T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Kalite Standartları

Hastane

SKS

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon
Daire Başkanlığı

SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01)

1. Revizyon - 2. Baskı: Ankara, Mart 2016
ISBN: 978-975-590-558-7

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

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

Grafik Tasarım
Zeynep ASLAN – m.zeynepaslan@gmail.com

Baskı
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

Hazırlayanlar

- İrfan ŞENCAN, Prof. Dr., Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Sağlık Bakanlığı
- Doğan ÜNAL, Prof. Dr., Üroloji, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Mehmet DEMİR, Tıp Doktoru, Sağlık Bakanlığı Sağlık Politikaları Kurulu
- Hasan GÜLER, Tıp Doktoru, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Abdullah ÖZTÜRK, Tıp Doktoru, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Dilek TARHAN, Uz. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Demet Gökmen KAVAK, Uz., Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Nurcan AZARKAN, Uz., Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- İbrahim H.KAYRAL, Dr., İşletme, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Ercan KOCA, Eczacı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Elif KESEN, Uz., Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Özlem ÖNDER, Uz., Kamu Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- İbrahim DOLUKÜP, Yazılım Uzmanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İstatistik Analiz Bilgi Sistemleri Daire Başkanlığı
- Süleyman Hafız KAPAN, Avukat, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Mevzuat İşleri Daire Başkanlığı
- Bayram DEMİR, Uz., Sosyoloji, Batman İl Sağlık Müdürlüğü
- Umut BEYLİK, Yrd. Doç. Dr., Sağlık Yönetimi, Kırıkkale Üniversitesi

- Öznur ÖZEN, Psikolog, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Çağlayan SARIOĞLAN, Uz., İletişim, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Şükriye Yüksel BAĞIRSAKÇI, Uz., Sağlık Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Emine BALCI, Ebe, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Mehmet SALUVAN, Uz. Sağlık Kurumları Yönetimi, Hacettepe Üniversitesi
- Muammer AKSU, Donanım Uzmanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Erol YALÇIN, Yazılım Uzmanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Ayşe AYKANAT, Sağlık Uzman Yardımcısı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Gül HAKBİLEN, Sağlık Uzman Yardımcısı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Katkıda Bulunanlar*

- Arzu SAYINER, Prof. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Abdulkadir KURŞUN, İşletme, Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Abdullah Cüneyt BESLER, Diş Hekimi, İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- Abdurrahman KARA, Uz. Dr., Hematoloji, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Afsun Ezel ESATOĞLU, Prof. Dr., Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Ahmet VARIR, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü
- Ahmet YEŞİLYURT, Doç. Dr., Tıbbi Genetik, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ali Naci YILDIZ, Prof. Dr, Halk Sağlığı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Ali Süha BİNGÖL, Tıp Doktoru, Çukurova Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi
- Atakan ALTAN, Anestezi Teknisyeni, İstanbul Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- Aydın KAPLAN, Biyomedikal Mühendisi, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Tıbbi Cihaz Denetim Daire Başkanlığı
- Ayfer BAHTİYAR, Hemşire, Ankara Özel Bayındır Hastanesi
- Ayhan KALYONCU, Uz. Dr., Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Bursa Özel Doruk Yıldırım Hastanesi
- Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK, Doç. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, RTE Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Ayten KARAKOÇ, Hemşire, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Baki KARABÖCE, Fizik Bilimci, TUBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsü
- Bilçin TAK MEYDAN, Prof. Dr., İşletme, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

---

* **İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.**

- Cüneyt ÖZAKIN, Doç. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Çağlayan SARAL, Mühendis, Acıbadem Sağlık Grubu
- Deniz DEASİS, Hemşire, Sakarya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- Doğan YÜCEL, Doç. Dr., Tıbbi Biyokimya, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
- Elif AKBAL, Uz. Hemşire, Anadolu Sağlık Merkezi
- Elif TUNA, Tıp Doktoru, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi
- Emine Elvan ÇİFTLİK, Tıp Doktoru, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Erdoğan YILMAZ, Uz., Ekonometri, Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı
- Ertuğrul KÖROĞLU, Prof. Dr., Psikiyatri, Özel Boylam Psikiyatri Hastanesi
- Fadime CALLAK OKU, Hemşire, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmet Standartları Daire Başkanlığı
- Faruk AYDIN, Prof. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Fatih TAN, Başdenetçi, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Denetim Hizmetleri Başkanlığı
- Fevzi ERSOY, Prof. Dr.,Nefroloji, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Füsun KÖSEOĞLU, Doç. Dr., Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Gamze Özel KADILAR, Doç. Dr., İstatistik, Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi
- Gökay ŞAKİROĞULLARI, Makine Mühendisi, Bayındır Hastanesi
- Gülay YEŞİLTEPE KAÇAR, Uzman Hemşire, Medicana International Hospital
- Gülfidan DÜZGÜN, Hemşire, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi
- Gülsen YILMAZ, Doç. Dr., Tıbbi Biyokimya, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
- Gülseren ÜSTÜNDAĞ, Tıbbi Teknolog, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmet Standartları Daire Başkanlığı
- Günay AKSU, Tıbbi Teknolog, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Tıbbi Cihaz Denetim Daire Başkanlığı
- Hanefi ÖZBEK, Doç. Dr., Tıbbi Farmakoloji, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Hamza DİNÇ, Anestezi Teknisyeni, İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- Hasan KUŞ, Uz. Dr., Genel Cerrahi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Hatice DURAK, Prof. Dr., Nükleer Tıp, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Havva ÖZTÜRK, Doç. Dr., Sağlık Yönetimi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Hüseyin DEMİREL, Tıp Doktoru, Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği,
- Hüseyin ÖZ, Prof. Dr., Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

- İlyas BOZKURT, Tıp Doktoru, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
- İrfan KARAGÖZ, Prof. Dr., Elektrik ve Elektronik Mühendisi, Gazi Üniversitesi Biyomedikal Kalibrasyon Merkezi
- İsmail AĞIRBAŞ, Prof. Dr., Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- İsmail SARI, Doç. Dr., Hematoloji, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Jülide YILDIRIM ÖCAL, Prof. Dr., İktisat, TED Üniversitesi
- Kemal OKTAY, Uzm. Dr., Genel Cerrahi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Kutay DEMİRKAN, Doç. Dr., Klinik Eczacı, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
- Kutsal YÖRÜKOĞLU, Prof. Dr., Tıbbi Patoloji, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- L. Özlem ATAY KAPUCU, Prof. Dr., Nükleer Tıp, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Levent SONĞUR, Sağlık Fizikçisi, Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi
- Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU, Uz. Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Mana SEZDİ, Yrd. Doç. Dr., Biyomedikal Mühendislik, İstanbul Üniversitesi Hastaneleri
- Mecit Can Emre ŞİMŞEKLER, Makine Mühendisi, Cambridge Üniversitesi Mühendislik Bölümü
- Meltem HALİL, Doç. Dr., Geriatri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Mesut SANCAR, Doç. Dr., Klinik Eczacı, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
- Metin ÇAKMAKÇI, Prof. Dr., Genel Cerrahi, Anadolu Sağlık Merkezi
- Muhammet Güzel KURTOĞLU, Doç. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Murat ALPER, Doç. Dr., Tıbbi Patoloji, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Murat Fani BOZKURT, Doç. Dr., Nükleer Tıp, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Murat GÜNAYDIN, Prof. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Mustafa BERKTAŞ, Prof. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji , Özel Lokman Hekim Hastanesi
- Mustafa Kemal TEZELLİ, Uz. Dr., Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Yoncalı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
- Mücahit AVCİL, Yrd. Doç. Dr., Acil Tıp, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Mücahit KAPÇI, Yrd. Doç. Dr., Acil Tıp, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Nail BULAKBAŞI, Prof. Dr., Radyoloji, Yakındoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Nedim HAVLE, Uzm. Dr., Psikiyatri, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Neriman ZENGİN, Doç. Dr., Ebelik, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Neşe SALTOĞLU, Prof. Dr., Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
- Nevra ELMAS, Prof. Dr., Radyoloji, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Nuri ARSLAN, Prof. Dr., Nükleer Tıp, Gülhane Askeri Tıp Akademisi
- Nuri DANIŞMAN, Doç. Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum, Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Sağlığı ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Oğuz TUNCER, Prof. Dr.,Neonatoloji, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Ömer GÜZEL, Uz. Dr., Tıbbi Biyokimya, Biruni Laboratuvarları
- Özlem ECEMİŞ, Tıp Doktoru, İzmir Üniversitesi Medical Park Hastanesi
- Özlem MORALOĞLU TEKİN, Doç. Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum, Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Sağlığı ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ramazan KAHVECİ, Prof. Dr., Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Sabahat BÜYÜKTURAN, Uz. Dr., Tıbbi Patoloji, Gazi Mustafa Kemal Hastanesi
- Sebahat AKSARAY, Doç. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi
- Selami SÖZÜBİR, Prof. Dr., Çocuk Cerrahisi, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Senem KORUK, Doç. Dr., Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Serpil ERDOĞAN, Doç. Dr., Tıbbi Biyokimya, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Sevinç Yılmaz MÜFTÜOĞLU, Uz. Dr., Hematoloji, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Sinan AKBAYRAM, Doç. Dr., Çocuk Yoğun Bakım, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Songül YORGUN, Uz., Kamu Yönetimi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Tamer C.İNAL, Doç. Dr., Tıbbi Biyokimya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Tevfik ÖZLÜ, Prof. Dr., Göğüs Hastalıkları, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Tuncay PALTEKİ, Uz. Dr., İç Hastalıkları, İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- Tuncer ASUNAKUTLU, Prof. Dr., Sağlık Kurumları Yönetimi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
- Turgay ARINSOY, Prof. Dr.,Nefroloji, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Türker YARDAN, Doç. Dr., Acil Tıp, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Uğur KEVENK, Yrd. Doç. Dr., Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
- Utku ŞENOL, Prof. Dr., Radyoloji, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Ü. Gül ERDEM, Doç. Dr., Tıbbi Mikrobiyoloji, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ümit İNCE, Prof. Dr., Tıbbi Patoloji, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Yahya LALELİ, Prof. Dr., Tıbbi Biyokimya, Düzen Laboratuvarları
- Yasemin TAŞÇI, Doç. Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum, Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesi
- Yeşim ÇETİNKAYA ŞARDAN, Prof. Dr., Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Özel Ankara Güven Hastanesi

Teşekkür

SKS-Hastane çalışmalarında yer alan kurumlar, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

İçindekiler

Hazırlayanlar III
Katkıda Bulunanlar V
Teşekkür X
Sunuş XIV
Kısaltmalar XVI

TANIMLAR 1

SKS-Hastane 16
Giriş 18
Amaç ve Kapsam 20
Hedefler 20
Yapısal Çerçeve 21
SKS-Hastane İlişki Matrisi 25
Kodlama Sistematiği 30
SKS-Hastane Puanlandırma Metodolojisi 32
Standartların Puanlandırılması 32
Standartların Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi 33
Hastane Kalite Puanının Belirlenmesi 33

TABLOLAR 36

KURUMSAL HİZMETLER 64
Kurumsal Yapı 67
Kalite Yönetimi 73
Doküman Yönetimi 83

Risk Yönetimi 87
Güvenlik Raporlama Sistemi 91
Acil Durum ve Afet Yönetimi 95
Eğitim Yönetimi 105
Sosyal Sorumluluk 111

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER 116
Hasta Deneyimi 119
Hizmete Erişim 129
Yaşam Sonu Hizmetler 133
Sağlıklı Çalışma Yaşamı 137

SAĞLIK HİZMETLERİ 146
Hasta Bakımı 149
İlaç Yönetimi 169
Enfeksiyonların Önlenmesi 179
Sterilizasyon Hizmetleri 189
Transfüzyon Hizmetleri 199
Radyasyon Güvenliği 207
Acil Servis 219
Ameliyathane 229
Yoğun Bakım Ünitesi 237
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 243
Doğum Hizmetleri 251
Diyaliz Ünitesi 257
Psikiyatri Hizmetleri 267
Biyokimya Laboratuvarı 277
Mikrobiyoloji Laboratuvarı 291
Patoloji Laboratuvarı 307
Doku Tipleme Laboratuvarı 319

DESTEK HİZMETLERİ 330
Tesis Yönetimi 333
Otelcilik Hizmetleri 341
Bilgi Yönetim Sistemi 351

Malzeme ve Cihaz Yönetimi 361
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri 369
Atık Yönetimi 375
Dış Kaynak Kullanımı 379

GÖSTERGE YÖNETİMİ 382
Göstergelerin İzlenmesi 385
Bölüm Bazlı Göstergeler 389
Klinik Göstergeler 395

EKLER 400
Ek-1 Düşme Riski Ölçekleri 402
Ek-2 Hata Sınıflandırma Sistemleri 409
Ek-3 Tanımlayıcı Figürler 423
Ek-4 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi 424
Ek-5 Güvenli Doğum Kontrol Listesi 425
Ek-6 Patoloji Laboratuvarında Tanı Doğruluğunun İzlenmesi 427

KAYNAKLAR 430

İNDEKS 448

Sunuş

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 kalite sistemi geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır.

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

- Çeşitli sektör ve kurum türlerine özgü sağlıkta kalite standartları geliştirilmesi,
- Kurumların sağlıkta kalite standartları açısından izlenmesine ilişkin saha değerlendirmeleri,
- Sağlık çalışanlarının ve kalite değerlendiricilerinin bilgi ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik sempozyum, kongre, okul, kurs gibi çeşitli eğitim faaliyetleri

gerçekleştirilmektedir.

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

uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi sağlanmaktadır.

Benzer prensiplerle gerçekleştirilen yoğun çalışmalar sonucunda, SKS Hastane Seti (Versiyon-4) revize edilerek, SKS-Hastane (Versiyon-5) hazırlanmış ve siz değerli sağlık hizmeti sunucularının kullanımına sunulmuştur.

Sağlıkta kalite sürecine ait temel bilgileri içeren SKS-Hastane, sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için hastaneler ve tüm paydaşlar için çok önemli bir rehber niteliğindedir. Puanlandırma sistematiği, standartlar ve değerlendirme ölçütlerine yönelik rehberlik ifadeleri ve eklerde yer alan yardımcı dokümanlar ile birlikte bir bütün oluşturmakta, riskleri minimalize eden ve bu yolla risklerin yönetimini sağlayan yapısıyla, kullanıcı dostu ve inovatif bir özellik taşımaktadır.

SKS-Hastane, Bakanlığımızca hazırlanan, aşağıda bazı örneklerinin de yer aldığı çeşitli yardımcı rehberler ile de hastaneler için kalite yönetiminin tüm esaslarını içinde barındıran geniş bir kaynak oluşturarak yöneticileri de içeren tüm kullanıcılar için etkili bir araç olacaktır.

- Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi
- Güvenli Doğum Uygulama Rehberi
- İlaç Güvenliği Rehberi
- Doküman Yönetimi Rehberi
- Gösterge Yönetimi Rehberi
- Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi
- Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi

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

Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilen bu çalışmaya katkı veren tüm paydaşlara teşekkürlerimi sunar, SKS-Hastane'nin, ulusal ve uluslararası alanda yürütülen sağlık hizmet sunumuna önemli katkılar sağlamasını temenni ederim.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Kısaltmalar

AMATEM : Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

AMI : Akut Miyokard İnfarktüsü

AV : Arteriovenöz

BT : Bilgisayarlı Tomografi

CE : Conformité Européenne

CHSS^{TR} : Cerrahi Hatalar Sınıflandırma Sistemi

DM : Diabetes Mellitus

DÖF : Düzeltici Önleyici Faaliyet

EKG : Elektrokardiyogram

ESWL : Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy

FDA : Food and Drug Administration

FISH : Fluorescence In Situ Hybridization

HBTC : Hasta Başı Test Cihazı

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

INR : Internasyonel Normalized Ratio

IVP : Intravenous Pyelogram

İHSS^{TR} : İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi

KAH : Koroner Arter Hastalığı

KBRN : Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif, Nükleer olaylar

KPR : Kardiyopulmoner Resusitasyon

KVC : Kardiyovasküler Cerrahi

LDL : Low-Density Lipoprotein

LHSS^{TR} : Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi

MEK : Minimal Etkin Konsantrasyon

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

PCI : Peripheral Component Interconnect

TEE : Transözofagiyal Ekokardiyografi

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TÜFAM : Türkiye Farmakovijilans Merkezi

UMKE : Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi

VAS : Visuel Analog Skala

YOTA : Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

TANIMLAR

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

- Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için)
- Balon-valf-maske sistemi
- Değişik boylarda maske
- Oksijen hortumu ve maskeleri
- Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları)
- Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp)
- Enjektörler
- Kişisel koruyucu ekipman

bulunmalıdır.

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

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

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

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

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.

Ameliyathane Alanları:

- **Steril (Birinci) Alan:** Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.
- **Temiz (İkinci) Alan:** Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır.
- **Steril Olmayan (Üçüncü/Temiz Olmayan/Kirli) Alan:** Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.

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

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

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

Antibiyotik Duyarlılık Testi: Enfeksiyon sırasında canlıdan alınan örneklerden üretilen bakterinin, hangi antibiyotiklere ve bunların hangi yoğunluklarına duyarlı olduğunu saptamak amacıyla yapılan 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 bertaraflarına kadar geçecek süreçte, çevre ve insan sağlığına zarar vermeden yapılması gerekenlerin sağlanmasına yönelik genel esasların belirlenmesidir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Genel Uyum Eğitimi: Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimdir.

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. Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.

Hasta Başı Test Cihazları (HBTC): Hasta başında değerlendirme/test amaçlı olarak laboratuvar dışında erken tanı için kullanılan tıbbi tanı cihazlarıdır. Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokok antijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.

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

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

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

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

İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi (İHSS^{TR}): İlacın dâhil olduğu süreçlerde gerçekleşen tıbbi hatalar ve ramak kala olayların kodlanmasını kolaylaştırmak ve standardize etmek amacıyla geliştirilmiş ulusal sınıflandırma sistemidir.

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

İnvaziv İşlemler: Cilt bütünlüğünün bozulduğu tıbbi müdahalelere denir.

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

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

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

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

Kan Ürünü: Kandan elde edilen kan bileşenleri ve plazma ürünlerini ifade eder.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kök Neden Analizi: Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik

yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.

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

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

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

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

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

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Özellikli Hasta Grubu: Hastanede sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık profesyonelleri

ve kullanılacak ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemler içeren ve disiplinlerarası işbirliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır.

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

Partikül: Maddenin veya enerjinin en küçük parçasını ifade eder.

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

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

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

Postoperatif: Cerrahi uygulama sonrası süreci ifade eder.

Preoperatif: Cerrahi uygulama öncesi süreci ifade eder.

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

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

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

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

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

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

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

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

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

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

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

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

SKS-Hastane

Giriş

Ülkemizde sağlık alanında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilen kalite çalışmalarının tarihi çok eskilere dayanmamakla birlikte son on yılda kurumsallaşan çalışmalarla kısa sürede çok nitelikli ve etkili çalışmalar yapılmış, bunun uygulamaya yansıması ve tüm sektöre yaygınlaştırılması sağlanmaya çalışılmıştır.

Bakanlığımızın kalite çalışmalarındaki rehberliği büyük öneme sahiptir. Bu kapsamda insan gücü kapasitesinin artırılması, kalite alanında kuralların belirlenmesi, standartların geliştirilmesi ve yerinde değerlendirmelerin yapılması bir bütünsellik arz etmektedir. Bahsi geçen tüm unsurlar, kalite yolculuğunda bizi bir adım daha öteye taşıyacak argümanlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bilindiği üzere kalite alanında ortaya konulan kurallar ve geliştirilen standartların belli periyotlarda gözden geçirilmesi, revize edilmesi ve yeni gelişmelere ayak uydurması hatta bir adım ötesini hedeflemesi gerekmektedir. Bu gereklilik doğrultusunda, SKS Hastane Seti üzerinde, 2005, 2007, 2008 ve en son 2011 yılında geniş çaplı revizyonlar gerçekleştirilmiştir. 2011 yılında yayımlanan SKS Hastane Setinin (Versiyon-4) tekrar ele alınması hem zamanlama, hem de ihtiyaçlar ve yeni gelişmeler açısından büyük önem arz etmekle birlikte, büyük bir gereklilik olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Bu gereklilikler kapsamında SKS-Hastane hazırlanırken, her zaman olduğu gibi uluslararası gelişmeler, ülkemizde sağlıkta kalite altyapısı ile uyum, kurumlarda tüm hizmet alanlarını kapsaması ve amaçsal yorumlamaya uygun bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

Ayrıca hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, kurumlarda inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay ve kapsayıcı olmasına da özen gösterilmiştir.

Bu süreçte;

- Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ulusal ihtiyaç ve öncelikler
- Sağlık hizmeti sunumunda görev alan paydaşların görüş ve önerileri
- Bireysel ve kurumsal düzeyde gelen geri bildirimler
- Bilimsel çalışmalar
- Ulusal ve uluslararası yayınlar

göz önünde bulundurulmuştur.

SKS-Hastane'nin işlevsel ve amaçsal açıdan uyumunun sağlanması, standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayı-

cılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabilirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla saha çalışması başta olmak üzere bir dizi çalışma yapılmıştır.

