



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

# Sağlıkta Kalite Standartları

## **Doküman Yönetimi Rehberi**



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

**Doküman Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0), Ankara, Temmuz 2020**

**ISBN: 978-975-590-769-7**

**Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1174**

Bu rehber SKS Hastane (S.6) ile uyumlu olarak  
hazırlanmıştır.

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı  
Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları  
Dairesi Başkanlığı'na aittir.

### **İletişim**

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı  
E-posta: [shgm.kks@sağlık.gov.tr](mailto:shgm.kks@sağlık.gov.tr)  
Web: [www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr)

### **Editör**

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

Dr. Muhammed Ertuğrul EĞİN

### **Yayına Hazırlayanlar**

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Sağ. Uzm. Şerife ENGELÖĞLU

Gülay DİNÇ

Sağ. Uzm. Gül HAKBİLEN

Uzm. Hem. Seval ÇİFTÇİ

Uzm. Dr. Sabahat TAŞKIN ERDİN

Çağlayan SARIOĞLAN

Çiğdem GÜNAY

Hacer ÇİL

Nesrin DEMİR EREN

Öznur ÖZEN

Sema KARADUMAN

Şakire ŞAHİNBAŞ

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Sunuş.....	5
Tanımlar.....	6
1. Doküman Yönetimi ile İlgili Süreçler.....	7
2. SKS Doğrultusunda Hazırlanabilecek Doküman Türleri.....	8
3. Hazırlanacak Dokümana İlişkin Karar Verme Süreci.....	9
4. Hazırlanacak Dokümanı Etkileyen Unsurlar.....	11
5. Dokümanın Formatında Dikkat Edilecek Hususlar .....	12
6. Doküman Türleri için Format Şartı.....	15
7. Dokümanlar Hazırlanması.....	16
7.1. Prosedürlerin Hazırlanması .....	16
7.2. Talimatların Hazırlanması .....	18
7.3. Rehberlerin Hazırlanması .....	18
7.4. Planların Hazırlanması .....	19
7.5. Rıza Belgelerinin Hazırlanması .....	20
8. Dış Kaynaklı Doküman.....	20
9. Dokümanların Kodlanması .....	21
9.1. SKS Bölüm Bazlı Kodlama.....	21
9.2. SKS Bölüm Kodları Tablosu.....	22
9.3. Doküman Türleri Kısaltma Tablosu .....	23
10. Dokümanlar Yayınlanması ve Duyurulması .....	26
11. Dokümanların Muhafazası .....	27
12. Dokümanların Güncellenmesinde Dikkat Edilecek Hususlar.....	27
13. Dokümanların Asım Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar .....	28
14. Kaynaklar.....	29

## Sunuş

Amacını kısaca sağlık hizmetinin sürekli iyileştirilmesi olarak tanımlayabileceğimiz sağlıkta kalite çalışmaları, doğası gereği sürekli değişen ve gelişen sağlık hizmeti yapısına ayak uydurmak durumundadır. Bu bağlamda, kalitenin temel hedeflerinden ayrılmadan, değişen ihtiyaçlar ve gelişmeler dikkate alınarak, kalite standartları ve rehberlerinin güncellenmesi önem arz etmektedir.

Genel Müdürlüğümüzce yayınlanan sağlıkta kalite standartları ve rehberleri belirli periyotlarda gözden geçirilerek güncelleme çalışmaları yapılmaktadır. Son olarak 2020 yılı Mart ayında yayınlanan SKS Hastane (Sürüm 6) seti doğrultusunda bazı uygulama rehberleri de yeniden ele alınmış ve “Doküman Yönetimi Rehberi”nde güncelleme gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Doküman yönetiminin amacı, sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen uygulamalara ait süreçlerin planlanarak yazılı hale getirilmesi, uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak gerçekleştirilmesi ve kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarında bütün hizmet sunum alanlarını kapsayacak şekilde doküman yönetiminin tanımlanması ve yapılan tanımlamalara uygun düzenlemelerin gerçekleştirilmesi kalite yönetiminin en önemli unsurlarından birisidir.

Bu rehber, SKS “Doküman Yönetimi” bölümünde yer alan standartların sağlık kuruluşlarında doğru ve etkin şekilde uygulanması ve değerlendirilmesini sağlamak üzere hazırlanmıştır. Rehberlere katkı veren tüm paydaşlarımıza teşekkür eder, ülkemiz sağlık sistemi, sağlık çalışanlarımız ve hastalarımız için faydalı olmasını temenni ederim.

**Prof. Dr. Ahmet TEKİN**  
**Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü**

## Tanımlar

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

**Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır.

**Dokümanın Adı:** Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

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

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

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

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

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

**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.

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

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

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

## 1. Doküman Yönetimi ile İlgili Süreçler

Her sağlık kuruluşu kendi doküman yönetim sistemini oluşturmak üzere aşağıda yer alan süreçleri tanımlamalıdır. Söz konusu süreçler bir prosedür ile tanımlanabilir.

1. Doküman ihtiyacının belirlenmesi
2. Dokümanların;
  - \* Hazırlanması
  - \* Kontrol süreci
  - \* Kimler tarafından onaylanması gerektiği
  - \* Dağıtılması ve duyurulması
  - \* Güncellenmesi
  - \* Muhafazası, arşivlenmesi
  - \* Kullanımdan kaldırılması ve imhası
3. Dış kaynaklı dokümanların yönetimi



## 2.SKS Doğrultusunda Hazırlanabilecek Doküman Türleri

SKS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmektedir:

1. Prosedür
2. Talimat
3. Rehber
4. Form
5. Plan
6. Rıza Belgesi
7. Liste
8. Yardımcı Doküman
  - \* Politika
  - \* Protokol
  - \* Görev-Yetki-Sorumluluklar
  - \* Klinik Rehberler
  - \* İş Akışı
  - \* El hijyeni 5 Endikasyon
  - \* İlaç İmha Tutanağı
  - \* Toplantı Tutanakları vs.





