Dokümanlar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - İlaçların temini
 - İlaç yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumlulukları
 - İlaçların muhafazası
 - İlaç istemleri
 - İlaçların transferi
 - İlaçların hazırlanması
 - İlaç uygulamaları
 - Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü
 - Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
 - Advers etki bildirimleri
 - İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
 - Tehlikeli ilaçlar ve hata durumunda müdahale yöntemleri

- İlaç güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan **özel nitelikli ilaçlara** ait tablolar
- » Özel niteliğe sahip ilaç grupları, mevzuata uygun olarak sağlık kuruluşu tarafından belirlenmeli, bu tür ilaçların etkin ve güvenli kullanımına yönelik uyarıcı mekanizmalar (renkli veya sesli uyarılar gibi) kullanılarak etkin kullanımı sağlanmalıdır.
- » Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmiştir:
 - Acil Pediatrik İlaçlar
 - Görünüşü Benzer İlaçlar
 - Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
 - Psikotrop İlaçlar
 - Narkotik İlaçlar
 - Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
 - Yüksek Riskli İlaçlar
 - Konsantre elektrolitler
 - Gebelik ve emzirmede kullanılmaması gereken ilaçlar
 - İkincil takip gerektiren ilaçlar

İlaç Yönetiminde İletişim

İlaç yönetiminde hasta-çalışan ve çalışan-çalışan iletişimi hasta güvenliği açısından büyük önem arz etmektedir. Bu sebeple sağlık kuruluşunda ilaç yönetiminin her aşaması için etkin bir iletişim sistematığının sağlanması gerekmektedir.

- » Çalışanlara, ilaç yönetimi ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim verilmelidir.
- » Hasta, kendisine uygulanan ilaçlarla ilgili olarak bilgilendirilmelidir.
- » Hasta taburcu olurken, tedavisinde yer alan ilaçların muhafazası ve güvenli kullanımı ile ilgili bilgilendirilmelidir. Bilgilendirmenin mümkün olduğunca sade ve net bir dille yapılmasına özen gösterilmelidir.

İlaçların Temini

- » Sağlık kuruluşunda ilaç temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu kurallar çerçevesinde; kimlerin ilaç temin talebinde

bulunabileceği, talep yöntemi, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceği tanımlanmalıdır.

- » Temini gerçekleştirilecek ilaç türlerinin ve miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler, temin talepleri ve tüketim analizleri göz önünde bulundurulmalıdır.

İlaçların Muhafazası

İlaçlar için depolama alanları; eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını (Doğumhane, acil ünitesi, ameliyathane vb.) kapsamaktadır.

- » Güvenlik ve emniyet açısından depolara sorumlu personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
- » Bu alanlarda ilaçların, niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanması gerekmektedir. Bu amaçla, ihtiyaç duyulan iklimlendirme, ışık kontrolü gibi düzenlemeler gerçekleştirilmeli ve fiziki koşulların takibi yapılmalı, elektrik kesintisi gibi olağanüstü durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.
- » İlaç kutularının hemzemin yerleşimi yapılmamalı, raf alt hizalarının yerden yüksekliği sel veya su basması gibi durumlarda ilaçların etkilenmeyeceği yükseklikte olmalıdır.
- » Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.
 - Yerleşim planının hazırlanması sırasında, özel niteliğe sahip ilaçlar için ayrı alanlar tanımlanmalı, yazılışı/okunuşu/görünüşü benzer ilaçların yerleşiminin birbirine uzak olması sağlanmalıdır.
- » Psikotrop ve narkotik ilaçların güvenliğine yönelik tüm sağlık kuruluşu alanlarında gerekli muhafaza tedbirleri alınmalıdır.
- » Yüksek riskli ilaçlara yönelik uyarıcılar(etiket vb.) etkin olarak kullanılmalıdır.

İlaç İstemleri

Sağlık kuruluşu, tüm istem aşamaları için yetki, yöntem ve kuralları mevzuata uygun olarak belirlemelidir. Yapılan istemlerde ilaç adında kısalt-

ma kesinlikle yapılmamalıdır. İlaç istemleri temelde üç kısma ayrılır.

- » Hasta bazlı, tedavi amacıyla yapılan **uygulama istemleri** (Sözel, yazılı veya elektronik olabilir.)
- » Stok bulunduran birimlerin eczaneye yaptığı **depolama istemleri**
- » Kurumda bulunmayan yahut depo miktarı azalan ilaçlar için yapılan **temin istemleri**

Tedavi planına aktarılan uygulama istemleri asgari şu bilgileri içermelidir:

- » İlacın tam adı ve farmasötik formu
- » Uygulama zamanı
- » Doz
- » Uygulama yolu
- » Uygulama süresi

İlaçların Transferi

- » Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.
- » İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları, forklift benzeri araçlar vb.). temin edilmelidir. Bu donanım, transferi sağlanacak ilacın miktarına göre değişiklik gösterebilir
- » Transferi gerçekleştirecek sağlık personeline ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.

İlaçların Hazırlanması

- » Eczanede ilaç hazırlayan, kişiler ilaç konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.
- » Bölünmüş ambalajların (kesilmiş blister tabletler vb.) tanımlanması için tedbirler alınmalı, hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilmeli ve istemleri teyit edilmelidir.

İlaç Uygulamaları

- » İlaçlar, uygulama öncesi ilaç hazırlama ortamında her hasta için özel olarak hazırlanmalı, belirlenen kurallar çerçevesinde dikkatle uygulanmalı ve uygulama işlemi kayıt altına alınmalıdır.

- » İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (hekim, hemşire) gerçekleştirilmelidir. Uygulama öncesinde hasta kimliği doğrulanmalı ve tedavi bilgileri teyit edilmelidir. Özellikle riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar takip edilmeli, oluşabilecek reaksiyonlara karşı hazırlıklı olunmalıdır.

Hasta Beraberinde Gelen İlaçların Kontrolü

- » Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- » Hasta yanında hiçbir surette ilaç bırakılmamalı, yatış işlemi esnasında hastanın beraberinde getirdiği ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.
- » Hastadan teslim alınan ilaçlar miat ve fiziksel durum kontrolünden geçirilmelidir.
- » Son kullanma tarihi geçen, fiziksel yapısında değişim tespit edilen ilaçlar hasta bilgilendirilerek imha edilmelidir.

İzlenebilirlik

- » Tüm ilaç yönetimi sürecinde oluşturulan verilerin bilgi yönetim sistemleri kapsamında izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Çalışanların herhangi bir aşamada yaşanan sorunları bildirebilmesini sağlayacak bilgi altyapısının oluşturulması ve etkin olarak kullanılması gerekmektedir.
- » İlaç yönetimine ilişkin bildirimi gerekli sorunlar asgari olarak advers etki ve ilaç hataları konularını kapsamalıdır.
- » Advers etkiler, kayıt altına alınarak farmakovijilans sistemine bildirilmelidir.
- » İlaçla ilgili süreçlerde yaşanan hatalar ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildirilmeli, ilgili uzmanlarca incelenmeli, tespit edilen hata kaynaklarına yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.



Hasta Bakımı

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
		SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
		SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir.
		SH.HB.01.05	Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
		SH.HB.01.06	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşundan hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.

Hedefler

- | | |
|-------------------|--------------|
| » Hasta Güvenliği | » Etkinlik |
| » Uygunluk | » Devamlılık |
| » Zamanlılık | » Hakkaniyet |

Standart Gereklilikleri

Açıklama

Hasta bakımı, hastaların sağlık kuruluşuna kabulünden, gözlem ünitesinden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini kapsamaktadır.

Hasta Bakım Süreçlerinin Tanımlanması

- » Hasta bakımına yönelik sunulacak hizmetlerin etkinliğini sağlamak amacı ile bakım süreçleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Ayaktan veya yatan hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
 - Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
 - Planlanan bakımın hastaya sunulması
 - Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
 - Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması
- » Hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması, uygulanması ve izlenmesi ile ilgili tüm aşamalar, multidisipliner bir anlayış ile bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından koordineli bir biçimde

gerçekleştirilmelidir. Söz konusu işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.

- » Hasta/hasta yakınının bakım süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.
- » Yatan hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının tüm çalışanlarca izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Hasta Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi

- » Hastanın bakım ihtiyaçları; yatan hastalarda hasta bölüme kabul edildiğinde, ayaktan hastalarda ise ayaktan sağlık hizmeti alınan bölümde hastaya bakım verecek sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmelidir.
- » Bakım ekibinin tüm üyeleri hastayı kendi hizmet alanı ile ilgili olarak değerlendirmeli ve hastanın bakım ihtiyaçlarını tespit etmelidir.
- » Hastanın bakım ihtiyaçları tespit edilirken; hasta öyküsü fiziki muayene ve var ise tanısal test sonuçları ile birlikte hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeye hasta/hasta yakını da dahil edilmelidir.

Hasta Bakım Planları

- » Bakım planı hastanın bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefler ve uygulamaların değerlendirilmesini içermelidir.
- » Hasta bakımı uygulamalarında bakımın sürekliliği esastır. Bakım planları hastanın sağlık kuruluşunda yatarak hizmet aldığı tüm zaman dilimini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.
- » Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler (hastanın klinik tablosunun değişmesi, kullandığı ilaçların değiştirilmesi, hastaya herhangi bir girişimde bulunulması vb. durumlar) bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir. Bakım planında yapılan güncellemelerden ilgili sağlık çalışanları haberdar olmalıdır.
- » Hasta bakım planları çerçevesinde gerçekleştirilen işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.

Hasta/Hasta Yakınının Bakım Sürecine Katılımı

- » Hasta/hasta yakınının sağlık kuruluşuna/bölüme uyumu sağlanmalıdır. Hasta/hasta yakınları; sağlık kuruluşunda uymaları gereken kurallar, kahvaltı ve yemek saatleri, telefon kullanımı, sağlık çalışanlarına nasıl

ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri vb. konularda bilgilendirilmelidir.

- » Hastaya hizmet veren tüm bakım ekibi, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç ve değerlerini gözeterek şekilde iletişim kurmalıdır. Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde pozitif bir diyalog içinde bulunulmalıdır.
- » Bakım uygulamaları kapsamında hastaya uygulanacak tüm işlemlerde hasta/hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınları bakım uygulamalarının seyri konusunda sağlık kuruluşunca belirlenen sıklıkta ve zamanda bilgilendirilmelidir.
- » Riskli işlem uygulanması durumunda, hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır.

Hasta Eğitimleri

- » Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. Eğitim içeriği; hasta hakları, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, taburculuk eğitimi vb. konuları kapsamalıdır.
- » Sağlık kuruluşu hizmet verdiği hasta gruplarını değerlendirerek hastaların mevcut sağlık sorunlarına yönelik (diyabet, hipertansiyon, osteoporoz, beslenme bozuklukları, vb.) olarak destekleyici eğitim programları oluşturmaktadır.
- » Bu eğitimlere tedavi sırasında başlanmalı, taburculuk ve sonrasında da periyodik olarak devam ettirilmelidir.
- » Eğitimlere hastaların katılımı teşvik edilmeli ve devamlılığı sağlanmalıdır.

Hastanın Sevk edilmesi

Gözlem süresi tamamlanan fakat tedavi ve takibinin devamı gereken yada gözlem süresi içerisinde ileri takip ve tedavi ihtiyacı olan hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda başka bir sağlık kuruluşuna sevkine karar verildiğinde hastaların sevk işlemleri sağlık kuruluşunun oluşturduğu mevcut plan dâhilinde gerçekleştirilmelidir.

- » Sevk işlemlerinde hasta ve hasta yakınının katılımı sağlanmalı, gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- » Sevk öncesinde sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır.

- » Sevk sırasında, hastanın klinik durumu, (varsa) yapılan müdahale, tanı/ tedavi işlemlerine ait bilgiler doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

Hastanın Taburcu Edilmesi

Hastanın sağlık kuruluşundan taburcu edilmesine yönelik işlemler planlanmalıdır.

- » Taburculuk planı hasta ile birlikte yapılmalıdır. Taburculuk sürecine hastanın katılımı sağlanmalıdır. Taburculuğuna karar verilen hastalar; taburculuk sonrası evde bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti, fiziksel aktiviteleri, hareket kısıtları, kontrol süreleri ile gerektiğinde kimlerle iletişime geçebileceği ve bu kişilerin iletişim bilgileri hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Taburculuk sürecine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.
- » Hazırlanan planda; hekim izni olmadan sağlık kuruluşundan ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler de belirlenmiş olmalıdır.
- » Hastaya sunulan her türlü bakım/tedavi hizmetine rağmen, hastanın ölümünün gerçekleşmesi durumunda, uygulanacak işlemler sağlık kuruluşu tarafından planlanmalı ve tanımlanmalıdır;
 - Hasta ve ailesinin manevi ve kültürel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.
 - Hasta ve ailesine destek sağlanmalıdır.

Hastaya Ait Kayıtlar

Hastalara ait kayıtların eksiksiz ve doğru şekilde tutulması için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır:

- » Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedavilerin kim tarafından ve hangi tarihte gerçekleştirildiğine ilişkin bilgi kayıtlarda bulunmalı, bu kayıtlar hastanın tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.
- » Hasta dosyalarında ve kayıtlarında bulunan bilgilerin eksiksiz ve doğru olması sağlanmalıdır.
- » Hastaya ait kayıtlarda tarih bilgisi bulunmalıdır.
- » Hasta kayıtları okunaklı ve anlaşılır şekilde yazılmalıdır.
- » Hastanın klinik takibi açısından önem arz eden uyarılar, hasta dosyasında bulunmalıdır.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.02.00	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.	SH.HB.02.01	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
		SH.HB.02.02	Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.
		SH.HB.02.03	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

Amaç

Hasta bakım uygulamaları kapsamında, hastaya ilaç verirken, kan ve kan ürünü uygularken, kan ve diğer klinik test örnekleri alırken ve her türlü tetkik, tedavi, operasyon vb. uygulamalarda işlemin doğru hastaya uygulanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Uygunluk

Standart Gereklikleri

Hasta Kimliğinin Doğrulanması

Kimlik doğrulama, sağlık kuruluşunda bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünü olarak tanımlanabilir.

- » Hastanın tanı ve tedavi amacıyla sağlık kuruluşuna başvurduğu andan sağlık kuruluşundan ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir

test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, hasta transferi sırasında vb.) hasta kimliği kimlik tanımlama parametreleri vasıtasıyla doğrulanmalıdır. Kimlik tanımlama parametreleri aşağıdaki bilgilerden oluşabilir:

- Hasta adı-soyadı
- Doğum tarihi (gün/ay/yıl)
- Baba adı
- Protokol numarası

Kimlik tanımlayıcı üzerinde en fazla dört parametreye ait bilgi bulunmalıdır.

Aşağıda, kimlik doğrulama işlemi sırasında kullanılacak yöntemlere örnekler verilmiştir:

- » Yatan hastalarda;
 - Hasta kayıtlarında yer alan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme
 - Hasta kol bandında yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma
 - Hasta kol bandında yazan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme
- » Ayaktan hastalarda;
 - Fotoğraflı kimlik kontrolü ile hasta kimliğini doğrulama
 - Laboratuvar testi örnek kabı üzerindeki etikette yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma veya hastaya sözlü olarak sorma
 - Test istem formu üzerindeki hasta kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme

Kimlik Tanımlayıcı Kullanımı

Kimlik doğrulaması amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır. Bu amaçla

Ayaktan hastalarda;

Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler Yatan hastalarda;

- » Kol bantları/bileklikler
- » Barkodlama Sistemleri
- » Biyometrik sistemler (Retinal tarama, parmak izi taraması, avuç içi kimlik doğrulama sistemi vb.)
- » Sağlık kuruluşu tarafından belirlenen hasta kimliğini tanımlayabilecek diğer yöntemler
Kimlik tanımlayıcısı olarak kol bantları/bilekliklerin kullanımı durumunda aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir.
- » Yatışı yapılan hastalarda beyaz, alerjisi olan hastalarda kırmızı renkli kol bandı/bileklik kullanılmalıdır.
- » Kol bantları/bileklikler üzerinde en az hasta adı/soyadı, doğum tarihi, protokol numarası bilgileri bulunmalıdır.
- » Kol bandı/bileklik üzerindeki bilgiler okunaklı olmalı, silinebilir özellikte olmamalıdır.
- » Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli kol bandı/bileklik kullanılmalıdır.
 - Kol bandı/bileklik kullanılıyorsa aynı seri numaralı anne-bebek kol bandı/bileklik kullanılmalı,
 - Annedeki beyaz renkli kol bandı/bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kol bandı/bileklik ile değiştirilmeli,
 - Bebeğin kol bandında en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bilgileri bulunmalıdır.
- » Kol bandı/bileklikler, anne doğum yaptığında, hastanın alerjisi tespit edildiğinde, kol bandı/bileklik özelliğini kaybettiğinde değiştirilmelidir.
- » Kimliği belli olmayan, benzer isimli olan, yaşamını yitiren, kol bandı/bileklik kullanımı için fiziksel veya tıbbi engeli olan, alerjisi olup doğum yapan, ikiz bebekler vb. hastalar için kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

Kimlik doğrulama ile ilgili hata kaynakları konusunda sağlık çalışanlarının farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalı, sağlık çalışanlarına kimlik doğrulama ile ilgili eğitim verilmelidir.