Bu çerçevede Başkanlığımızca "SKS Görüş ve Öneri Platformu" oluşturulmuş olup, SKS-Hastane'ye yönelik olarak kurumsal ve bireysel düzeyde çeşitli paydaşların hem mevcut standartlara yönelik görüş ve önerilerini, hem de yeni standart önerilerini iletmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, geliştirilen Standartlar ve Değerlendirme Ölçütlerinin hastanelerde, anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabilirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden Değerlendirici ve Kullanıcılardan geri bildirimler alınmıştır.

SKS-Hastane'ye yönelik tüm çalışmalar "SKS-Hastane Geliştirme Çalıştayları"nda değerlendirilerek setin son taslak hali hazırlanmıştır.

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

Şekil 1: Standartların Geliştirilme Süreci

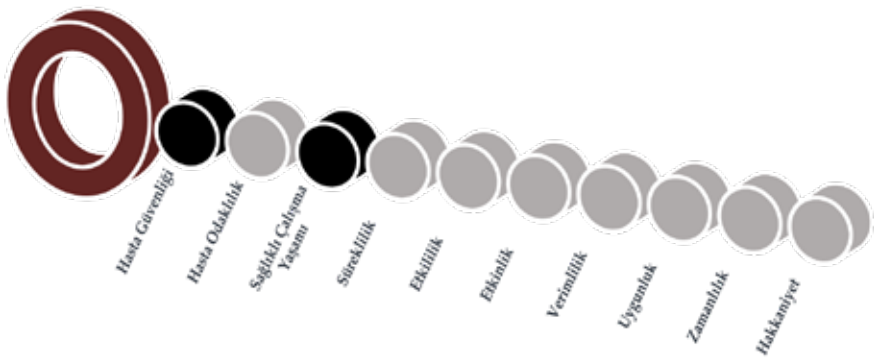
Amaç ve Kapsam

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

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

Hedefler

SKS-Hastane, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla Şekil 2'de yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



Şekil 2. SKS-Hastane Hedefleri

Hastanelerin 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 Kalite Standartlarının üzerinde durduğu bir noktadır.

SKS-Hastane hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

- **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.
- **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilen tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.
- **Hakkaniyet:** Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık**: Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.
- **Uygunluk:** Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
- **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- **Süreklilik:** Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.

Yapısal Çerçeve

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

Bu çerçevede SKS-Hastane Boyut, Bölüm, Standart ve Değerlendirme Ölçütleri ile Rehberliklerden oluşmaktadır.

Standartlar bölüm bazlı olarak hazırlanmış, daha sonra hizmet sunum süreçleri gözetilerek boyutlandırılmak ve her boyut farklı bir renkle temalandırılmak suretiyle kategorize edilmiştir.

SKS-Hastane 5 Boyut, 39 Bölüm, 557 Standart, 1100 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır.

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

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

SKS-Hastane bölüm yapısında bölüm amacı, hedefleri, standart ve değerlendirme ölçütleri ile gerektiğinde rehberlik bilgilerine yer verilmektedir.

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

SKS-Hastane;

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

5 boyutta ele alınmaktadır.

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

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

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu; hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspek-

tifinden bakmak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

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

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

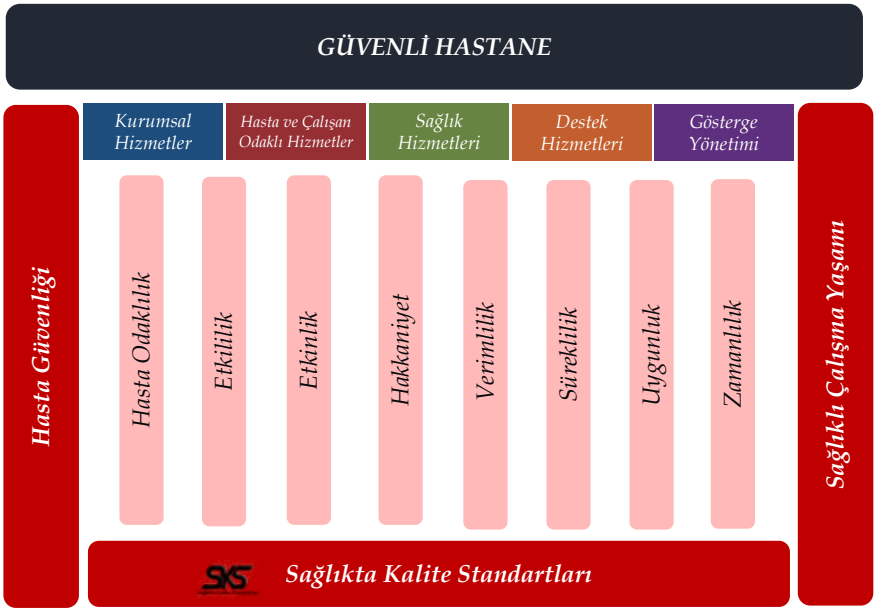
Gösterge Yönetimi Boyutu; belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLER	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	Bölüm Bazlı Göstergeler
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetler	Enfeksiyonların Önlenmesi	Bilgi Yönetim Sistemi	Klinik Göstergeler
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Güvenlik Raporlama Sistemi		Transfüzyon Hizmetleri	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Acil Durum ve Afet Yönetimi		Radyasyon Güvenliği	Atık Yönetimi	
Eğitim Yönetimi		Acil Servis	Dış Kaynak Kullanımı	
Sosyal Sorumluluk		Ameliyathane		
		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tipleme Laboratuvarı		

Tablo1: SKS-Hastane Boyut ve Bölümler Tablosu

SKS-Hastane 10 hedef üzerine inşa edilmiş 5 boyuttan oluşmaktadır.

SKS-Hastane'nin temel amacı «Güvenli Hastane» inşa etmektir.



SKS-Hastane İlişki Matrisi

SKS-Hastane'de yer alan boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetimsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak ***hastanenin tamamını kapsayıcı bir perspektifle,*** tüm hizmet sunum alanları ile ilişkili olarak hazırlanmıştır. SKS-Hastane, bu özelliği itibariyle ***tekrarlı standartlar içermemektedir***.

Standartlar ilişkili olduğu tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

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

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

Tablo 2'de, SKS-Hastane bölüm ve standartlarının hastane alanları ile ilişkisi **örnekler üzerinden** açıklanmaktadır.

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

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

Standartlar, uygulayıcılar ve değerlendiriciler tarafından bu perspektifle ele alınmalıdır.

Tablo 2: SKS-Hastane Bölümleri ve Hastane Hizmet Alanları İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden)

Standart	Hastane Alanları ile İlişkisi
Bölüm	**Kurumsal Yapı**
KKU02 Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	Bu standart hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
Bölüm	**Risk Yönetimi**
KRY01 Çekirdek Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Bu standart; hastane yönetimi, kalite yönetim çalışmaları ve ilgili sorumluların yönetiminde ele alınır ve uygulanır. İlgili sorumlular tarafından risk yönetimine ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların; kalite yönetim birimi, komiteler ve bölüm kalite sorumluları ile koordineli şekilde yürütülme durumu kayıtlar üzerinden değerlendirilir.
KRY02 Çekirdek Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	Hastane idari süreçleri dâhil olmak üzere tüm hizmet alanları ve süreçlerine yönelik uygulanır.
KRY03 Çekirdek Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir	Bu standart, hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
KRY04 Çekirdek Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	Bu standart, hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
KRY05 Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.	Bu standart, hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
Bölüm	**Enfeksiyonların Önlenmesi**
SEN03 Hastane enfeksiyonlarının sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Bu standart,enfeksiyonlara yönelik sürveyans yapılan alanlarda uygulanır ve değerlendirilir.
SEN04 Çekirdek Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	Bu standart hastanede yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
Bölüm	**Radyasyon Güvenliği**
SRG14 Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.	Bu standart hastanede nükleer tıp hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle nükleer tıp hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Standart	Hastane Alanları ile İlişkisi
SRG08 Çekirdek Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	Bu standart hastanede radyasyon bulunan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle radyasyon bulunan tüm alanlarda uygulanır ve değerlendirilir. Hastanelerde radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır: o Nükleer tıp üniteleri o Radyoloji üniteleri o Anjiyografi ünitesi o Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler o Diş röntgen üniteleri o ESWL (taş kırma) üniteleri
Bölüm	**Hasta Bakımı**
-	Bu bölüm, hastanede yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Sağlık hizmeti sunulan bir alanda, hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, Hasta Bakımı bölümündeki standartların bir kısmı ya da tamamı uygulanır ve değerlendirilir. Örneğin cerrahi bir klinik, hasta bakımı bölümündeki standartların tamamından sorumlu iken, Patoloji Laboratuvarı sadece SHB05, SHB07, SHB08, SHB16 standartlarından sorumludur.
Bölüm	**Yoğun Bakım Ünitesi**
	Bu bölüm aşağıdaki yoğun bakım ünitelerinde uygulanır ve değerlendirilir: o Erişkin Yoğun Bakım Üniteleri • Genel YBÜ • Koroner YBÜ • Kalp ve Damar Cerrahisi YBÜ • Anestezi YBÜ • Diğer Branş Yoğun Bakım Üniteleri o Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri
Bölüm	**Psikiyatri Hizmetleri**
-	Bu bölüm psikiyatri hastalarına hizmet verilen kliniklerde uygulanır ve değerlendirilir.
Bölüm	**Biyokimya Laboratuvarı**
	Bu bölüm Biyokimya Laboratuvarı ile ilişkilidir. Bu nedenle Biyokimya Laboratuvarı hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. Ayrıca, Genetik, Hematoloji, Endokrin vb. klinik laboratuvarlarda da, bu bölüm üzerinden uygulama ve değerlendirme yapılır.
Bölüm	**Mikrobiyoloji Laboratuvarı**
-	Bu bölüm Mikrobiyoloji Laboratuvarı hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
Bölüm	**Tesis Yönetimi**
-	Bu bölüm hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Hastanedeki herhangi bir alanda, sunulan hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, Tesis Yönetimi bölümündeki standartların bir kısmı ya da tamamı uygulanır ve değerlendirilir.

Tablo 3: Mikrobiyoloji Laboratuvarında Uygulanması Gereken SKS-Hastane Bölüm ve Standartları

SKS-Hastane Bölümü	Standart ya da Değerlendirme Ölçütü Kodu
Kurumsal Yapı	KKU02
Kalite Yönetimi	KKY03, KKY04, , KKY13
Doküman Yönetimi	KDY01.06, ,KDY01.08, , KDY03
Risk Yönetimi	KRY03, KRY04
Güvenlik Raporlama Sistemi	KGR01.01, KGR01.02, KGR01.03, KGR04.03, KGR04.04
Acil Durum ve Afet Yönetimi	KAD02, KAD03, KAD05, KAD06, KAD07, KAD08, KAD09, KAD10, KAD11, KAD12
Eğitim Yönetimi	KEY03, KEY04
Hasta Deneyimi	HHD04.01, HHD04.03, HHD04.04, HHD06.03, HHD06.05, HHD08, HHD09
Hizmete Erişim	HHE04
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSÇ05, HSÇ06, HSÇ07, HSÇ08, HSÇ09, HSÇ10
Hasta Bakımı	SHB05, SHB07, SHB08, SHB16
Enfeksiyonların Önlenmesi	SEN02, SEN04, SEN05, SEN06, SEN07.01, SEN09, SEN10, SEN11, SEN12
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Tüm Standartlar
Tesis Yönetimi	DTY02, DTY03, DTY04, DTY05, DTY06, DTY10, DTY11, DTY15
Otelcilik Hizmetleri	DOH02, DOH11, DOH15
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY02, DBY04.03, DBY05, DBY07, DBY08.01, DBY11.01, DBY11.02, DBY11.04
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC01, DMC03, DMC04, DMC05, DMC06, DMC07, DMC08, DMC09
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA01, DTA03
Atık Yönetimi	DAY02, DAY03.04, DAY05
Dış Kaynak Kullanımı*	DDK02, DDK03
Göstergelerin İzlenmesi	GGİ02, GGİ03, GGİ04, GGİ05, GGİ06
Bölüm Bazlı Göstergeler	Mikrobiyoloji Laboratuvarları başlığı atındaki göstergeler

*Dış kaynak kullanımı söz konusu ise

Kodlama Sistematiği

Standardın kodu 2 kısımdan oluşmaktadır.

İlk kısım harflerden, ikinci kısım rakamlardan oluşmaktadır.

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

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

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

Örnek Standart Kodu: KDY01

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

Örnek Değerlendirme Ölçütü Kodu: KDY01.01

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

Ayrıca; SKS-Hastane Gösterge Yönetimi Boyutunda yer alan Bölüm Bazlı Göstergeler ile Klinik Göstergeler de kendi içinde ayrı bir kodlama sistematiğine sahiptir.

Göstergelerin kodu aşağıdaki örnekte belirtildiği şekilde harfleri ve rakamları içeren 2 kısımdan oluşmaktadır.

Örnek:

- **GBAS01** Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
- **GKKA01** İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı

Harfleri içeren birinci kısım dört harften oluşmaktadır. İlk harf olan "G", ifadenin gösterge olduğuna işaret etmekte olup gösterge kavramının baş harfini ifade etmektedir. İkinci harf göstergenin bölüm bazlı ya da klinik gösterge olduğuna işaret etmekte olup bölüm bazlı göstergeler için "B", klinik göstergeler için "K" harfi kullanılmaktadır. Üçüncü ve dördüncü harfler ise göstergenin ilişkili olduğu bölümü ya da sağlık olgusunu ifade etmektedir.

İkinci kısımdaki rakamlar ise göstergenin sıra numarasını ifade etmekte olup iki basamaklı sayılardan oluşmaktadır.

Tablo 4: SKS-Hastane Kodlama Sistematiği

SKS-Hastane Kodlama Sistematiği	
Boyutlar	**Kod**
Kurumsal Hizmetler	**K**
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	**H**
Sağlık Hizmetleri	**S**
Destek Hizmetleri	**D**
Gösterge Yönetimi	**G**
Bölümler	**Kod**
Kurumsal Yapı	**KU**
Kalite Yönetimi	**KY**
Doküman Yönetimi	**DY**
Risk Yönetimi	**RY**
Güvenlik Raporlama Sistemi	**GR**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	**AD**
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	**EN**
Sterilizasyon Hizmetleri	**SH**
Transfüzyon Hizmetleri	**TH**
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**
Biyokimya Laboratuvarı	**BL**
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	**ML**
Patoloji Laboratuvarı	**PL**
Doku Tipleme Laboratuvarı	**DL**
Tesis Yönetimi	**TY**
Otelcilik Hizmetleri	**OH**
Bilgi Yönetimi	**BY**
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	**MC**
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	**TA**
Atık Yönetimi	**AY**
Dış Kaynak Kullanımı	**DK**
Göstergelerin İzlenmesi	**Gİ**
Bölüm Bazlı Göstergeler	**GB..***
Klinik Göstergeler	**GK..***

*Nokta yerine gelecek olan harfler, gösterge grubuna göre değişmektedir.

Tablo 5: Örnek Kodlama Sistematiği

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

SKS-Hastane Puanlandırma Metodolojisi

Sağlıkta Kalite Standartlarının puanlandırma metodolojisi 3 başlıkta ele alınmaktadır:

- Standartların Puanlandırılması
- Standartların Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi
- Kalite Puanının Belirlenmesi

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

Standartların Puanlandırılması

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

Kategori - 1 (Çekirdek Standartlar)	Sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik öneme sahip, Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan 50 puan değerindeki standartlardır. Bu standartların karşılanmaması durumunda Hastane Kalite Puanı doğrudan etkilenir.
Kategori - 2	İlgili bölüme özgü süreçleri direkt olarak etkileyen, 30 puan değerinde olan standartlardır.
Kategori - 3	Sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliğinin ölçülmesini ve değerlendirilmesini esas alan her biri 20 puan değerinde olan bölüm bazlı ve klinik göstergeleri içeren standartlardır.
Kategori - 4	İlgili bölüme özgü süreçleri dolaylı olarak etkileyen,10 puan değerinde olan standartlardır.
Kategori - 5 (Opsiyonel Standartlar)	Uygulanması zorunlu olmayan standartlardır. Bu standartların karşılanması durumunda Hastane Kalite Puanı pozitif yönde etkilenir.

Standartların Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi

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

Standartların karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

- Karşılanıyor **(K)**
- Kısmen Karşılanıyor **(KK)**
- Karşılanmıyor **(KM)**

Standardın karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

- **Karşılanıyorsa;** Standart için belirlenen tam puan
- **Kısmen Karşılanıyorsa;** Standart için belirlenen puanın yarısı
- **Karşılanmıyorsa;** O (Sıfır) puan

Örnek;

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

Standardın karşılanma düzeyi belirlenirken **"Değerlendirme Sistematiği Rehberi"** esas alınır.

Hastane Kalite Puanının Belirlenmesi

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

Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

- Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Hastane Kalite Puanı 5 puan düşürülür.
- Karşılanmayan Çekirdek Standart sayısının 6 ve üzerinde olması durumunda, Hastane Kalite Puanı 30 puan düşürülür.
- Hastane Kalite Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile;

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

  Opsiyonel standartlardan alınacak toplam puanın 5'i geçmesi durumunda 5 puan, opsiyonel göstergelerden alınacak toplam puanın 2'yi geçmesi durumunda ise 2 puan Hastane Kalite Puanına eklenir. Hastane Kalite Puanına toplamda en fazla 7 puan eklenebilir.
- Hastane Kalite Puanı bu kurallar dâhilinde 100'ü geçiyorsa Kalite Puanı 100 kabul edilir.

Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül

Kalite Puanı: [SKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edilen puan toplamı/(SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartların puan toplamı – SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartlardan değerlendirme dışı bırakılan puan toplamı)] x 100 +/- Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

Tablo 6. "Değerlendirme Dışı" kavramının kullanılması ile ilgili kurallar

Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile ilgili Kurallar
Sağlık Hizmetleri Boyutunda yer alan Bölümlerden herhangi biri veya birkaçının, hastanede sürekli veya geçici olarak müstakil hizmet vermiyor olması durumunda ilgili bölüm değerlendirme kapsamına alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, hastanenin hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, hastanede uygulanamadığı (Örn: dal hastaneleri ve 1. seviye acil servislerde triyaj uygulamasının zorunlu tutulmaması gibi) veya uygulanmasının işlevsel açıdan anlamlı olmadığı (örn: 1. seviye yoğun bakımlarda yatan hastaların; hastalık şiddeti ve tahmini mortalite açısından skorlama sistemleri ile değerlendirilmesi gibi) durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, hastanenin türü gereği uygulanamadığı durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz (Örn: Ceza ve İnfaz Kurumları Hastanelerinde hasta memnuniyet anketi uygulanamıyor olması).
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge ile ilgili olarak, standardın ya da göstergenin amacını tam olarak yerine getirmek kaydıyla, yenilikçi ve farklı bir uygulama bulunduğu durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge "Karşılanıyor" olarak puanlanır.
SKS-Hastane bölümlerinde yer alan opsiyonel standartların hastanede uygulanmaması halinde, bu standartlar değerlendirme dışı tutulur.
İlgili bölüm/standart, değerlendirme ölçütü ve/veya göstergenin değerlendirme dışı bırakılma nedeni tam, detaylı ve anlaşılır şekilde değerlendirme raporunda belirtilir.