### 3. Hazırlanacak Dokümana İlişkin Karar Verme Süreci

Kalite Direktörlüğü ve Bölüm Kalite Sorumluları tarafından SKS' nin tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir. SKS'de standart ya da değerlendirme ölçütlerinde; “tanımlanmalıdır” ya da “belirlenmelidir” şeklinde ifade edilen durum, süreç ya da görevler için doküman ya da kayıtlı bir belge oluşturulmalıdır. Aşağıda buna ilişkin çeşitli örnekler yer almaktadır;

#### Örnek 1:

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY01	Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin hastane politikası oluşturulmalıdır.	DBY01.01	Bilgi yönetim sistemi (BYS) politikasında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o BYS' nin amaç ve kapsamı o Bilgi güvenliği o BYS' yi oluşturan alt sistemler (SBYS, LBYS, PACS, Web, E-posta, Dosya Sunucu, varsa diğer bilgi yönetim alt sistemleri gibi) o SBYS işletimi ve değişiklik yönetim süreçleri o Bilgi sistem donanım ve altyapı, yönetim ve talep süreçleri o Varlık yönetimi o İş sürekliliği yönetimi o Yedekleme o Bilgi teknolojileri imha yönetimi (Bilgisayar, disk, sunucu vb)

DBY01 kodlu standarda ait DBY01.01 kodlu “Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) politikasında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır.” değerlendirme ölçütü incelendiğinde “işleyişe ilişkin prosedüre” ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

#### Örnek 2:

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY05	Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	KKY05.01	Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.
		KKY05.02	Değerlendirme toplantılarında, kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve kalite süreçleri değerlendirilmelidir.
		KKY05.03	Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.

KKY05.01 kodlu “Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.” değerlendirme ölçütü incelendiğinde; değerlendirme ölçütünün karşılandığını belgeleyebilmek açısından bir “**Toplantı Tutanağı**”na gereksinim vardır.

## Örnek 3:

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY12	Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	KKY12.01	Gerçekleştirilen kalite iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.
		KKY12.02	Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
			<b>Rehberlik:</b> Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.
KKY12.03	Düzeltilici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar hastane tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde kayıt altına alınmalı ve izlenmelidir.		

KKY12.03 kodlu “Düzeltilici-Önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde form vb. bir kayıt sistemi ile izlenmelidir.” değerlendirme ölçütü gereği “**Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formu**” oluşturulmalıdır.

## Örnek 4:

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN13	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	SEN13.01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik eğitim ihtiyaçları, hastanenin hizmet içi eğitimler ile ilgili belirlediği kurallar çerçevesinde birim ve meslek bazında tanımlanmalıdır.

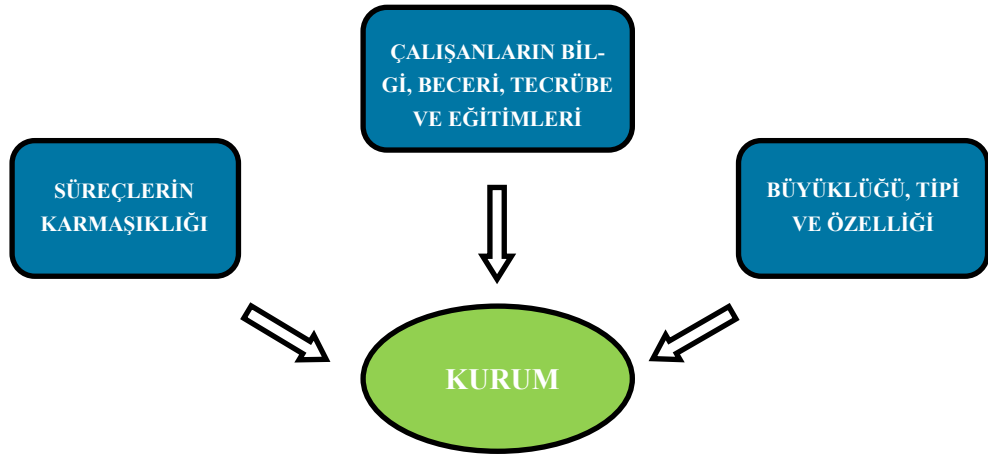
SEN13 kodlu “Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.” standardı incelendiğinde, bir “Eğitim Planı” oluşturulması ve plan doğrultusunda yapılan eğitimlerin ispatı olacak dokümana (**Eğitim Katılım Formu gibi**) ihtiyaç duyulacağı görülmektedir.

Her bir standart yukarıda görüldüğü gibi incelenmeli ve hazırlanması gereken dokümana karar verilmelidir.

#### 4. Hazırlanacak Dokümanı Etkileyen Unsurlar

Hazırlanması gereken dokümanın sayısı ve içeriği kurumlar açısından farklı olacaktır. Bu farklılığın temelinde bir takım kurumsal özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler:

- ◆ Kurumun büyüklüğü ve hizmet sunum alanları
- ◆ Kurum süreçlerinin karmaşıklığı
- ◆ Kurumda çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimleri



şeklinde sıralanabilir.

Daha büyük ve nitelik olarak daha fazla farklı alanda hizmet sunan kurumlar, daha fazla sayıda doküman hazırlamaya ihtiyaç duyacaklardır. Doküman sayısındaki artış kurum süreçlerinin karmaşıklığıyla da doğru orantılıdır. Daha karmaşık süreçlere sahip kurumlar, bu süreçlerin daha iyi anlaşılması adına daha fazla dokümana ihtiyaç duyabilirler. Öte yandan hazırlanacak dokümanın sayı ve içeriği kurumda çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimleriyle de yakından ilgilidir. Kurumda çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitim düzeyleri arttıkça, hazırlanmasına ihtiyaç duyulacak doküman miktarı da aynı nispette azalacaktır.