Hastalar kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve kimlik doğrulamanın önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.HB.03.01	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
		SH.HB.03.02	Yatan hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.
		SH.HB.03.03	Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.
		SH.HB.03.04	Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşunda hasta düşmelerinin önlenmesi ve düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin minimuma indirilmesidir.

Hedefler

» Hasta Güvenliği » Etkinlik » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

Sağlık kuruluşu yönetimi, hasta düşmelerini önlemeye yönelik tüm çalışanların katılımını sağlamalı, sağlık kuruluşunun tüm bölümlerinde düşme önleme stratejilerine yönelik kurulacak sistem bütüncül olarak planlanmalıdır. Bu planda aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir;

- » Risklerin ne şekilde belirleneceği (bölüm/birim bazlı, hasta/hastalık bazlı vb.)
- » Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirmesi yapılacağı, risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı vb.)
- » Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler vb.)
- » Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği vb.)

Düşme Riski Değerlendirmesi

- » Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. 0-3 yaş arası bebek hastalar risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir.
- » Yatan hastaların düşme riski değerlendirmesi hastanın bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi tarafından yapılmalıdır. Yapılacak risk değerlendirmesi postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.
- » Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. Morse, Hendrich II, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) gibi ulusal ve uluslararası ölçekler bu ölçeklere örnek olarak verilebilir. Belirlenen risk düzeylerine göre alınacak önlemler planlanmalıdır.

Düşme Riskine Göre Alınması Gereken Önlemler

Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risk düzeylerine göre hasta, bölüm ve sağlık kuruluşu bazlı önlemler alınmalıdır.

Hasta bazlı önlemler, hastaların risk düzeylerine göre alınacak genel önlemler ile yapılan risk değerlendirmesi sonucunda hastada tespit edilen risk faktörlerine özgü, hastaya özel önlemler olarak tanımlanabilir.

- » Yüksek riskli hastalara yönelik alınacak asgari genel önlemler aşağıdaki gibidir:

- Yüksek riskli hastalar dört yapraklı yonca sembolü ile tanımlanmalıdır. Dört yapraklı yonca sembolü hastanın bulunduğu veya transfer edildiği her alanda çalışanları uyarmak amacı ile sağlık kuruluşunun belirleyeceği şekilde kullanılmalıdır.
- Yüksek riskli hastaların bakımı planlanmalı, alınan koruyucu önlemler izlenmelidir.
- Yüksek riskli hastaların gözlem sıklığı belirlenmelidir.
- Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.
- » Düşmelere neden olması açısından, belirlenen sağlık kuruluşu ortamına özgü (sağlık kuruluşu bazlı) risklere yönelik asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır:
 - Hasta odası yalın hale getirilmeli, odada gereksiz alet, malzeme ve eşyalar bulundurulmamalı, odada yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
 - Hasta yatakları hasta düşmelerini engelleyecek şekilde konumlandırılmalıdır.
 - Yürüme alanları hasta düşmelerini engelleyecek şekilde kuru tutulmalı, kaygan zeminlerde uyarı levhası bulundurulmalı ve yürüme alanında hareketi engelleyen cisim ve eşyalar bulunmamalıdır.
 - Gerekli yerlerde hastalar için tutunma barları bulundurulmalıdır.

Düşmelerin İzlenmesi

- » Sağlık kuruluşunda gerçekleşen düşme olayları izlenmeli, istatistiksel analizleri yapılmalı, analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Çalışanların, düşme olaylarını istenmeyen olay bildirim sistemine bildirmesi sağlanmalıdır.

Standart 4

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	SH.HB.04.01	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
		SH.HB.04.02	Tanı amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.
		SH.HB.04.03	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		SH.HB.04.04	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		SH.HB.04.05	Hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.
		SH.HB.04.06	Sağlık kuruluşu içi ve sağlık kuruluşu dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.

Amaç

Sağlık çalışanları arasındaki iletişim aksaklıkları nedeni ile gelişebilecek hasta güvenliği tehditlerinin engellenmesidir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkililik
- » Zamanlılık
- » Etkinlik
- » Uygunluk
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Çalışanlar arası nöbet değişimleri, sözel-telefonla alınan istemler, tetkik sonuçlarında meydana gelen panik değerlerin iletilmesi, kullanılmaması gereken kısaltma, sembol ve simgelerin kullanılması, bölümler arası hasta transferi ve sağlık kuruluşu içi ve sağlık kuruluşu dışı konsültasyonlar sağlık çalışanları arasında bilgi akışını etkileyen önemli süreçlerde etkili iletişim sağlanmalıdır.

Çalışanların Nöbet Teslimleri

Sağlık kuruluşunda, nöbet teslim süreçleri tanımlanmalıdır. Nöbet teslim süreçlerinde asgari aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:

- » Nöbet teslimleri; nöbeti devreden ve devralan çalışanlar arasında olacak şekilde en az iki kişi ile yapılmalıdır.
- » Nöbet değişimlerinde hasta; hem bilgilerin kayıtlar üzerinden aktarılması ile hem de hasta başı ziyareti yapılarak teslim edilmelidir.
- » Nöbet teslimi sırasında hasta bakım sürecine ilişkin gerekli tüm bilgiler aktarılmalıdır.

Panik Değerlerin Bildirilmesi

Panik 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.

Panik değer ortaya çıktığı zaman, ilgili sağlık çalışanının mümkün olan en kısa sürede bu sonuçtan haberdar olması gerekmektedir. Panik değerlerin bildirimi ile ilgili asgari gereklilikler şunlardır:

- » Panik değerlerin bildirimine ilişkin süreç planlanmalıdır. Bu plan; panik değerlerin neler olduğu, bu değerler ortaya çıktığında nasıl, ne şekilde, kim tarafından ve kime bildirileceği vb. bilgileri içermelidir.
- » Panik değer sonuçları mümkün olan en kısa sürede ilgili sağlık çalışanına bildirilmelidir.
 - Bildirimlerde; bildirimi yapan kişi, bildirim yapılan kişi, panik değer sonucu, bildirimin yapıldığı tarih ve saat kayıt edilmelidir.

- Telefon ile bildirilen panik değerler geri okuma yöntemi kullanılarak doğrulanmalıdır.

Sözel İstem Uygulaması

Sözel istem, hekimin yazılı olarak istem veremeyeceği zorunlu hallerde, istemi ilgili hemşireye sözlü olarak iletmesi olarak tanımlanmaktadır.

- » Sözel istem uygulamasından mümkün olduğunca kaçınılmalı, zorunlu durumlar dışında uygulanması sınırlandırılmalıdır.
- » Yazılı isteme imkân tanımayan durumlar söz konusu olduğunda sözel istem alımı kaçınılmaz ise aşağıdaki hususlar çerçevesinde sözel istem alınmalıdır:
 - Sağlık kuruluşu sözel istem alımı ile ilgili kuralları net olarak belirlemelidir.
 - Sözel istemlerin hangi durumlarda kullanılabileceği tanımlanmalıdır.
 - Reçetelendirme, yetkilendirme ve reçetenin geçerliliğini sağlamak için bir mekanizma sağlanmalıdır.
 - Sözel istemin alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilmelidir.
 - Sözel istem alındığı anda mutlaka doğrulanmalıdır. Doğrulama şu şekilde yapılmalıdır:
 - ✓ Sözel istem alınırken istem önce dinlenir.
 - ✓ Verilen istem kayıt altına alınır.
 - ✓ Yazılan istem daha sonra geri okunur ve doğruluğu istemi veren kişiye onaylatılır. İstemi alan kişi istemi doğrulatırken yapacağı geri okumayı aşağıdaki yöntemlerle yapabilir.
 - İlaç ismini heceleme
 - İlaç isimlerinin jenerik ve ticari isimlerinin ikisini beraber kullanmak
 - Hangi amaçla kullanılacağını belirtmek
 - Konuşulurken karışabilecek rakamları kullanmamak

- Ön ek ve son ek olarak karışabilecek ilaç isimlerinden kaçınmak. Bunlar için ayırıcı heceleme yardımıyla geliştirilebilir (B için Bursa gibi)
- Gerekirse verilen ilaç adının kodlama yöntemi (B için Bursa gibi) ile tekrar edilmesini istemek
- Varsa düzeltme sonrasında istem tekrar kayıt altına alınır.
- Bütün sözel istemler, mümkün olan en kısa sürede yazılı hale getirilmeli, sağlık kuruluşunun medikal kayıtlarına işlenmeli, istemi veren kişiye imzalatılmalıdır.
- Sözel istem kayıtlarında istemin ne şekilde alındığı (sözlü-telefonla vb.) belirtilmelidir.
- Sözel istem kayıtlarında; hastanın adı-soyadı, yaşı, ilaç ismi, dozaj formu, (tablet-kapsül-inhalant), dozu, veriliş yolu, miktarı ve/veya zamanı, istemi verenin ad ve soyad bilgileri belirtilmelidir.
- Sağlık kuruluşu tarafından belirlenen yüksek riskli ilaçlara yönelik sözel istem yapılmamalıdır.
- Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.

Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar

- » Sağlık kuruluşu tarafından; kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli ve listelenmelidir.
- » İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan hiçbir kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.
- » Liste dışındaki kısaltmaların kullanılmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- » İstem açık, net ve okunaklı bir şekilde yazılmalıdır.

Hasta Transferinde İletişim

- » Bölümler arası hasta transferi uygun nakil yönetimi ile yapılmalıdır (sedye, tekerlekli sandalye vb.).
- » Nakil sırasında hastaya bir sağlık çalışanı eşlik etmelidir.
- » Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından anlaşılır ve pratik yön-

temlerle (Elden Ele/Handover iletişim tekniği vb.) doğru ve tam olarak iletilmelidir.

Konsültasyon Sürecinde İletişim

- » Sağlık kuruluşunda bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır. Aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir
 - Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.
 - Bir tetkik materyalinin dış konsültasyonu ile ilgili süreç tanımlanmalıdır (örnek materyalin transferi, konsültasyon sonucunun nasıl raporlanacağı, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime nasıl bildirileceği gibi)
- » Konsültasyon süreci, ilgili primer hekim tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.

Standart 5

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	SH.HB.05.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.05.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
		SH.HB.05.03	Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

Amaç

Ajite, konfüze ve agresif hastalar ile demans, deliryum ya da su-
isit girişimi tanısı konmuş hastalar, bazı psikiyatrik hastalar kendine
ve başkalarına zarar verme riski yüksek hasta gruplarındandır. Bu ve
benzeri durumlardan herhangi birinin varlığı durumunda hastanın ken-
dine ya da başkalarına zarar vermesini engellemek amaçlanmaktadır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Uygunluk
- » Devamlılık
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Hastaların Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme Riskinin Değerlendirilmesi

Yatarak hizmet alan kendine ve başkalarına zarar verme riski olanhas-
talar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.

Alınacak Önlemler

Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar için alınacak önlemler planlanmalıdır.

Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik alınması gereken asgari önlemler şunlardır:

- » Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar daha sık aralıklarla gözlenmelidir.
- » Gerekğinde sağlık çalışanlarının hastaya kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir (uygun aydınlatma, riskli mobilya, aksesuar vb. materyalin kullanılmaması, pencerelerin güvenli hale getirilmesi gibi).
- » Belirlenen asgari tedbirler ile kontrol edilemeyen hastalara hekim kararına göre hareket kısıtlaması yapılabilir.

Hareket Kısıtlaması

Belirlenen asgari tedbirler ile kontrol edilemeyen kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara hekim kararına göre kısıtlama uygulanabilir.

Kısıtlama; hastanın kendisine ya da başkalarına zarar verme riskine karşı hastanın bedeninin bir bölümünün ya da tamamının hareketlerini kısıtlayarak fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamak olarak tanımlanabilir.

Hasta kısıtlaması kimyasal ve fiziksel olarak iki şekilde uygulanabilmektedir.

Kimyasal kısıtlama hekim istemiyle medikal ilaçlarla hastanın hareket özgürlüğünü ve davranışlarını kontrol altına alma yolu olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel kısıtlama ise kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların fiziksel hareketlerinin manuel bir yöntemle ya da hastanın vücuduna eklenen, hasta tarafından kolayca kaldırılamayan, fiziksel ya da mekanik araç-gereç ya da materyallerle kısıtlanmasıdır.

- » Sağlık kuruluşunda hasta kısıtlamasına yönelik süreç tanımlanmalıdır. Tanımlama asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:
 - Kısıtlama türleri ve hangi durumlarda uygulanabileceği

- Kısıtlamanın hekim istemiyle yapılması, türü ve süresine ilişkin kararın hekim tarafından verilmesi
- Uzun süreli kısıtlamalarda hekimin belirleyeceği aralıklarla hastanın mobilize edilmesi
- Kısıtlama uygulamasının kontrol aralığı
- » Kısıtlama kararı tedavi planında yer almalıdır.
 - Tedavi planında; 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.
- » Kısıtlama için kullanılan malzemeler hastanın hareket etmesini sağlayacak, dolaşımını bozmayacak nitelikte olmalıdır.
- » Kısıtlama yapılamayacak hastalar tanımlanmalıdır. (Perfüzyon yetersizliği tanısı konulmuş, amputasyon yapılmış hastalar, fistülü olan hastalar vb.)
- » Kısıtlama uygulanacak hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.
- » Mümkünse hastaya kendisine kısıtlama uygulanacağı, bu işlemin neden yapıldığı, ne zaman biteceği, önemi vb. hakkında bilgi verilmelidir.
- » Hastaya hareket kısıtlaması uygulanacaksa;
 - Hareket kısıtlamasına yönelik kullanılacak ekipman hazır bulundurulmalıdır.
 - Uygulama sırasında ilgili sağlık çalışanı tarafından kısıtlama uygulanan bölgenin durumu deri bütünlüğü ve dolaşım açısından değerlendirilmelidir.
 - Beslenme, boşaltım, oksijen ihtiyacı, mobilizasyon ve hijyen yönünden hastanın bakım ihtiyaçları değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
 - Hastanın bakım ihtiyaçlarına yönelik plan hazırlanarak gerekli bakım verilmelidir.

Standart 6

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.06.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	SH.HB.06.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler ve işlemler belirlenmelidir.

Amaç

Hasta bakım uygulamaları açısından özellik arz eden hasta grupları ve bu gruplara hizmet verilen bölümlere özgü bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonun sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Hakkaniyet

Standart Gerekliklikleri

Özellikli Hasta Grupları ve Bu Gruplara Özgü Bakım Uygulamalarına Yönelik Süreçlerin Belirlenmesi

Bakım açısından yüksek riske sahip olan hasta grupları özellikli hasta grupları içinde tanımlanmaktadır.

- Yeni doğanlar
- Psikiyatri hastaları
- Fiziksel rehabilitasyon hastaları
- Geriatri hastaları
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
- Alerjik hastalar

- Nutrisyon destek ihtiyacı olan hastalar
- İhmal/istismara uğramış hastalar

bu grupta değerlendirilebilir.

Sağlık kuruluşu hizmet verdiği alana göre özellikli hasta gruplarını tanımlamalı ve bu hastalara yönelik bakım politikaları ve prosedürleri oluşturulmalıdır.

- » Özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Hizmet sunum süreçleri
 - Hizmet verilecek ortam şartları
 - Gerekli ekipmanlar
 - Özel bakım uygulamaları ve işlemler

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Özel Uygulama ve İşlemlerin Belirlenmesi

Özellikli hasta gruplarının bakım ihtiyaçlarına göre özel uygulama ve işlemler belirlenmelidir.

Bu özel uygulama ve işlemlerden doğum hastalarına yönelik olan örnek aşağıda belirtilmiştir.

- » Doğum hastaları için “Doğum Eylemi Yönetim Rehberi” kullanılmalı, acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf veya benzeri izlem araçları ile izlenmelidir.
- » Doğum süreci DSÖ “Güvenli Doğum Kontrol Listesi” kullanılarak ile kontrol altına alınmalıdır.
- » Yeni doğan bebek, “Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü” doğrultusunda izlenmeli, bebeğe ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalıdır.
- » Doğum yapmış hastanın takibi “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre yapılmalı, hastaya ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalı, normal vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sağlık kuruluşunda izlenmelidir.

Radyasyon Güvenliği



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.RG.01.01	Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.
		SH.RG.01.02	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
		SH.RG.01.03	Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.