TABLOLAR

SKS-Hastane Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)

Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	**58**	**160**
Kurumsal Yapı	8	12
Kalite Yönetimi	13	41
Doküman Yönetimi	5	16
Risk Yönetimi	5	9
Güvenlik Raporlama Sistemi	5	11
Acil Durum ve Afet Yönetimi	13	46
Eğitim Yönetimi	5	18
SosyalSorumluluk	4	7
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	**38**	**98**
Hasta Deneyimi	13	33
Hizmete Erişim	5	15
Yaşam Sonu Hizmetler	8	12
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	12	38
Sağlık Hizmetleri	**233**	**640**
Hasta Bakımı	23	70
İlaç Yönetimi	15	44
Enfeksiyonların Önlenmesi	12	28
Sterilizasyon Hizmetleri	11	31
Transfüzyon Hizmetleri	11	37
Radyasyon Güvenliği	15	44
Acil Servis	14	52
Ameliyathane	12	22
Yoğun Bakım Ünitesi	10	21
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	12	33
Doğum Hizmetleri	7	17
Diyaliz Ünitesi	14	28
Psikiyatri Hizmetleri	15	46
Biyokimya Laboratuvarı	15	41
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	18	45
Patoloji Laboratuvarı	15	43
Doku Tipleme Laboratuvarı	14	38
Destek Hizmetleri	**71**	**192**
Tesis Yönetimi	15	37
Otelcilik Hizmetleri	16	45
Bilgi Yönetim Sistemi	16	53
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	9	26
TıbbiKayıt ve Arşiv Hizmetleri	7	13
Atık Yönetimi	5	14
Dış Kaynak Kullanımı	3	4
Gösterge Yönetimi	**157**	**10**
Göstergelerin İzlenmesi	7	10
Bölüm Bazlı Göstergeler	68	
Klinik Göstergeler	82	
TOPLAM	**557**	**1100**

SKS-Hastane Sayısal Dağılım Tablosu (Özet)

Boyutlar	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	58	160
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	38	98
Sağlık Hizmetleri	233	640
Destek Hizmetleri	71	192
Gösterge Yönetimi	157	10
Toplam	557	1100

SKS-Hastane Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölümler	Standart Kategorileri*										Puan
	Kategori-1		Kategori-2		Kategori-3		Kategori-4		Kategori-5		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	**24**	**1200**	**22**	**660**			**6**	**60**	**6**	**Puansız**	**1920**
Kurumsal Yapı	4	200	2	60					2	Puansız	260
Kalite Yönetimi	8	400	3	90			2	20			510
Doküman Yönetimi			1	30			4	40			70
Risk Yönetimi	4	200	1	30							230
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	150	2	60							210
Acil Durum ve Afet Yönetimi	3	150	9	270					1	Puansız	420
Eğitim Yönetimi	2	100	3	90							190
Sosyal Sorumluluk			1	30					3	Puansız	30
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	**6**	**300**	**18**	**540**			**12**	**120**	**2**	**Puansız**	**960**
Hasta Deneyimi	2	100	6	180			5	50			330
Hizmete Erişim			2	60			3	30			90
Yaşam Sonu Hizmetler	1	50	6	180			1	10			240
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	3	150	4	120			3	30	2	Puansız	300
Sağlık Hizmetleri	**81**	**4050**	**119**	**3570**			**22**	**220**	**11**	**Puansız**	**7840**
Hasta Bakımı	8	400	13	390			2	20			810
İlaç Yönetimi	3	150	8	240			3	30	1	Puansız	420
Enfeksiyonların Önlenmesi	6	300	5	150			1	10			460
Sterilizasyon Hizmetleri	6	300	4	120			1	10			430

SKS-Hastane Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölümler	Standart Kategorileri*										Puan
	Kategori-1		Kategori-2		Kategori-3		Kategori-4		Kategori-5		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Transfüzyon Hizmetleri	3	150	7	210			1	10			370
Radyasyon Güvenliği	5	250	10	300							550
Acil Servis	3	150	9	270			2	20			440
Ameliyathane	4	200	7	210			1	10			420
Yoğun Bakım Ünitesi	3	150	5	150			2	20			320
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	4	200	5	150			2	20	1	Puansız	370
Doğum Hizmetleri	2	100	3	90					2	Puansız	190
Diyaliz Ünitesi	7	350	5	150			2	20			520
Psikiyatri Hizmetleri	5	250	9	270			1	10			530
Biyokimya Laboratuvarı	5	250	7	210			1	10	2	Puansız	470
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	6	300	9	270			1	10	2	Puansız	580
Patoloji Laboratuvarı	7	350	6	180			1	10	1	Puansız	540
Doku Tipleme Laboratuvarı	4	200	7	210			1	10	2	Puansız	420
Destek Hizmetleri	**17**	**850**	**45**	**1350**			**8**	**80**	**1**	**Puansız**	**2280**
Tesis Yönetimi	1	50	11	330			3	30			410
Otelcilik Hizmetleri	4	200	11	330					1	Puansız	530
Bilgi Yönetim Sistemi	6	300	9	270			1	10			580
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	3	150	4	120			2	20			290
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	2	100	5	150							250
Atık Yönetimi	1	50	3	90			1	10			150
Dış Kaynak Kullanımı			2	60			1	10			70
Gösterge Yönetimi	**2**	**100**	**5**	**150**	**116**	**2320**			**34**	**Puansız**	**2570**
Göstergelerin İzlenmesi	2	100	5	150							250
Bölüm Bazlı Göstergeler					62	1240			6	Puansız	1240
Klinik Göstergeler					54	1080			28	Puansız	1080
TOPLAM	**130**	**6500**	**209**	**6270**	**116**	**2320**	**48**	**480**	**54**	**Puansız**	**15570**

* **Kategori-1:** 50 puan (Çekirdek) **Kategori-2:** 30 puan **Kategori-3:** 20 Puan (Göstergeler)
Kategori-4: 10 Puan **Kategori-5:** Puan değeri yok (Opsiyonel)

SKS-Hastane Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölümler	Standart Kategorileri										Puan
	Kategori-1		Kategori-2		Kategori-3		Kategori-4		Kategori-5		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	24	1200	22	660			6	60	6	Puansız	1920
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	6	300	18	540			12	120	2	Puansız	960
Sağlık Hizmetleri	81	4050	119	3570			22	220	11	Puansız	7840
Destek Hizmetleri	17	850	45	1350			8	80	1	Puansız	2280
Gösterge Yönetimi	2	100	5	150	116	2320			34	Puansız	2570
TOPLAM	130	6500	209	6270	116	2320	48	480	54	Puansız	15570

SKS-Hastane Standart Puan Tablosu		
Boyut	**Kurumsal Hizmetler**	
Bölüm	**Kurumsal Yapı**	
Kod	**Standart**	**Puan**
KKU01 Çekirdek	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50
KKU02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
KKU03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	30
KKU04 Çekirdek	Hastanenin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	50
KKU05 Çekirdek	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	50
KKU06 Opsiyonel	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	Puansız
KKU07 Opsiyonel	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	Puansız
KKU08 Çekirdek	Hastanenin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	50
Bölüm	**Kalite Yönetimi**	
KKY01 Çekirdek	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50
KKY02 Çekirdek	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	50
KKY03 Çekirdek	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	50
KKY04 Çekirdek	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50
KKY05	Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.	30
KKY06 Çekirdek	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY07 Çekirdek	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY08 Çekirdek	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY09 Çekirdek	Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.	50
KKY10	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10
KKY11	SKS kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30
KKY12	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30
KKY13	Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.	10

Bölüm	Doküman Yönetimi	
KDY01	SKS'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
KDY02	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY03	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY04	Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm orijinal dokümanlar muhafaza edilmelidir.	10
KDY05	Dokümanlar arşivlenmeli ve imha edilmelidir.	10
Bölüm	**Risk Yönetimi**	
KRY01 Çekirdek	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50
KRY02 Çekirdek	Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KRY03 Çekirdek	Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50
KRY04 Çekirdek	Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KRY05	Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.	30
Bölüm	**Güvenlik Raporlama Sistemi**	
KGR01 Çekirdek	Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır.	50
KGR02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30
KGR03 Çekirdek	Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	50
KGR04 Çekirdek	Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KGR05	Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30
Bölüm	**Acil Durum ve Afet Yönetimi**	
KAD01	Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi oluşturulmalıdır.	30
KAD02	Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	30
KAD03	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	30
KAD04 Opsiyonel	Hastane acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	Puansız
KAD05	Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
KAD06	Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.	30
KAD07 Çekirdek	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD09	Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD10	Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30

KAD11	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD12 Çekirdek	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD13 Çekirdek	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50
Bölüm	**Eğitim Yönetimi**	
KEY01	Hastanede, hasta, hasta yakını ve çalışan bazında eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	30
KEY02	Belirlenen eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30
KEY03 Çekirdek	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	50
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30
KEY05 Çekirdek	Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
Bölüm	**Sosyal Sorumluluk**	
KSS01 Opsiyonel	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	Puansız
KSS02 Opsiyonel	Bir program dâhilinde, hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.	Puansız
KSS03 Opsiyonel	Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	Puansız
KSS04	Organ bağışına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
Boyut	**Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler**	
Bölüm	**Hasta Deneyimi**	
HHD01	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	30
HHD02	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HHD03	Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.	30
HHD04 Çekirdek	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	50
HHD05	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	30
HHD06 Çekirdek	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50
HHD07	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	10
HHD08	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.	10
HHD09	Hastanın, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	10

HHD10	Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.	10
HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	30
HHD12	Hasta refakatçılarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HHD13	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
Bölüm	**Hizmete Erişim**	
HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	30
HHE02	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.	10
HHE03	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minumuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	10
HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	10
HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30
Bölüm	**Yaşam Sonu Hizmetler**	
HYS01	Yaşam sonu hizmetler kapsamında cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.	30
HYS02	Cenazenin hastane içinde taşınması sırasında mahremiyet ve güvenlik sağlanmalıdır.	30
HYS03	Cenazenin bekletileceği alanlara yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
HYS04	Morg işleyişine yönelik süreçler izlenebilir olmalıdır.	30
HYS05	Morg süreçleri enfeksiyonların önlenmesi açısından düzenlenmelidir.	30
HYS06	Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalıdır.	10
HYS07	Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır.	30
HYS08 Çekirdek	Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir.	50
Bölüm	**Sağlıklı Çalışma Yaşamı**	
HSÇ01 Opsiyonel	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	Puansız
HSÇ02	Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10
HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	10
HSÇ04 Opsiyonel	Çalışanların görevlerine ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.	Puansız
HSÇ05	Hastane, sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanması için yıllık hedeflerini belirlemelidir.	10
HSÇ06 Çekirdek	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
HSÇ07 Çekirdek	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	50

HSÇ08 Çekirdek	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50
HSÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	30
HSÇ10	Hastanede engelli ve kronik hastalığı olan personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HSÇ12	Çalışan memnuniyet anketleri uygulanmalıdır.	30
Boyut	**Sağlık Hizmetleri**	
Bölüm	**Hasta Bakımı**	
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.	10
SHB02	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	30
SHB03 Çekirdek	Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.	50
SHB04	Yatan hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	10
SHB05	Hasta/Hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	30
SHB06	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	30
SHB07 Çekirdek	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50
SHB08 Çekirdek	Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	50
SHB09 Çekirdek	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	50
SHB10 Çekirdek	Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50
SHB11	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB12	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB13 Çekirdek	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	50
SHB14	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	30
SHB15	Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SHB16	Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler kayıt altına alınmış ve tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.	30
SHB17	Yatarak hizmet alan, kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB18	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara .özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	30

SHB19	Palyatif bakım uygulamalarının planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SHB20	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	30
SHB21 Çekirdek	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SHB22 Çekirdek	Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SHB23	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik kurallar tanımlanmış olmalıdır.	30
Bölüm	**İlaç Yönetimi**	
SİY01	Hastanede ilaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30
SİY02 Opsiyonel	Hastane formüleri oluşturulmalıdır.	Puansız
SİY03	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SİY04 Çekirdek	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SİY05 Çekirdek	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	50
SİY06	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY07	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY08 Çekirdek	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SİY09	Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	10
SİY10	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY11	Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SİY12	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY13	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
SİY14	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SİY15	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
Bölüm	**Enfeksiyonların Önlenmesi**	
SEN01 Çekirdek	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.	50
SEN02	Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.	10
SEN03	Hastane enfeksiyonlarının sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN04 Çekirdek	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50

SEN05 **Çekirdek**	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	50
SEN06 **Çekirdek**	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50
SEN07 **Çekirdek**	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	50
SEN08	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SEN09	Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN10 **Çekirdek**	Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SEN11	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
SEN12	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamalar izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	30
Bölüm	**Sterilizasyon Hizmetleri**	
SSH01	Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SSH02	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
SSH03 **Çekirdek**	Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	50
SSH04 **Çekirdek**	Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir.	50
SSH05	Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.	30
SSH06 **Çekirdek**	Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	50
SSH07	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	30
SSH08	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	30
SSH09 **Çekirdek**	Lümenli aletlerin; yıkama, paketleme ve sterilizasyon süreçleri ile bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlenmelidir.	50
SSH10 **Çekirdek**	Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50
SSH11 **Çekirdek**	Hastanede kullanılan endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyon süreci kontrol altına alınmalıdır.	50
Bölüm	**Transfüzyon Hizmetleri**	
STH01	Transfüzyon hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
STH02	Hastane, kan teminine ilişkin süreçleri ve işleyiş ile ilgili kuralları belirlemelidir.	30
STH03	Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
STH04	Tam kan ve aferez bağışı için bağışçının kimlik tespiti, tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi yapılmalıdır.	30

STH05 **Çekirdek**	Kan ve kan ürünlerinin güvenli bir şekilde hazırlanması sağlanmalıdır.	50
STH06 **Çekirdek**	Kan ve kan ürünleri uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	50
STH07	Kan ve kan ürünleri istem süreçleri tanımlanmalıdır.	30
STH08	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.	30
STH09 **Çekirdek**	Transfüzyon uygulaması sırasında hasta güvenliği sağlanmalıdır.	50
STH10	Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.	30
STH11	Kan ve kan ürünlerinin imhasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
Bölüm	**Radyasyon Güvenliği**	
SRG01	Radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
SRG02	Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.	30
SRG03	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SRG04	Riskli girişimsel işlem yapılan görüntüleme alanlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SRG05	Yüksek manyetik alanlara (MRG üniteleri gib) yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SRG06	Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SRG07	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmeli ve ilgili çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.	30
SRG08 **Çekirdek**	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG09 **Çekirdek**	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG10 **Çekirdek**	Radyoloji ünitesi dışında yapılan çekimlerde (acil servis, klinikler, yoğun bakım gibi) diğer hastaların ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG11	Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarına yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.	30
SRG12	Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30
SRG13 **Çekirdek**	Nükleer tıp uygulamalarına özgü fiziki koşullar sağlanmalıdır.	50
SRG14	Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.	30
SRG15 **Çekirdek**	Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50

Bölüm	Acil Servis	
SAS01	Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SAS02	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	10
SAS03	Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAS04	Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.	30
SAS05	Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.	30
SAS06	Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SAS07 Çekirdek	Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.	50
SAS08	Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SAS09 Çekirdek	Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.	50
SAS10	Teşhis ve tedavi sürecinde, hasta ve hastaya ait materyal/ numunenin transferi, hastane personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.	10
SAS11	Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAS12 Çekirdek	Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAS13	İlgili personele KPR (Kardio Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.	30
SAS14	Hastane bünyesinde bulunan ambulanslara/hasta nakil araçlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
Bölüm	**Ameliyathane**	
SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAH03	Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	30
SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAH05 Çekirdek	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SAH06	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tibbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç düzeyleri izlenmelidir.	30
SAH07 Çekirdek	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAH08 Çekirdek	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	30
SAH10 Çekirdek	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50

SAH11	Cerrahi süreçte gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar cerrahi hata sınıflandırma sistemine (CHSS[TR]) göre kodlanmalıdır.	30
SAH12	Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	30
Bölüm	**Yoğun Bakım Ünitesi**	
SYB01	Yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SYB02	Yoğun bakım ünitelerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
SYB03	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SYB04	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	30
SYB05	Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.	30
SYB06 Çekirdek	Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.	50
SYB07 Çekirdek	Bası ülserinin önlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SYB08 Çekirdek	Hastaların güvenli transferi sağlanmalıdır.	50
SYB09	Yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.	10
SYB10	Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	30
Bölüm	**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi**	
SYD01	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SYD02	Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
SYD03	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SYD04	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	30
SYD05 Opsiyonel	Anne-bebek odası bulunmalıdır.	Puansız
SYD06	Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.	30
SYD07 Çekirdek	Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.	50
SYD08 Çekirdek	Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.	50
SYD09 Çekirdek	Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SYD10 Çekirdek	Bebeklerin güvenli transferi sağlanmalıdır.	50
SYD11	Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.	10
SYD12	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	30

Bölüm	Doğum Hizmetleri	
SDH01	Doğum salonuna yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.	30
SDH02	Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.	30
SDH03 Çekirdek	Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDH04 Opsiyonel	Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Kontrol Listesi kullanılmalıdır.	Puansız
SDH05 Çekirdek	Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SDH06	Doğum yapan hasta yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	30
SDH07 Opsiyonel	Kurumda hasta/hasta yakınlarına yönelik gebelik ve doğum eylemi süreçlerine ilişkin sistemli bir eğitim programı (gebe eğitim okulu) bulunmalıdır.	Puansız
Bölüm	**Diyaliz Ünitesi**	
SDİ01	Diyaliz hizmetleri ile ilgili tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SDİ02	Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.	30
SDİ03 Çekirdek	Diyaliz ünitesinde görev yapan sağlık çalışanları sertifikalı eğitim almış olmalıdır.	50
SDİ04	Diyaliz tedavisine yönelik karar ve planlama süreçlerinin kontrolü sağlanmalıdır.	30
SDİ05 Çekirdek	Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SDİ06 Çekirdek	Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SDİ07 Çekirdek	Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibi sağlanmalıdır.	50
SDİ08	Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.	30
SDİ09	Hasta/Hasta yakını organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.	30
SDİ10	Hassas tartı sistemi bulunmalıdır.	10
SDİ11 Çekirdek	Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDİ12 Çekirdek	Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SDİ13 Çekirdek	Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDİ14	Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.	30
Bölüm	**Psikiyatri Hizmetleri**	
SPS01	Psikiyatri hizmet süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10
SPS02	Psikiyatri kliniklerine yönelik fiziki düzenleme bulunmalıdır.	30

SPS03	Hastaların kullandığı bahçede fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SPS04 Çekirdek	Hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SPS05	Hasta yatışı ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SPS06	Hastanın öz bakımının yapılması sağlanmalıdır.	30
SPS07 Çekirdek	Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir.	50
SPS08	Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SPS09	Klinikte hastaların uyması gereken kurallar belirlenmelidir.	30
SPS10	Hasta ve yakınlarına, tedavi ve takip sürecine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.	30
SPS11 Çekirdek	Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	50
SPS12	Adli vakalar ve mahkum klinikleri için düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SPS13 Çekirdek	Öngörülemez durumlar için hazırlanmış bir eylem planı olmalıdır.	50
SPS14 Çekirdek	Hastaların taburculuk sonrası sosyal hayata uyumlarının sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	50
SPS15	Psikiyatri hizmet sunum sürecinde görev alan çalışanlar, iş güvenliğini sağlamaya yönelik eğitilmelidir.	30
Bölüm	**Biyokimya Laboratuvarı**	
SBL01	Biyokimya hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
SBL02 Çekirdek	Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
SBL03 Çekirdek	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	50
SBL04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	10
SBL05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
SBL06 Çekirdek	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SBL07 Çekirdek	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
SBL08 Opsiyonel	Metot validasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır.	Puansız
SBL09 Opsiyonel	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	Puansız
SBL10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SBL11	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SBL12 Çekirdek	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.	50

SBL13	Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SBL14	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SBL15	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.	30
Bölüm	**Mikrobiyoloji Laboratuvarı**	
SML01	Mikrobiyoloji hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
SML02 **Çekirdek**	Mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
SML03 **Çekirdek**	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	50
SML04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	10
SML05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
SML06 **Çekirdek**	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SML07 **Çekirdek**	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
SML08 **Opsiyonel**	Metot validasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır.	Puansız
SML09 **Opsiyonel**	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	Puansız
SML10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SML11 **Çekirdek**	Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının kısıtlı bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SML12	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SML13 **Çekirdek**	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.	50
SML14	Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SML15	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SML16	Mikrobiyoloji laboratuvar çalışmalarında, Bakanlık tarafından yayımlanan Ulusal Mikrobiyoloji Standartları Rehberleri esas alınmalıdır.	30
SML17	Klinik önemi olan mikroorganizmalara yönelik elde edilen identifikasyon ve duyarlılık testi sonuçları ulusal sürveyans sistemlerine kaydedilmelidir.	30
SML18	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.	30
Bölüm	**Patoloji Laboratuvarı**	
SPL01	Patoloji laboratuvarı çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	10
SPL02 **Çekirdek**	Patoloji laboratuvarı ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50

SPL03 Çekirdek	Örneklerin laboratuvara kabulüne yönelik kurallar belirlenmelidir.	50
SPL04 Çekirdek	İntraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SPL05	Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.	30
SPL06	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SPL07 Çekirdek	Patolojik inceleme süreçlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SPL08 Opsiyonel	Belirlenen yöntem ve aralıklarla, dış kalite/tanı doğruluğunun izlenmesi için retrospektif ve prospektif olarak değerlendirmeler yapılmalıdır. ***(Bkz. Patoloji Laboratuvarında Tanı Doğruluğunun İzlenmesi)***	Puansız
SPL09	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SPL10	Sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SPL11 Çekirdek	Panik tanı bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SPL12 Çekirdek	Laboratuvar arşivleme süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SPL13	Patolojik örneğin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SPL14 Çekirdek	Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.	50
SPL15	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.	30
Bölüm	**Doku Tipleme Laboratuvarı**	
SDL01	Doku Tipleme hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
SDL02 Çekirdek	Doku Tipleme Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
SDL03 Çekirdek	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	50
SDL04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	10
SDL05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
SDL06 Çekirdek	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SDL07 Çekirdek	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
SDL08 Opsiyonel	Metot validasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır.	Puansız
SDL09 Opsiyonel	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	Puansız
SDL10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SDL11	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30

SDL12	Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SDL13	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin gizliliği ve izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SDL14	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.	30
Boyut	**Destek Hizmetleri**	
Bölüm	**Tesis Yönetimi**	
DTY01	Bina turları yapılmalıdır.	30
DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.	30
DTY03	Hastaneye ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	10
DTY04	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	30
DTY05	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	10
DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	30
DTY07	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	10
DTY08 Çekirdek	Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.	50
DTY09	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY10	Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY13	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY14	Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY15	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakım ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	30
Bölüm	**Otelcilik Hizmetleri**	
DOH01	Hastanenin temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
DOH02 Çekirdek	Hastanenin temizliği sağlanmalıdır.	50
DOH03	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	30
DOH04 Çekirdek	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	50
DOH05 Çekirdek	Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DOH06	Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	30
DOH07	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30

DOH08	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH09	Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH10	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30
DOH11	Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH12	Hastane bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	30
DOH13	Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	30
DOH14	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	30
DOH15 Çekirdek	Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50
DOH16 Opsiyonel	Ayaktan tedavi alıp süreklilik arz eden hasta/hasta yakınları (kemoterapi, radyoterapi gibi) için gerektiğinde konaklama hizmeti sunulmalıdır.	Puansız
Bölüm	**Bilgi Yönetimi**	
DBY01	Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin hastane politikası oluşturulmalıdır.	30
DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	30
DBY03	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	30
DBY04	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DBY05 Çekirdek	BYS üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50
DBY06	HBYS kullanıcı dostu olmalıdır.	10
DBY07	Bilgi Yönetim Sistemi etkin kullanılabilmelidir.	30
DBY08	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)'nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	30
DBY09	HBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	30
DBY10 Çekirdek	HBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
DBY11	Bigi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DBY12 Çekirdek	Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.	50
DBY13 Çekirdek	Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50
DBY14 Çekirdek	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
DBY15	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30
DBY16 Çekirdek	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50