**Doküman hazırlamada temel hedef, gerçekten gerekli ve faydalı olacağı düşünülen en az sayıda dokümanın hazırlanmasıdır.** Böylelikle çok miktarda, kimsenin okumadığı veya bilmediği aynı zamanda yönetilmesi oldukça zorlaşan hantal bir doküman yönetim sisteminin önüne geçilmiş olacaktır.

## 5. Dokümanın Formatında Dikkat Edilecek Hususlar

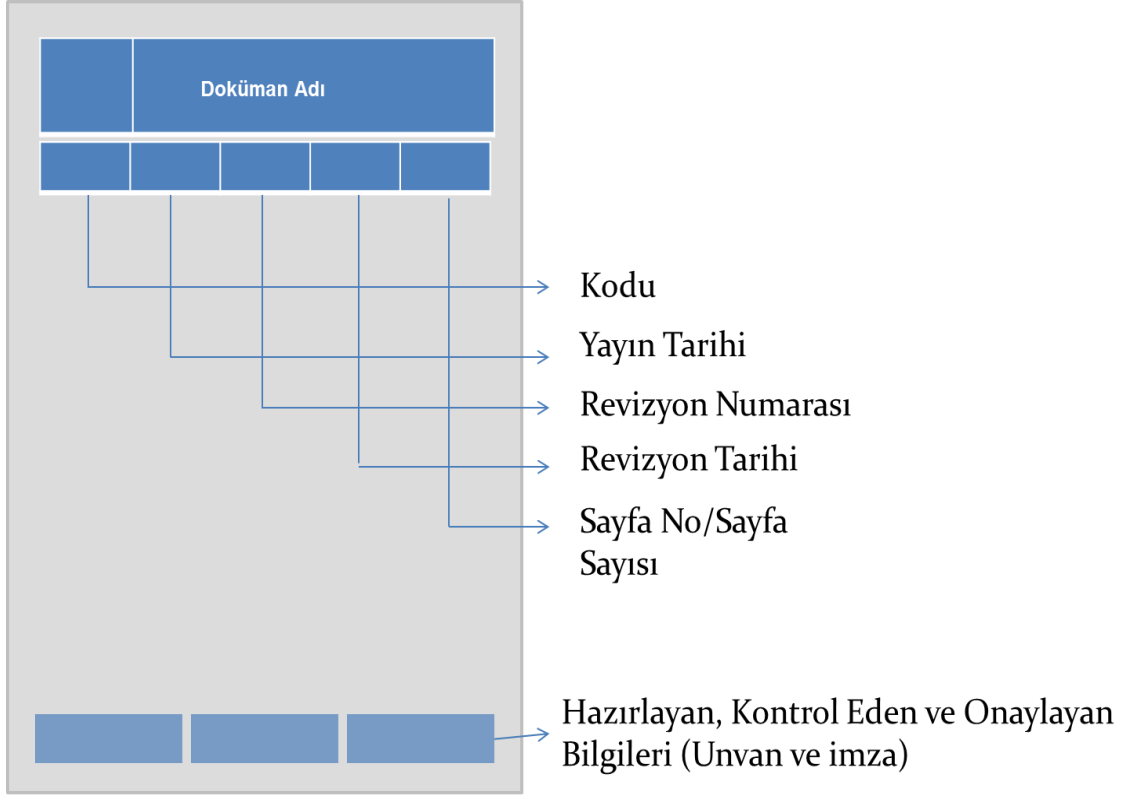
SKS gereği dokümanlar belli bir formata sahip olmalıdır. Tüm dokümanlarda asgari dokümanın;

- ◆ Adı
- ◆ Kodu
- ◆ Yayın Tarihi
- ◆ Revizyon Tarihi
- ◆ Revizyon Numarası
- ◆ Sayfa No/Sayfa Sayısı
- ◆ Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri; kişi(ler)in, unvan ve imzalarını içerir. Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgilerinin dokümanın tüm sayfaları üzerinde bulunmasına gerek yoktur. Bu bilgiler orijinal doküman için hazırlanan kapak sayfasında yer alabileceği gibi dokümanın arka yüzünde de bulunabilir. Özellikle hasta ve hekimin de imzalayacağı alanları bulunan rıza belgesi gibi dokümanlarda, bu bilgilerin kullanım alanlarındaki formlarda yer almasına gerek yoktur. Orijinal form üzerinde (ön, arka veya kapak sayfası) bulunması yeterlidir.

Yukarıda bahsedilen tüm bilgiler doküman üzerine format olarak farklı şekillerde konumlandırılabilir. Aşağıda farklı formatlarda doküman örneklerine yer verilmiştir.

## Örnek 1;



## Örnek 2;

DOKÜMAN ADI				
HAZIRLAYAN		KONTROL EDEN		ONAYLAYAN
<b>ÖRNEKTİR</b>				
DOKÜMAN KODU:	YAYIN TARİHİ:	REVİZYON TARİHİ:	REVİZYON NO:	SAYFA:

### Örnek 3;

DOKÜMAN ADI				
DOKÜMAN KODU:	YAYIN TARİHİ:	REVİZYON TARİHİ:	REVİZYON NO:	SAYFA:
<b>ÖRNEKTİR</b>				
HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN		ONAYLAYAN	

## 6. Doküman Türleri için Format Şartı

**Prosedür ve Talimat:** Kurumunun tüm prosedür ve talimatları yukarıda belirtilen format şartlarına uygun olarak hazırlanmalıdır.

**Rehberler:** Belirtilen format şartlarının tümü rehberler için de geçerlidir. Rehberler için kapak sayfaları düzenlenebilir. Ama format açısından istenen bilgilerin tümü, kapak (ön veya arka) sayfalarında yer almalıdır.