Amaç

Radyasyon alanlarında hasta ve çalışanların radyasyon maruziyetlerini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Radyasyon Güvenliğine Yönelik Komite

Sağlık kuruluşunda radyasyon güvenliğine yönelik faaliyetleri yürütmek amacı ile komite oluşturulmalıdır. Bu komite tarafından asgari olarak aşağıdaki faaliyetler yürütülmelidir:

- » Sağlık kuruluşlarında tıbbi ışınlama uygulamalarından doğan risklerin azaltılması
- » Alınan tedbirlere yönelik planlamaların yapılması
- » Radyasyon kaynaklarının izlemlerinin yapılarak hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde değerlendirilmesine yönelik kararların alınması
- » Alınan kararların uygulanmasının izlenmesi

Komite tarafından hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik süreç ya da bölüm bazlı çalışmaları takip etmek üzere sorumlu kişiler belirlenmelidir.

Nükleer tıp, radyasyon onkolojisi ve radyoloji uygulamalarının yalnızca birinin yürütüldüğü sağlık kuruluşlarında radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik sorumlular belirlenmeli, riskler tanımlanmalı ve tedbirler alınmalıdır.

Radyasyon Alanları

Sağlık kuruluşlarında radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

- » Radyoloji üniteleri
- » Dış röntgen üniteleri
- » ESWL (taş kırma) üniteleri

Sağlık kuruluşunda radyasyon uygulamasının niteliğine göre alan tanımlaması yapılmalıdır. Radyasyon alanları radyasyon düzeylerine göre sınıflandırılmalıdır. Radyasyon alanlarında, belirli aralıklarla radyasyon/radyoaktivite düzeyi ölçümleri yapılmalıdır.

Koruyucu Önlemler ve Uygulama Kuralları

Tanımlanan radyasyon alanlarının özellikleri ve yapılan tıbbi ışınlama veya radyoaktif ilaç uygulamaları süreçleri göz önünde bulundurularak hasta, hasta yakını ve çalışan güvenliği odaklı uygulama kuralları belir-

lenmelidir. Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Fiziksel Düzenlemeler

- » Mevzuat gereği yetkili kurum ya da kuruluşlara lisanslama işlemi yaptırılmalıdır.
- » Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda zırlama yapılmalıdır.
- » Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.
- » Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- » Fiziksel düzenlemeler, tıbbi ışınlama uygulamalarında hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyon kaynağına mümkün olan en uzak mesafede bulunmalarını sağlayacak şekilde planlanmalı, bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında olmalıdır.
- » Skopi kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemleri belirlenmelidir.

Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Düzenlemeler

- » Hastanın gerekli koruyucu donanımı kullanması sağlanmalıdır.
- » Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalıdır.
- » Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler çerçevesinde hastaların çekim odalarında mümkün olduğu kadar kısa süre ile kalmaları sağlanmalıdır.
- » Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde ayrı ayrı yapılmalıdır.
- » Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.
- » Hastalar, özellik arz eden uygulamalar öncesinde işleme yönelik dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmeli ve sağlık çalışanı tarafından bu hususların yerine getirilmesine yönelik kontroller yapılmalıdır.
- » Tıbbi ışınlama ve tedavi sürecinin her aşamasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalı-

dır. (Hastalara ait hazırlanma odası/kabini bulunması, çekim süresince hastaların kullanımına uygun örtü bulundurulması vb. gibi.)

- » Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.
- » Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.
- » Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.
- » Girişimsel işlemler sonrası hastaların istirahat etmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Radyoaktif ilaç kullanan hastalar için mevzuat kapsamında gerekli düzenlemeler yapılmalı, hasta ve hasta yakınları dikkat etmeleri gereken hususlar konusunda bilgilendirilmelidir.
- » Radyasyon yayan cihazların kullanım sıklığına göre kalibrasyon ve kalite kontrol testleri periyodik olarak yapılmalıdır.
- » Radyoaktif madde kullanılan tanı ve tedavi işlemlerine yönelik süreçler belirlenmelidir.

Çalışanlara Yönelik Düzenlemeler

- » Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.
- » Radyasyon koruyucuların (en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldüğü durumlarda) kontrolleri yapılmalıdır.
- » Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.
- » Radyasyon güvenliğinden sorumlu komite tarafından, skopi kullanılan ameliyathanelerde çalışanların bireysel dozimetre kullanım gerekliliği belirlenmelidir.
- » Dozimetre sonuçları değerlendirilerek izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Laboratuvar Hizmetleri



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.LH.01.01	Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.LH.01.02	Laboratuvarda bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.

Amaç

Laboratuvarda; hastaya ait materyalin uygun koşullarda teslimi, saklanması, analiz edilmesi, test sonuçlarının uygun şekilde raporlanmasını sağlayacak şekilde fiziki koşulları yapılandırmak ve laboratuvar personeli için sağlık bir çalışma ortamı oluşturmaktır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklikleri

- » Laboratuvarda; numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası saklanması, arşivlenmesi, sonuçların raporlanması

gibi süreçler için gerekli alanlar, bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar (alan büyüklüğü, alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama, ortam sıcaklığı, ortam nem oranı, havalandırma koşulları, giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler, acil durumlara yönelik düzenlemeler vb.) belirlenmelidir.

- » Alanlara yönelik belirlenen koşulların sağlanması için gerekli kontroller yapılmalı ve izlenmelidir.
- » Laboratuvarda test güvenliği ve çalışan güvenliği için gerekli ekipmanın temini ve uygun koşullarda kullanımı sağlanmalıdır.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.02.00	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	SH.LH.02.01	Laboratuvarda çalışan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmalıdır.
		SH.LH.02.02	Rehber ilgili sağlık çalışanları tarafından ulaşılabilir olmalıdır.
		SH.LH.02.03	İlgili sağlık çalışanları rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.

Amaç

Laboratuvar dışı süreçlerde test güvenliğinin sağlanması için test sürecinde yer alan sağlık çalışanlarının doğru ve etkin bir şekilde bilgilendirilmeleri ve gerekli dokümana ulaşabilmelerinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Test istemi yapılmasından sonucun hasta yararına kullanılmasına kadar geçen sürece yönelik bilgilendirici bir rehber hazırlanarak ilgili çalışanların erişimine açılmalıdır.

Laboratuvar Test Rehberinin Hazırlanması

- » Bilimsel veriler doğrultusunda laboratuvarın kendi özgün koşullarını yansıtan, çalışan klinik numunelerin tümünü kapsayan test rehberi hazırlanmalıdır.
- » Laboratuvar test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir:
 - Laboratuvarda çalışan testlere yönelik genel bilgi
 - Numune alımı
 - Numunelerin transferi
 - Numunelerin laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
 - Test çalışma yöntemi
 - Olası interferanslar ve çapraz reaksiyonlar
 - Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
 - Gerekli ise testlere özel açıklamalar
- » Laboratuvar test rehberi; laboratuvarın genel çalışma esasları ve laboratuvar dışındaki kritik süreçler ile ilgili genel bilgileri içermeli, ayrıca gerekli ise testlere özel açıklamalar da yapılmalıdır.

Laboratuvar Test Rehberinin Ulaşılabilirliği ve Bilgilendirme

- » Laboratuvar test rehberinin güncel versiyonu; test isteminin yapılmasından sonucun hasta yararına kullanıldığı alana kadar her noktada ulaşılabilir olmalıdır.
- » İlgili çalışanlar, rehberle nasıl ulaşacakları ve rehberi nasıl kullanacakları konusunda bilgilendirilmelidir.

Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.03.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.03.01	Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.LH.03.02	Test istemine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.
		SH.LH.03.03	İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmelidir.

Amaç

Test isteminden, numunelerin analizine kadar geçen süreçlerin kontrol altına alınması suretiyle laboratuvar sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik
- » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

Bu standarda ilişkin gereklilikler prepreanalitik süreç ile preanalitik süreci kapsamaktadır.

Test İstemi

- » Laboratuvar tarafından; klinisyenin doğru test istemini yapmasını sağlamaya yönelik olarak; test rehberinde endikasyonlar hakkında bilgi verilmesi, sözel bilgilendirmeler, eğitimler vb. araçlar ile bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.
- » Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.
- » İlgili klinisyenler laboratuvarı çalışılacak testlerin belirlenmesi konusunda laboratuvar uzmanlarına gereken katkıyı sağlamalıdır.

Numune Alımı

- » Hastanın tanısının konması ve tedavisinin şekillendirilmesinde aciliyet arz eden testler haricindeki diğer testler için; hastalık evresi, sirkadiyen ritim, açlık-tokluk durumunun etkileri vb. bilimsel gereklilikler göz önünde bulundurularak numune alımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
- » Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.
- » Numunenin alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir.
- » İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.
- » Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.

Numune Transferi

- » Alınan numunelerin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem vb), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı vb. hususlar konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- » 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.
- » Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim ve diğer sağlık personeli tarafından, numune alımı ve transferi ile ilgili kurallara uyulmalıdır.

Numunelerin Laboratuvara Kabulü ve Analize Hazırlanması

- » Testlerin güvenilir sonuçlar vermesi için, teslim alınan numunelerin, belirlenen ölçütlere uygunluğunun değerlendirilmesi ve bu değerlendirilmeye göre numunelerin kabul veya reddedilmesi yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Numunelerin kabul veya reddi ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.
- » Numuneler laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.
- » Numunelerin kabul veya reddi bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır.
- » İlgili personel kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.
- » Reddedilen numunelerle ilgili olarak, ret sebepleri ve numunenin alındığı bölüm bilgilerini içerecek şekilde analizler yapılmalı, gerekli görülen düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.
- » Test bazında numunelerin analiz öncesi işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

Standart 4

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.04.01	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.LH.04.02	Laboratuvarda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
		SH.LH.04.03	Test sonuçlarının güvenilirliğine yönelik kalite kontrol işlemleri yapılmalıdır.

Amaç

Laboratuvar analitik süreçlerine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliği ile hasta güvenliğinin temin edilmesidir

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Laboratuvar analitik süreci aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

- » Testlerin Çalışılması
- » Cihaz Yönetimi
- » Kalite Kontrol Çalışmaları

Testlerin Çalışılması

- » Test çalışma sürecinin standardizasyonunun sağlanması ve çalışma sürecinin kontrol altına alınması amacı ile bu süreçle ilişkin bilgilendirici ve test çalışma sürecinin tüm aşamalarını kapsayacak şekilde kapsamlı dokümanlar oluşturulmalıdır.
- » Bu dokümanlar asgari aşağıdaki alt süreçleri içermelidir:
 - 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 algoritmalar
 - Olası interferanslar (örneğin hemoliz, lipemi, bilirubinemi, ilaçlar) ve çapraz reaksiyonlar
 - Sonucun onaylanması
 - Varsa bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyon süreçleri

- » Test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda doküman revize edilmelidir.
- » Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Cihaz Yönetimi

- » Laboratuvarda test çalışma sürecinde kullanılan tüm cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Cihazın adı
 - Cihazın markası ve modeli
 - Üretim ve hizmete girdiği tarihi
 - Seri numarası
 - Temsilci firma bilgisi
- » Cihazın test çalışma süreci ile ilgili bilgilerini içeren bir dosya hazırlanmalı, dosyadaki bilgilerin güncel olmasına ve çalışanlar tarafından anlaşılabilir olmasına dikkat edilmelidir. Bu dosyada asgari aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır:
 - Kullanım kılavuzu veya CD'si
 - Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları ve sertifikaları
 - Varsa kalite kontrol sonuçları
 - Cihaz bakım formları
 - Arıza bildirim formları
 - Firma iletişim bilgileri
 - Kullanıcı eğitim sertifikaları
- » Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim verilmelidir.
- » Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.

Kalite Kontrol Çalışmaları

Kalite kontrol çalışmaları laboratuvar uzmanı sorumluluğunda laboratuvar test sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.

İç Kalite Kontrol Çalışmaları

- » İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı veya benzer özellikleri taşımalı, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
- » İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
- » Test çalışma sürecinde bir değişiklik olması durumunda, cihaz arızaları bakım ve kalibrasyon çalışmaları sonrasında da iç kalite kontrol çalışması yapılmalıdır.
- » İç kalite kontrol sonuçları ile ilgili olarak hangi değerlerin uygun olarak kabul edileceği belirlenmelidir. Uygun olmayan sonuçlar için düzeltici/önleyici çalışmalar yapılmalıdır.
- » İç kalite kontrol çalışmasında uygun olmayan sonuçlar elde edilmiş ise hasta numuneleri çalışılmamalıdır.
- » İç kalite kontrol çalışma sonuçları elektronik ortamda veya basılı kopya olarak kayıt edilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için; tarih ve saat, test sonucu, uygun olmayan sonuçlar için yapılan düzeltici önleyici faaliyetlere ilişkin sonuçlar yer almalıdır.
- » İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Dış Kalite Değerlendirme Çalışmaları

Laboratuvarında çalışılan hangi testler için hangi dış kalite programına dâhil olunacağı belirlenmeli ve üyelik sonrası programın gerektirdiği çalışma koşullarına uygun olarak dış kalite değerlendirme çalışması yapılmalıdır.

Dış kalite değerlendirme çalışmalarında aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- » Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
- » Dış kalite değerlendirmesi için çalışılan test numunesinin artması durumunda kalan numune, test sonuçlanıncaya kadar uygun koşullarda saklanmalıdır.
- » Dış kalite değerlendirme programı tarafından gönderilen değerlendirme sonuçları laboratuvar uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.
- » Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, sorun var ise kaynağı ve varsa yapılan düzeltici önleyici faaliyetler kayıt altına alınmalıdır.

Standart 5

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.05.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.05.01	Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
		SH.LH.05.02	Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.
		SH.LH.05.03	Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.
		SH.LH.05.04	Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
		SH.LH.05.05	Test numunelerinden artan biyolojik numunenin, işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Amaç

Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen test süreçlerinde sonuçların hasta yararına kullanılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasıdır.

Hedefler

- | | |
|-------------------|-------------------|
| » Hasta Güvenliği | » Etkinlik |
| » Uygunluk | » Zamanlılık |
| » Süreklilik | » Hasta Odaklılık |

Standart Gerekliklikleri

Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen laboratuvar dışı süreçler postanalitik ve postpostanalitik süreçlerden oluşmaktadır. Bu süreçler; hasta sonuçlarının raporlanması ve sonuçların hasta yararına kullanılması konularını kapsamaktadır.

Hasta Sonuç Raporları

- » Laboratuvar tarafından sonuç raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
- » Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
 - Sağlık kuruluşu adı
 - Testin yapıldığı laboratuvarın adı
 - Hastanın adı, soyadı
 - İstemi yapan hekimin adı, soyadı
 - İstemin yapıldığı tarih ve saat
 - Numunenin adı
 - Testin adı
 - Numunenin alındığı tarih ve saat

- Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
 - Sonuç değerinin birimi
 - Referans aralığı/değeri
 - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- » Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınmalıdır. Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.
- » Revize sonuç raporlarıyla ilgili kurallar belirlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır.

Sonuç Verme Süreleri

- » Test sonuçlanma süreleri ve bu süreler ile ilgili bilgilendirme yapılması konusundaki asgari gereklilikler şunlardır:
- Test sonuç verme süreleri sağlık kuruluşu koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözönüne alınarak acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.
 - Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi esas alınmalıdır. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa sonuç verme süresi esas alınmalıdır.
 - Belirlenen süreler konusunda ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.
 - Hastalar sonuç alma süreleri konusunda bilgilendirilmelidir.
 - Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları vb.) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.
- » Laboratuvar tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde ve gerekli görülen durumlarda klinisyene yönelik sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır. Sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği kapsamında ele alınabilecek bazı uygulamalar şunlardır:
- Referans aralıkları, karar sınırı
 - Panik ya da kritik değerde bulunan test sonuçlarının zamanında bildirilmesi

- Çalışma yöntemi ile ilgili bilginin test rehberinde bulunması
- Ölçüm belirsizliğine ilişkin bilgilere gerektiğinde klinisyen tarafından ulaşılabilesinin sağlanması
- Laboratuvar uzmanının yorum ve önerilerinin eklenmesi
- Ek test uygulamaları
 - ✓ Belli bir test için sonuç belirli bir aralıkta veya değerde çıktığında klinisyen ve laboratuvar uzmanı tarafından önceden belirlenmiş ve sisteme tanımlanmış olan testin çalışılması (refleks testler)
 - ✓ Laboratuvar uzmanı tarafından hastanın klinik durumu ve test sonuçları ile ilişkili hastaya özgü değerlendirme sonucunda eklenmesi önerilen testler (yansıma testler)
- Sonuç raporunda numune ve testle ilgili laboratuvar süreçlerinin izlenebilirliğinin gösterilmesi (asgari bulunması gereken zaman parametreleri)
- Düzenli yapılan toplantılarda (klinik ve laboratuvar branşlarının katılımı ile) özellikli olguların test sonuçları ile tanı ve tedavi süreçlerinin tartışılması
- » Sonuçların yorumlanması ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:
 - Açıklayıcı metin/yorum ekleme yetkisi sadece ilgili laboratuvar uzmanının sorumluluğunda olmalıdır.
 - Laboratuvar uzmanları, bu alanda kullandıkları bilginin, kanıta dayalı, yeterli ve güncel olmasına dikkat etmelidirler.
 - Sonuç raporlarının gereksiz bilgi ile karmaşık hale gelmesi engellenmelidir.