Bölüm	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
DMC01	Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.	10
DMC02	Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC03	Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC04	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
DMC05 Çekirdek	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	50
DMC06	Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.	10
DMC07	Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (ventilatör, laboratuvar test cihazları, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmesi sağlanmalıdır.	30
DMC08 Çekirdek	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DMC09 Çekirdek	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.	50
Bölüm	**Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri**	
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin politika belirlenmelidir.	30
DTA02	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
DTA03 Çekirdek	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	50
DTA04 Çekirdek	Hasta dosyalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DTA05	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	30
DTA06	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.	30
DTA07	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır	30
Bölüm	**Atık Yönetimi**	
DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
DAY02 Çekirdek	Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50
DAY03	Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.	30
DAY04	Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	30
DAY05	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
Bölüm	**Dış Kaynak Kullanımı**	
DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.	10

DDK02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30
DDK03	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
Boyut	**Gösterge Yönetimi**	
Bölüm	**Göstergelerin İzlenmesi**	
GGİ01 Çekirdek	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.	50
GGİ02	Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30
GGİ03 Çekirdek	Hastanede izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50
GGİ04	Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
GGİ05	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.	30
GGİ06	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30
GGİ07	Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.	30
Bölüm	**Bölüm Bazlı Göstergeler**	
GBKY01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	20
GBAD01	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	20
GBAD02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	20
GBAD03	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	20
GBAD04	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	20
GBEY01	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	20
GBEY02	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	20
GBHD01	Hasta Memnuniyet Oranı	20
GBSÇ01	Çalışan Memnuniyet Oranı	20
GBSÇ02	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	20
GBSÇ03	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	20
GBSÇ04	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	20
GBSÇ05	Personel Devir Hızı	20
GBSÇ06	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	20
GBSÇ07	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı	20
GBSÇ08	Hemşire Bölüm Değiştirme Oranı	20
GBHB01	Düşen Hasta Oranı	20
GBHB02 Opsiyonel	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı	Puansız
GBİY01	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	20
GBEN01	El Hijyeni Uyumu	20
GBEN02	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu	20
GBEN03	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu	20

GBEN04	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay	20
GBEN05	Umblikal Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları	20
GBEN06	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	20
GBEN07	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	20
GBTH01	İmha Edilen Kan Oranı	20
GBRG01	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	20
GBRG02	Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı	20
GBAS01	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	20
GBAS02	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	20
GBAS03	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	20
GBAS04	Hasta Sevk Oranı	20
GBAH01 Opsiyonel	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Puansız
GBAH02	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	20
GBAH03 Opsiyonel	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	Puansız
GBYB01	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	20
GBYB02	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	20
GBYB03	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	20
GBYD01	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı	20
GBDH01	Sezaryen Oranı	20
GBDH02	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	20
GBDH03	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisinin Uygulanma Oranı	20
GBDH04	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	20
GBDH05	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	20
GBDH06 Opsiyonel	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Puansız
GBDİ01	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı	20
GBDİ02	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1.2'den Düşük Olan Hasta Oranı	20
GBDİ03	Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V veya URR Değeri 1.7' den Düşük Hasta Oranı	20
GBBL01	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	20
GBBL02	Biyokimya Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	20
GBBL03	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBBL04	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBBL05	Biyokimya Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	20
GBML01	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	20
GBML02	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	20
GBML03 Opsiyonel	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Puansız
GBML04	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	20

GBML05	Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBML06	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	20
GBML07 Opsiyonel	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	Puansız
GBML08	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	20
GBPL01	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı	20
GBPL02	Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	20
GBPL03	Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı	20
GBBY01	Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	20
GBBY02	HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	20
GBTA01	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	20
Bölüm	**Klinik Göstergeler**	
GKKA01 Opsiyonel	İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı	Puansız
GKKA02 Opsiyonel	Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Koroner Arter Hastası Oranı	Puansız
GKKA03 Opsiyonel	Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan Hasta Oranı	Puansız
GKKA04	Koroner Anjiografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan Hasta Oranı	20
GKKA05	Koroner Anjiografi Yapılan Hasta Oranı	20
GKKA06	Koroner Anjioplasti Yapılan Hasta Oranı	20
GKKA07 Opsiyonel	Koroner Anjiografi Yapılan Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı	Puansız
GKKA08	By-Pass Cerrahisi Uygulama Oranı	20
GKKA09	Koroner Reanjiografi Uygulama Oranı	20
GKKA10	KAH Tanılı Hastalarda Miyokard Enfarktüsü Görülme Oranı	20
GKKA11	By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı	20
GKKA12	By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı	20
GKKA13	Bypass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oranı	20
GKKA14 Opsiyonel	AMİ'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi	Puansız
GKKA15 Opsiyonel	AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı	Puansız
GKKA16 Opsiyonel	AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim(PCI) Uygulanma Oranı	Puansız
GKKA17 Opsiyonel	AMİ Vaka Ölüm Oranı	Puansız
GKKK01	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan "Kalça Kırığı Cerrahisi" Oranı	20
GKKK02	Kalça Kırığı mortalite oranı	20
GKAR01	Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR02	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)	20
GKAR03	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 2 Ay)	20

GKAR04	Ortalama Kalış Gün Sayısı	20
GKAR05	Revizyon Cerrahisi Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)	20
GKAR06	Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilme Oranı	20
GKAR07	İlk 2 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR08	İlk 12 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR09	Antitrombotik İlaç Verilen Hasta Oranı	20
GKAR10	Hasta Çıkışında Antitrombotik İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı	20
GKAR11	Derin Ven Trombozu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR12	Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı	20
GKAR13	Sinir Hasarı Oranı	20
GKAR14	Damar Hasarı Oranı	20
GKDM01	HbA_{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	20
GKDM02	Yılda En Az 4 Kez HbA_{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	20
GKDM03	Son Ölçülen HbA_{1c} ≥%9 Olan Hasta Oranı	20
GKDM04	Son Ölçülen HbA_{1c} ≤ 7 Olan Hasta Oranı	20
GKDM05	Son HbA_{1c} Düzeyi % 7-9 Arasında Olan Hasta Oranı	20
GKDM06 Opsiyonel	İncelenen Dönemde Eğitim Alan Hasta Oranı	Puansız
GKDM07 Opsiyonel	Vücut Kitle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı	Puansız
GKDM08 Opsiyonel	LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	Puansız
GKDM09 Opsiyonel	LDL Kolesterol Düzeyi <100 Mg/dl Olan Hasta Oranı	Puansız
GKDM10	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)	20
GKDM11	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)	20
GKDM12 Opsiyonel	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı	Puansız
GKDM13 Opsiyonel	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Son Ölçüm Değeri 130/80 Altında Olan Hasta Oranı	Puansız
GKDM14 Opsiyonel	DM Tanılı Hastalarda Tütün Kullanım Oranı	Puansız
GKDM15 Opsiyonel	Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	Puansız
GKDM16 Opsiyonel	Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı	Puansız
GKDM17	Göz Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	20
GKDM18	Alt Ekstremite Amputasyon Oranı	20
GKDM19	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Kronik Komplikasyonlar)	20
GKDM20	Ayak Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	20
GKİN01	Hastaneye Ambulans ile Ulaşım Oranı	20

GKİN02	Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı	20
GKİN03 Opsiyonel	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Transözofagiyal Ekokardiyografi (TEE) Yapılma Oranı	Puansız
GKİN04 Opsiyonel	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi (USG) Yapılma Oranı	Puansız
GKİN05	İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulama Oranı	20
GKİN06	İntravenöz Trombolitik Tedavi ile İlişkili Tedavi Sonrası İlk 24 Saatte Hemoraji Komplikasyonu Gelişme Oranı	20
GKİN07	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanma Oranı	20
GKİN08	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi/Trombektomi Tedavisi Sonrasında İlk 24 Saatte Hemorojik Komplikasyon Gelişme Oranı	20
GKİN09	Dekompresif Cerrahi Uygulanma Oranı	20
GKİN10	Rehabilitasyona Erken Başlama Oranı	20
GKİN11	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20
GKİN12	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20
GKİN13	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20
GKİN14	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu Komplikasyonunun Gelişme Oranı	20
GKİN15 Opsiyonel	İnme Sonrası Hastanede Düşen Hasta Oranı	Puansız
GKİN16 Opsiyonel	İnme Tanısı Alan Hastalarda Taburculuk Sonrası 1 Yıl İçinde Tekrar İnme Geçirilme Oranı	Puansız
GKİN17	"INR" Değeri Takip Edilen Hasta Oranı	20
GKİN18 Opsiyonel	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde "Karotis Endarterektomi" Yapılma Oranı	Puansız
GKİN19 Opsiyonel	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde "Supra -aortik Stent" Yapılma Oranı	Puansız
GKKO01	Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı	20
GKKO02	Operasyon Sonrası Bir Günden Fazla Yatan Hasta Sayısı/Operasyon Sonrası Yatan Hasta Sayısı	20
GKKO03	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı	20
GKKO04 Opsiyonel	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı	Puansız
GKKO05	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Glakom Gelişme Oranı	20
GKKO06 Opsiyonel	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glakom Gelişme Oranı	Puansız
GKKO07	Bir Ay İçinde Gerçekleştirilen Reoperasyon Oranı	20
GKKO08 Opsiyonel	Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı	Puansız
GKKO09 Opsiyonel	Bir Yıl İçinde Gelişen Dekolman Sıklığı	Puansız
GKKO10 Opsiyonel	Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrole Gelen Hasta Oranı	Puansız

KURUMSAL HİZMETLER

Kurumsal Yapı

Kalite Yönetimi

Doküman Yönetimi

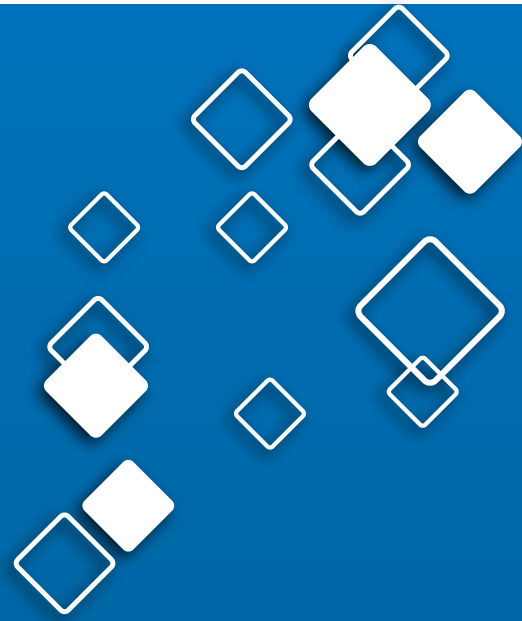
Risk Yönetimi

Güvenlik Raporlama Sistemi

Acil Durum ve Afet Yönetimi

Eğitim Yönetimi

Sosyal Sorumluluk



Kurumsal Yapı

Amaç

- Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve iletişim mekanizmalarının tanımlanması
- Hastanenin iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması
- Hastanede sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanması
- Hastanenin temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması
- Hastanede kurumsal iletişim faaliyetlerinin kurum amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır

Hedefler

- Verimlilik
- Etkililik
- Etkinlik
- Süreklilik

Kod	Standart	1
KKU01 Çekirdek	**Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.** ***Rehberlik*** *Organizasyon yapısı, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve hastane faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKU01.01	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır. Organizasyon yapısı ile ilgili **asgari** aşağıdaki konular tanımlanmalıdır: o Sorumluluk ve ilişkiler o Dikey ve yatay koordinasyon ve entegrasyon noktaları o Gerektiğinde yetki devrinin nasıl yapılacağı
KKU01.02	Hastane organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

Kod	Standart	2
KKU02	**Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKU02.01	Görev tanımları, kapsayıcı ve net bir biçimde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir. Görev tanımları **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Birim o Görev Adı o Amir ve Üst Amirler o Görev Devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişilerin belirlenmesi) o Görev Amacı o Temel İş ve Sorumluluklar o Yetkiler
KKU02.02	Birim ve kişilere verilen yetki ile sorumluluk arasında uyum olmalıdır.

Kod	Standart	3
KKU03	**Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	4
KKU04 Çekirdek	**Hastanenin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.** ***Rehberlik*** *Değerler, hastanenin gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları içeren değerleri ifade etmektedir.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KKU04.01	Hastane, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	

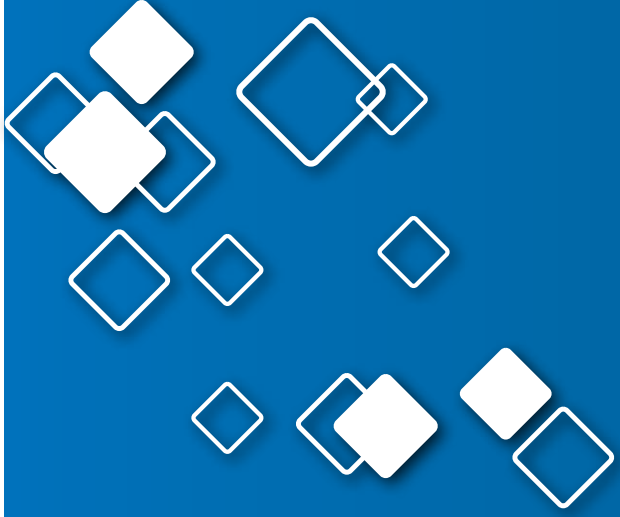
Kod	Standart	5
KKU05 Çekirdek	**Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KKU05.01	Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, kurum amaç ve hedefleri belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Hastanenin amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.* *İç Çevre Faktörleri: İnsan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar vb.* *Dış Çevre Faktörleri: Hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler vb.*	
KKU05.02	Hastane faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.	

Kod	Standart	6
KKU06 Opsiyonel	**Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.**	

Kod	Standart	7
KKU07 Opsiyonel	**Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.** ***Rehberlik*** *Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi akışı, motivasyon, bütünleşme, eğitim, karar alma ve denetim gibi fonksiyonların sağlanması amacı ile belli kurallar çerçevesinde uygulanan, ayrıca dış hedef kitle ile etkileşim sırasında kurum itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKU07.01	Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır. ***Rehberlik*** *Hedef kitle, hastane içinde ve hastane dışındaki iletişim paydaşlarını (hastane çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.* *Hedef kitle tanımlanırken; hastane türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.*
KKU07.02	Kurum içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hastaneyi oluşturan bölüm ve öğeler arasında bilgi ve karar akışı o Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı o Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim o Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim
KKU07.03	Kurum dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi o Hastane çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi o Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi

Kod	Standart	8
KKU08 **Çekirdek**	**Hastanenin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KKU08.01	Hastanenin web sitesi olmalıdır.	
KKU08.02	Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır. Web sitesinde **asgari** aşağıdaki bilgiler olmalıdır: o Organizasyon yapısı o Hastane misyon, vizyon ve değerleri o Hastane Kalite Yönetim Birimi ve çalışmaları o Hastaneye ulaşım ve hastane iletişim bilgileri o Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar o Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları o Acil sağlık hizmetleri o Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım ya da tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler o Randevu alma bilgileri o Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar o Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar o (Varsa) Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler o Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.	



Kalite Yönetimi

Amaç

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

Hedefler

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

Kod	Standart	1
KKY01 Çekirdek	**Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY01.01	Kalite Yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmalıdır.
KKY01.02	Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	2
KKY02 Çekirdek	**Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY02.01	Kalite Yönetim Direktörü belirlenmelidir. o "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışacak personel sayısı, ilgili hastanenin büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir. o "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.
KKY02.02	"Kalite Yönetim Birimi"nin çalışma ofisi olmalıdır.
KKY02.03	"Kalite Yönetim Birimi"nin görev alanı tanımlanmalıdır. Kalite Yönetim Birimi; o SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır. o Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir. o Öz değerlendirmeleri yönetmelidir. o Güvenlik Raporlama Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir. o Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir. o Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi.) yönetmelidir. o SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır. o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir. o SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

Kod	Standart	3
KKY03 Çekirdek	**SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY03.01	Sorumlular Kalite Yönetim Direktörü ile koordineli çalışmalıdır.
KKY03.02	Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.

Kod	Standart	4
KKY04 Çekirdek	**SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY04.01	Öz değerlendirme, hastanenin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kez olacak şekilde, hastane tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
KKY04.02	Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır. o Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmelidir. o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır. o Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir. o Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalıdır.
KKY04.03	Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.
KKY04.04	Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	5
KKY05	**Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KKY05.01	Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	
KKY05.02	Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilmelidir.	
KKY05.03	Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Kod	Standart	6
KKY06 Çekirdek	**Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KKY06.01	Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	
KKY06.02	Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır. Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir: o Hastaların doğru kimliklendirilmesi o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması o İlaç güvenliğinin sağlanması o Transfüzyon güvenliğinin sağlanması o Radyasyon güvenliğinin sağlanması o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması o Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması o Hasta mahremiyetinin sağlanması o Hastaların güvenli transferi o Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi o Bilgi güvenliğinin sağlanması o Enfeksiyonların önlenmesi o Laboratuvarda hasta güvenliğinin sağlanması gibi	
KKY06.03	Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.	
KKY06.04	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
KKY06.05	Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.	

Kod	Standart	7
KKY07 Çekirdek	**Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.** ***Rehberlik*** *Bünyesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu bulunan hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliği alanındaki sorumluluklar bu kurul tarafından yürütülür.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY07.01	Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.
KKY07.02	Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır. Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir: o Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması o Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması o Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması o Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi gibi
KKY07.03	Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.
KKY07.04	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
KKY07.05	Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

Kod	Standart	8
KKY08 Çekirdek	**Eğitim Komitesi bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY08.01	Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.
KKY08.02	Komite, eğitim faaliyetlerini planlanmalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır. Komite görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir: o Sağlıkta Kalite Standartları eğitimleri o Hizmet içi eğitimler o Uyum eğitimleri o Hastalara yönelik eğitimler
KKY08.03	Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.
KKY08.04	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
KKY08.05	Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

Kod	Standart	9
KKY09 Çekirdek	**Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY09.01	Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.
KKY09.02	Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir: o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi o Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması o Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları o Atık yönetimi çalışmaları o Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması o Tehlikeli maddelerin yönetimi
KKY09.03	Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.
KKY09.04	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
KKY09.05	Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

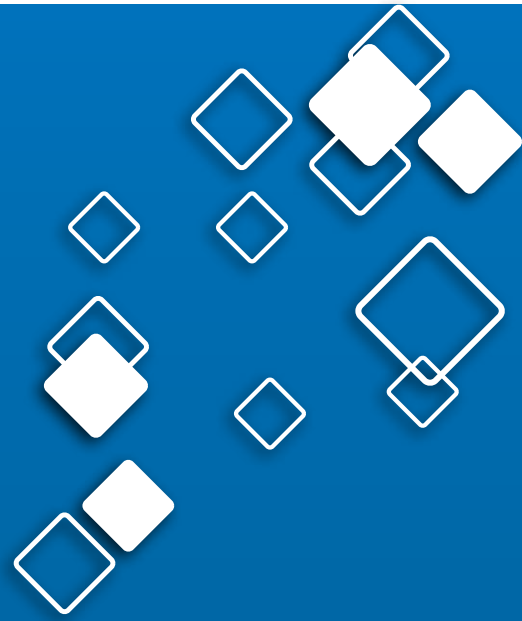
Kod	Standart	10
KKY10	**Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KKY10.01	Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını o Toplantı gündemi ve süresini o Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır.
KKY10.02	Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.

Kod	Standart	11
KKY11	**SKS kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KKY11.01	SKS kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.	
KKY11.02	Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.*	
KKY11.03	Düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde form vb. bir kayıt sistemi ile izlenmelidir.	

Kod	Standart	12
KKY12	**Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.** ***Rehberlik*** *SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde ilgili mevzuatlar kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.*	

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



Doküman Yönetimi

Amaç

Hastanede;

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

Hedefler

- Etkinlik
- Etkililik

Kod	Standart	1
KDY01	**SKS'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

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

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

Kod	Standart	3
KDY03	**Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KDY03.01	Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmelidir.	
KDY03.02	Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir. o Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği belirlenmelidir. o Dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır. o Dokümanların takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmelidir.	
KDY03.03	Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.	
KDY03.04	Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, estetik ve düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.	
KDY03.05	Belirlenen panolar/alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalar, uygun ve estetik tarzda düzenlenmelidir.	

Kod	Standart	4
KDY04	**Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm orijinal dokümanlar muhafaza edilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KDY04.01	Fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış dokümanların muhafaza şekilleri tanımlanmalıdır.	