**Form:** Basılı olarak kullanılan tüm formlar için belirtilen format şartları geçerlidir. Bir takım bilgileri kaydetmek için oluşturulmuş formların orijinal nüshalarında Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır. Ancak kullanım alanlarında bulunan formlarda Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

**Rıza Belgesi:** Rıza belgelerinin orijinal nüshalarında yukarıda format şartları aynen geçerlidir. Ancak bu belgeyi, hem hasta (veya yakını) hem de kurum çalışanı imzalayacağından, hazırlayan-kontrol eden-onaylayan bilgileri de ekleneceği düşünüldüğünde çok sayıda imzanın bulunduğu bir belge haline gelecektir. Bu yüzden rıza formlarının basılı nüshalarında hazırlayan-onaylayan-kontrol eden bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

**Plan:** Hazırlanan tüm planlarda yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

**Liste:** Hazırlanan tüm listelerde yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

**Yardımcı Doküman:** Kurum kullandığı yardımcı dokümanın format şartlarına yukarıda belirlenen ilkeler doğrultusunda kendi karar verir.

**Dış Kaynaklı Dokümanlar:** Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.

## 7. Dokümanların Hazırlanması

Öncelikle kurumda doküman yönetim sürecini ve sürecin işleyişini belirleyen bir doküman hazırlanır. Bu dokümanda, doküman yazmaya nasıl karar verileceği, dokümanın nasıl hazırlanacağı, kontrol edileceği, onaylanacağı, revize edileceği, hangi formatta olacağı, nasıl dağıtılacağı, nasıl imha edileceği ve güncelliğinin nasıl sağlanacağı gibi bilgilere yer verilir. Daha sonra, belirlenen kurallar çerçevesinde diğer dokümanlar hazırlanır.

Hazırlanan dokümanlarda aşağıdaki kurallara uyulmalıdır:

- ◆ Doküman ilgili bölüm/komite/ekte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanmalıdır.
- ◆ Doküman anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli açık ve net olmalıdır.

Aşağıda doküman türlerinden bazıları için doküman hazırlama süreci anlatılmaktadır. Prosedürler kurumda icra edilmekte olan ve bir dizi faaliyetten meydana gelen bir işin işlem basamaklarını anlatan dokümanlardır. Bu dokümanın hazırlanmasında amaç, aynı işin farklı şekillerde icra edilmesini engellemek ve yapılan iş için en uygun yöntemin belirlenerek yürürlüğe girmesini sağlamaya yardımcı olmaktır. Bir yönüyle işin icra edilmesinde uyulacak kurallar da belirlenmiş olur.

### 7.1. Prosedürlerin Hazırlanması

Prosedürlerde 6 temel başlık bulunur:

- 1. Amaç:** Bu bölümde prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.
- 2. Kapsam:** Bu bölüm hazırlanan prosedürün sınırlarını belirler. Prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadığı belirlenir.
- 3. Kısaltmalar:** Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.
- 4. Tanımlar:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.
- 5. Sorumlular:** Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirlenen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.
- 6. Faaliyet Akışı:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde aşağıdaki işlem basamakları izlenir:



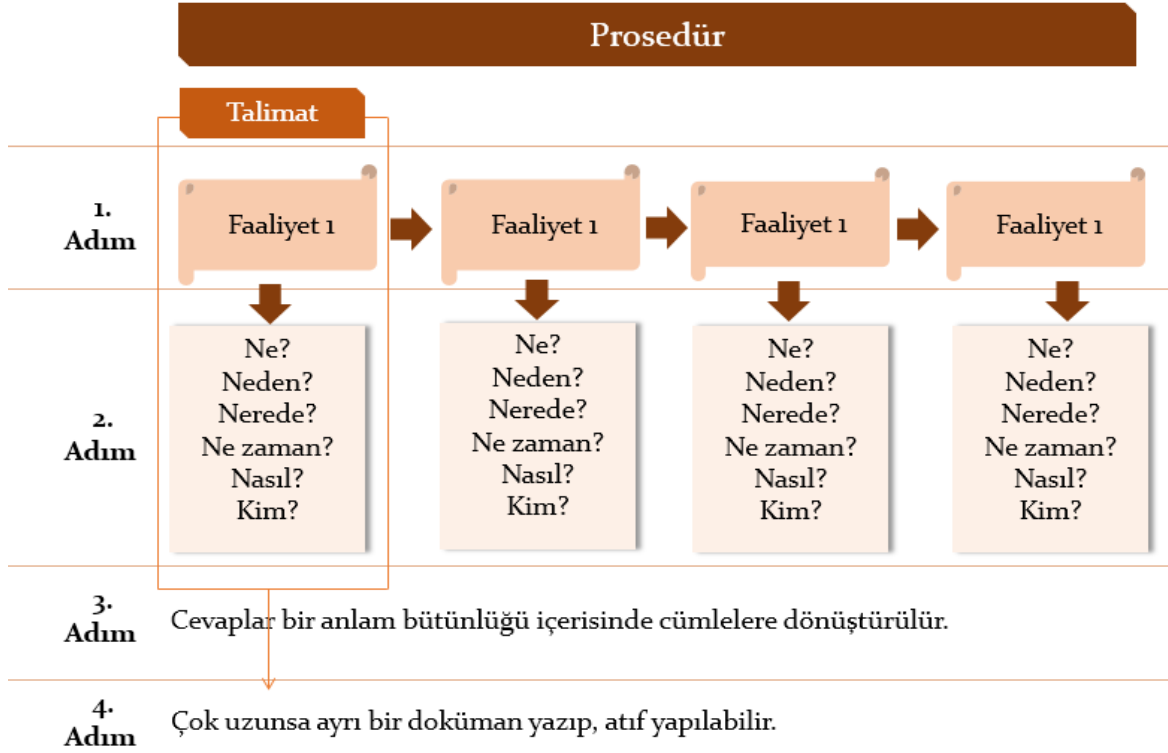
**Adım 1:** İşin başladığı andaki ilk faaliyetten başlanarak tüm faaliyetler sıralanır.