Panik/Kritik Değer Bildirimi

- » Çalışılan testlere ilişkin panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. Bu noktada;
 - 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.
- » Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Belirlenen panik değerler “Bilgi Yönetim Sistemi”nde tanımlanmalıdır.
- » Panik değer in ortaya çıkması durumunda, laboratuvar çalışanlarının söz konusu değeri diğer test sonuçlarından ayırt edebilmesine yönelik, bilgi yönetim sistemleri üzerinde bir uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
 - Manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerler de BYS üzerinde tanımlanmalıdır.
 - Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.
- » Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine acil olarak bilgi verilmesi sağlanmalıdır.
- » Panik değer bildirimine ilişkin kayıt tutulmalıdır. Bu kayıta asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Hastanın adı soyadı
 - Protokol numarası
 - Birimi
 - Testin adı
 - Panik değer sonucu
 - Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
 - Bildirimi yapan kişi
 - Bildirim yapılan kişi
 - Bildirimin yapıldığı tarih ve saat

Arşivleme

- » Laboratuvar türü ve test profiline göre, hasta güvenliğine yönelik gerekli test tekrarları ve hukuki süreçler göz önünde bulundurularak test numunelerinden artan biyolojik materyalin hangi durumlarda, nasıl ve ne kadar süre ile saklanacağı belirlenmelidir.
- » Laboratuvar türü ve test profiline göre, test işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
- » Arşivlemeye ilişkin pratik ve izlenebilir bir yöntem uygulanmalıdır.

Standart 6

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.06.00	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SH.LH.06.01	Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.

Amaç

Laboratuvar süreçlerinin analizi ve iyileştirilmesine yönelik veri elde etmek için test süreçlerinin izlenebilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Zamanlılık
- » Süreklilik
- » Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvar kayıtlarında preanalitik süreçten başlayarak postanalitik sürecin sonuna kadar, alınan numunenin ve testin her aşamada izlenebilir olması sağlanmalıdır.

- » Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:
 - Hastanın adı-soyadı
 - 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
 - Varsa test tekrarı ve sonuçları
 - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
 - Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı
- » Laboratuvar testlerinin analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçleri BYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.
- » Laboratuvar testleri kapsamında hizmet alım yoluyla çalışılan testlerin kuruluşun BYS ile entegrasyonu sağlanmalıdır.

Standart 7

Kod	Standart
SH.LH.07.00	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.

Amaç

Hasta başı test cihazı ile çalışılan testlerin kontrolünü ve güvenilirliğini sağlamak.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Hasta
- » Süreklilik
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

- » HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.
- » HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.
- » HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.
- » HBTC için kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
 - Cihazın kullanım dışı olması durumunda kullanılacak alternatif cihaz ya da yöntem belirlenmelidir.
 - HBTC'yi kullanacak çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitim asgari aşağıdaki konularda kapsamlıdır:

Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar:

 - ✓ Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi
 - ✓ Cihazın temizliği ve bakımı
- » HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.



Güvenli Cerrahi

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01	Cerrahi uygulama öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Amaç

Tıbbi hataların önlenmesi açısından önemli bir yere sahip olan güvenli cerrahide, cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Hasta Odaklılık
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Hakkaniyet

Standart Gereklilikleri

Dokümantasyon

Sağlık kuruluşu, güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamaklarını ve kuralları dokümanle etmelidir. Dokümanlarda asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- » Cerrahi süreçlere ilişkin kurallar
- » Ameliyathane ortamına ilişkin parametreler
- » Ameliyathaneye giriş ve çıkış kuralları
- » Ameliyathanelerde ilaç, malzeme ve cihaz yönetimi

Hastanın Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması

- » Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ile hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması, önerilen işlemi ve risklerini, müdahalenin kim tarafından, nerede ve ne zaman yapılacağını öğrenmiş olması sağlanmalıdır.
- » Hastaya tamamen kendi serbest iradesiyle karar verme hakkı tanındıktan sonra, önerilen cerrahi uygulamayı ve uygulanacak anestezi yöntemini kendi rızası ile kabul ettiğini beyan eden rıza formu imzalanmalıdır.

Cerrahi Bölge İşaretlemesi

Cerrahi işlem öncesi; **cerrahi bölge işaretlemesi** yapılmalıdır. Cerrahi bölge işaretlemesinde aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- » İşaretlemeyi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim yapmalıdır. İşaretleme, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.
- » Cerrahi bölge işaretlemesi bilinci açık hastalarda mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrulanmalıdır.
- » İşaretleme daha önceden belirlenen, açık ve anlaşılır bir yöntem ile yapılmalıdır.

- » İşlem yapılacak bölge işaretlenmelidir. Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
- » İşaretleme, kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.
- » İşaretleme, cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.
- » Sağlık kuruluşu tarafından cerrahi bölge işaretlemesine ilişkin kontrendikasyonlar belirlenmelidir. Kontrendikasyon bulunması durumunda cerrahi bölge ile ilgili doğrulama süreçlerinin nasıl uygulanacağı tanımlanmalıdır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, oluşturulmuş olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” 2009 yılında Türkiye’ye özgü olarak geliştirilerek Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} adı ile uygulamaya konmuştur.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR} 4 bölümden oluşmaktadır:

1. Klinikten ayrılmadan önceki dönem (Klinikten Ayrılmadan Önce)
 2. Anestezinin verilmesinden önceki dönem (Anestezi Vermeden Önce)
 3. Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki dönem (Ameliyat Kesisinden Önce)
 4. Hasta ameliyathaneden çıkarılmadan önce, yaranın kapanması sürecinde ya da kapanmasının hemen sonrasındaki dönem (Ameliyattan Çıkmadan Önce)
- » Kontrol listesini uygulamaya yönelik sorumluluklar her aşama için belirlenmeli ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
 - » Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir. Kontrol listesini uygulayan kişi her evrede listede belirtilen görevlerin tamamlanıp tamamlanmadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.
 - » Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında arşivlenmelidir.

Hasta Transferi

- » Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada (ameliyathane, uyandırma odası, gözlem ünitesi)
- » Hastanın transferi esnasında güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Hasta sağlık çalışanı refakatinde transfer edilmelidir.

Kişisel Eşyalar ve Protezlerin Kontrolü ve Güvenliği

- » Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
- » Hastaya ait eşyaların korunmasına yönelik işleyiş belirlenmelidir.
- » Çıkarılmayan eşyalar ya da protezlere yönelik son kontrol ameliyathane çalışanları tarafından yapılmalıdır.

Cerrahi Öncesi Hazırlıklar

- » Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.
- » Preoperatif dönemde kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan ürünlerine yönelik planlama yapılmalıdır. Bu plan kapsamında, cerrahi uygulamada ihtiyaç olması halinde gerekli olabilecek kan veya kan ürünleri ulaşılabilir olmalıdır.
- » Cerrahi uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler temin edilerek gerekli kontroller yapılmalıdır. Kullanılacak olan cihazlar kullanıma hazır hale getirilmelidir.
- » Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir. Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.

Anestezi Uygulamaları

- » Hasta preoperatif devrede anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı tarafından değerlendirilmeli, buna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.
- » Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik kontrol listesi kullanılmalıdır.
- » Anestezi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

Cerrahi Profilaksi

Akılci antibiyotik kullanım ilkeleri çerçevesinde cerrahi profilaksi rehberi oluşturulmalıdır. Yapılan uygulamaların etkinliği bu rehber doğrultusunda izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Cerrahi Sonrası Bakım

- » Hastaların cerrahi sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- » Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.
- » Hasta postoperatif dönemde yakından izlenmeli, hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanmalı ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.

Tanı Amaçlı Alınan Dokuların Güvenliği

Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örneklerinin doğru etiketlenmesi, ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. Doku örneğinin güvenliğini sağlamaya yönelik ilgili çalışanlarla eğitim verilmelidir.

Kayıtlar

Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ ^{TR}			
		Hastanın Adı Soyadı Ameliyat/Bölgesi Ameliyat Tarihi	
I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesisinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce
1. Hastanın ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat bölgesi / doğrulandı 2. Hastanın rızası kontrol edildi mi? ☐ Evet 3. Hasta aç mı? ☐ Evet ☐ Hayır 4. Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır 5. Hastada makya/le, protez, değerli eşya var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 6. Hastanın kuyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? ☐ Lavanın ☐ Mesane Kateterizasyonu ☐ Varies Çorabı ☐ Özel Tedavi Protokolü ☐ Diğer ☐ Hayır 8. Ameliyat için gerekli özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlandı mı? ☐ Evet ☐ Hayır 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? ☐ Evet Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	10. Hastanın kendisinin ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat bölgesi ☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı. 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz 12. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı? ☐ Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? ☐ Evet Hastanın Risk Değerlendirmesi 14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? ☐ Yok ☐ Var 15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? ☐ Yok ☐ Var 16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? ☐ Yok ☐ Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı. Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? ☐ Evet 18. Ekipten bir kişi sesi olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? ☐ Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? ☐ Tamamen ameliyat süresi ☐ Beklenen kan kaybı ☐ Ameliyat sırasında gerçekleştirilecek beklenmedik olaylar ☐ Olası anestezi riskleri ☐ Hastanın pozisyonu 20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? ☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı ☐ Kullanılmaz 21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? ☐ Evet ☐ Hayır 22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır 23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır 24. Antikoagülan kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak ☐ Hasta ☐ Yapılan ameliyat ☐ Ameliyat bölgesi teyit edildi. 27. Alet, spanj/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? ☐ Evet/Tam ☐ Hayır 28. Hastadan alınan numune etiketinde ☐ Hastanın adı doğru yazıldı ☐ Numunenin alındığı bölge yazıldı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? ☐ Anestezinin önertileri: ☐ Cerrahin önertileri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? ☐ Evet Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza

*Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.01	Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.
		SH.GC.02.02	Ameliyat odaları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.GC.02.03	İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.GC.02.04	Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

Amaç

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarının düzenlenmesidir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Ameliyathane ile ilgili Alanlar

- » Ameliyathanede alanlar; alanların fiziki özellikleri, bu alanlarda gerçekleştirilen işlemler ile çalışma koşulları ve kurallarına göre en az üç farklı kategoride ele alınmalıdır. Bu alanlar aşağıdaki şekilde tanımlanmalıdır.

- **Steril (Birinci) Alan:** Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.
 - **Temiz (İkinci) Alan:** Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır. Steril alan arada bir bariyer olmadan doğrudan steril olmayan alanlara açılmamalıdır.
 - **Steril Olmayan (Üçüncü) (Temiz Olmayan) (Kirli) Alan:** Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.
- » Tanımlanan bu alanların birbirinden ayrılması sağlanmalı ve alanların özelliklerine uygun kurallar belirlenmelidir. Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları ile personelin alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
 - » Alanlar arası geçişler, ulusal uluslararası kurallar ve normlara uygun olmalıdır.
 - » Ameliyat olan hastaların yakınlarının bekleyebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır. Bu alanların ergonomik ve konforlu olmasına dikkat edilmelidir.
 - » Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Ameliyat Odaları

- » Ameliyat odaları, cerrahi ekibin steril olarak giyinebilmelerine, hastanın steril olarak örtülmesine ve anestezi ekibinin çalışmasına engel olmayacak boyutta ve yeterlilikte olmalıdır.
- » Ameliyat odasında; döşeme, tavan, duvar yüzeylerinin pürüzsüz olması, yüzeylerde çatlakların oluşmaması, kapı, pencere, duvar birleşim noktalarının düzgün ve çıkıntısız olması gerekmektedir. Ameliyathanenin duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel özellikte olmalıdır.

Havalandırma Koşulları

- » Ameliyat alanlarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.
- » Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır

- » Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).
- » Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan ortopedi protez ameliyatları, açık kalp cerrahisi gibi operasyonlar laminar hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.
- » Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.
- » Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalı ve sorumlular tarafından sonuçlar değerlendirilmelidir. Ölçümlere dair kayıtlar tutulmalıdır.
- » Düzenli olarak havalandırma sisteminin bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.

Tıbbi Gaz Sistemleri

Ameliyathanede, medikal gaz panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gaz basınç ölçümleri düzenli olarak kontrol edilmeli, tıbbi gaz sisteminin bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır.

İlaç, Malzeme ve Cihaz Yönetimi

- » Ameliyathanede kullanılan cihazların yönetimine yönelik olarak planlar oluşturulmalıdır. Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.
- » Ameliyat öncesi cihazların teknik kontrolleri yapılarak hatalı olduğundan şüphelenen ekipmanlar ve araçlar kullanılmamalıdır.
- » Ameliyat odalarında elektrik kesintisi durumlarında jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak amacı ile kesintisiz güç kaynaklarına bağlı yeterli sayıda prizler olmalıdır. Ameliyat sürecini kesintiye uğratmaması gereken tıbbi cihazlar bu prize bağlı olmalıdır. Kesintisiz güç kaynaklarının bir plan dâhilinde periyodik bakımları yapılmalıdır.
- » Ameliyathaneye kabul edilen steril malzemelerin gerekli kontrolleri (müddet, paketin bütünlüğü, paket içindeki indikatörün renk değişikliği gibi) yapılmalıdır. Steril malzemelerin paketlenmesi ve saklanması ile ilgili kurallara uyulmalıdır.
- » Ameliyathanede kullanılan ilaçların etkin yönetimi sağlanmalıdır.



Acil Sağlık Hizmetleri

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.AS.01.00	Acil ünitesi hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.01.01	Acil sağlık hizmeti süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.AS.01.02	Acil ünitesine ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.AS.01.03	Acil ünitesinin fiziki alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.AS.01.04	Acil ünitesinde emniyeti sağlamaya yönelik tedbirler planlanmalıdır.

Amaç

Acil ünitesine ait yapısal düzenlemelerin, hizmet sunumundaki etkinlik ve etkililiği artırmak, aynı zamanda hasta güvenliğini sağlamak amacıyla yönelik olarak oluşturulmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Hasta Güvenliği
- » Etkililik
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Dokümantasyon

Acil sağlık hizmeti süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kuralların tanımlandığı dokümanlarda asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- » Acil ünitesinin yapısal düzenlemesi
- » İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi
- » Acil ünitesine hasta kabul süreci
- » Muayene, müdahale, tanı ve konsültasyon süreçleri
- » Sevk, yatış ve taburcu süreçleri
- » Zehirlenme vakaları
- » Adli vakalar
- » Acil ünitesinde risk yönetimi

Acil Ünitesine Ulaşım

Acil yardıma ihtiyaç duyan hastaların hızlı ve güvenli bir şekilde acil ünitesine ulaşımını kolaylaştırılmalıdır. Bu amaç doğrultusunda asgari aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- » Acil ünitesine ulaşımı kolaylaştırıcı işaret ve levhalar bulunmalıdır.
- » Acil ünitesi giriş tabelası sağlık kuruluşu dışından görülebilir olmalıdır.
- » Ambulans girişleri araçların rahatlıkla yaklaşabileceği, manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.
- » Olumsuz hava koşullarından etkilenmeyi önlemek için girişlerin üstü kapalı olmalıdır.

Mimari Yapı ve Acil Ünitesi ile İlgili Fiziki Alanlar

- » Acil ünitesinin mimarisinde güvenlik, gözlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Mimari yapı düzenlenirken asgari aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmalıdır:
 - Tanısal destek birimlerine kolay ulaşılabilir mümkünse aynı katta olması sağlanmalıdır.
 - Engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.
 - Acil ünitesi alanları hasta ve personel açısından uygun sıcaklık, nem, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşınmalıdır.

- Hasta yakınları için uygun genişlikte bekleme salonu bulunmalı, bu alanlar konforlu ve ergonomik olmalıdır.
- » Acil ünitesinde müdahale ve tedavi işlemlerinin yapılabileceği alanlar belirlenmelidir. Acil ünitesinde asgari;
 - Muayene/müdahale alanları
 - Enjeksiyon/pansuman odası
 - Acil ünitesi gözlem odası olmalıdır.
- » Çalışanlar için içinde kişisel temizlik alanları bulunan giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.

Acil Ünitesinde Emniyet

- » Acil ünitesinde emniyetin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalı, mevcut riskler ve emniyeti tehlikeye atacak durumlar için planlama yapılmalıdır.
- » Emniyet sağlanırken (kamera yerleşimi vb.) hasta ve çalışan mahremiyetini dikkate alınmalıdır.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.AS.02.00	Acil ünitesi hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.02.01	Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulü sağlanmalı, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin bir şekilde verilmelidir.
		SH.AS.02.02	Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır.
		SH.AS.02.03	Hastanın sevgi, yatışı veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmalıdır.
		SH.AS.02.04	Acil ünitesinde süreç ile ilgili doğru bilgi akışı sağlanmalıdır.
		SH.AS.02.05	Zehirlenme vakaları ve adli vakalara yönelik prosedürler belirlenmelidir.