Kod	Standart	5
KDY05	**Dokümanlar arşivlenmeli ve imha edilmelidir.**	

Risk Yönetimi

Amaç

Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan ile tesis ve çevre güvenliği kapsamında, hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en alt düzeye indirilmesidir.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Etkinlik
- Etkililik

Kod	Standart	1
KRY01 Çekirdek	**Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.** ***Rehberlik*** o *Risk yönetim çalışmaları Kalite Yönetim Birimi'nin koordinasyonunda ilgili tüm komitelerle entegre biçimde yürütülmelidir.* o *Risk yönetimi çalışmalarında bölüm kalite sorumluları ile işbirliği yapılmalıdır.*	

Kod	Standart	2
KRY02 Çekirdek	**Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KRY02.01	Risk yönetimi; hasta ve çalışan güvenliği ile tesis ve çevre güvenliğine ilişkin süreçleri kapsamalıdır.
KRY02.02	Risk yönetimi; hastanede karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal ilişkin unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.
KRY02.03	Risk yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Amaç ve hedefler o Kapsam o Risk analizi yöntemi o İlgili çalışanların görüşlerinin alınması o Tanımlanan risklerin raporlanması o Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti o Gerekli iyileştirme çalışmaları o Çalışanların eğitimi
KRY02.04	Risk yönetimine ilişkin süreçleri ve unsurları kapsayacak şekilde bir plan hazırlanmalıdır. Plan **asgari** aşağıdaki başlıkları içermelidir: o İlgili süreç, faaliyet veya unsur o Yaşanabilecek riskler o Risk düzeyi o Alınacak önlemler o Sorumlular o Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi

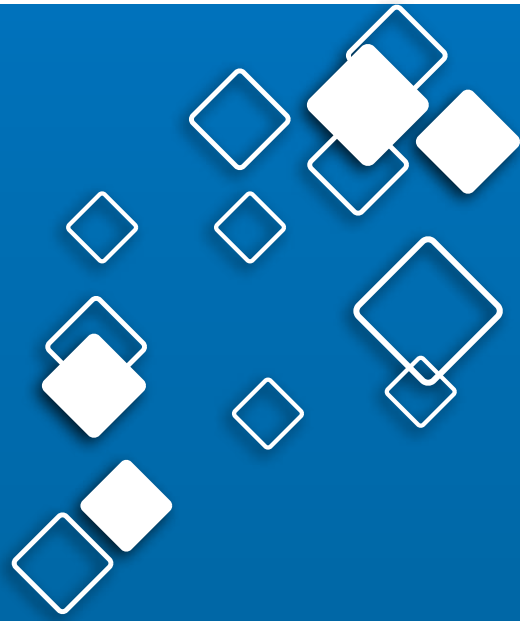
Kod	Standart	3
KRY03 Çekirdek	**Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KRY03.01	Riskler, bölüm, meslek ve/veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.
KRY03.02	Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) belirlenmelidir.
KRY03.03	Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır.

Kod	Standart	4
KRY04 Çekirdek	**Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**	

Kod	Standart	5
KRY05	**Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KRY05.01	Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir. o Gözden geçirme aralıkları, belirlenen riskler kapsamında tanımlanmalıdır. o Risk yönetimi planı kapsamında, risklere yönelik alınan önlemlerin etkinliği izlenebilir olmalıdır. ***Rehberlik*** *Alınan önlemlerin sürekliliğini sağlamak için düzenli aralıklarla risk tespit turları/çalışmaları yapılabilir.*
KRY05.02	Risk analizleri düzenli aralıklarla (en geç iki yılda bir) veya gerektiğinde güncellenmelidir.



Güvenlik Raporlama Sistemi

Amaç

Hastanede;

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

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Kod	Standart	1
KGR01 **Çekirdek**	**Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KGR01.01	Güvenlik Raporlama Sistemi, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. o Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.	
KGR01.02	Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır. ***Rehberlik*** o *Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.* o *Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir.* o *Ana modüllerin altında alt modüller yer alabilir. Örneğin; "İlaç Güvenliği, Düşmeler, Cerrahi Güvenlik, Kesici Delici Alet Yaralanmaları" gibi.*	
KGR01.03	Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır. Bildirim formları, **asgari** aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir: o Olayın konusu o Olayın anlatılması o Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler	
KGR01.04	Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.	
KGR01.05	Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.	

Kod	Standart	2
KGR02	**Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KGR02.01	Raporlama sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmalıdır.	

Kod	Standart	3
KGR03 Çekirdek	**Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KGR03.01	Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Güvenlik Raporlama Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar o Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı o Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması o Güvenlik Raporlama Sisteminde hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı o Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik o Örnek olaylar üzerinden, bildirim formlarını nasıl doldurulacağı o Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi	

Kod	Standart	4
KGR04 Çekirdek	**Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KGR04.01	Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır.	
KGR04.02	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.	
KGR04.03	Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	
KGR04.04	Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	5
KGR05	**Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.**	

Acil Durum ve Afet Yönetimi

Amaç

- Hastanede karşılaşılacak deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyaç gibi acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekleri zararın en alt düzeye düşürülmesi
- Hastanede karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması
- Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması
- Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesidir.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
KAD01	**Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi oluşturulmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KAD01.01	Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. o Hastane yönetimince oluşturulan ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak acil durum ve afet yönetimi çalışmalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. o Ekipte, hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	
KAD01.02	Ekip düzenli aralıklarla toplantılar yapmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	
KAD01.03	Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	

Kod	Standart	2
KAD02	**Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KAD02.01	Doğa ve insan kaynaklı afetlere yönelik olarak risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesi **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Deprem o Sel o Siklon (tayfun, kasırga) o Hortum o Volkanik patlama o Toprak kaymaları o Salgınlar o Terör eylemleri o Endüstriyel patlama o Nükleer ve kimyasal kazalar o Yangın o Savaş o Göç	

Kod	Standart	3
KAD03	**Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KAD03.01	Acil durum ve afet planı aşağıdaki konuları kapsamalıdır. o Acil durumlara karşı olası riskler (Yangın, terör, su baskını, radyoaktif bulaş ve serpinti gibi) o Koruyucu önlemler o Kontrol o Erken teşhis ve tespit o Triaj o Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, ambulans hizmetleri, arşiv gibi) o Tesisin tahliyesi o Kullanılacak alternatif alanlar o Kullanılacak malzemelerin temini o Acil durum ve afet malzeme envanteri o İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon	
KAD03.02	Acil durum ve afet planı güncel olmalıdır. o Plan kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmeli ve revize edilmelidir.	

Kod	Standart	4
KAD04 Opsiyonel	**Hastane acil durum plan krokileri bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KAD04.01	Hastane acil durum plan krokileri; o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat acil durum plan krokileri olarak hazırlanmalıdır. Acil durum plan krokilerinde **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler o Acil müdahale setinin bulunduğu yerler o Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler o İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında hastane haricindeki kuruluşların irtibat numaraları	

Kod	Standart	5
KAD05	**Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD05.01	Acil durum ve afetlere yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalıdır. Tahliye planı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Nöbetçi desteklenmesi o Trafik akışı ve güvenlik o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan) o Hastaların güvenli yerlere transferi o Geçici yerleştirme alanları o Hasta izleme sistemleri o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma o Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu
KAD05.02	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır. o Tesis tahliye tatbikatı; yoğun bakım ve psikiyatri klinik/servis tahliyesini de kapsamalıdır. o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

Kod	Standart	6
KAD06	**Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.** ***(Bkz. Eğitim Yönetimi Bölümü)***	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD06.01	Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilmelidir. "Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi"ne ve hastanedeki ilgili kişilere **asgari** aşağıdaki konu başlıklarına yönelik eğitimler verilmelidir: o Temel afet bilinci o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı) o YOTA o UMKE o KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer Olaylar) o Acil Durum ve Afet Triyajı

Kod	Standart	7
KAD07 Çekirdek	**Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KAD07.01	Birinci ve ikinci deprem bölgesinde bulunan hastaneler "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" uygulaması yapmalıdır. YOTA uygulaması **asgari** aşağıdaki maddeleri içermelidir: o Her türlü tıbbi cihazın sabitlenmesi o Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi o Oksijen tüplerinin, hastane arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi o Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi o Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması o Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması o Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi o Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve çapraz iplerle sabitlenmesi o Küçük ebatlı malzeme ve ilaçların tel kafes sistemleri ile sabitlenmesi	

Kod	Standart	8
	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
KAD08	***Rehberlik*** *Mavi kod; hastanede karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında,* *müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD08.01	Mavi kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, mavi kod için 2222 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır.
KAD08.02	Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, mavi kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.
KAD08.03	Her vardiya için ekipler belirlenmelidir.
KAD08.04	Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere her ekipte; en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır. o Hekim ve sağlık çalışanı KPR eğitimi almış olmalıdır.
KAD08.05	Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalıdır. o Acil müdahale setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.
KAD08.06	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. o Tutulan kayıtlarda aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Müdahale edilen kişiye ait bilgiler • Yapılan uygulama • Müdahalenin yeri • Çağrının yapıldığı zaman • Ekibin olay yerine ulaşma zamanı • Müdahalenin sonucu • Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.

KAD08.07	Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef tanımlanmalı, gerçekleşen süreler takip edilmelidir
KAD08.08	Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır. o Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır.
KAD08.09	Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	9
KAD09	**Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***Rehberlik;*** *Pembe kod; hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD09.01	Pembe kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, pembe kod için 3333 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır.
KAD09.02	Pembe kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, pembe kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.
KAD09.03	Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. ***Rehberlik*** *o Tutulan kayıtlarda aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:* • *Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler* • *Olayın gerçekleştiği bölüm* • *Olayın başlangıç-bitiş zamanı* • *Olayın sonucu ile ilgili bilgiler* *o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.*
KAD09.04	Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.
KAD09.05	Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	10
KAD10	**Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *Beyaz kod; hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD10.01	Beyaz kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, beyaz kod için 1111 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır.
KAD10.02	Beyaz kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.
KAD10.03	Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. o Tutulan kayıtlarda aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Olayın olduğu tarih ve saat • Olayın olduğu yer • Olay anında yapılan iş • Olayın başlama nedeni • Olayın oluş şekli • Olayda varsa kullanılan nesne • Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar • Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri • Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.
KAD10.04	Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.
KAD10.05	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
KAD10.06	Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.
KAD10.07	Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	11
KAD11	**Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *Kırmızı kod; hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KAD11.01	Hastanede, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Hastanenin tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunmalı, sistemin bakım ve kontrollleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. o Acil uyarı sistemi, gerektiğinde ilgili kişileri uyarmaya yönelik görsel ve işitsel fonksiyona sahip olmalıdır. o Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalı, itfaiye gibi ilgili birimlerle koordinasyon sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	
KAD11.02	Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.	
KAD11.03	Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. o Tutulan kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Yangının çıktığı tarih ve saat • Yangının çıktığı yer • Yangının başlama nedeni • Çevrede oluşan olumsuzluklar • Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.	
KAD11.04	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır. o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.	
KAD11.05	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
KAD11.06	Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	12
KAD12 Çekirdek	**Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD12.01	Hastane krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.
KAD12.02	Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.
KAD12.03	Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.
KAD12.04	Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir.
KAD12.05	Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır. o Yangın hortumu hasarsız olmalıdır. o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir. o Vanalar kolayca açılmalıdır.

Kod	Standart	13
KAD13 Çekirdek	**Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KAD13.01	Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.
KAD13.02	Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.
KAD13.03	Elektrik aksamının yalıtımları olmalıdır.

Eğitim Yönetimi

Amaç

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

Hedefler

- Etkinlik
- Etkililik
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Hasta Güvenliği

Kod	Standart	1
KEY01	**Hastanede, hasta, hasta yakını ve çalışan bazında eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	2
KEY02	**Belirlenen eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.**	

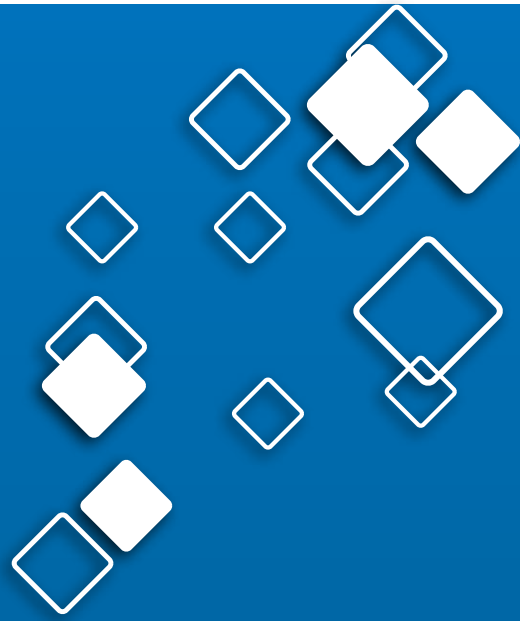
Kod	Değerlendirme Ölçütü
KEY02.01	Eğitim planlarında tanımlanması gereken asgari hususlar belirlenmelidir. Eğitim planlarında, **asgari** aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Eğitimin amaç ve hedefleri o Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği o Eğitim yöntemi o Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi) o Eğitimin yeri o Eğitimin süresi o Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar o Eğitim için gerekli materyaller o Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri
KEY02.02	Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan revize edilmelidir.
KEY02.03	Yapılan revizyon, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

Kod	Standart	3
KEY03 Çekirdek	**Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KEY03.01	Göreve yeni başlayan her çalışana; genel uyum eğitimi ve bölüm uyum eğitimi verilmelidir. o Genel ve bölüm uyum eğitimlerine ilişkin konular, kurumun türü, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.
KEY03.02	Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.
KEY03.03	Meslek bazında her bölüm için uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.
KEY03.04	Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır. o Rehber, kurumun belirlediği kurallar çerçevesinde meslek bazında hazırlanmalıdır.
KEY03.05	Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. ***Rehberlik*** *Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilecek yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:* o *Ön test-son test* o *Öz değerlendirmeler* o *Gözlemler* o *Kişilerle yapılan görüşmeler* o *Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler* o *Anketler* o *Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)*
KEY03.06	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.

Kod	Standart	4
KEY04	**Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KEY04.01	Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmelidir.	
KEY04.02	Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir.	
KEY04.03	Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır. o Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir.	
KEY04.04	Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. ***Rehberlik*** *Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilecek yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:* o *Ön test-son test* o *Öz değerlendirmeler* o *Gözlemler* o *Kişilerle yapılan görüşmeler* o *Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler* o *Anketler* o *Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)*	
KEY04.05	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.	
KEY04.06	İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

Kod	Standart	5
KEY05 Çekirdek	**Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KEY05.01	Hasta eğitimlerine yönelik doküman bulunmalıdır. Eğitim dokümanları aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hangi hasta grubuna, hangi eğitimlerin verileceği o Hangi sıklıkla verileceği o Kimler tarafından verileceği o Nasıl kayıt altına alınacağı	
KEY05.02	Hasta/hasta yakınlarına tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir. Hasta/hasta yakınlarına tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik **asgari** aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir: o Kullanılacak ilaçlar o Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar o Varsa bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı o El hijyeni, beslenme ve varsa diyet, egzersizler o Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi	
KEY05.03	Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.	



Sosyal Sorumluluk

Amaç

Hastanenin, 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
- Süreklilik

Kod	Standart	1
KSS01 Opsiyonel	**Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KSS01.01	Hastane hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusu/yapısı ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır. ***Rehberlik*** *Sağlık sorunlarının araştırılması kapsamında aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılabilir:* o *Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik veriler* o *Morbidite, mortalite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri* o *Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları* o *Sosyal ve kültürel yapı*	

Kod	Standart	2
KSS02 Opsiyonel	**Bir program dâhilinde, hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KSS02.01	Hastane, sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler kapsamında en az iki program uygulamalıdır. ***Rehberlik*** *Standart kapsamında geliştirilecek programlar aşağıdaki konu başlıklarında ya da bunlara benzer konularda oluşturulabilir:* o *Sigara ile mücadele* o *Obezite ile mücadele* o *Toplumun diş sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması* o *Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler* o *Organ bağışının teşviki* o *Kanserde erken teşhisin önemi* o *Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme* o *Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi* o *Uzun dönem yatan hastaların psikolojik, sosyal ve kültürel gelişimlerinin teşviki* o *Anne sütü ile beslenmenin teşviki* o *Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri* o *Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği*

Kod	Standart	3
KSS03 Opsiyonel	Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Programın değerlendirilmesi ve etkililiği; kısa, orta ve uzun vade olup olmamasına göre programın yapılmasına esas ana veri ve bilgilerin zaman içindeki değişiminin analizi ile yapılmalıdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KSS03.01	Değerlendirme sonuçlarına göre program hedeflerine ulaşmak için program faaliyetlerinde iyileştirmeler yapılmalı ve süreklilik sağlanmalıdır.

Kod	Standart	4
KSS04	**Organ bağışına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
KSS04.01	Organ bağış birimi oluşturulmalıdır.	
KSS04.02	Organ bağış birimi sorumluları belirlenmelidir.	
KSS04.03	Beyin ölümü yönetim süreci için doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Sorumluların, potansiyel donörlerin belirlenmesi konusunda yoğun bakım üniteleri ile koordineli çalışması o Belirlenen potansiyel donörlerin izlenmesi o Gerektiğinde beyin ölümü tespit komisyonunun toplanmasının sağlanması o Tespit edilen beyin ölümlerinin bölge koordinasyon merkezine bildirilmesi	
KSS04.04	Belirlenen donörlerin yakınları ile aile görüşmesi yapılmalıdır.	

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

Hasta Deneyimi

Hizmete Erişim

Yaşam Sonu Hizmetler

Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Hasta Deneyimi

Amaç

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

Hedefler

- Hasta Odaklılık
- Hakkaniyet
- Hasta Güvenliği
- Zamanlılık
- Süreklilik

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

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

Kod	Standart	3
HHD03	**Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.** ***(Bkz. Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi)***	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHD03.01	Anketler asgari belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.
HHD03.02	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.
HHD03.03	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.

Kod	Standart	4
HHD04 Çekirdek	**Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHD04.01	Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve bilgilendirmeye ilişkin kurallar belirlenmelidir.
HHD04.02	Hasta/Hasta yakını, hastane tarafından belirlenen kurallar doğrultusunda, ilgili hekim tarafından sözlü olarak bilgilendirilmelidir. Hasta/Hasta yakını **asgari** aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: o Hastanın genel durumu o Tedavi süreci o Bakım uygulamalarının seyri o Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale
HHD04.03	Hasta/hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.
HHD04.04	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	5
HHD05	**Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HHD05.01	Sözlü olarak yapılan bilgilendirme sonrasında yazılı olarak hastanın rızası alınmalıdır. Rıza Formu **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o İşlemin kim tarafından yapılacağı o İşlemden beklenen faydaları o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar o Varsa işlemin alternatifleri o İşlemin riskleri-komplikasyonları o İşlemin tahmini süresi o Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri o Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri o Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği o Hastanın adı, soyadı ve imzası o İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası o Rızanın alındığı tarih, saat gibi	

Kod	Standart	6
HHD06 Çekirdek	**Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.**	

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

Kod	Standart	7
HHD07	**Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HHD07.01	Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.	
HHD07.02	Hastanede görev yapan hekimler ve ihtisas alanları tanıtılmalıdır.	

Kod	Standart	8
HHD08	**Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.**	

Kod	Standart	9
HHD09	**Hastanın, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlara erişebilmesi sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HHD09.01	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların kopyasına ulaşabilmelidir. o Hastaya yapılan işlemler, tahliller ya da kendisine ait özel bilgilerini içeren tüm dokümanlar bu kapsamda ele alınmaktadır. o Hasta söz konusu bilgilere hizmet alırken ya da hizmet alımı sonrasında ulaşabilmelidir.	
HHD09.02	Hasta ile ilgili bilgi ve dokümanların hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılabileceği belirlenmeldir.	

Kod	Standart	10
HHD10	**Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.**	

Kod	Standart	11
HHD11	**Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HHD11.01	Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir.	
HHD11.02	Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, hasta ziyaretlerine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.	

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

Kod	Standart	13
HHD13	**Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *Tıbbi sosyal hizmet sunumu; ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko- sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasını ifade etmektedir.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HHD13.01	Hastanede, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yürütüldüğü sosyal hizmet birimi bulunmalıdır.	
HHD13.02	Sosyal hizmet sunumuna yönelik sorumlular belirlenmeli, görev ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
HHD13.03	Gerçekleştirilecek sosyal hizmet uygulamaları planlanmalıdır.	
HHD13.04	Yatan her hasta, ilgili hekim tarafından gerekli görüldüğü takdirde, sosyal destek gereksinimleri açısından sosyal destek uzmanlarınca değerlendirilmelidir. o İsteğe bağlı verilecek sosyal hizmetler tanımlanmalıdır.	
HHD13.05	Gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları kayıt altına alınmalıdır.	

Hizmete Erişim

Amaç

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

Hedefler

- Hasta Odaklılık
- Hakkaniyet
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Süreklilik

Kod	Standart	1
HHE01	**Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.** ***Rehberlik*** *Hastanenin hizmet verdiği hasta populasyonu göz önünde bulundurularak hastaneden hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHE01.01	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır. o Bu birimde çalışacak olan personel sayıları, günlük ortalama poliklinik sayısı gibi faktörler çerçevesinde önceden belirlenmelidir.
HHE01.02	Birimde sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman (hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) bulunmalıdır.
HHE01.03	Birimde çalışanların kıyafetleri, hastanedeki diğer çalışanlardan ayırt edici şekilde farklı olmalıdır. (Örneğin, aynı kıyafetin üzerinde ayırt edici farklı bir fular, şapka, baskı bulunması gibi)
HHE01.04	Birimde çalışanlara, yılda en az bir kez, hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim verilmelidir. Eğitim programında **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır: o Hasta memnuniyeti o Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar o İletişim becerileri

Kod	Standart	2
HHE02	**Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HHE02.01	Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.	
HHE02.02	Birimde, ilgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunmalıdır.	
HHE02.03	Birimde çalışanlara hizmet sunum süreçlerine ilişkin yılda en az bir kez eğitim verilmelidir. Eğitim programında **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır: o Hasta memnuniyeti o Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar o İletişim becerileri	

Kod	Standart	3
HHE03	**Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minumuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HHE03.01	Hastaların muayene olacağı zaman aralığı belirlenmelidir.	
HHE03.02	Hasta ne kadar bekleyeceği ve muayane zaman aralığı konusunda önceden bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	4
HHE04	**Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHE04.01	Randevu ve sonuç verme süreleri kurum tarafından belirlenmelidir. o Randevu ve sonuç verme süreleri belirlenirken, kurumun koşulları, istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.
HHE04.02	Hasta ve/veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.
HHE04.03	Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir. o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

Kod	Standart	5
HHE05	**Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHE05.01	Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırmaları sağlanmalıdır.
HHE05.02	Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
HHE05.03	Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanmalıdır.