**Adım 2:** Her faaliyet için; “Ne? Neden? Ne zaman? Nerede? Nasıl? Kim?” sorularından uygun olanların cevabı aranır.

**Adım 3:** Alınan cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülerek prosedür hazırlanmış olur.

**Adım 4:** İşlem basamakları içerisinde yer alan bir faaliyet başka bir doküman yazmayı gerektirecek kadar uzunsa veya bu faaliyet için daha önce bir doküman hazırlandıysa, prosedürde bu dokümana atıf yapılır.

**Örnek:**



**İlgili Dokümanlar:** Tüm faaliyetler ardışık bir şekilde tamamlandıktan sonra “İlgili Dokümanlar” başlığı oluşturulur. Bu başlıkta, dokümanda bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.

## 7.2.Talimatların Hazırlanması

Talimatlar tek bir faaliyetin nasıl gerçekleştirildiğini anlatan dokümanlardır. Hazırlanması prosedür ile aynıdır.

## 7.3. Rehberlerin Hazırlanması

Rehberler kurumların çalışanları ya da kurumdan hizmet alan kişiler için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı oluşturulan dokümandır.

SKS Hastane (Sürüm 6)'da rehber hazırlanması istenen rehberler yer almaktadır. Bu rehberlerden bazı örnekler aşağıda sıralanmıştır:

- ◆ Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber
- ◆ Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi
- ◆ Hastane Bilgi Rehberi
- ◆ Biyokimya Test Rehberi
- ◆ Mikrobiyoloji Test Rehberi
- ◆ Doku Tiplendirme Test Rehberi

Rehberlerin hazırlanmasında aşağıdaki adımlar izlenir:

**Adım 1:** Rehberin içeriğinde yer alacak konular belirlenir.

**Adım 2:** İçerikte yer alacak konular hakkında sunulacak bilgiye karar verilir.

**Adım 3:** Sunulacak bilgi, metin ve görsel anlamda bir araya getirilerek rehber hazırlanır.

Rehberlerde önemli olan kullanıcıya verilmesi arzu edilen bilgiyi içerecek şekilde oluşturulmasıdır. Verilmesi arzu edilen bilgi kısa, öz ve anlaşılır bir formatta bir araya getirilmelidir. Kurumun daha önce oluşturmuş olduğu dokümanlardan derlenerek oluşturulan rehberlerin kullanıcıya hiçbir fayda sağlamayacağı aşikardır. Rehberlerin bu şekilde oluşturulmasından kaçınılmalı, kullanıcının gerçekten faydalanabileceği, sade ve anlaşılır rehberlerin hazırlanması hususuna dikkat edilmelidir.

SKS' de ayrıca kullanılması istenen rehberlerden örnekler sunulmuştur.

- ◆ Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi
- ◆ Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi

Ancak bu rehberler kurum tarafından hazırlanması gereken rehberler değildir. Bu rehberler kurum için dış kaynaklı doküman niteliğindedir. Kurum SKS' de belirtilen rehberlerin dışında da gerekli gördüğünde rehberler hazırlayabilir.

#### 7.4. Planların Hazırlanması

Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir. Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulanan şekilde sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir. Bu yüzden SKS'nin bazı standartlarında kurumun planlar oluşturması ve bu planlar doğrultusunda faaliyetlerini gerçekleştirmesi istenmektedir.

Aşağıda SKS' de istenen planlardan örnekler sunulmuştur.

- ◆ Öz Değerlendirme Planı
- ◆ Risk Yönetim Planı
- ◆ Afet ve Acil Durum Planı
- ◆ Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı
- ◆ Tıbbi cihazların Bakım, Onarım, Ayar, Test, Kontrol ve Kalibrasyon Planı

Aşağıdaki soruların cevapları uygun formatlarda bir araya getirilerek plan oluşturulmalıdır.

- ◆ Ne
- ◆ Ne zaman
- ◆ Nasıl
- ◆ Nerede
- ◆ Kim tarafından
- ◆ Hangi sürede

Yukarıdaki soruların cevapları tablo veya metin şeklinde bir araya getirildiğinde plan oluşturulmuş olacaktır.

## 7.5. Rıza Belgelerinin Hazırlanması

Rıza belgesi asgari aşağıdaki başlıklar altında hazırlanmalıdır:

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

Yukarıdaki başlıklar altında hazırlanan içerik mümkün olduğunca hasta tarafından anlaşılabilir bir dilde ve öz bilgiler içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

## 8. Dış Kaynaklı Doküman

Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılması gereken dokümandır.

**Örnek:**

- ◆ Sağlıkta Kalite Standartları
- ◆ Mevzuat
- ◆ Rehberler
- ◆ Protokoller vs.