Amaç

Acil ünitesinde hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçlerde hasta güvenliğini sağlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Hasta Odaklılık
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Karşılama, Danışma, Yönlendirme ve Kayıt Hizmetleri

Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin sunumunda asgari aşağıda yer alan hususlara dikkat edilmelidir:

- » Karşılama hizmetleri etkin şekilde verilmelidir. Gerekğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Acil ünitesine kabulü yapılan hastaların sağlık kuruluşu bilgi sistemine kayıtları ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenleme; kimlik bilgilerine ulaşamayan hastalarında kabulüne yönelik işleyişi de içermelidir.

Hasta Transferi

- » Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada (Hastanın acil servise girişi, tıbbi önceliklerinin belirlenmesi, müdahale, tanı ve tedavi işlemleri, başka bir sağlık kuruluşuna sevkı vb.) hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Hastalar, sağlık kuruluşu girişinde, genel durumuna uygun olarak gerekiyorsa sedye, vertebral tahta, tekerlekli sandalye gibi transfer araçları ile üniteye alınmalıdır.
- » Hasta transferleri bir sağlık personeli eşliğinde yapılmalıdır.
- » Müdahale, tanı, tedaviler, takipler ve anamnezlere ilişkin bilgiler eksiksiz ve doğru şekilde ilgili bölüm çalışanına iletilmelidir.

- » Acil ünitesine girişinden ayrılışına kadar geçen bütün süreçlerde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

Muayene, Müdahale, Konsültasyon ve Gözlem Süreçleri

- » Kabulü yapılan hastaların, hekim tarafından anamnezleri alınıp fizik muayenesi yapılarak tetkik ve tedavi ihtiyaçları belirlenmelidir.
- » Muayenenin tamamlanmasının ardından ihtiyaç halinde hastanın tıbbi durumu göz önünde bulundurularak tıbbi ve/veya cerrahi müdahale ile tanı işlemleri süreci başlatılmalıdır. (Müdahale süreci; küçük cerrahi tedavi, alçı, atel, vb süreçlerini kapsamalıdır)
- » Acil ünitesinde konsültasyona yönelik süreçler tanımlanmalıdır, kayıtları düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
- » Müdahale, tedavi ya da tanı işlemleri esnasında gözlem altına alınan hastalar sağlık çalışanı kontrolünde olmalıdır. Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır. Gözlem odası, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır. Hastaların acil ünitesinde gözlem altında tutulma süreleri belirlenmiş olmalıdır.

Acil Ünitesinden Ayrılış

- » Yatış yapılmasına karar verilen hastaların kliniklere yatış işlemi koordineli bir şekilde gerçekleştirilmeli, acil servisten hastanın yatışının yapıldığı klinik gözlem ünitesi ile irtibata geçilerek gerekli hazırlıklar yapılmalıdır.
- » İlk müdahalesi yapılan, stabilizasyonu sağlanan ve başka bir sağlık kuruluşuna sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri sağlık kuruluşunun oluşturduğu mevcut plan dahilinde gerçekleştirilmelidir. Sevk öncesinde mutlaka sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır. Hasta sevk ambulans ile yapılmalı ve hastanın durumu, yapılan müdahale, tanı/tedavi işlemlerine ait bilgiler hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.
- » Acil ünitesinden taburcu edilecek hastaların işlemlerine yönelik sağlık kuruluşunun bir planı olmalıdır. Hekim tarafından taburculuğuna karar verilen hastalar; bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti ve yapılmaması gereken aktiviteleri, kontrol için hangi branş dok-

toruna ne zaman ve nasıl başvuracağı gibi konular hakkında bilgilendirilmelidir. Taburculuk özeti kayıt altına alınmalıdır. Hazırlanan planda; hekim izni olmadan acil ünitesinden ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler belirlenmiş olmalıdır.

Bilgilendirme

- » Hasta ve hasta yakınlarına acil sağlık hizmetlerinin her aşaması ve özellikle bekleme süreleri hakkında bilgi verilmelidir.
- » Bilgilendirme esnasında sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınlarının anlayabileceği şekilde açık ve net ifadeler kullanmalı, olumlu iletişim kurmalıdır.
- » Hastaların yatış, sevk ve taburcu işlemlerinin gerçekleştirilmesinde hasta ve hastalığı ile ilgili yerine getirilmesi ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında da doğru bir bilgilendirme yapılmalıdır.



Destek Hizmetleri



Otelcilik Hizmetleri



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için sağlık kuruluşunun tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.	DH.OH.01.01	Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından sağlık kuruluşunun tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.
		DH.OH.01.02	Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve sağlık kuruluşu temizlik planı oluşturulmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşunun tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini temin etmektir.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkinlik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Risk Düzeyleri ve Buna İlişkin Temizlik Kurallarının Belirlenmesi

- » Sağlık kuruluşunun tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyon kontrolü açısından risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
- » Tespit edilen risk düzeylerine göre temizlik kuralları, kullanılması gereken malzemeler, varsa temizliğin etkinliğini artırmaya yönelik gerekli fiziksel koşullar belirlenmelidir.

Sağlık Kuruluşu Temizlik Planının Oluşturulması

- » Sağlık kuruluşunun tüm alanlarını kapsayacak şekilde temizlik planı ve ilgili dokümanlar oluşturulmalıdır:
- » Dokümanlarda asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
 - Bölüm ya da alan bazında belirlenen risk düzeyi
 - İlgili alanda kullanılacak temizlik malzemeleri
 - Malzeme ve ekipmanların temizliği ile etkin ve güvenli kullanımına yönelik kurallar
 - Temizlik sıklığı
 - Temizlik kuralları
 - Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar
 - Temizlik kontrolünün kim tarafından nasıl yapılacağı

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.02.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.02.01	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.
		DH.OH.02.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.02.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.
		DH.OH.02.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

Amaç

Hasta, hasta yakını ve çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak etkin ve güvenli yemek hizmeti almalarını sağlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Yiyeceklerin Tedariki ve Depolanması

- » Gıdaların türlerine göre tedarikle ilgili dikkat edilmesi gereken kurallar (gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler, kalite kontrol kriterleri, tedarikçinin kabulü ile gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler) belirlenmelidir.
- » Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları vb.) tanımlanmalıdır.
- » Gıda stoklamasında, son kullanım tarihlerinin etkin şekilde takibinin yapılabilmesi sağlanmalıdır.
- » Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir.

Yemeklerin Hazırlanma Süreçleri

- » Yemekler hastanın tıbbi tedavisinin gereklilikleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır.
- » Yemek hizmeti kapsamında hastanın kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.

- » Yemekler hijyenik olarak hazırlanmalıdır:
 - Yiyeceklerin hazırlandığı alanlar, diğer alanlardan (gıda depolama alanları, kirli malzemenin yıkandığı alanlar vb.) ayrılmalıdır.
 - Tüm çalışanlar; maske, bone, eldiven ve ayak giysileri gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.
 - Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan malzeme ve ekipman temiz olmalıdır.
 - Gıdaların temizliği (sebze ve meyvelerin yıkanması gibi) ile ilgili kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
 - Mutfak personelinin kişisel temizliğinin etkin şekilde sağlanması için gerekli ortam koşulları sağlanmalıdır.
- » Olası gıda zehirlenmesi durumlarında gerekli analizlerin yapılabilmesi için hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalıdır.

Yemeklerin Dağıtılması

- » Yiyecekler türlerine göre; yemeğin ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.
- » Yemekler üstü kapalı olarak taşınmalıdır.
- » Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek arabaları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.
- » Yemek dağıtımı yapan personel; bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

Çalışanların Sağlık Taramalarının Yapılması

Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanların sağlık taramaları periyodik olarak yapılmalı, taramalarda gıda güvenliğini tehdit edecek sorun tespit edilmesi durumunda yapılması gerekenler tanımlanmalıdır.

Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.03.00	Sağlık kuruluşunda çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.03.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.03.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.OH.03.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşunda sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması

Sağlık kuruluşunda kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Çamaşırhane Ortamı

- » Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.
- » Çamaşırhane zemin ve duvarları kolay temizlenebilen, düz ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.
- » Çamaşırhanede çamaşırların etkin temizliğini sağlamaya ve çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Çamaşırhanede kullanılan ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin eğitim verilmelidir.

Standart 4

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.04.00	Sağlık kuruluşunda hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu ve güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	DH.OH.04.01	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.
		DH.OH.04.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.

Amaç

Hasta/hasta yakınlarının sağlık kuruluşunda bulundukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak, moral ve motivasyonlarını yüksek tutmaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Konforu

- » Sağlık kuruluşunda hizmet sunulan alanlarla ilgili olarak aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:
 - Hizmet sunulan alanların temiz ve ferah olması
 - İhtiyaç duyduğunda hastanın oturabileceği, dinlenebileceği bekleme alanlarının bulunması
 - Merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarının hastanın ihtiyaçlarını (yaşlı hasta, çocuk hasta, engelli hasta gibi) gözeterek şekilde düzenlenmesi
 - Hizmet sunulan alanlarda hasta güvenliğini tehdit eden unsurların yer almaması
 - Muayene odalarının tıbbi hizmet süreçlerine ilişkin gereklilikleri içermesi (muayene masası, lavabo, el antiseptiği, ilgili branşa göre gerekli muayene gereçleri gibi)
 - Poliklinik alanlarında bebek bakımı ve emzirmeye yönelik düzenleme bulunması
 - Kolonoskopi, ultrasonografi, endoskopi vb. özellikli işlemler öncesinde ve sonrasında hastanın beklemesi, dinlenmesi ya da tuvalet, banyo vb. ihtiyaçlarını giderebilmesini dikkate alan düzenlemeler yapılması

Gözlem Ünitesi

- » Gözlem ünitesindeki gözlem odaları en fazla iki yataklı olmalı hemşire gözlem istasyonu ünitenin içinde olmalıdır.
- » Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte (koruma barlı ve her yöne hareketli tekerlekli) olmalıdır.
- » Hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun fiziki şartlar havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Gözlem ünitesinde hastanın tanı ve tedavisine yönelik gerekli ekipman ve malzeme bulunmalıdır. Bu ekipman ve malzemenin temizlik ve de-

zenfeksiyonu yapılmalıdır. Hasta başı monitörizasyon ve merkezi tıbbi gaz sistemi bulunmalıdır.

- » Gözlem ünitesinde hastanın ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar (tuvalet banyo vb.) belirlenmelidir. Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.
- » Hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için gerekli fiziki ortam sağlanmalıdır.

Sağlık Personeline Kolay Ulaşımın Sağlanması

- » Hasta veya hasta yakınının ihtiyaç durumunda ilgili sağlık personeline ulaşabilmesine yönelik düzenleme (çağrı zili vb.) yapılmalıdır.
- » İlgili düzenlemenin hasta odalarında ve kişisel temizlik alanlarında ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.

Standart 5

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.05.00	Sağlık kuruluşunda hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	DH.OH.05.01	Güvenlik hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.05.02	Sağlık kuruluşunda hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşunda hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğinin etkin ve etkili şekilde sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Güvenlik/Emniyet Hizmetlerinin Planlanması

- » Sağlık kuruluşunu ve sağlık kuruluşu içinde bulunan şahısları; her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribata karşı koruma, gözetim, denetim ve kontrol hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürebilmesi için tanımlanmış bir plan olmalıdır.
- » Sağlık kuruluşunun belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi vb.) bulunmalıdır. Güvenlik kamerası kayıtlarının saklama süreleri belirlenmelidir.
- » Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.

Hasta/Hasta Yakını ve Çalışanların Güvenlik/Emniyetinin Sağlanması

- » Can ve mal güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Risk analizleri sağlık kuruluşunun tüm alanlarını ve bölümlerini kapsamalıdır.
- » Can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili bildirim süreci tanımlanmalıdır.
- » Yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



Tesis Yönetimi

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	DH.TY.01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.
		DH.TY.01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
		DH.TY.01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
		DH.TY.01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.
		DH.TY.01.05	Sağlık kuruluşu içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.
		DH.TY.01.06	Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hasta/ çalışanların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
		DH.TY.01.07	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır

Amaç

Hasta ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hizmet sunumu için gerekli altyapıyı oluşturmaktır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Hasta Güvenliği
- » Hasta Odaklılık
- » Zamanlılık
- » Süreklilik
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Tesis yönetimine dair işlerin planlanması ve koordinasyonunu sağlamak amacı ile bir komite oluşturulmalıdır. Tesis yönetiminde görev alan personelin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Tesis yönetimine dair temel ve kritik süreçler tanımlanmalı, bunlara yönelik yöntem ve kurallar belirlenmelidir Bu amaçla oluşturulacak dokümanlarda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Tesis yönetimi komitesinin ve sorumluların görev ve sorumlulukları
 - Sağlık tesisinin mevcut durum tespiti yapılmaması ile ilgili süreçler
 - İyileştirme süreçleri
 - Temel tesis kaynakları
 - Tesis hizmetlerine erişim
 - Tesis güvenliği

Durum Tespiti ve İyileştirmeler

- » Sağlık tesisinin mevcut fiziksel durumu ve işlevsel hizmet etkinliği düzenli aralıklar ile ve gerektiğinde değerlendirilmelidir.
- » Tesis güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalıdır.
- » Mevcut durum tespiti ve risk analizi sonuçlarına yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir
Bkz. Risk Yönetimi bölümü

Temel Tesis Kaynakları ve Güvenliği

- » Sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi açısından temel tesis kaynaklarının (elektrik, su doğalgaz, ısıtma, soğutma medikal gaz vb.) sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Tüm sistemlerde yer alan temel tesis kaynaklarının zamanında bakımı ve kontrolleri yapılmalıdır.
- » Oluşabilecek kritik arıza durumlarına karşı yedek sistemler kurulmalıdır. Bu sistemlerin kapsayacağı riskli alanlar tesis yönetimi komitesi tarafından belirlenmelidir.

Tesis Hizmetlerine Erişim

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti ve zamanında tedavinin sağlanması amacıyla sağlık kuruluşu içindeki bölümlere kolay ulaşım sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu amaçla engelli ve özel bakıma ihtiyaç duyan hasta grupları göz önünde bulundurularak, gerekli fiziki ve işlevsel düzenlemeler gerçekleştirmelidir. Bu düzenlemeler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- » Yönlendirme işaretleri ve hizmetleri
- » Hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları bekleme alanları
- » Hasta odalarının konforu ve güvenliği
- » Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastalara yönelik sağlık kuruluşu genelindeki düzenlemeler
- » Çevre düzenlemeleri (Otopark, peyzaj düzenlemeleri vb.)

Atık Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.AY.01.00	Sağlık kuruluşunda üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	DH.AY.01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.
		DH.AY.01.02	Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.
		DH.AY.01.03	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolaması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.
		DH.AY.01.04	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

Amaç

Sağlık kuruluşunda atıkların oluşumundan nihai bertarafını gerçekleştirmek üzere yetkili kuruma teslimine kadar geçen süreçte, atıkların insan ve çevre sağlığına zarar vermesini önlemektir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Hasta Odaklılık

Standart Gereklilikleri

Atık Yönetim Planı Hazırlanması

- » Sağlık kuruluşunda atık yönetimi planı oluşturulmalıdır. Atık Yönetim Planı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri
 - Atıkların kaynağında en aza indirilmesi ile ilgili tedbirler
 - Atık yönetimi ile ilgili kullanılacak ekipman ve araçlar
 - Toplama sıklığı ve kuralları
 - Geçici depolama sistemleri
 - İlgili ekipmanların temizliği ve dezenfeksiyonu
 - Kaza anında alınacak önlemler
 - Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi
 - Atıkların teslim edileceği kuruluşun tespiti
 - Atıkların teslimi
 - Atık süreçlerinin izlenmesi
- » Atık yönetimi sorumlusu belirlenmelidir.

Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması

- » Atıklar birim bazında asgari aşağıdaki kategorilerde /türlerde tanımlanmalıdır:
 - Evsel atıklar
 - ✓ Genel Atıklar
 - ✓ Ambalaj Atıkları
 - Tıbbi atıklar
 - ✓ Enfeksiyöz atıklar
 - ✓ Patolojik atıklar
 - ✓ Kesici-delici atıklar
 - Tehlikeli atıklar
 - Radyoaktif atıklar

- » Birimlerde oluşan atıklar türlerine göre yerinde ayrıştırılmalıdır:
- » Atıklar türüne göre gerekli özelliklere sahip ayrı torbalara/kutulara konmalıdır
- » Sağlık kuruluşu ve birim bazında tıbbi ve tehlikeli atıkların miktarlarının ölçü- mü ve takibi yapılmalıdır. Atıkla ilgili süreçler, atık miktarlarının azaltılmasına yönelik gereklilikler yönünden incelenmelidir.
- » Geri dönüşümlü atıklar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

Atıkların Taşınması, Geçici Depolaması ve Bertarafı İşlemleri

- » Atıklar türlerine göre bu iş için eğitilmiş personel tarafından toplanmalıdır.
- » Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip olmalıdır.
- » Atık toplanması ve taşınmasına yönelik işlemler, insan trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde yürütülmelidir.
- » Atıklar, geçici depolama alanında toplanmalıdır.
- » Sağlık kuruluşunun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.
- » Atıklar, ulusal mevzuat kapsamında atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.
- » Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmelidir.
- » Atık depolarının temizliği ve dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

Atık Yönetimi Eğitimleri

Atık yönetimi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır;

- » Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması
- » Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması
- » Yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar
- » Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler



Bilgi Yönetimi

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.BY.01.00	Sağlık kuruluşunda etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	DH.BY.01.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.
		DH.BY.01.02	Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.
		DH.BY.01.03	Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		DH.BY.01.04	Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
		DH.BY.01.05	Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.
		DH.BY.01.06	Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.

Amaç

Tüm sağlık kuruluşu süreçlerinde oluşan tıbbi ve kişisel bilgilerin doğru ve güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanmasını ve ihtiyaç duyulan doğru bilginin, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Hasta Güvenliği
- » Zamanlılık
- » Süreklilik
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Bilgi yönetim sorumluları belirlenmeli, görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Sorumlular tarafından düzenli aralıklarla, bilgi yönetimi konusu ile ilgili mevcut durum tespiti gerçekleştirilmeli, süreçlerdeki olası riskler tespit edilerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
- » Bilgi yönetimine dair süreçte, kullanılacak bilgiler tanımlanmalı ve bunlara yönelik yöntem ve kurallar, Sağlık kuruluşunun ihtiyaçları ve kritik süreçleri gözetilerek belirlenmelidir. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:
 - Fiziksel ve teknolojik tedbirler
 - Bilgi güvenliği
 - Bilgi mahremiyeti
 - Bilgi sürekliliği
 - Harici bilgi kaynaklarına erişim
 - Yetkilendirme
 - Uzaktan erişim

Teknik Destek Altyapısı

Bilgi yönetim sistemlerinin aralıksız çalışmasını sağlamak üzere donanımsal ve yazılımsal sorunlara ilişkin riskler belirlenmeli ve bunlara yönelik tedbirler alınmalıdır.

Bilgi Güvenliği ve Mahremiyeti

- » Personel veya hasta ile ilgili edinilen kişisel ve tıbbi, yazılı veya elektronik tüm bilgilerin gizliliği ve güvenliği esastır. Bu kayıtlara erişim yetkilendirme suretiyle sınırlandırılmalı, dış kaynaklardan erişim kontrol altında tutulmalıdır.
- » Yetkilendirme kapsamında kullanıcıların hangi bilgiye, ne zaman ve nasıl ulaşabileceği tanımlanmalı, yetkisiz erişime yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Sağlık kuruluşunda bilgi yönetim sistemlerine bağlı bilgisayarlar yetkisiz erişimlerin takibi açısından izlenmelidir.
- » Arıza veya yetkisiz erişim durumlarında veri kayıplarının yaşanmaması amacı ile veriler düzenli olarak yedeklenmeli, bu tür durumlara sebebiyet verebilecek arızaları önlemek için sunucuların düzenli bakım ve testleri yapılmalı, sunucuda kullanılan işletim sistemi ve yazılımların güncelliği sağlanmalıdır.
- » Verilere iç veya dış kaynaklardan, yetki dışı veya hatalı müdahalelerde bulunulması durumunda veride yapılan değişiklik ve silme işlemlerinin takibini sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır.
- » Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtlar, ilgili mevzuat kuralları çerçevesinde, kayıtların zarar görmesini önleyecek muhafaza koşullarında saklanmalıdırlar. Bu tür kayıtlar için, gerekli fiziksel ve işlevsel tedbirler alınmalı, yazılı bilgi güvenliği sağlanmalıdır. Tıbbi kayıtların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.

Bilgi Zamanlılığı ve Sürekliliği

- » Sunulan sağlık hizmetinin zamanında verilmesi ve sürekliliğinin sağlanması amacı ile bilgi yönetim sistemlerinin devre dışı kaldığı durumlar, yavaşlamalar ve arızalar takip edilmeli, bunlara yönelik iyileştirmeler yapılarak bilginin zamanlılığı sağlanmalıdır.
- » Bilgi yönetim sistemlerinde, toplanan tüm tıbbi bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılabilmesi, bu şekilde bilginin sürekliliği sağlanmalıdır.

Malzeme ve Cihaz Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	DH.MC.01.01	Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.
		DH.MC.01.02	Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.
		DH.MC.01.03	Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.
		DH.MC.01.04	Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır.
		DH.MC.01.05	Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.
		DH.MC.01.06	İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yaptırılmalıdır.
		DH.MC.01.07	Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaşılabilir olmalıdır.

		DH.MC.01.08	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
--	--	-------------	---

Amaç

Kullanılan malzeme ve cihazların, hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek zamanında temini ve güvenli kullanımlarını sağlamaktır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Verimlilik
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Etkin malzeme ve cihaz yönetimini sağlamak amacıyla, ilgili tüm süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Malzeme ve cihaz türlerinin temini, depolanması ve kullanımına ilişkin yöntem ve kurallar net bir şekilde belirlenmelidir. Malzeme ve Cihaz yönetimine dair dokümanlar sağlık kuruluşunun ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:
 - Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan personelin görev ve sorumlulukları
 - Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi
 - Malzeme ve cihazların kullanım ömrünün izlenmesi
 - Malzeme ve cihazların gerektiğinde değişimi ve güncellenmesine

yönelik planın oluşturulması

- Malzeme ve cihazların temini
- Malzemelerin muhafazası
- Malzeme istemleri
- Malzemelerin transferi, hazırlanması
- Malzemelerin ve cihazların güvenli kullanımı
- Malzeme ve cihaz yönetimine ilişkin göstergeler
- Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri
- Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemeler ve cihazlar
- Cihazların bakımı, ayarlanması ve kalibrasyonu

Malzeme ve Cihazların Temini

- » Sağlık kuruluşunda sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla doğru malzemelerin ve cihazların, doğru zamanda teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Malzeme ve cihazların temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu düzenleme çerçevesinde sağlık kuruluşu, kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceğini, talep yöntemini, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceğini tanımlamalıdır.
- » Rutin kullanılan, acil veya bulundurulması zorunlu malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- » Temini gerçekleştirilecek malzeme türlerinin, cihazların ve bunların miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler yapılırken, temin talepleri, tüketim analizleri ve toplum ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

Malzemelerin Muhafazası ve Transferi

- » Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatte fazla tutulduğu tüm birim depolarına yetkili personel haricinde kişilerin erişimi hasta güvenliği ve emniyet açısından sınırlandırılmalıdır.

- » Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır. Bu amaçla gerekli önlemler alınmalı ve alınan tedbirlere dair takipler yapılmalıdır.
- » Personelin malzemelere kolay ulaşımını sağlamak, acil durumlarda zaman kaybını önlemek amacıyla depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.
- » Depolardan transfer esnasında kırılma, dökülmeye karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır. Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.

Cihazların Güvenliği

- » Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.
- » Cihazların bulunduğu alanlarda yapılan fiziki düzenlemeler, cihazların çalışma koşullarına uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.
- » Cihazların güvenli çalışması, doğru sonuç vermesi, verebileceği zararın düşük seviyede tutulması gibi sebeplerle üretici firmaların teknik dokümanlarında belirtilen sıklıkta kalibrasyon, ayar, test ve/veya bakım işlemlerinin eksiksiz, sağlık kuruluşu ihtiyaçlarını karşılayan ve kullanım yoğunluğuna paralel olarak, bir plan dahilinde yapılması sağlanmalıdır.
- » Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazların (laboratuvar test cihazları, jeneratör gibi) eğitilmiş ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalıdır.

Tehlikeli Maddelerin Yönetimi

Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır. Dokümanda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- » Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması
- » Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler

- » Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. Envanter asgari aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır:

Tehlikeli maddenin;

- İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs.), kullanım şekli ve miadı
- Saklama koşullarını
- Etkileşime girdiği maddeleri
- Temas halinde yapılacakları
- Kullanıldığı ve depolandığı yerleri
- Taşıma şeklini
- İmha yöntemlerini
- Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler

Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır. Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketlenmelidir. Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.



Dış Kaynak Kullanımı

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.DK.01.00	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin sağlık kuruluşunun temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.	DH.DK.01.01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler sağlık kuruluşunun temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.
		DH.DK.01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.
		DH.DK.01.03	Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşu tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkinliğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin sağlık kuruluşunun temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasının sağlanmasıdır.

Hedefler

- | | |
|-------------------|-------------|
| » Hasta Odaklılık | » Güvenlik |
| » Devamlılık | » Etkililik |
| » Verimlilik | » Etkinlik |

Standart Gereklilikleri

Dış Kaynak Kullanımı Yolu ile Sağlanacak Hizmetlerin Belirlenmesi

- » Temel politika ve değerler esas alınarak; dış kaynak kullanımına ihtiyaç duyulma nedenleri ve sağlanacak hizmet ile hedeflenen amaçlar belirlenmelidir.
- » Sağlık kuruluşu dış kaynak kullanımı yoluyla sağlayacağı hizmetler ile ilgili ihtiyaç analizini ve değerlendirmelerini yapmalı, stratejisini belirlemelidir.

Dış Kaynak Kullanımının Kapsamı ile Süreçlerinin Tanımlanması

- » Dış hizmet sağlayıcısının sağlık kuruluşuna sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı ve tamamlama süreci belirlenmelidir
- » İş süreçleri açık ve net olarak tanımlanmalıdır.
- » Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.

Dış Kaynak Kullanımı ile Sunulan Hizmetlerin Standartlara Uygunluğu

- » Tanımlanan kapsam ve iş süreçlerine uygun olarak dış kaynak kullanımı ile sağlanan hizmetlerin sürekli kontrolüne yönelik yöntemler ile kontrol kriterleri ve performans göstergeleri belirlenmelidir.



Acil Durum Yönetimi



Acil Durum Yönetimi



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	AD.AD.01.01	Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.
		AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.
		AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.

Amaç

Sağlık kuruluşunda karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı vb. acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararın en az düzeye düşürülmesi için gereklilikleri tanımlamaktır.

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Risk Analizleri

Sağlık kuruluşları olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren durumlara yönelik alınması gereken tedbirler için olası durumları belirlemeli, hangi acil durumun sağlık kuruluşunda ne gibi tehlikeler oluşturabileceğini analiz etmeli ve gerekli önleyici tedbirlerin neler olması gerektiğini ortaya koymalıdır.

Planlama

» Sağlık kuruluşu acil durumlara yönelik belirlediği önleyici tedbirleri uygulamaya ilişkin planlama yapmalıdır. Önleyici tedbirlere yönelik planlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Hangi önleyici çalışmaların yapılması gerektiğinin belirlenmesi
- Gerekli önleyici yatırım ve faaliyetlerin planlanması
- Yatırım ve faaliyetlerin bütçelenmesi

Gerçekleştirilen tatbikatlar ve gözlemler ile geliştirilen önlem ve uygulamaların amaca hizmet edip etmediğinin sürekli gözden geçirilmesi

» Sağlık kuruluşunda yaşanılacak muhtemel acil durumlara yönelik gerekli önleyici tedbirler alınmasına rağmen (doğal afetler vb.) olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren durumların yaşanması halinde nelerin yapılması gerektiği de önceden planlanmalıdır.

- Sağlık kuruluşunda acil durum yönetim ekibi oluşturulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- Acil durumların yönetimini kolaylaştıracak yatırımlar (acil durum uyarı sistemleri, haberleşme sistemi vb.) belirlenerek planlanmalıdır.

Eğitim ve Tatbikatlar

Acil durum yönetiminin en önemli unsuru planlanan tedbirleri hayat geçir- meye yönelik önceden hazırlıklı olmaktır.

- » Risk analizleri sonucunda tespit edilen acil durumlara yönelik olarak tüm personele gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Belirlenen sıklıkta, personelde farkındalık yaratacak, ilgili tüm süreçleri kapsayacak ve olay anında riskleri en aza indirecek şekilde tatbikatlar gerçekleştirmelidir.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.02.00	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	AD.AD.02.01	Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır
		AD.AD.02.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
		AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.
		AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
		AD.AD.02.06	Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır

Amaç

Sağlık kuruluşunda karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gereklilikleri tanımlamaktır.

Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Sistemi (Mavi Kod)

- » Sağlık kuruluşunda acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan; hastalara, hasta yakınlarına ve tüm sağlık kuruluşu personeline en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik olarak bir acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
- » Acil uyarı sistemi; sağlık kuruluşunun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, sağlık kuruluşunun tamamını kapsayacak ve günün her saatinde vaka yerine en kısa sürede (en geç 3 dakika) ulaşmayı sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; sağlık kuruluşu çalışanlarını zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasına engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.

Sorumlular

- » Sağlık kuruluşu yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde mavi kod sorumluları belirlenmelidir.
- » Mavi kod sorumlularının sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, mavi kod müdahale ekiplerinin belirlenmesi, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici- önleyici faaliyetlerin başlatılması konularını kapsamalıdır.

Müdahale Ekipleri

- » Mavi Kod müdahale ekibinde CPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi almış en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır. Müdahale ekibi, mavi kod çağrısı verilen vaka yerine giderek müdahalenin yapılmasından sorumludur.
- » Mavi kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.

İlaç ve Ekipmanlar

- » Acil müdahale için hangi ilaç ve ekipmanlara gereksinim duyulacağı önceden belirlenerek acil müdahale seti oluşturulmalıdır. 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 vb.), enjektörler, kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.
- » Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Acil müdahale seti kullanılabilir durumda bulundurulmalıdır.

Kayıt Tutulması

- » Mavi kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Çağrının ne zaman yapıldığı
 - Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
 - Hangi müdahalelerin yapıldığı
 - Müdahalenin nerede yapıldığı
 - Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.

Eğitim ve Tatbikatlar

- » Sağlık kuruluşunda, mavi kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Mavi kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.03.01	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır
		AD.AD.03.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
		AD.AD.03.04	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
		AD.AD.03.05	Pembe kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır

Amaç

Sağlık kuruluşunda bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesidir.

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Sistemi (Pembe Kod)

- » Başta doğum hizmeti verilen ve/veya çocuk polikliniği bulunan sağlık kuruluşları olmak üzere, sağlık kuruluşundan hizmet alan bebek veya çocuk hasta/hasta yakınını kaçırma girişimi veya kaçırma durumu

halinde en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik olarak acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- » Acil uyarı sistemi; sağlık kuruluşunun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, sağlık kuruluşunun tamamını kapsayacak ve günün her saatinde müdahaleyi sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; ilgili çalışanları zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasına engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.

Sorumlular

- » Sağlık kuruluşu tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde pembe kod sorumluları belirlenmelidir.
- » Sorumluların sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılmasıdır.

Müdahale Ekipleri

- » Pembe kod uyarısı verildiğinde güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve sağlık kuruluşu bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.
- » Sağlık kuruluşu, pembe kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapmalıdır.

Kayıt Tutulması

- » Pembe kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Çağrının ne zaman yapıldığı
 - Müdahale edilen bebek ya da çocuğa ve velisine ait bilgiler
 - Kaçırma girişimi/işleminin nedeni ve şekli
 - Müdahalenin nasıl yapıldığı, alınan önlemlerin kapsamı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
 - Olayın adli mercilere iletilmesi süreci ile ilgili bilgiler

- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.

Eğitim ve Tatbikatlar

- » Sağlık kuruluşunda, pembe kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Pembe kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

Standart 4

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.04.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.04.01	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		AD.AD.04.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.04.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
		AD.AD.04.04	Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır

Amaç

Sağlık kuruluşunda görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasıdır.

Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Sistemi (Beyaz Kod)

- » Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlar için acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
- » Acil uyarı sistemi; sağlık kuruluşunun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, sağlık kuruluşunun tamamını kapsayacak ve günün her saatinde müdahaleyi sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; ilgili çalışanları zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasına engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.

Sorumlular

- » Sağlık kuruluşu tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde beyaz kod sorumluları belirlenmelidir.
- » Sorumluların sorumluluk alanları asgari, çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılmasıdır.