Yaşam Sonu Hizmetler

Amaç

Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda, cenaze ve yakınına, saygı ve özen çerçevesinde nitelikli hizmet sunmaktır

Hedefler

- Hasta Odaklılık
- Hakkaniyet
- Zamanlılık

Kod	Standart	1
HYS01	**Yaşam sonu hizmetler kapsamında cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.**	

Kod	Standart	2
HYS02	**Cenazenin hastane içinde taşınması sırasında mahremiyet ve güvenlik sağlanmalıdır.**	

Kod	Standart	3
HYS03	**Cenazenin bekletileceği alanlara yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HYS03.01	Morg çıkışı, hastanenin ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.	
HYS03.02	Kurumun yapısı ve hizmet sunulan hasta profili dikkate alınarak, ihtiyaç duyulan sayıda soğuk hava düzenine sahip çelik, paket tipi çalışır durumda cenaze muhafaza dolabı bulunmalıdır.	
HYS03.03	Bebek cenazesine yönelik olarak, içinde cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğin bulunduğu bebek taşıyıcısı bulunmalıdır.	
HYS03.04	Cenazenin üzerinde, dolapta ve cenaze taşıma ekipmanında cenazenin kimlik bilgileri bulunmalıdır.	

Kod	Standart	4
HYS04	**Morg işleyişine yönelik süreçler izlenebilir olmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HYS04.01	Morg işleyişi kapsamında gerçekleştirilen tüm işlemler kayıt altına alınmalı ve arşivlenmelidir.	

Kod	Standart	5
HYS05	**Morg süreçleri enfeksiyonların önlenmesi açısından düzenlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HYS05.01	Cenaze yıkama yerinde sıcak su imkânı bulunmalıdır.	
HYS05.02	Cenazenin muhafaza edildiği ve/veya yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.	
HYS05.03	Morg personeline enfeksiyonlardan korunma ve iletişim becerileri eğitimi verilmelidir.	

Kod	Standart	6
HYS06	**Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalıdır.**	

Kod	Standart	7
HYS07	Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır.	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HYS07.01	Bekleme alanı hasta yakınlarının oturarak beklemelerini sağlayacak tasarımda olmalıdır.	
HYS07.02	Bekleme alanı temiz ve düzenli olmalıdır.	
HYS07.03	Bekleme alanında cenaze yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

Kod	Standart	8
HYS08 Çekirdek	**Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HYS08.01	Cenaze kimlik bilgileri, resmi kimlik belgeleri aracılığı ile ve yakınlarının sözlü ve yazılı onayı alınarak doğrulanmalı ve hasta yakınlarına doğrulanarak teslim edilmelidir.	

Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Amaç

Hastane organizasyonlarına çalışan perspektifinden bakılarak, sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.

Hedefler

- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Etkililik
- Etkinlik
- Verimlilik

Kod	Standart	1
HSÇ01 Opsiyonel	**İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
HSÇ01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	2
HSÇ02	**Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.** ***Rehberlik*** *Kamu ve üniversite hastaneleri gibi, personel temin süreci resmi bir üst merci tarafından yönetilen kurumlarda, standart, hastanenin yönetimine dahil olan konular üzerinden değerlendirilir ve uygulanır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ02.01	Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.
HSÇ02.02	Personel temin planında, sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.
HSÇ02.03	İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde hangi bilgi ve belgelerin gerektiği, değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.

Kod	Standart	3
HSÇ03	**Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.** ***Rehberlik*** *Kamu ve üniversite hastaneleri gibi, personel istihdam süreci resmi bir üst merci tarafından yönetilen kurumlarda, standart, hastanenin yönetimine dahil olan konular üzerinden değerlendirilir ve uygulanır.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HSÇ03.01	İhtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmelidir.	
HSÇ03.02	İşe alım süreçleri ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan edilmelidir. o İlkelerin Bakanlık genel politikaları ve modern insan kaynakları yönetimi prensiplerine uygun olmasına dikkat edilmelidir.	
HSÇ03.03	Personel, kurum ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak ilgili birimlerde istihdam edilmelidir.	
HSÇ03.04	Hastanede gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ve mevzuatı ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş (diploma, sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) kişilerce sunulmalıdır.	

Kod	Standart	4
HSÇ04 Opsiyonel	**Çalışanların görevlerine ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ04.01	Çalışanların görevlerini başarı ile yerine getirip getirmediğinin ölçüsü olarak ifade edilen performans kriterleri belirlenmelidir. o Performans kriterleri belirlenirken, çalışanlara yönelik hazırlanan iş tanımları dikkate alınmalı, hizmet sunum alanları, meslek grupları gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.
HSÇ04.02	Çalışanlar, performans kriterleri hakkında bilgilendirilmelidir.
HSÇ04.03	Hastane tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.
HSÇ04.04	Çalışan performansını artırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır. o Çalışan performansını artırmaya yönelik hangi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hangi kapsamda olması gerektiği, çalışanların farklı niteliklerine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmelidir. o Eğitimler, hizmetin aksamasına yol açmayacak şekilde ve nitelikli bir biçimde tasarlanmalıdır.

Kod	Standart	5
HSÇ05	**Hastane, sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanması için yıllık hedeflerini belirlemelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ05.01	Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir. Belirlenen hedeflere ulaşılması için hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceği, ne kadar bütçeye ihtiyaç duyulacağı gibi kilit faktörler planlanmalıdır.
HSÇ05.02	Belirlenen hedeflere ilişkin analizler yapılmalıdır.
HSÇ05.03	Analiz sonuçlarına yönelik iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.
HSÇ05.04	Hedeflere ilişkin üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılmalıdır.

Kod	Standart	6
HSÇ06 Çekirdek	**Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ06.01	Hastane ve bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır. o Risk değerlendirmesi; çalışanların hastanede karşılaşabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır. ***(Bkz. Risk Yönetimi Bölümü)***
HSÇ06.02	Hastane ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
HSÇ06.03	Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden, ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır. o Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
HSÇ06.04	Çalışanların, mesleki kaynaklı olaylar sonucu gelişebilecek tıbbi ve psikolojik durumlara yönelik destek hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır.

Kod	Standart	7
HSÇ07 Çekirdek	**Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ07.01	Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Program **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Bölüm bazında yapılacak sağlık taramalarının, kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığı o Nasıl ve nerede uygulanacağı o Sonuçların kim tarafından değerlendirileceği o Olumsuz sonuçlar elde edildiğinde nasıl bir yol izleneceği o Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve ilgili kişilerin (uzman hekim, hemşire, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı gibi) görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.
HSÇ07.02	Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.
HSÇ07.03	Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.
HSÇ07.04	Sağlık tarama sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar sağlık durumlarına ilişkin izlenmeli, gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.

Kod	Standart	8
HSÇ08 Çekirdek	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ08.01	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.
HSÇ08.02	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
HSÇ08.03	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	9
HSÇ09	**Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HSÇ09.01	Çalışma ortamına yönelik fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır. o Çalışanların fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır. o Çalışanlar için dinlenme alanları bulunmalıdır. o Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolapları bulunmalıdır.	
HSÇ09.02	Çalışanların dini inançlarına yönelik ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.	
HSÇ09.03	Çalışanların mesleki gelişiminin veya motivasyonunun teşvik edilmesine yönelik eğitimler ve faaliyetler düzenlenmelidir. o Çalışanlar için okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, hastane çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmalıdır.	

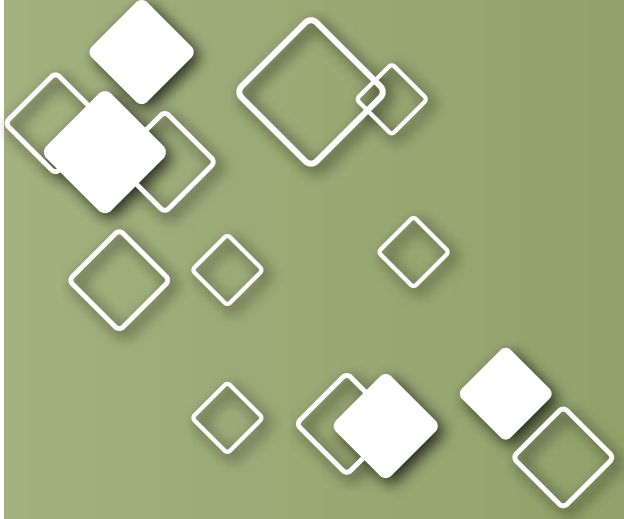
Kod	Standart	10
HSÇ10	**Hastanede engelli ve kronik hastalığı olan personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	

Kod	Standart	11
HSÇ11	**Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HSÇ11.01	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. o Çalışanlar görüş, öneri ve şikayetlerini intranet üzerinden de bildirilebilmelidir.	
HSÇ11.02	Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.	
HSÇ11.03	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir. o Değerlendirmelerde, Kalite Yönetim Direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalı, o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.	

Kod	Standart	12
HSÇ12	**Çalışan memnuniyet anketleri uygulanmalıdır.** ***(Bkz. Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi)***	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
HSÇ12.01	Çalışan memnuniyeti anketi, **asgari**, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.	
HSÇ12.02	Anketler belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.	
HSÇ12.03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.	
HSÇ12.04	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.	

SAĞLIK HİZMETLERİ

- Hasta Bakımı
- İlaç Yönetimi
- Enfeksiyonların Önlenmesi
- Sterilizasyon Hizmetleri
- Transfüzyon Hizmetleri
- Radyasyon Güvenliği
- Acil Servis
- Ameliyathane
- Yoğun Bakım Ünitesi
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
- Doğum Hizmetleri
- Diyaliz Ünitesi
- Psikiyatri Hizmetleri
- Biyokimya Laboratuvarı
- Mikrobiyoloji Laboratuvarı
- Patoloji Laboratuvarı
- Doku Tipleme Laboratuvarı



Hasta Bakımı

Amaç

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

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Hasta Odaklılık
- Etkinlik
- Uygunluk
- Devamlılık
- Zamanlılık
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.	
SHB01	***Rehberlik*** *Hasta bakımı; hastaların hastaneye kabulünden taburculuğa kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.* *Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SHB01.01	Hasta bakımına ilişkin süreçlere yönelik doküman oluşturulmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği o Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması o Planlanan bakımın hastaya uygulanması o Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi o Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması	

Kod	Standart	2
SHB02	**Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SHB02.01	Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan tedavi, hastane tarafından belirlenen formatta ve içerikte kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.	
SHB02.02	Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.	
SHB02.03	Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *Aşağıda, klinik risk değerlendirme uygulamalarına örnekler verilmiştir:* o *İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi* o *Bası ülseri risk değerlendirmesi* o *Düşme riski değerlendirmesi* o *Ağrı şiddeti değerlendirmesi* o *Bilinç düzeyi takibi* o *Beslenme durumunun değerlendirilmesi* o *Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi* o *Kateter bakımı ve takibi* o *Ekstremite nabız takibi ve ödem derecelendirmesi* o *Ağız bakımı ve takibi*	

Kod	Standart	3
SHB03 Çekirdek	**Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.** ***Rehberlik*** o *Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.* o *Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB03.01	Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.
SHB03.02	Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalıdır. Bakım planı, bakıma ilişkin asgari gereklilikleri içermelidir. Bakım planında, **asgari** aşağıdaki bilgiler kayıt edilmelidir: o Hastanın bakım ihtiyaçları o Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler o Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi
SHB03.03	Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir. o Bakım planında yapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

Kod	Standart	4
SHB04	**Yatan hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB04.01	Hasta/hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin hususlar açısından bilgilendirilmelidir. Hasta/hasta yakınının bilgilendirilmesi **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Kahvaltı ve yemek saatleri o Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları o Hastanın hakları o Ziyaret saatleri ve kuralları o Telefon kullanımı o Hasta yatağı kullanımı o Hemşire çağrı sistemi kullanımı o Tuvalet-banyo kullanımı o Hekim vizitleri o Acil durum planı

Kod	Standart	5
SHB05	**Hasta/hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB05.01	Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.
SHB05.02	Hasta/hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi) oluşturulmalıdır.

Kod	Standart	6
SHB06	**Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SHB06.01	Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılmalı, bilgilendirme içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenmelidir. ***Rehberlik;*** *Bilgilendirme konuları için aşağıdaki örnekler verilebilir:* o *El hijyeni* o *Enfeksiyonların önlenmesi* o *Beslenme, mobilizasyon, boşaltım gibi özbakım ihtiyaçlarının karşılanması* o *Hasta düşmeleri* o *Hastalığının seyri* o *İlaçların kullanımı* o *Bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar* o *Taburculuk sonrası bakım*	
SHB06.02	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.	

Kod	Standart	7
SHB07 Çekirdek	**Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.** ***Rehberlik*** *Kimlik doğrulama, hastanede bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.* *Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanmalıdır.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SHB07.01	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı o Kullanılacak kimlik doğrulama aracına ilişkin kurallar o Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği gibi	
SHB07.02	Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	

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

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB08.01	Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Tanı ve tedavi süreçlerinin farklı aşamalarında farklı kimlik tanımlayıcılar kullanılabilir.* *Ayaktan hastalarda;* *o Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler gibi* *Yatan hastalarda;* *o Kol bantları/bileklikler gibi*
SHB08.02	Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir. Kimlik tanımlayıcısı olarak bileklik kullanımı durumunda aşağıdaki kurallar uygulanmalıdır: o Yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalıdır. o Bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı–soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır. o Bileklikler üzerinde yer alan bilgilerde en fazla 4 tanımlayıcı parametre yer almalıdır. o Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli bileklik kullanılmalıdır. • Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılmalıdır. • Annedeki beyaz bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen bileklik ile değiştirilmelidir. • Bebeğin bilekliğinde en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *o Psikiyatri klinik hastalarına yönelik hastane tarafından belirlenen farklı kimlik tanımlayıcı araçlar kullanılabilir.* *o Hasta kimliği doğrulanırken;* • *Hasta kayıtlarında yer alan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme* • *Hasta bilekliğinde yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma* *gibi yöntemler kullanılabilir.*

Kod	Standart	9
SHB09 Çekirdek	**Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SHB09.01	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Düşme risk faktörleri o Risk faktörlerinin ne şekilde belirleneceği o Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirmesi yapılacağı, risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi) o Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi) o Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi)	
SHB09.02	Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve hastane bazlı önlemler alınmalıdır.	
SHB09.03	Düşme riski yüksek olan hastalar, dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalıdır. ***(Ek: Tanımlayıcı Figürler)*** o Düşme riski tanımlayıcısı (dört yapraklı yonca figürü) hasta transferinde de kullanılmalıdır.	
SHB09.04	Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.	
SHB09.05	Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik güvenlik raporlama sistemine bildirim yapılmalıdır.	
SHB09.06	Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Kod	Standart	10
SHB10 Çekirdek	**Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB10.01	Risk değerlendirmesi; hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekim tarafından yapılmalıdır.
SHB10.02	Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.
SHB10.03	Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. ***Rehberlik*** *İtaki Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) Morse, Hendrich II, gibi ulusal ve uluslar arası skorlama ölçekleri bu ölçeklere örnek olarak verilebilir.* ***(Ek: İtaki ve Harizmi Düşme Riski Değerlendirme Ölçekleri)***

Kod	Standart	11
SHB11	**Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SHB11.01	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
SHB11.02	Hastaların, nütrisyonel risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. o Nütrisyonel risk değerlendirmesi yatan hastaların tamamında, ayaktan hastalarda ise hastanenin belirleyeceği branşlar ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.	
SHB11.03	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere Nütrisyon Destek Ekibi (NDE) kurulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
SHB11.04	Malnütrisyonda veya nütrisyon riskinde olduğu saptanan hastalar için nütrisyon desteği sağlanmalıdır.	
SHB11.05	Hastaya özel nütrisyon solüsyonları hazırlayan hastanelerde beslenme solüsyonlarının hazırlanması sırasında aseptik koşullar sağlanmalıdır.	
SHB11.06	Taburculuk sonrası nütrisyonel desteğe devam edilmesi gereken hastalara/yakınlarına eğitim verilmelidir.	
SHB11.07	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	
SHB11.08	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler NDE tarafından izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	

Kod	Standart	12
SHB12	**Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB12.01	Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir. ***Rehberlik*** o *Ağrı değerlendirmesi, hastanenin belirleyeceği branşlarda ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.* o *VAS (visuel analog skala), Numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.*
SHB12.02	Hastalarda ağrı kontrolü sağlanmalıdır. ***Rehberlik*** *Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.*
SHB12.03	Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) bakım planına kaydedilmeli ve izlenmelidir.

Kod	Standart 13
SHB13 Çekirdek	**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**
SHB13.01	Hastaların güvenli transferine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Hastaların bölümlere transferi o Hastaların hastane dışına transferi o Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferi o Özellikli hastaların (yeni doğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastaları gibi) transferi o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar o Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması
SHB13.02	Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye, transport küvöz, yenidoğan arabası gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır. o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.
SHB13.03	Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.
SHB13.04	Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.
SHB13.05	İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

Kod	Standart 14
SHB14	**Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.**
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**
SHB14.01	Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
SHB14.02	Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devererderken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin minimum içeriği kurum tarafından belirlenmelidir.

Kod	Standart	15
SHB15	**Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB15.01	Konsültasyonların uygulanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
SHB15.02	Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
SHB15.03	Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Standart	16
SHB16	**Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler kayıt altına alınmış ve hastaların tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.**	

Kod	Standart	17
SHB17	**Yatarak hizmet alan, kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB17.01	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.
SHB17.02	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.
SHB17.03	Gerektiğinde, fiziksel hareket kısıtlaması uygulaması aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. o Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir. o Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalıdır. o Tedavi planında; • Uygulamanın başladığı tarih ve saat, • Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, • Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. o Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

Kod	Standart	18
SHB18	**Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.** ***Rehberlik*** *Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir.* o *Terminal dönem hastalar* o *Geriatri hastaları* o *Onkoloji hastaları* o *Yanık tedavisi gören hastalar* o *Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar* o *İstismara uğramış hastalar gibi*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB18.01	Hastane özellikli hasta gruplarını belirlemelidir.
SHB18.02	Belirlenen özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler tanımlanmalıdır. Tanımlama **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hizmet sunum süreçleri o Disiplinlerarası işbirliği o Hizmet verilecek ortam şartları o Gerekli ekipmanlar o Özel bakım uygulamaları ve işlemler o Özellikli hasta gruplarına özgü süreçlerin tanımlanmasında, varsa ulusal ve/veya uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve bakım klavuzlarından yararlanılmalıdır.

Kod	Standart	19
	Palyatif bakım uygulamalarının planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
	Rehberlik	
SHB19	*Palyatif bakım; Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB19.01	Palyatif bakım hastalarının yönetimine yönelik bir ekip oluşturulmalıdır.
SHB19.02	Palyatif bakım gerektiren hasta grupları tanımlanmalıdır.
SHB19.03	Palyatif bakım gerektiren hastaların, palyatif bakım hizmeti almasına yönelik gerekli planlama, koordinasyon ve yönlendirme yapılmalıdır.

Kod	Standart	20
SHB20	**Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SHB20.01	Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir. o Acil müdahale setinde **asgari** aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: • Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için), • Balon-valf-maske sistemi, • Değişik boylarda maske, • Oksijen hortumu ve maskeleri, • Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları), • Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp), • Kişisel koruyucu ekipman o Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. o Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, hastane tarafından belirlenmelidir.	
SHB20.02	Tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
SHB20.03	o Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	

Kod	Standart	21
SHB21 Çekirdek	**Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB21.01	Planlı ve acil ameliyatlar öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.
SHB21.02	Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.
SHB21.03	Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan ürünlerine yönelik planlama yapılmalıdır.
SHB21.04	Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası yazılı olarak alınmalıdır.
SHB21.05	Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.
SHB21.06	Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.
SHB21.07	Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
SHB21.08	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü doldurulmalıdır. ***(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)*** ***(Ek: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)***
SHB21.09	Cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi, hastane tarafından belirlenen formatta ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.