Dış kaynaklı dokümanlarda dikkat edilmesi gereken hususlar:

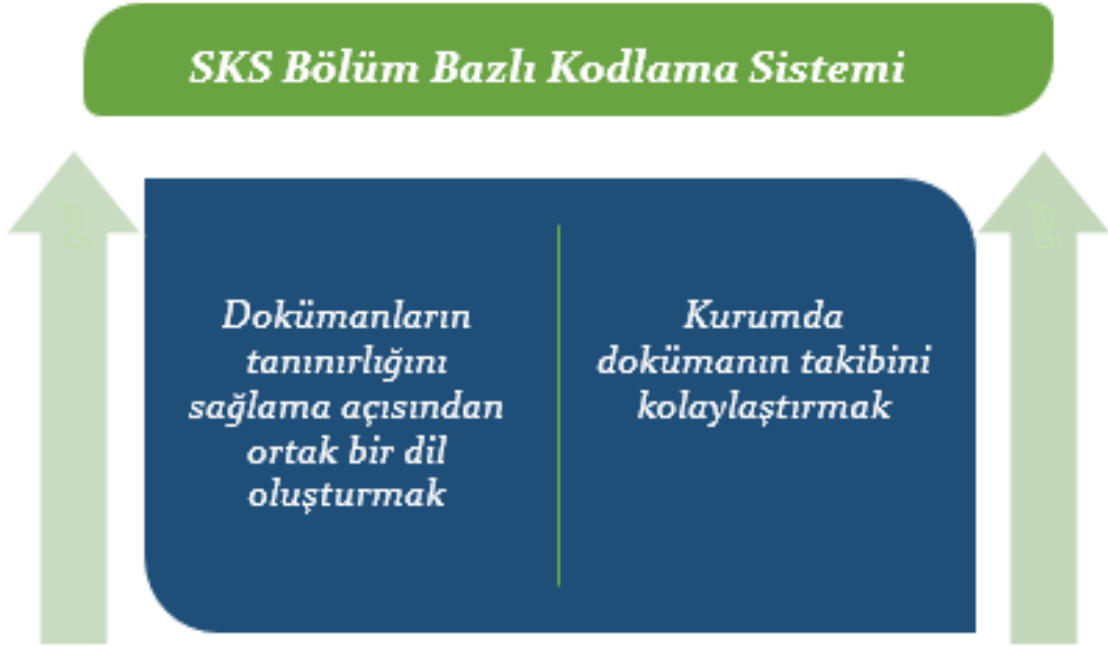
- ◆ Kurumda kullanılan dış kaynaklı doküman listeleri elektronik olarak oluşturulmalı ve belirli aralıklarla kontrol edilerek güncellenmelidir.
- ◆ Kullanım alanlarında güncel dokümanın bulunması sağlanmalıdır.

## 9. Dokümanların Kodlanması

Kurumda kullanılan tüm dokümanlara bir kod numarası verilir. Bu hem dokümanın kurumda takibini kolaylaştıracak hem sağlıkta kalite camiası için dokümanların tanınırlığını sağlama açısından ortak bir dil oluşmasına katkıda bulunmuş olacaktır.

Kurum bazında dokümanların kodlanmasına ilişkin genel kurallar tanımlanmalıdır.

SKS esas alınarak gerçekleştirilen kodlama sistematigi örnek olarak aşağıda anlatılmıştır.



### 9.1. SKS Bölüm Bazlı Kodlama

Bu kodlama sistemi, dokümanların SKS bölümlerinin ve doküman türlerinin kısaltmalarının belirli bir sistematik içerisinde dizilişi esasına dayanır. Doküman kodu; SKS bölüm kodu, doküman türü kısaltması ve bu doküman için kurum tarafından verilen numaradan oluşur. Bölüm kodu, doküman türü kısaltması ve sıra numarası arasında ayıraç olarak nokta (.) işareti **kullanılır**.

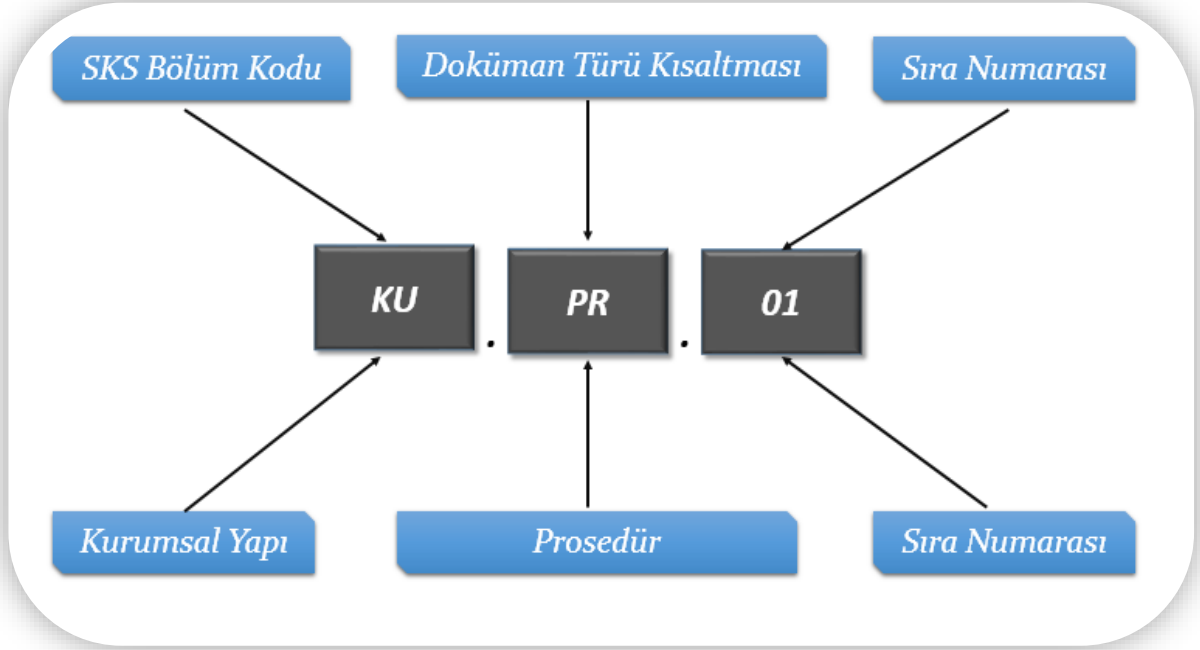
SKS bölüm kodları Tablo 1’de, doküman türü kısaltmaları ise Tablo 2’de görülmektedir.