Müdahale Ekipleri

- » Beyaz kod uyarısı verildiğinde; güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve sağlık kuruluşu bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir. Sağlık kuruluşunda bulunan güvenlik görevlileri beyaz kod sisteminde belirlenen şe-

kilde sorumlu bulundukları alanda meydana gelen olaylara müdahale etmekle sorumludur.

- » Sağlık kuruluşu, beyaz kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapmalıdır.

Kayıt Tutulması

- » Beyaz kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:
 - Çağrının ne zaman yapıldığı,
 - Müdahale edilen personele ve şiddet uygulayan kişiye ait bilgiler,
 - Şiddet olayının nedeni
 - Müdahalenin nasıl ve nerede yapıldığı
 - Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
 - Olayın adli mercilere iletilmesi ile ilgili bilgiler
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir

Eğitim ve Tatbikatlar

- » Sağlık kuruluşunda, beyaz kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlarına verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Beyaz kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

Standart 5

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	AD.AD.05.01	Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
		AD.AD.05.02	Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		AD.AD.05.03	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.05.04	Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.
		AD.AD.05.05	Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır

Amaç

Sağlık kuruluşunda çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemektir.

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yangın Algılama Sistemi

Sağlık kuruluşunun tüm alanlarını kapsayacak, elektrik kesintilerinden etkilenmeyecek ve adresleme yapabilecek şekilde çalışan bir yangın algılama sistemi bulunmalıdır. Sistem, elektrik kesintisinden etkilenmeyecek şekilde kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.

Acil Uyarı sistemi (Kırmızı Kod)

- » Sağlık kuruluşunda, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır. Kurulacak acil uyarı sistemi, kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilmesini de dikkate alacak şekilde kapsayıcı, görsel ve işitsel olmalıdır. Acil uyarı sistemi oluşturulurken itfaiye vb. ilgili birimlerle koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Kırmızı kod ile tanımlanacak acil uyarı sistem; sağlık kuruluşu çalışanlarını haberdar edecek, risk durumunda etkin ve hızlı iletişime geçecek, kısa ve net mesaj verilmesini sağlayacak, doğru müdahale için zaman kazandıracak, panik oluşmasına engelleyecek şekilde oluşturulmalıdır.

Sorumlular

- » Sağlık kuruluşu tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde kırmızı kod sorumluları belirlenmelidir.
- » Sorumluların sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, ilgili kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılması gibi konularını kapsamalıdır. Acil uyarı sistemlerinden sorumlu kişiler aynı zamanda yangın önleme ve söndürme ile ilgili mevzuatları takip ederek, gerekli düzenlemelerin yapılmasını da takip etmelidirler.

Yangına Müdahale

- » Kırmızı kod uyarısı verildiğinde, ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve sağlık kuruluşu bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmeli, yangına müdahale edecek ekipte kimlerin bulunacağı ya da müdahale edilemeyecek durumlarda yetkililere ve itfaiyeye kimlerin haber vereceği tanımlanmalıdır.

- » Yangına ilk müdahalenin yapılmasına yönelik olarak kullanılacak yangın muslukları, yangın tüpü, yangın hortumu gibi araç ve ekipmanlar belirlenmeli, bu ekipmanın kullanımına ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. Ayrıca ekipmanların çalışır ve kullanılabilir durumda oldukları periyodik olarak kontrol edilmelidir.

Eğitim ve Tatbikatlar

- » Sağlık kuruluşunda, kırmızı kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlarına verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Kırmızı kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.



TANIMLAR VE KISALTMALAR



Acil Sağlık 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 toplamıdır.

Ağır Metal İçeren Atıklar: Ünitelerde tedavi ve tanı gibi tıbbi alanlarda kullanılan termometre, tansiyon ölçme aleti ve radyasyondan koruma amaçlı paneller gibi alet ve ekipmanların içinde veya bünyesinde bulunan cıva, kadmiyum, kurşun içeren atıklardır.

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: Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleridir.

Anamnez: Hastaya teşhis koyma amaçlı olarak sorulan sorular sonucu elde edilen hasta öyküsüdür.

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

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

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.

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

Bölümsel Yapı: Bu yapılanmada çıktılar esas alınmakta ve bölümler çıktılara dayalı olarak gruplandırılmaktadır. Sağlık kurumlarında bölümler, belirli tıp uzmanlık alanlarına (çocuk, cerrahi, radyoloji vb.) göre oluşturulmaktadır. Bu yapılanmada, bölüm yöneticisine bağlı olarak çalışan fonksiyonel yöneticiler bulunmaktadır. Fonksiyonel yöneticiler, yalnızca bölüm yöneticisine değil, aynı zamanda sağlık kurumunun üst düzey fonksiyonel yöneticilerine karşı da sorumludurlar.

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

Cerrahi Profilaksi: Cerrahi enfeksiyonların oluşumunu önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimler

Çalışan/Personel: Çalışan ve personel ifadeleri, bu standart setinde, sağlık kuruluşunda hizmet sunumunda yer alan kalıcı, geçici, gönüllü, günlük veya bağımsız olarak görevli kişileri tanımlamaktadır.

Değer: Kurumun güvenli bir şekilde yaşamını sürdürmesi ve gelişmesi için üyelerini belirli davranışlara yönlendiren tanımlanmış kurallar ve ilkeler dizisidir.

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.

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 etkilme seviyelerine göre yüksek, orta ve düşük dezenfeksiyon olarak 3 sınıfta değerlendirilir.

Dış Kalite Değerlendirme Programı: Laboratuvarların analitik perfor-

manslarının 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 hizmeti veren kuruluşun bazı hizmetlerinin sağlık kurumu dışındaki bir kurum ya da kuruluştan sağlanması yöntemidir.

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

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

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

Düşük Düzey Dezenfeksiyon: Bu işlemde kısa bir sürede (10 dakikadan az) vejetatif bakterilerin büyük kısmı, bazı mantarlar ve bazı virüsler ölür.

Elden Ele (Handover): Hastanın bakım güvenliğini ve devamlılığını sağlamak için, hastanın özellikli bilgilerinin bir bakım verenden diğerine veya takım halinde örgütlenmiş bir yapıdan diğerine interaktif bir şekilde devre- dildiği çağdaş bir etkileşim sürecidir.

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

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

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

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

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.

Geribildirim: Sağlık kurumundan hizmet alan hasta ve yakınlarından, sunulan hizmetlere yönelik anket, telefon görüşmesi vb. uygun araçlar kullanılarak, alınan görüş, öneri, dilek ve şikâyetleri ifade etmektedir.

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

Hasta Bakımı: Hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır.

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

Hedef Kitle: Kurum çalışanları, hizmet alanlar ve kurumun etkileşim içinde olduğu tüm kişi ve kurumlar (medya, sigorta kurumları, tedarikçiler, kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri, üniversiteler, yerel yönetim birimleri, toplum liderleri, ilgili uzmanlar gibi)

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

İstenmeyen Olay: Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluştaki 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.

İşlevsel (Fonksiyonel) Yapı: Faaliyetlerin kullanılan bilgi, beceri ve kaynakların benzerliğine göre gruplandırılmasıdır. Bu gruplandırmanın sonucunda bölümler ortaya çıkar. Bu anlamda işlevsel yapı, kurumsal kaynaklara göre bölümlendirme olarak düşünülebilir. Bu yapıyı benimseyen sağlık kurumları genel olarak tanı, tedavi, yönetsel ve destek bölümlerine sahiptir.

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 dizisi.

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.

Kısıtlama; Hastanın kendisine ya da başkalarına zarar verme riskine karşı fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamaktır.

Kısıtlı Antibiyotik Bildirimi: Belirlenen uluslararası kurallar çerçevesinde gerçekleştirilen antibiyotik duyarlılık testi sonuçlarının, yine belirlenen kurallar çerçevesinde seçimli olarak raporlanmasıdır. Bildirimi gereken ilaçlara ilişkin sonuçlar raporlanır. Seçilerek bildirilmesi gereken ilaçlara ilişkin bilgiler belli kurallar çerçevesinde raporlanır.

Kimyasal Atık: Ünitelerde tedavi veya tanı gibi tıbbi alanlarda kullanılan ve insan ve çevre sağlığı için çeşitli etkilerle zararlı olabilen kimyasal maddelerin gaz katı veya sıvı atıklarıdır.

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

Kontaminasyon: Yabancı madde ile enfekte olma. Bakteri ve virüslerin kontamine bir yüzeyden başka bir yüzeye geçişidir.

Konteyner: Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenir, en az 0,8 m3 hacminde geçici depolama birimidir.

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 (Tasarım): 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 şemasında, kurum bünyesi içinde bulunan makamlar, birimler ve bölümler ile bunlar arasındaki yetki, sorumluluk ve iletişim ilişkileri gösterilmektedir.

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.

Matriks Yapı: Matriks tasarım, sağlık kurumunda, hem işlevsel hem de bölümsel yapılanma yaklaşımının aynı anda kullanılmasıdır. Örneğin ameliyathanede verilen hizmetler, farklı bölümlerde yer alan ve farklı işlevlere sahip kişi ve birimlerin koordinasyonunu gerektirmektedir.

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.

Morbidite: Hastalık hali

Mortalite: Ölüm hali

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

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

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

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

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

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

Partikül: Maddenin veya enerjinin en küçük parçası

Patolojik Atık: Cerrahi girişim sonucu ortaya çıkan dokular, organlar, vücut parçaları, insan fetüsü

Patojen mikroorganizma: Enfeksiyöz hastalıklara neden olan mikro-organizmalar

Perioperatif: Cerrahi uygulama sırasında

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

Postanalitik Süreç: Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen analiz sonrası süreçlerdir.

Postoperatif: Cerrahi uygulama sonrası

Postpostanalitik Süreç: Sonuçların hasta yararına kullanılmasını temin etmek üzere yorumlanması, ek test gereksinimlerinin belirlenmesi, dolayısı ile hastanın tanı, tedavi veya takibinde doğru kararların verilmesi noktasında laboratuvarın bilgi ve yönlendirme desteği sağlamasını ifade etmektedir.

Preanalitik süreç: Hastaya test istemi yapıldıktan sonra analize kadar geçen numune alımı, numune transferi, numunenin laboratuvara kabulü, saklanması ve analize hazırlanışını içeren tüm aşamaları kapsamaktadır.

Prepreanalitik Süreç: Hastaya test istemi yapılması sürecidir.

Preoperatif: Cerrahi uygulama öncesi

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

Psikotrop ilaç: 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.

Radyoaktif Atık: Radyoterapi veya laboratuvar araştırmalarından artan sıvılar; kontamine olmuş cam eşya, ambalaj veya kağıt; açık radyonükleidler ile muayene veya tedavi edilen hastaların dışkı ve idrarı, kapalı kaynaklar gibi radyoaktif madde içeren atıklardır.

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.

Bu kapsamda risk analizi;

Hastaların maruz kalabileceği tehlikelerin belirlenmesi

Tehlikelere maruziyet sıklığı ve etkilenme düzeyinin saptanması

Hangi hasta veya hasta gruplarını etkilediğinin değerlendirilmesi işlemlerini kapsamalıdır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı sosyal ve politik bir süreci temsil eder. 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. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların *sağlığın belirleyicileri (biyolojik, sosyal, ekonomik, çevresel, yaşam tarzı gibi faktörler)* üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir.

Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyon: Hastaya 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 ve o sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanlarında meslekleriyle ilişkili olarak gelişen enfeksiyonlar da bu kategoride ele alınır.

Sözel istem; Sözel istem, hekimin yazılı olarak istem veremeyeceği zorunlu hallerde, istemi ilgili hemşireye sözlü olarak iletmesi olarak tanımlanmaktadır.

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

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

Taşıma: Atıkların geçici depolama birimlerinden uygun taşıma araçları ile alınarak bertaraf alanına götürülmesi işlemidir.

Tehlikeli Atık: Ünitelerden 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.

Temel Tesis Kaynakları: Sağlık hizmetinin sunumunda kullanılacak teknolojilerin ihtiyaç duyduğu minimum alt yapı oluşumlarını ifade etmektedir (Su, elektrik, havalandırma ve medikal gaz sistemleri vb.).

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 yönetimi ile ilgili tüm çalışmaların koordine edilmesidir.

Tıbbi Atık: Ünitelerden kaynaklanan, enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıklardır.

Tıbbi Gaz: Sağlık hizmeti sırasında anestezi işlemlerde veya tanı ve tedavi amacı ile kullanılmak üzere üretilmiş ve paketlenmiş gaz

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.

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, 24 saate kadar zorunlu hallerde bu süreye ek olarak 6 saat daha yatarak takip edilen hastalardır.

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

Yüksek Düzey Dezenfeksiyon: Bazı kimyasallar uzun süreli (3-12 saat) muamele ile tüm sporları öldürebilir. Bunlara kimyasal sterilizan denir. Benzer konsantrasyonda ancak daha kısa muamele süresinde (örneğin gluteraldehit ile 20 dakika) aynı dezenfektan bakteriyel sporlar hariç tüm mikroorganizmaları öldürür. Bu işleme yüksek düzey dezenfeksiyon denir.

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

STANDARTLAR İLE İLİŞKİLİ MEVZUATLAR



Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar				
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat	
Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	Sağlık kuruluşu faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	- T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyumlası Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012. - Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmi Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete, Sayı:28103, 02.11.2011	
	YO.OY.02.00	Sağlık kuruluşu, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.		
Temel Politika ve Değerler	YO.PD.01.00	Sağlık kuruluşunun temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.		
Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	Sağlık Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.	
Doküman Yönetimi	YO.DY.01.00	Sağlık kuruluşu doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.		
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	YO.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.		
Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	Sağlık kuruluşu ve sağlık kuruluşunda sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.		
Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	Sağlık Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.	
Sosyal Sorumluluklar	YO.SS.01.00	Sağlık kuruluşu, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.		
Kurumsal İletişim	YO.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.		

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar				
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat	
Kurumsal Göstergeler	PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.		
İnsan Kaynakları Yönetimi	SC.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.		
	SC.İK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.		
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği			- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013. - İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012. - İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012. - İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No:6331, Kabul Tarihi 20.06.2012. - İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013. - İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmi Gazete, Sayı: 28602, 29.03.2013.	
	SC.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.		
Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420 Tarih: 01.08.1998;	
Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.		

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Hasta Geri Bildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	
Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Yaşam Sonu Hizmetler	HD.YS.01.00	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.	
Enfeksiyonların Önlenmesi	SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.
Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	
İlaç Yönetimi	SH.İY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayısı 28970, 12.04.2014 - İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014
Transfüzyon Yönetimi	SH.TY.01.00	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 5624 Sayılı, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007. - Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı 270704, 04.12.2008.
	SH.TY.02.00	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, çalışan ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
	SH.TY.03.00	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			İlişkili Olduğu Mevzuat
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	
	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	
	SH.HB.02.00	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.	
	SH.HB.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.
	SH.HB.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	
	SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	
Hasta Bakımı	SH.HB.06.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan Oluru, 19.01.2010. - Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C. Resmi Gazete Sayı 28000, 20.07.2011.
	SH.HB.07.00	Hasta/hasta yakınları ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 23999, 05 Temmuz 2000. - Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28344, 05 Temmuz 2012.
Radyasyon Güvenliği			

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011, - Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09.10.2013.
	SH.LH.02.00	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	
	SH.LH.03.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.LH.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.LH.05.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.LH.06.00	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	
	SH.LH.07.00	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	
Güvenli Cerrahi	SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	
	SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	
Acil Sağlık Hizmetleri	SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı 27378, 16.10.2009.
	SH.AS.02.00	Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için sağlık kuruluşunun tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.	- Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011. - T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.
	DH.OH.02.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	
	DH.OH.03.00	Sağlık kuruluşunda amaçsız hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.
	DH.OH.04.00	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	
	DH.OH.05.00	Sağlık kuruluşunda hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emiyyet hizmeti sunulmalıdır.	Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004
Tesis Yönetimi	DH.TY01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28710, 17.07.2013
Atık Yönetimi	DH.AY01.00	Sağlık kuruluşunda üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25883, 22/07/2005. - Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25735, 14/03/2005. - Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008 - Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010
Bilgi Yönetimi	DH.BY01.00	Sağlık kuruluşunda etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar				
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27957, 07/06/2011	
Dış Kaynak Kullanımı	DH.DK.01.00	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin sağlık kuruluşunun temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.	Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015	
Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013 - Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007	
	AD.AD.02.00	Solumun arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.		
	AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.		
	AD.AD.04.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulanması Genelgesi, Sayı:6367, 16.03.2016.	
	AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013 - Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007	