Kod	Standart	22
SHB22 Çekirdek	**Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.** ***Rehberlik*** *Bu standart cerrahi uygulama sonrasında hasta izleminin yapıldığı tüm alanları kapsar.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SHB22.01	Hastaların cerrahi uygulama sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
SHB22.02	Hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanmalıdır.
SHB22.03	Hasta postoperatif dönemde yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.
SHB22.04	Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	23
SHB23	**Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik kurallar tanımlanmış olmalıdır.**	

İlaç Yönetimi

Amaç

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

Hedefler

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

Kod	Standart	1
SİY01	**Hastanede ilaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SİY01.01	Hastanede ilaç yönetiminden sorumlu bir ekip bulunmalıdır. o Ekip üyeleri, ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar arasından belirlenmelidir.	
SİY01.02	Ekibin sorumlulukları tanımlanmalıdır. Ekibin sorumlulukları **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi o Hastane formülerinin hazırlanması ve formüler ile ilgili gerekli güncellemelerin yapılması o Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması o Akılcı antibiyotik kullanım ilkelerinin belirlenmesi ve "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanması	

Kod	Standart	2
SİY02 Opsiyonel	**Hastane formüleri oluşturulmalıdır.** ***Rehberlik*** o *Hastane formüleri, doktor ve eczacılar için referans niteliğinde olan, sağlık problemlerinin tedavisinde en etkin, güvenilir ve ekonomik ilaçların listesiyle birlikte reçete yazımı için gerekli temel ilaç bilgilerini içeren kaynaktır.* o *Formülerde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:* • *Her ilacın akılcı kullanımına ait özet farmakolojik ve terapötik bilgiler* • *Eczane çalışma saatleri, çalışma saati dışındaki zamanlarda yapılan hizmet sunum şekli (ilaç isteğinin nasıl yapılacağı, kayıtların nasıl tutulacağı gibi)* • *İlaç tedavisiyle ilgili konular (çocuk dozlarının nasıl hesaplanacağı, acil durumlarda kullanılan ilaçların doz tabloları, sık kullanılan kısaltmalar, klinik açıdan önem taşıyan ilaç etkileşmeleri, ilaç zehirlenmelerinde acil tedavi ilkeleri gibi)* • *İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhası ve uygun şartlarda bertaraf edilmesi*	

Kod	Standart	3
SİY03	**İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SİY03.01	İlaç yönetimi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar, hastaneye özgü olarak belirlenmelidir. İlaç yönetimi ilgili **asgari** aşağıdaki süreçlere yönelik kurallar belirlenmelidir: o İlaçların temini o İlaçların muhafazası o İlaç istemleri o İlaçların hazırlanması o İlaçların transferi o İlaç uygulamaları o Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü o İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü o Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü o Advers etki bildirimleri o İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler o Yüksek riskli ilaçların yönetimi	

Kod	Standart	4
	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
SİY04 **Çekirdek**	***Rehberlik*** *İlaçlar için depolama alanları; eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını (Yoğun bakım, doğumhane, acil servis, ameliyathane gibi) kapsamaktadır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SİY04.01	İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
SİY04.02	Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.
SİY04.03	İlaçlar; hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanmalıdır. o İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır. o İlacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır. o Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır. o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
SİY04.04	Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.
SİY04.05	İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.
SİY04.06	Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.
SİY04.07	İlaçların stok ve miat takibi HBYS üzerinden yapılmalıdır. o İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmelidir. o Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri HBYS'de takip edilmelidir. o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda HBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır. o Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik HBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.
SİY04.08	İlaç miatları düzenli aralıklarla manuel olarak kontrol edilmelidir.

Kod	Standart	5
SİY05 **Çekirdek**	**İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SİY05.01	İlaç istem süreci, istemle ilgili kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmalıdır.
SİY05.02	Tedavi planı hekim tarafından günlük olarak yazılmalı ve onaylanmalıdır. o Günlük olarak hazırlanması mümkün ya da etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmeli, söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. o Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır. o Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza bulunmalıdır. HBYS'de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.
SİY05.03	Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içermelidir.
SİY05.04	Tedavi planı, HBYS eczane modülünde de görülebilmelidir.
SİY05.05	Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmeli ve istem süreçlerinde etkin uygulanmalıdır.
SİY05.06	Sözel istem uygulanması gereken durumlarda uyulması gereken kurallar belirlenmelidir. Sözel istem ile ilgili kurallar **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Hangi durumlarda sözel istem uygulanabileceği o Sözel istem ile uygulanamayacak ilaçlar o Sözel istem yapılması ve istemin uygulanması durumunda dikkat edilecek hususlar o Sözel istemlerin en fazla kaç saat içerisinde yazılı hale getirilmesi gerektiği

Kod	Standart	6
SİY06	**İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SİY06.01	İlaçların eczaneden çıkışına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
SİY06.02	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmelidir. o İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer almalıdır. o Birden fazla bölünmüş ambalaj (kesilmiş blister tabletler gibi) içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde paketleme ve etiketleme yapılmalıdır. Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz ve miat bilgileri bulunmalıdır.	
SİY06.03	Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren (kemoterapi ilaçları gibi) ilaçlar, alanında uzman kişi tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir.	

Kod	Standart	7
SİY07	**İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SİY07.01	İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları gibi) bulunmalıdır.	
SİY07.02	Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.	
SİY07.03	Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	8
SİY08 Çekirdek	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SİY08.01	Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir. o Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır.
SİY08.02	İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır. o Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.
SİY08.03	İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı kurum tarafından tanımlanmalıdır.
SİY08.04	İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalıdır. o Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir. o Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirimi (farmakovijilans) sağlanmalıdır.

Kod	Standart	9
SİY09	**Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SİY09.01	Farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
SİY09.02	Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirilmelidir.
SİY09.03	Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.
SİY09.04	Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler TÜFAM'a bildirilmelidir.

Kod	Standart	10
SİY10	**Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.** ***Rehberlik*** *Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir.* • *Acil Pediatrik İlaçlar* • *Görünüşü Benzer İlaçlar* • *Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar* • *Psikotrop İlaçlar* • *Narkotik İlaçlar* • *Işıktan Korunması Gereken İlaçlar* • *Yüksek Riskli İlaçlar* • *Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar* • *Konsantre Elektrolitler*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SİY10.01	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalıdır.
SİY10.02	Listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.
SİY10.03	Acil pediatrik ilaçlar, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılmalıdır.
SİY10.04	Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılmaldır (renkli etiketleme gibi).

Kod	Standart	11
SİY11	**Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SİY11.01	Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır. o Narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazasına yönelik istisnalar tanımlanmalı, gerekli ek önlemler alınmalıdır.
SİY11.02	Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. o Devir teslim kayıtlarında; • İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı • İlacın kullanıldığı tarih • İlacı kimin uyguladığı • Kime kaç adet ilaç teslim edildiği • Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır. o Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.

Kod	Standart	12
SİY12	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SİY12.01	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar teslim alınmalı, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilmeli ve dosyasına kaydedilmelidir.
SİY12.02	Hastaların yanında getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ilaçların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar kurum tarafından belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Hastaların yanında getirdiği ilaçların sağlık personeli tarafından teslim alınması ve yine sağlık personeli gözetiminde uygulanması hasta güvenliği açısından önerilen yoldur.*

Kod	Standart	13
SİY13	**Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SİY13.01	Eczaneye iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmelidir.	
SİY13.02	İade edilen ilaçların kayıtları tutulmalıdır.	

Kod	Standart	14
SİY14	**İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SİY14.01	İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.	
SİY14.02	İlaç hataları ve ramak kala olaylar güvenlik raporlama sistemi kapsamında bildirilmelidir.	
SİY14.03	İlaç yönetimine ilişkin hatalar ilaç hata sınıflandırma sistemine (İHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır. ***(Ek: Hata Sınıflandırma Sistemleri-İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi)***	

Kod	Standart	15
SİY15	**İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Enfeksiyonların Önlenmesi

Amaç

Bilimsel kurallar ve mevcut ulusal mevzuat çerçevesinde, çalışanları ve hastaları tehdit eden sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlara yönelik riskleri tespit etmek, önlemek, gerçekleşmesi durumunda kontrol altında tutmaktır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Kod	Standart	1
SEN01 Çekirdek	**Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN01.01	Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.
SEN01.02	EKK'nın görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	2
SEN02	**Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN02.01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program, hastanenin sunduğu hizmetleri ve hastane bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır. Programın kapsamı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi o Sürveyans o El hijyeni o İzolasyon önlemleri o Akılcı antibiyotik kullanımı o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi o Çalışanların mesleki enfeksiyonu o Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyonların önlenmesi o Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılması o Çamaşırhane, morg, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi o Yemek hizmetleri ile ilgili tüm süreçlerde gıda güvenliğinin sağlanması

Kod	Standart	3
SEN03	**Hastane enfeksiyonlarının sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SEN03.01	Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı yapılmalıdır.	
SEN03.02	Hastane enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporları hazırlanmalıdır. o Sürveyans raporları en az ulusal sürveyans sisteminde belirlendiği şekilde ve sıklıkta oluşturulmalıdır.	
SEN03.03	Sürveyans sonuçları ulusal sürveyans sistemine kaydedilmelidir.	
SEN03.04	Sürveyans raporları Enfeksiyon Kontrol Komitesince değerlendirilmeli, üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılmalıdır.	
SEN03.05	Sürveyans sonuçlarına göre kurum veya bölüm bazında gerekli görülen iyileştirme faaliyetleri uygulanmalıdır.	

Kod	Standart	4
SEN04 Çekirdek	**Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN04.01	Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. o Eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu; meslek grupları ile çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanmalıdır. Eğitim programlarının, etkin ve verimli bir şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır. o El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanları **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: • El hijyeninin önemi • El hijyeni endikasyonları • El hijyeni sağlama yöntemleri • Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar • El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler • Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri
SEN04.02	Sağlık çalışanlarının el hijyenini etkin uygulamasına yönelik teşvik edici çalışmalar yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *Teşvik edici uygulamalar kapsamında; bilgi sistemleri üzerinden uyarıcı mesajlar gönderilmesi, başarılı çalışanların ödüllendirilmesi, konuya ilişkin özel etkinliklerin düzenlenmesi, çalışanların el hijyeni malzemeleri ve konu ile ilgili yaşadıkları sorunlar hakkında görüş ve önerilerinin alınması gibi çalışmalar gerçekleştirilebilir.*

Kod	Standart	5
SEN05 **Çekirdek**	**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN05.01	Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda, çalışanın kolay ulaşabileceği şekilde, alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır. ***Rehberlik*** o *El antiseptiği, ilgili hasta bakım alanının özelliğine göre; her yatak başında, iki yatak arasında veya hasta bakımı sırasında çalışanın kolay ulaşmasının mümkün olduğu bir konumda bulunabilir.* o *Hizmet verilen hasta popülasyonu açısından risk taşıması nedeni ile, çocuk klinikleri ile psikiyatri kliniklerinde, bakım alanında el antiseptik kutularının bulundurulmaması, sağlık çalışanlarının cepte taşınabilen el antiseptikleri kullanması önerilmektedir.*

Kod	Standart	6
SEN06 Çekirdek	**Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
	"5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu" ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılmalıdır. Gözlemler, **asgari** aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. o Gözlemler, bir yıllık süreç içinde tüm hasta bakım alanlarını (seçilmiş poliklinikler dahil) kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir. o Yoğun bakımlardaki gözlemler, her üç aylık dönemde, tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır. o Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir.
SEN06.01	o Epidemi şüphesi ya da riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır. ***Rehberlik*** *DSÖ önerileri kapsamında, sağlık çalışanı tarafından el hijyeni uygulanması gereken "5 Endikasyon" aşağıda belirtilmiştir:* *o Hasta ile Temas Öncesi* *o Aseptik İşlemler Öncesi* *o Vücut Sıvılarının Bulaşma Riski Sonrası* *o Hasta ile Temas Sonrası* *o Hasta Çevresi ile Temas Sonrası*

Kod	Standart	7
SEN07 Çekirdek	**İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN07.01	Enfekte ya da kolonize hastalara yönelik alınması gereken izolasyon önlemlerinin ne zaman ve nasıl uygulanacağı belirlenmelidir. o İzolasyon önlemleri ile ilgili kabul görmüş ulusal ve uluslar arası rehberler esas alınmalıdır.
SEN07.02	Enfekte veya kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır. o İzolasyon yöntemi ilgili Bakanlıkça belirlenen tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır: • Solunum izolasyonunda sarı yaprak • Damlacık izolasyonunda mavi çiçek • Temas izolasyonunda kırmızı yıldız o Enfeksiyon Kontrol Komitesinin kararı doğrultusunda, izolasyon yönteminin adı ve uygulama şekli, tanımlayıcı figürler için kullanılan görsellerle birlikte kullanılabilir. ***(Ek: Tanımlayıcı Figürler)***
SEN07.03	İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı figürler, hastanın transferi de dahil olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde uygulanmalıdır.
SEN07.04	İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	8
SEN08	**Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN08.01	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Uygulama zamanı o Uygulama kapsamı o Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal o Uygulamaların etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç

Kod	Standart	9
SEN09	**Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

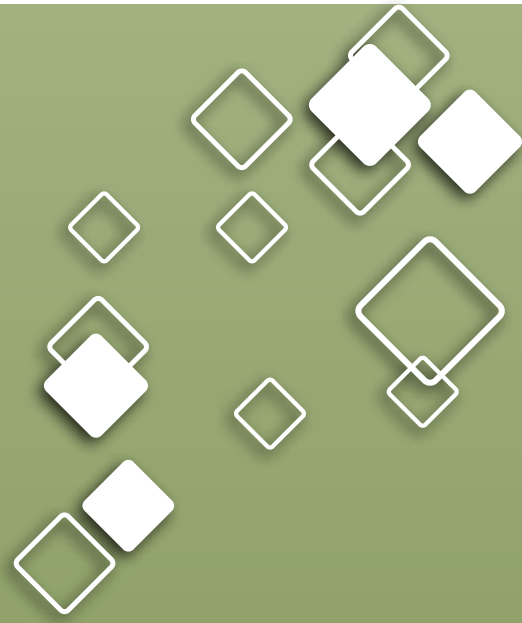
Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN09.01	Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmelidir.
SEN09.02	Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.
SEN09.03	Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlarda, uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
SEN09.04	Dezenfektanların bulunduğu konteynırların kapakları kapalı olmalıdır.
SEN09.05	Dezenfektanların hazırlandığı konteynırların üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.
SEN09.06	Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu (MEK) indikatörlerle günlük olarak kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. o Kontrol sıklığı solüsyonun kullanım sıklığına göre hastane tarafından belirlenmelidir. o "pH ölçer", MEK'in belirlenmesi amacıyla kullanılmamalıdır.
SEN09.07	Dezenfektanların kullanımı hakkında uygulayıcılara eğitim verilmelidir.
SEN09.08	Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.

Kod	Standart	10
	Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	
SEN10 **Çekirdek**	***Rehberlik*** *Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir. Bu önlemler, enfeksiyon ajanı ile; temas öncesi, temas sırası, temas sonrası alınacak önlemleri kapsar.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SEN10.01	Bağışıklanmanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı temas öncesi bağışıklık sağlanması ve rutin taramaların yapılması sağlanmalıdır.
SEN10.02	Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri) alınmalıdır.
SEN10.03	Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	11
SEN11	**Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**	

Kod	Standart	12
SEN12	**Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamalar izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.**	



Sterilizasyon Hizmetleri

Amaç

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

Hedefler

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

Kod	Standart	1
SSH01	**Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH01.01	Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Ünitede yer alan fiziki alanlar o Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları o Aletlerin; • Üniteye transferi • Ön temizlik ve dekontaminasyonu • Hazırlık ve bakım alanına taşınması • Sayımı, bakımı ve kontrolü • Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması • Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması o Yıkama ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü o Cihazların günlük bakımı

Kod	Standart	2
SSH02	**Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	

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

Kod	Standart	3
SSH03 Çekirdek	**Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH03.01	Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmelidir.
SSH03.02	Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
SSH03.03	Düzenli aralıklarla yıkama etkinliği kontrol edilmelidir. o Yıkama etkinliği kontrolü kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.
SSH03.04	Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim edilmelidir.
SSH03.05	Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır. o Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.

Kod	Standart	4
SSH04 Çekirdek	**Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH04.01	İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.
SSH04.02	Her pakete, paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulmalıdır.
SSH04.03	Biyolojik indikatör kullanılmalıdır. ***Rehberlik*** *Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı aşağıdaki şekildedir:* o *Buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez* o *Buharlı basınç sterilizasyonunda implant sterilizasyonu yapılacak olan her yükte* o *Etilenoksit sterilizasyonunda her yükte* o *Formaldehit sterilizasyonunda en az günde bir kez* o *Kuru ısı sterilizasyonunda haftada bir kez* o *H2O2 sterilizasyonunda her gün ilk kullanımda* o *Sterilizasyon cihazlarında bakım, onarım ve kalibrasyon yapıldıktan sonraki ilk çalıştırmada*

Kod	Standart	5
SSH05	**Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.**	

Kod	Standart	6
SSH06 Çekirdek	**Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH06.01	Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılmalıdır. ***Rehberlik*** o *Vakum kaçağı 1milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalıdır.* o *1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalıdır.* o *1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.*
SSH06.02	Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie&Dick testi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	7
SSH07	**Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH07.01	Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.
SSH07.02	Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *Steril malzemelerin raf ömrü için örnek uygulama aşağıda verilmiştir:* o *Çift kat polipropilen tyveck poşet ile paketlenen malzemeler için en fazla 1 yıl* o *Çift kat sterilizasyon poşetleriyle paketlenen malzemeler için en fazla 6 ay* o *Konteyner ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 1 yıl* o *Çift kat tekstil ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gün* o *Çift kat wrap ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gün*

Kod	Standart	8
SSH08	**Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH08.01	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır. o Sterilizasyon işlemi uygulanan malzeme ile ilgili kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgilere ulaşılabilmelidir: • Kullanılan indikatör ve/veya maruziyet bandının kontrol sonucuna ilişkin bilgi • Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi • Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları • Cihaz döngü kayıtları • Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick test gibi) • Biyolojik indikatör sonucu • Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi • Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi • (Varsa) Diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar
SSH08.02	Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgiler hasta dosyasında bulunmalı, hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığı kaydedilmelidir. o Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabilmelidir.

Kod	Standart	9
SSH09 Çekirdek	**Lümenli aletlerin; yıkama, paketleme ve sterilizasyon süreçleri ile bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	10
SSH10 Çekirdek	**Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH10.01	Etilen oksit sterilizatörü ayrı bir bölümde yer almalı, giriş kapısı üzerinde gerekli uyarıcı semboller bulunmalıdır.
SSH10.02	Etilen oksit sterilizatörünün klimatizasyonu bağımsız bir bacadan dışarı verilmelidir.
SSH10.03	Cihaz %100 etilen oksit ile çalışmalı, kartuş elle aktive edilmemeli, cihaz içerisinde otomatik olarak hazneye dolmalıdır.
SSH10.04	Kartuşlar özel bir kapalı metal konteynırda saklanmalıdır.
SSH10.05	Gaz ölçümü yapabilen dedektörler bulunmalıdır.
SSH10.06	Alarm durumunda kullanılmak üzere, etilen oksit sterilizatörünün bulunduğu bölüme yakın bir yerde gaz maskesi ve koruyucu giysi bulunmalıdır.
SSH10.07	Etilen oksit sterilizatörü ile steril edilen malzemeler, malzemenin yapısı, kullanım amacı, lümen inceliği, lümen uzunluğu, vücutta bırakılacak olması gibi kriterler göz önünde bulundurularak uygun koşul ve sürelerde havalandırılmalıdır.

Kod	Standart	11
SSH11 Çekirdek	**Hastanede kullanılan endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyon süreci kontrol altına alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SSH11.01	Endoskopi ünitelerinde yüksek düzey dezenfeksiyonun etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır. o Endoskopi ünitelerinde dezenfeksiyon işlemi için ayrılmış bir oda bulunmalıdır. o Odanın havası saatte 6-15 kez değiştirilmelidir. o Endoskopun kolayca bükülüp yerleştirilebileceği derin ve geniş lavabolar bulunmalıdır.
SSH11.02	Endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler standardize edilmelidir o Endoskoplar yüksek düzey dezenfeksiyondan sonra steril distile veya çeşme suyu ile durulanmalı ve en az gün sonunda bir kez olmak üzere %70-90 etil veya izopropil alkolle muamele edilmelidir. o Endoskop ve kanalları alkolle yıkandıktan sonra hava tabancası ile kurutulmalıdır. o Endoskoplar kurumaları için vertikal pozisyonda asılmalıdır. o Endoskoplar kurutulduktan sonra temiz olarak muhafaza edilmelidir.
SSH11.03	Endoskopik cihazların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerini gerçekleştiren personele eğitim verilmelidir.

Transfüzyon Hizmetleri

Amaç

Transfüzyon hizmeti alan hastalara özgü bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunun sağlanması, bu alanla ilgili mevcut ulusal sistemin gerektirdiği şekilde sistematik, izlenebilir ve sürekli gelişme açık bir yapının oluşturulmasıdır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
STH01	**Transfüzyon hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH01.01	Transfüzyon hizmetlerine yönelik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir. o Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar o Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar o Kan ve/veya kan ürünü istem süreci o Transfüzyon öncesi hastanın işlemle ilgili rızasının alınması o Transfüzyon öncesi hasta adına hazırlanmış kan ya da kan ürününe ait bilgilerin kontrol edilmesi o Kimlik doğrulaması o Transfüzyon süresince hastaların izlenmesi o Transfüzyon reaksiyonu durumunda yapılması gerekenler o İade edilen ürünlerin iade kabul şartları o İmha edilmesine karar verilen ürünlerin imha usul ve esasları

Kod	Standart	2
STH02	**Hastane, kan teminine ilişkin süreçleri ve işleyiş ile ilgili kuralları belirlemelidir.**	

Kod	Standart	3
STH03	**Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH03.01	Kan ve kan ürünü tanımlanan süreçler çerçevesinde temin edilmelidir.
STH03.02	Bağış işlemi bir sağlık çalışanı, aferez işlemi ise bir hekim gözetiminde yapılmalı ve bağışçı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir.
STH03.03	Aferez yöntemi ile bağış durumlarında; aferez cihazları bu konuda eğitim almış personel tarafından kullanılmalıdır.
STH03.04	Kan alma koltukları pozisyon verilebilen nitelikte olmalıdır.