## 9.2. SKS Bölüm Kodları Tablosu

Bölüm Adı	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
Kurumsal Verimlilik	KV
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO
Afet ve Acil Durum Yönetimi	AD
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	KBR
Eğitim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Erişim	HE
Yaşam Sonu Hizmetler	YS
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Bakımı	HB
İlaç Yönetimi	İY
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EN
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS
Transfüzyon Hizmetleri	TH
Terapötik Aferez Hizmetleri	TA
Radyasyon Güvenliği	RG
Acil Servis	AS
Ameliyathane	AH
Yoğun Bakım Ünitesi	YB
Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi	YD
Doğum Hizmetleri	DH
Diyaliz Ünitesi	Dİ
Psikiyatri Hizmetleri	PS
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	RH
Biyokimya Laboratuvarı	BL
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Patoloji Laboratuvarı	PL
Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Kemoterapi Hizmetleri	KH
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	ON
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	FR
Palyatif Bakım Kliniği	PB
Evde Sağlık Hizmetleri	ES
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Bilgi Yönetim Sistemi	BY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Atık Yönetimi	AY
Dış Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ

### 9.3. Doküman Türleri Kısaltma Tablosu

Doküman Türü	Kısaltma	Örnek
Prosedür	PR	Endoskopi Ünitesi Prosedürü
Talimat	TL	Hasta Kayıt Talimatı
Form	FR	5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu
Plan	PL	Tıbbi Cihazların Bakım ve Kalibrasyonlarına Yönelik Plan
Rehber	RH	Genel ve Bölüm Uyum Rehberleri
Liste	LS	Yüksek Riskli İlaç Listesi
Rıza Belgesi	RB	Enjeksiyon Rıza Belgesi
Yardımcı Doküman	YD	İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanakları

**Örnek 1;****Doküman Kodu:** KU.PR.01

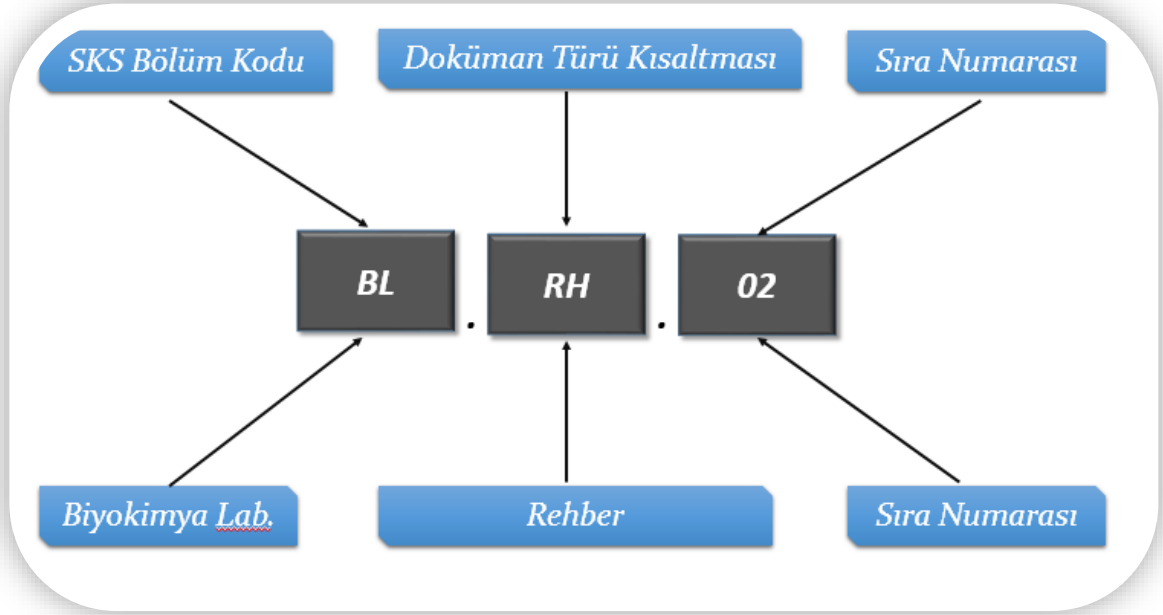
**KU:** Kurumsal Yapı (Tablo 1’de tüm diğer SKS bölümlerinin kodları görülmektedir.)

**PR:** Prosedür (Tablo 2’de tüm doküman türleri için kullanılacak kısaltmalar görülmektedir.)

**01:** Prosedüre verilen sıra numarasını ifade eder.

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda “KU.PR.01” kodu bize dokümanın, Kurumsal Yapı Bölümünün 1 numaralı prosedürü olduğunu göstermektedir.



**Örnek 2;****Doküman Kodu:** BL.RH.02**BL:** Biyokimya Laboratuvarı**RH:** Rehber**02:** Rehber verilen sıra numarası

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda “BL.RH.02” kodu bize dokümanın, Biyokimya Laboratuvarı bölümünün 2 numaralı rehberi olduğunu göstermektedir.

Her bölümde yer alan doküman türünün sıra numarası 01’den başlar. Kurumsal Yapı Bölümü için yukarıda verilen 1. örnekten yola çıkarak bu bölümde ilk prosedüre “01” numarası verildikten sonra ikinci prosedürün sıra numarası “02” olacaktır. Ancak bu bölümde hazırlanan ilk rehberin sıra numarası yine “01” olacaktır.