KAYNAKLAR



- A6331 Sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu. (2012, 30 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 28339). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>
- Accreditation Canada Standards, Qmentum International, 2010-2011.
- Aday Memurların Yetiştirilmelerine İlişkin Genel Yönetmelik. (1983, 27 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 18090). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.836061&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Aday%20Memurlar%FDn>
- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği. (2013, 18 Aralık). Resmi Gazete (Sayı 28855). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20135703.pdf>
- Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, (Çev. KAYA, S (2013).
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. (2008, 15 Şubat). Resmi Gazete (Sayı: 26788). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.11969&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=ayakta%20te%C5%9F>
- Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. (1994, Mart). Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak, Avrupa.
- 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 İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği. (2015, 24 Haziran). Resmi Gazete (Sayı 29396). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150624-1.htm>
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik. (2008, 5 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı 26927). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150402-2.htm>
- Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2015, 02 Nisan). 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). Resmi Gazete (Sayı 27533). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100326-13.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. (2012). Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/NSQHS-Standards-Sept-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
- Barth, J. (2012). "Selecting clinical quality indicators for laboratory medicine", Ann Clin Biochem, 49, s. 257.
- Baskan, S. (2003). "Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi: ameliyathane koşulları nasıl olmalı?. Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 7(4), 161-167. Erişim adresi: http://www.hastaneenfeksiyonlaridergisi.org/search_result.aspx
- Baumann, B., M., 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, s.453.
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik. (2007, 19 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 26735). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/12/20071219-2.htm>
- Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik. (2013, 15 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 28678). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.18485&sourceXmlSearch=Biyolojik%20Etkenlere%20Maruziyet&MevzuatIliski=0>
- Cander, B. ve arkadaşları. (2008). Acil Servis Hizmetlerinin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılanması JAEM, 7(2):16.
- Siegel JD, 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>
- 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/>

- 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>
- Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), Statistical quality control for quantitative measurement procedure: principles and definitions. 4th ed. CLSI guideline c24. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2016.
- Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality: Approved Guideline. CLSI document QM12-A Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2010. Erişim adresi: https://clsi.org/media/1515/qms12a_sample.pdf
- 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
- Cumhurbaşkanlığı 1 No'lu Kararnamesi. (2018, 10 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı 30474). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180710-1.pdf>
- 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 Gürültü İle İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik. (2013, 28 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı: 28721). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130728-11.htm>
- Çalışanların İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2013, 15 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı:28648). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130515-1.htm>
- Çalışanların Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Korunması Hakkında Yönetmelik. (2013, 30 Nisan). Resmi Gazete (Sayı 28633). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130430-6.htm>
- Çevre Bakanlığı Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği. (2001, 20 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 24379). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2001/04/20010420.htm>

- Demir, H., Okan, T. (2009). teknoloji, örgüt yapısı ve performans arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, 10 (1), 57-72.
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik. (2014, 12 Nisan). Resmi Gazete (Sayı:28970). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatTliski=0&MevzuatKod=7.5.19569&sourceXmlSearch=>
- Eren, E., (2000). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş
- Erkoç, Y., vd. (2011). Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Eroğlu, F., Özmen, S., Noyaner, A., Aydın, C. (2001). Yoğun bakımda sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz?. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi , 8(3), 9-11. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196496>
- Erol, S. (2008). Hastane enfeksiyonları surveyansı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, 43-51.
- Ertem, G. (2003). Standartlara dayalı verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir.
- European Charter of Patients' Rights Basis Document, Rome, November 2002.
- FQnetHomepage&cid=1120143435363
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği. (2011, 17 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 281457). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111217-5.htm>
- Glenn M. Rampton, Ian J. Turnbull, J. Allen Doran. (1999). “Human Resource Management Systems: A Practical Approach”, 2nd edition. Ontario, Carswell Thomson Professional Publishing, s.25.
- Groene O., Barbero, M.G. (2005). Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi, Kanıt ve Kalite Yönetimi ((Zaralı, F., vd, Çev.)] Dünya Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara
- Güler, H., vd. (2013). SKS Doküman Yönetim Sistemi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa
- Güler, H., vd. (2012). SKS ve İlaç Güvenliği, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa
- Güler, H., Öztürk, A. (2011). Hastane Hizmet Kalite Standartları, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa
- Güllülü, U., Özer, S., Candan, B. (2000). Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması” 5.Ulusal

- Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi, ss:91-109.
- Günaydın, M., Perçin, D., Esen, Ş., Zenciroğlu, D. (2015). Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon (DAS) Derneği. Erişim adresi: http://www.hider.org.tr/global/Derne_k_Kilavuzlari/DASRehber2015.pdf
 - Handel, D. A., Ginde, A.A., Raja, A.S., Rogers, J., Sullivan, A.F., Espinola, J.A., Camargo, C.A. (2010). Implementation of crowding solutions from the American College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding, Int J Emerg Med, 3(4), 279-86
 - Hasta Güvenliği, Türkiye ve Dünya. (2011). Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
 - Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 01 Ağustos). Resmi Gazete (Sayı:23420). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatLiski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
 - Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 16 Ocak). Resmi Gazete (Sayı: 28994). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/01/20190116-10.htm>
 - Hastane Afet ve Acil Durum Planları(HAP) Uygulama Yönetmeliği. (2015, 20 Mart). Resmi Gazete (Sayı : 29301). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/03/20150320-13.htm>
 - Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2007, 02 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı 26510). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>
 - Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 13 Haziran). Resmi Gazete (Sayı 29428). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190613-6.htm>
 - Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi. (2016, 16 Mart). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı:2016/3). Erişim adresi: <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf>
 - Inozu, B., Chauncey, D., Kamataris, V., Mount, C. (2012). Performance improvement for healthcare-leading change with lean, six sigma and constraints management. McGraw-Hill Education; 1 edition.
 - Institute of Medicine, To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
 - ISO 15189. (2012).“Medical laboratories-Requirements for quality and competence, International Organization for Standardization”, 2012.

- ISO 31000. (2009). "Risk management - Principles and guidelines". ISO 9001. (2008). "Quality management systems – Requirements". İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik. (2014, 15 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 28973). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140415-6.htm>
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. (2012, 29 Aralık). Resmî 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). Resmi Gazete (Sayı:28545). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.16924&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). 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). Resmî 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). 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). Resmi Gazete 13 Ocak 2004 (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). Resmi Gazete (Sayı: 28602). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190312-6.htm>
- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik. (2013, 17 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı 28710). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130717-2.htm>
- Usluer, G., Esen, Ş., Dokuzoğuz, B., Ural, O., Akan, H., Arcagök, C., Şahin, H. (2006). Hastane enfeksiyonları Dergisi 10(2), 5-28. Erişim adresi: http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/search_result.aspx
- Japan Council for Quality Health Care. (2013). Erişim adresi: <http://jcqhc.or.jp/pdf/top/english.pdf>.

- Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey Process Guide, 4th Edition (for Academic Medical Centers), 2013.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011.
- Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Açıkta Kura İle Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usûl Ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik. (2015, 10 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı: 29412). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150710-33.htm>
- Kaya, A. (2010). Türkiye'deki kamu hastanelerinde halkla ilişkiler ve tanıtım eksikliği sorunu (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık Ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik. (2013, 12 Ağustos). Resmi Gazete (Sayı: 287339.). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130812-1.htm>
- Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik. (2013, 02 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı: 28695). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/05/20190501-5.htm>
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik. (2016, 20 Ekim). Resmi Gazete (Sayı : 29863). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/10/20161020-1.htm>
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. (2016, 07 Nisan). T.C. Resmi Gazete, Sayı:29677 07/04/2016
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981.
- 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.
- Nakhleh, R.E., Fitzgibbons, P.L. (2005). Quality Management in Anatomic Pathology: Promoting Patient Safety Through Systems, Improvement and Error Reduction, CAP.
- National Healthcare Disparities Report; 3. Bölüm. (2008). Access to healthcare. Agency For Healthcare Research And Quality, Washington Yayın no: 09-0002. Erişim tarihi: adresi: <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm>
- National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program, 2011-2012. (2011). Health Care Criteria for Performance Excellence.

- NIOSH Publication No. 88-119: "Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers", 1988.
- OECD. (2009). Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report, Health Working Papers No. 47.
- OECD, Health at a Glance. (2011). OECD Indicators.
- Ovayolu, N., Bahar, A. (2006). Hemşirelikte kalite. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1),104-110.
- Öncü, S. (2013). Cerrahide antibiyotik, profilaksisi. Ulusal Cerrahi Dergisi, 27(3), 176-181.
- Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik. (2004, 07 Ekim). Resmi Gazete (Sayı: 25606). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7190&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch>
- Özlü, T. (2005). Kuramsal Metinler, "Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, çünkü hastasınız." TİMAŞ Yayınları, İstanbul.
- Phillips, R.L., Dovey, S.M., Hickner, J.S., Graham, D., Johnson, M. (2005). The AAFP patient safety reporting system; development and legal issues pertinent to medical error tracking and analysis. In: Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 3,121-34.
- Plebani, M. vd. (2013). "Towards harmonization of quality indicators in laboratory medicine", Clin Chem Lab Med, 51(1), 187-195.
- Price, C., Christenson, R. (2003). Evidence-based laboratory medicine: From Principles to Outcomes, AACC Press, Washington, DC.
- Pugh, D. S., ed. (1990). Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.
- 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), 335-348.
- Rootman, I. vd. (2001). Evaluation in health.Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series.
- SKS İşığında Sağlıkta Kalite. (2013). Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, cilt 1-2-3 Ankara, Pozitif Matbaa.
- Sağlık Bakanlığı Atama Ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. (2013, 26 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 28599). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17232&MevzuatIlski=0>
- Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği. (2009, 11 Aralık). Resmi Gazete (Sayı:15296). Erişim adresi:

- Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme Ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği. (2017, 17 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 289759). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19581&MevzuatIliski=0>
- Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2012, 28 Nisan). Resmi Gazete (Sayı : 28277). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>
- Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. (2015, 11 Şubat). Resmi Gazete (Sayı: 29264). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150211-11.htm>
- Sağlık Bakanlığı Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi. (2008, 20 Ağustos). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı:26529). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11257/saglik-bakanligi-yangin-onleme-ve-sondurme-yonergesi.html>
- Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Sayı: 26563, 25.06.2007
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2011). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (1987, 15 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı:3359). Erişim adresi:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=3359>
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2015, 27 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 29399). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150627-2.htm>
- Samastı, M. (2008). Hastanelerde dezenfeksiyon kullanım esasları, yapılan hatalar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, 143-168.
- Sciacovelli, L., vd. (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), 835–844.
- Shahangian, S., Snyder, S. (2009). Laboratory medicine quality indicators, a review of the literature, Am J Clin Pathol, 131, 418-431.
- Srivastava R., vd. (2010). Reflex and reflective testing: efficiency and effectiveness of adding on laboratory tests, Ann Clin Biochem, 47, 223–227.

- Starfield, B., Shi, L. (2004). The medical home, access to care, and insurance. *Pediatrics*, 113(5), 8-1493.
- Sur, H. (2012). Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları.
- Süngü, A. (2007). Ameliyathane havalandırma sistemleri ivf ve genetik laboratuvar havalandırma. Erişim adresi: <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf>
- Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge. (2012, 30 Ekim). T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı.
- Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği. (2005, 11 Ağustos). Resmi Gazete Sayı (25903). Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=333&Itemid=33
- Taşınır Mal Yönetmeliği. (2007, 18 Ocak). 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.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005, 14 Mart). Resmi Gazete (Sayı 25755). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050314-1.htm>
- Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara.
- 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 Cihaz Yönetmeliği. (2011, 07 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı 27957). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10485/tibbi-cihaz-yonetmeliği.html>
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği. (2013, 09 Ekim). Resmi Gazete (Sayı: 28790). Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=977:tibb-laboratuvarlar-yoenetmel-2013&catid=2:ymelik&Itemid=33
- Stok Yönetimi ve Taşınır Mal Uygulamaları Genelgesi. (2013, 01 Temmuz). TKHK (Sayı:01586109). Erişim adresi: <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,44456/2013-09-stok-yonetimi-ve-tasinir-mal-uygulamaları-genelgesi.html>
- Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük içinde. Erişim adresi: www.tdk.gov.tr

- Uztuğ, F. (Editör). (2012). Kurumsal İletişim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No 1562.
- Viccellio, A., Santora, C., Singer, A.J., Thode, H.C., Mark, C., Henry, M.C. (2009). The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: A 4-year experience. *Ann Emerg Med*, 54(4),487-91.
- Wayne, P.A. (2008). Using of proficiency testing to improve the clinical laboratory Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI). Approved guidelines, 2nd ed. GP27-A2., USA: CLSI.
- World Health Organization (WHO). (2005). Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to action.
- 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.
- 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 Assessment Tool.
- World Health Organization (WHO). (2000). Laboratory biosafety manual, Third edition.
- World Health Organization (WHO). (2011). Laboratory Quality Management System, Handbook.
- World Health Organization (WHO). (2009). Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences.
- World Health Organization (WHO). Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide 2nd edition, 2002.
- World Health Organization (WHO). Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists, 2013.
- World Health Organization (WHO). (2009). Safe surgery save lives, safe surgery checklist, patient safety checklists.
- World Health Organization (WHO). (2009). World Alliance for Patient Safety.
- Williams, S.J., Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice,

dental and hospital care setting, social science and medicine. 33 (6), 707–716.

- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi. (2001, 06 Kasım). Resmî 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>

EKLER



EK 1

SAS Göstergeleri Tablosu 1 - Yönetim ve Organizasyon Boyutu

Yönetim ve Organizasyon Göstergeleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı	Z
Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Z
Y.3.Z	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanım Oranı • İstenmeyen olay bildirimlerine ilişkin gerçekleştirilen iyileştirme faaliyeti oranı	Z
Y.4.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Z
Y.5.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 2 – Sağlıklı Çalışma Yaşamı Boyutu

Sağlıklı Çalışma Yaşamı Göstergeleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Ç.1.Z	Çalışan Memnuniyet Oranı	Z
Ç.2.Z	Personel Devir Hızı	Z
Ç.3.Z	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Z
Ç.4.Z	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Z
Ç.5.Z	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Z
Ç.6.Z	Çalışanlara yönelik Şiddet Olay Sayısı	Z
Ç.7.Z	Çalışanlara yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 3 – Hasta Deneyimi Boyutu

Hasta Deneyimi Göstergeleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
H.1.Z	Hasta Memnuniyet Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 4 – Sağlık Hizmetleri Boyutu

Sağlık Hizmetleri Göstergeleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Hasta Bakımı		
S.1.Z	Düşen Hasta Oranı	Z
Enfeksiyon Önlenmesi		
S.2.Z	El Antiseptiği Tüketim Miktarı	Z
S.3.Z	El Hijyeni Uyumu	Z
İlaç Yönetimi		
S.4.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	Z
S.5.Z	Advers Etki Görülme Oranı	Z
S.6.Z	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	Z
S.7.Z	İmha Edilen İlaç Miktarı	Z
Radyasyon Güvenliği		
S.8.Z	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	Z
S.9.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı	Z
S.10.Z	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri	Z
Laboratuvarlar		
S.12.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı	Z
S.13.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	Z
		Z
	• Hatalı Etiketlenen Numune Oranı	Z
	• Hatalı Numune Kabı Kullanılma Oranı	Z
	• Yetersiz Numune Oranı	Z
	• Hemolizli Numune Oranı	Z
	• Pıhtılı Numune Oranı	Z
	• Belirlenen Maksimum Transfer Süresini Aşan Numune Oranı	Z
S.14.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Z
	• Numune Çalışılmadan Önce Fark Edilmiş Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Z
	• Numune Çalışıldıktan Sonra Fark Edilmiş Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Z
S.15.Z	Kaybolan Numune Oranı	Z

Sağlık Hizmetleri Göstergeleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
S.16.Z	Tekrar Alınan Numune Oranı	Z
S.17.0	Laboratuvara Teslim Edilmeyen Numunelerin Oranı	0
S.18.Z	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Z
S.19.Z	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Z
S.20.Z	Panik Değer Bildirim Oranı	Z
S.21.Z	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı » Toplam Test Süresi (Test Bazında Ortalama Süre Alınır) İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre » Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre » Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre • Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı	Z
Cerrahi Operasyon		
S.22.Z	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Z
S.23.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Z
S.24.0	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	0
Acil Ünitesi		
S.25.Z	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı	Z
S.26.Z	Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 5 – Destek Hizmetleri Boyutu

Destek Hizmetleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
D.1.Z	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı	Z
D.2.Z	Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi	Z
D.3.Z	Atık Devir Hızı (Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi)	Z
D.4.Z	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı	Z
D.5.Z	Teknik Birimin Sağlık Kuruluşu Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Z
D.6.Z	HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	Z
D.7.Z	Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi	Z
D.8.Z	Cihaz Arızalanma Sıklığı	Z
D.9.0	Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı	0
D.10.0	HBYS Revizyon Talepleri - Karşılama Oranı - Karşılama Süresi	0

SAS Göstergeleri Tablosu 6 – Acil Durum Yönetimi Boyutu

Acil Durum Yönetimi		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
A.1.Z	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	Z
A.2.Z	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Z
A.3.Z	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	Z
A.4.Z	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	Z