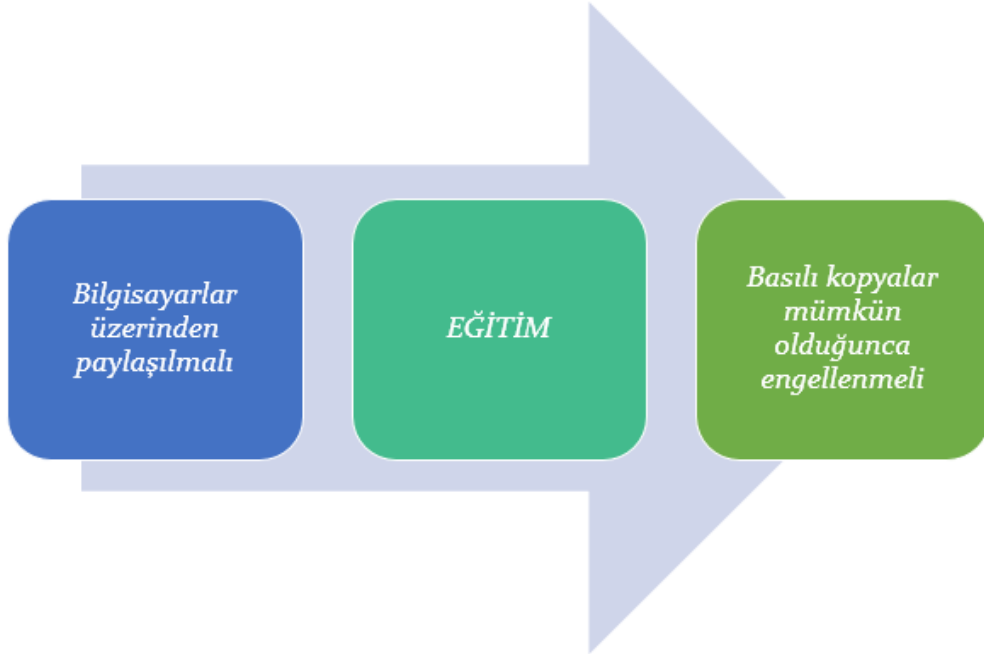
**Not:** SKS’de yer almayan bölümler için kurum benzer yöntemle bölüm kodları belirleyebilir. Diyet Bölümü için (DYT) gibi.

**Örnek 3;****Doküman Kodu:** DYT.FR.01**DYT:** Diyet Bölümü**FR:** Form**01:** Forma Verilen Sıra Numarası

## 10. Dokümanların Yayınlanması ve Duyurulması

Tüm dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayınlanmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır. Üzerine kayıt alınması gereken, mahiyeteki dokümanlar haricinde birimlerde basılı kopya bulundurulması engellenmelidir. Böylece eski tarihli dokümanların kullanımının önüne geçilmiş olacaktır. Bilgisayar bulunmayan bölümlerde dokümanların basılı olarak bulundurulmasına müsaade edilebilir.

Her yayınlanan dokümanın ilgililere bilgisayar ağları üzerinden duyurulması sağlanmalıdır. Hazırlanan dokümanın duyurulmasının yanı sıra, ilgililere mutlaka eğitim verilmelidir. Unutulmamalıdır ki, sadece Kalite Direktörlüğünün ve Bölüm Kalite Sorumlusunun haberdar olduğu dokümanın kalite faaliyetlerine katkı sağlaması beklenemez.



## 11. Dokümanların Muhafazası

Orijinal dokümanlar SKS değerlendirmelerinde delil niteliği taşıyacaklardır. Fiziksel ya da elektronik imzalı dokümanların arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır.

SKS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları gibi) orijinal nitelikteki dokümanlar gibi düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.

Elektronik ortamda bulunan her türlü bilgi ve belge; erişim, saklama, tasfiye ve transfer edilebilecek şekilde elektronik olarak arşivlenmelidir.

## 12. Dokümanların Güncellenmesinde Dikkat Edilecek Hususlar

Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.

Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Hastane yönetimi onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılmalıdır. Güncellenen dokümana revizyon no ve revizyon tarihi yazılmalıdır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları artık geçersiz doküman olduğundan, değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Direktörlüğünce belirlenecek herhangi bir yöntemle (fiziki, elektronik vb.) arşivlenmelidir.

Kurumda kullanılan tüm dokümanın 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

Bölüm kalite sorumlusu değiştiğinde kendi bölümüne ilişkin dokümanları gözden geçirerek yeni bölüm sorumlusuna devretmelidir.

### 13. Dokümanların Asım Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar



Dokümanların basılı olarak duyurulması gerektiği durumlarda aşağıda belirlenen kurallara uyulması gerekmektedir:

- ◆ Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmeli ve bu amaçla kullanılacak alanlarda, görselliğe uygun ve estetik panolar bulunmalıdır.
- ◆ Panolara hangi dokümanların asılması gerektiği tanımlanmalı ve tanımlı dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalıdır.
- ◆ Panolar ve panolarda asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.
- ◆ Panolarda asılacak dokümanlara onayın nasıl verileceği, dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ile ilgili kurumlara ait kurallar belirlenmelidir .
- ◆ Hastalara yönelik yapılacak bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.
- ◆ Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hazırlanan dokümanlar asılmamalıdır.
- ◆ Hastaların hizmet aldığı alanlarda hastaların bilgilendirilmesine yönelik dokümanlar dışındaki dokümanlar (Form, talimat, personele ilişkin duyuru, belgelendirme belgeleri vb) asılmamalıdır.
- ◆ Bakanlığımızca verilmeyen ve başka kurumlardan alınan belgeler kesinlikle asılmamalıdır.
- ◆ Belirlenen alanlar/panolar dışında bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklama yapılması durumunda bu bilgilerin uygun ve estetik tarzda hazırlanması ve görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenerek asılması gerekmektedir.

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 18 Ekim.). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30922). Erişim adresi: <https://www.devletarsivleri.gov.tr/Sayfalar/Haberler/Duyuru.aspx?ID=4164>
- ISO 9001:2008. “Quality management systems – Requirements”. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/46486.html>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sürüm 6, Ankara, Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS Işığında Sağlıkta Kalite Cilt 1, Ankara, Sağlık Bakanlığı