Kod	Standart	4
STH04	**Tam kan ve aferez bağışı için bağışçının kimlik tespiti, tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH04.01	Bağışçı değerlendirmesi, hekim tarafından yapılmalı ve imza altına alınmalıdır.
STH04.02	Bağışçı değerlendirmesi, mahremiyete uygun bir ortamda yapılmalıdır.
STH04.03	Bağışçı sorgulama formu doldurulmalıdır.
STH04.04	Bağışçıya bağış sürecinin her aşaması ile ilgili bilgilendirme yapılmalı ve kendi rızası ile bağışta bulunduğuna dair imzası alınmalıdır.
STH04.05	Kabul edilen veya reddedilen bağışçılara yönelik kayıtlar tutulmalıdır.
STH04.06	Bağışın reddedildiği durumlarda kişiler konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	5
STH05 Çekirdek	**Kan ve kan ürünlerinin güvenli bir şekilde hazırlanması sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH05.01	Bağışçıdan alınan her ünite kan için çalışılacak testler tanımlanmalıdır. o Bağışçıdan alınan her ünite kan için; • ABO-Rh tayini • HBs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV ve Sifilis (VDRL) testleri çalışılmalıdır. o ABO-Rh tayini için asgari tüp yöntemi kullanılmalıdır. o HBs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV testlerinde asgari mikroelisa yöntemi kullanılmalıdır. o Mikrobiyolojik testlerin pozitif olması durumunda doğrulama testleri çalışılmalıdır. o Doğrulama testlerinde pozitif sonuçların varlığı halinde bağışçı bilgilendirilmeli ve yapılması gereken işlemler hususunda yönlendirilmelidir.
STH05.02	Kan ve kan ürünü etiketi üzerindeki bilgiler doğru ve eksiksiz olmalıdır. ***Rehberlik*** *o Kan ve kan ürünü etiketinde aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:* • *Bileşenin adı* • *Ürünün internasyonel numarası (ISBT No)* • *Hizmet biriminin adı* • *ABO kan grubu, Rh D Grubu* • *Alınma ve son kullanma tarihi* • *Mikrobiyoloji test sonuçları* • *Depolama sıcaklığı* • *Antikoagulan ve ek solüsyonlarının ismi, bileşimi ve hacmi*
STH05.03	Çapraz karşılaştırma testleri çalışılmalıdır.
STH05.04	Kan ürünlerinin hazırlanması, filtre edilmesi, ışınlanması, yıkanması gibi ek işlemler ile ilgili aşamalar kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	6
STH06 Çekirdek	**Kan ve kan ürünleri uygun şekilde muhafaza edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH06.01	Saklama koşulları, tüm saklama süresince kan bileşenlerinin optimal canlılık ve işlevlerini korumak üzere tasarlanmalıdır.
STH06.02	Kan dolapları, dondurucu ve çalkalayıcıların sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. o Uygun sıcaklık koşullarının sağlanamadığı durumlara yönelik uyarı sistemleri bulunmalıdır.
STH06.03	Kan ve kan ürünlerinin miat takipleri yapılmalıdır.
STH06.04	Kan ve/veya kan ürünleri için kritik stok seviyesi belirlenmelidir.
STH06.05	Bağışçı ve hastadan testlerde kullanmak amacı ile alınan kan örnekleri uygun koşullarda ve sürede saklanmalıdır.

Kod	Standart	7
STH07	**Kan ve kan ürünleri istem süreçleri tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH07.01	Elektif/planlı işlemler öncesinde ve acil durumlarda kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir. İstem formunda **asgari** aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir: o Hastanın; • Adı ve soyadı • Protokol numarası • Tedavi gördüğü bölüm • Kan grubu • Transfüzyon endikasyonu o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı o Hazırlanacak olan kan veya kan ürününün kan grubu o Hazırlanacak kan veya kan ürününün türü ve miktarı o Hekim kaşesi ve imzası
STH07.02	Kan istem formu üzerindeki tüm ayrıntılar kurallara uygun ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır.

Kod	Standart	8
STH08	**Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
STH08.01	Kan ve kan ürünlerinin hastane içi/dışı transferi, saklama ısısını muhafaza edecek şekilde transfer kapları kullanılarak yapılmalıdır.	
STH08.02	Kan ve kan ürünlerinin transferi, yetkilendirilmiş personel tarafından yapılmalıdır.	
STH08.03	Taşımada kullanılan kapların temizlenmesi ve kullanımı kolay olmalıdır.	
STH08.04	Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon merkezinden çıkış saati kayıt altına alınmalıdır.	

Kod	Standart	9
STH09 Çekirdek	**Transfüzyon uygulaması sırasında hasta güvenliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH09.01	Kan ve kan ürünleri istemi hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.
STH09.02	Kan ve kan ürünlerinin ilgili birim tarafından teslim alınma saati kayıt altına alınmalıdır.
STH09.03	Transfüzyon öncesi hastaya ait kan ve kan ürününe ait bilgiler iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmelidir. ***Rehberlik;*** *Transfüzyon öncesi kontrol süreci, aşağıdaki bilgilerin gözden geçirilmesini içermektedir:* o *Hastanın kan grubu* o *Bölüme gelen kanın kan grubu* o *Mikrobiyoloji testlerinin çalışılmış ve sonuçlarının negatif olduğunu gösterir etiketin varlığı* o *Alınma ve son kullanma tarihleri* o *Tedavi planına yazılan ürün ile servise gelen ürünün aynı olup olmadığı* o *Torbadan sızma olup olmadığı* o *Ürün renginde değişiklik, içerisinde pıhtı/partikül varlığı* o *Çapraz karşılaştırma testinin yapılıp yapılmadığı* o *Ürünün ISBT numarası* o *Depolama sıcaklığı*
STH09.04	Transfüzyona başlamadan önce hastanın kimlik doğrulaması yapılmalıdır.
STH09.05	Transfüzyonun ilk 15 dakikası yavaş yapılmalı ve transfüzyon süresince hastanın vital bulguları izlenmelidir.
STH09.06	Transfüzyona dair kayıtlar tutulmalıdır.

Kod	Standart	10
STH10	**Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH10.01	Transfüzyona bağlı olarak reaksiyon gelişmiş ise, gerekli tıbbi müdahale yapılmalıdır.
STH10.02	Transfüzyon reaksiyonu ve tıbbi müdahaleye ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.
STH10.03	Transfüzyon reaksiyonuna ilişkin transfüzyon merkezi ile iletişime geçilmelidir.

Kod	Standart	11
STH11	**Kan ve kan ürünlerinin imhasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
STH11.01	Kan ve kan ürünleri ile bağışçılar ve hastalara ait numunelerin imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir. Saklama ve transfer koşullarının sağlanmadığı tespit edilen ürünler kayıt edilerek alınmalı ve belirlenen imha usul ve esaslarına göre imha edilmelidir.
STH11.02	İmha edilen kan ve kan ürünlerine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

Radyasyon Güvenliği

Amaç

Hasta ve çalışanların sağlık hizmetinden kaynaklanan radyasyon maruziyetlerini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Etkinlik
- Zamanlılık

Kod	Standart	1
SRG01	**Radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG01.01	Hastane radyasyon güvenliği sorumlusu ve sorumlulukları belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Radyasyon güvenliği kapsamındaki sorumluluklar, yönetimsel olarak aşağıdaki ana başlıklarda ele alınmaktadır:* *o Hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak* *o Bu tedbirlerin uygulanma durumunu izlemek*
SRG01.02	Denetimli alan içeren bölümlerde, radyasyon güvenliği bölüm sorumlusu belirlenmelidir.

Kod	Standart	2
SRG02	**Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.** ***Rehberlik*** *Hastanelerde radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:* *o Nükleer tıp üniteleri* *o Radyoloji üniteleri* *o Anjiyografi ünitesi* *o Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler* *o Diş röntgen üniteleri* *o ESWL (taş kırma) üniteleri*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SRG02.01	Radyasyon alanları tanımlanarak radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alan olarak sınıflandırılmalıdır. ***Rehberlik*** *o İlgili alanda radyasyon ölçümü yapılarak elde edilen sonuca göre alan tanımlaması yapılabilir.* *o Alan tanımlaması yapılırken özellik arz eden durumlarda sabit bir tanımlama yerine değişken bir tanımlama kullanılabilir.* *Örneğin; Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler cihaz kullanıldığı zamanlarda denetimli alan olarak kabul edilebilirken, cihazın kullanılmadığı zamanlarda radyasyon alanı olarak nitelendirilmeyebilir.*	

Kod	Standart	3
SRG03	**Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG03.01	Radyasyon alanlarına zırhlama yapılmalı ve zırhlamanın uygunluğu doz ölçümleriyle kontrol edilmelidir.
SRG03.02	Yetkili kurum ya da kuruluşlara lisanslama işlemi yaptırılmalıdır.
SRG03.03	Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *Skopi cihazı bulunan ameliyathanelerde, cihazın aktif kullanıldığı süreçte çalışanları uyarmaya yönelik, kurum tarafından belirlenen bir işaret veya tanımlama kullanılabilir."*
SRG03.04	Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
SRG03.05	Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışına alınmalıdır.
SRG03.06	Skopi kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
SRG03.07	Radyasyon yayan portable cihazların kullanımında radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Kod	Standart	4
SRG04	**Riskli girişimsel işlem yapılan görüntüleme alanlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SRG04.01	Girişimsel işlemler sonrası hastaların istirahat etmelerine, gerekirse izlenmelerine yönelik alanlar düzenlenmelidir.	
SRG04.02	Riskli girişimsel işlem yapılan görüntüleme alanlarında görevli sağlık personeli KPR (Kardio Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi almış olmalıdır.	
SRG04.03	Riskli girişimsel işlem yapılan görüntüleme alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır. ***(Bkz. Hasta Bakımı Bölümü)***	

Kod	Standart	5
SRG05	**Yüksek manyetik alanlara (MRG üniteleri gib) yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SRG05.01	Yüksek manyetik alanlara giriş kuralları tanımlanmalıdır. ***Rehberlik*** *Manyetik alanlara yönelik asgari kurallar aşağıda belirtilmiştir:* o *Vücudunda MRG ile uyumlu olmayan kalp pili, metalik kalp kapağı, stent, kohlear implant, elektrikli infüzyon pompası gibi maddeler bulunan hasta/hasta yakını ve çalışanlar MRG odasına alınmamalıdır.* o *MRG odasına girişlerde hasta üzerinde ya da yanında bozuk para, metalik cisim, tabanca gibi maddeler bulunmamalıdır.* o *MRG odasında MRG ile uyumlu olmayan oksijen tüpü, defibrilatör, monitör, sedye gibi araçlar bulunmamalıdır.*	

Kod	Standart	6
SRG06	**Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG06.01	Hastalara ait hazırlanma odası/kabini bulunmalıdır.
SRG06.02	Hastaların değerli eşyaların korunmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
SRG06.03	Hastaların kullanımına uygun temiz örtü/önlük bulunmalıdır.
SRG06.04	Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.

Kod	Standart	7
SRG07	**Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmeli ve ilgili çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.**	

Kod	Standart	8
SRG08 Çekirdek	**Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
	Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalıdır. o Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır. o Hasarlı, yırtık, kırık, koruyucu tabakasında eksiklik bulunan önlükler kullanımdan kaldırılmalıdır.
SRG08.01	***Rehberlik*** *Radyasyon koruyucuların başlıcaları aşağıda yer almaktadır:* *o Radyasyon koruyucu önlük (kurşun önlük, bizmut ve antimon tabanlı koruyucu önlük gibi)* *o Gonad koruyucu* *o Tiroid koruyucu* *o Kurşun eşdeğerli gözlük*
SRG08.02	Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.
SRG08.03	Radyasyon koruyucuların, en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldüğü durumlarda kontrolleri yapılmalı, kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır. ***Rehberlik*** *Radyasyon koruyucularının etkinliği, röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilebilir.*
SRG08.04	Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.
SRG08.05	Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılmalıdır.
SRG08.06	Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.
SRG08.07	Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır. o Işıklı levha gibi bir uyarıcı kullanılması suretiyle, çekim yapıldığı dışarıdan izlenebilmeldir.
SRG08.08	Hastalar, özellik arz eden uygulamalar (Anjiyografi, ESWL, IVP gibi) öncesinde işleme yönelik dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmeli ve hasta rızası alınmalıdır.

Kod	Standart	9
SRG09 Çekirdek	**Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG09.01	Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır. o Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.
SRG09.02	Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır. o Dozimetreler kullanan kişinin ismine kayıtlı olmalıdır. o Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için; • Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu kayıt altına alınmalıdır. • Yıllık toplam radyasyon dozu hesaplanmalıdır. • Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır. o Skopi kullanılan ameliyathanelerde çalışanların bireysel dozimetre kullanım gerekliliği belirlenmelidir. • Dozimetre sonuçları değerlendirilerek izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	10
SRG10 Çekirdek	**Radyoloji ünitesi dışında yapılan çekimlerde (acil servis, klinikler, yoğun bakım gibi) diğer hastaların ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**	

Kod	Standart	11
SRG11	**Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarına yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG11.01	Radyasyonla ilgili kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumlarında alınması gereken lokal ve kurumsal önlemler ve müdahale yöntemleri ile müdahale ekibi belirlenmelidir.
SRG11.02	Radyasyonla ilgili gerçekleşen kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumları ve müdahale şekli kayıt altına alınmalıdır.
SRG11.03	Radyoaktif maruziyet kapsamında acil servise başvurabilecek hastaların yönetimine yönelik planlama yapılmalıdır.

Kod	Standart	12
SRG12	**Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.**	

Kod	Standart	13
SRG13 Çekirdek	**Nükleer tıp uygulamalarına özgü fiziki koşullar sağlanmalıdır.**	

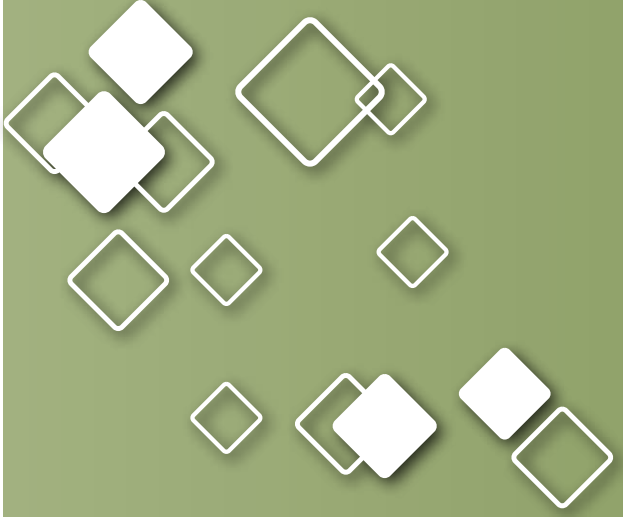
Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG13.01	Hasta ve yakınlarına yönelik bekleme alanları, radyasyon alanının dışında olmalıdır.
SRG13.02	Radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır. Radyoaktif madde alan hastaların; o Kullandıkları alanlarda uygun zırhlama yapılmış olmalıdır. o Kullandıkları lavabo ve tuvaletler bağımsız olmalıdır. o Radyoaktif madde alan hastaların çıkışları, normal hastane giriş çıkışından bağımsız olmalıdır."
SRG13.03	Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda çeker ocak sistemi kurulmalıdır.

Kod	Standart	14
SRG14	**Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG14.01	Radyoaktif maddenin bölüme giriş kaydı yapılmalı ve giriş yapıldığı andaki radyoaktivite düzeyi ölçülüp kayıt altına alınmalıdır.
SRG14.02	Radyasyon alanlarında kurşun zırhlı radyoaktif atık kapları bulunmalıdır.
SRG14.03	Radyoaktif madde kullanımından oluşan katı ve sıvı atıklar depolanmalıdır.
SRG14.04	Depo giriş ve çıkış ölçümleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
SRG14.05	Radyasyon (doz hızı) ölçüm sonucuna göre tahliyesine karar verilen atıklar uygun şekilde bertaraf edilmelidir.

Kod	Standart	15
SRG15 Çekirdek	**Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SRG15.01	Tedavi ya da tanı amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandıkları alanlar tanımlanmalıdır. o Kontaminasyon alanına yönelik radyasyon uyarı şeritleri bulunmalıdır.
SRG15.02	Nükleer tıp uygulamalarında rutin olarak çevresel radyasyon ve kontaminasyon (doz hızı) ölçümleri yapılıp, kayıt altına alınmalıdır. ***Rehberlik*** *Çevresel radyasyon ölçümleri, alan monitörleri kullanılarak, personel kontaminasyonu ise kontaminasyon dedektörleri ile ölçülmektedir.*
SRG15.03	Radyoaktif madde alan hastalarla ilgili aşağıda yer alan kayıtlar tutulmalıdır: o Hastalara verilen aktivite miktarı o Taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı o Hastadan bir metre mesafedeki doz hızı
SRG15.04	Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.
SRG15.05	Radyoaktif ilaç kullanan hastalar ve/veya yakınları dikkat etmeleri gereken hususlar konusunda bilgilendirilmelidir.



Acil Servis

Amaç

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

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Hasta Odaklılık
- Etkinlik
- Etkililik
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Zamanlılık

Kod	Standart	1
SAS01	**Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS01.01	Acil sağlık hizmetine yönelik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır: o Acil servisin yapısal düzenlemesi o Acil servise hasta kabul süreci o Triyaj uygulaması o İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi o Muayene, müdahale, tanı ve konsültasyon süreçleri o Sevk, yatış ve taburcu süreçleri o Müşahade süreci o Hasta ve yakınının bilgilendirilmesi o Zehirlenme vakaları o Adli vakalar o Acil durum ve afet yönetimi o Acil sağlık hizmeti kapsamında diğer kurum ve kuruluşlar ile koordinasyon süreçleri o Acil serviste risk yönetimi

Kod	Standart	2
SAS02	**Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS02.01	Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı işaret ve levhalar bulunmalıdır.
SAS02.02	Acil servis giriş tabelası hastane dışından görülebilir olmalıdır.
SAS02.03	Ambulans girişi ile ayaktan hasta girişleri ayrı olmalıdır.
SAS02.04	Ambulans girişleri araçların rahatlıkla yaklaşabileceği, manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.
SAS02.05	Olumsuz hava koşullarından etkilenmeyi önlemek için girişlerin üstü kapalı olmalıdır.
SAS02.06	Acil servis girişi aydınlatılmış olmalıdır.

Kod	Standart	3
	Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
SAS03	***Rehberlik***	
	Acil servislerin fiziksel yapısı güvenlik, izlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS03.01	Acil servis hizmet sunum alanları (muayene alanı, müdahale alanı, gözlem ünitesi gibi) belirlenmelidir.
SAS03.02	Acil servis alanları hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşımalıdır.
SAS03.03	Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun bekleme alanı bulunmalıdır.
SAS03.04	Çalışanlar için giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.

Kod	Standart	4
SAS04	**Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS04.01	Bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.
SAS04.02	İlaç, malzeme ve cihazların sürekliliği sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.

Kod	Standart	5
SAS05	**Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS05.01	Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.
SAS05.02	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.
SAS05.03	Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır.
SAS05.04	Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmeti verecek personel; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu ve özelliği göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.
SAS05.05	Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
SAS05.06	Bu birimlerde çalışanlar, diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.
SAS05.07	Birim çalışanlarına yılda en az bir kez eğitim verilmelidir. o Eğitim programında **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır: • Hasta memnuniyeti • Hasta hakları • İletişim becerileri

Kod	Standart	6
SAS06	**Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS06.01	Acil serviste, hastaların aciliyet durumlarına ve öncelikli tedavi ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapılmalıdır.
SAS06.02	Öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılmalıdır.
SAS06.03	Triyaj uygulaması için yeterli alan ayrılmalıdır.
SAS06.04	Triaj uygulaması bir sağlık çalışanı tarafından yapılmalı, aciliyet durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda ilgili alana transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

Kod	Standart	7
SAS07 Çekirdek	**Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SAS07.01	Hasta profili ve kurum öncelikleri dikkate alınarak acil serviste hizmet verilen kritik hasta grupları belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Kritik hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir:* o *Akut Miyokard Enfarktüsü* o *Solunum arresti* o *Kardiyak arrest* o *İnme* o *Travma* o *Psikiyatrik aciller* o *Zehirlenme* o *İntihar girişimi* o *Onkolojik aciller*	
SAS07.02	Belirlenen hasta grupları için acil serviste uygulanması gereken, tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.	
SAS07.03	Kritik vakalarda müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik olarak planlama yapılmalıdır.	
SAS07.04	Acil servise ambulans aracılığıyla gelen hastalara müdaheleye ilişkin planlama bulunmalıdır.	

Kod	Standart	8
SAS08	**Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS08.01	Acil servislerde konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalıdır.
SAS08.02	Düzenli aralıklarla, acil servis sorumlulukları ve hasta konsülte edilen klinik sorumlularının katıldığı toplantılar düzenlenmelidir. ***Rehberlik*** *Bu toplantıların amacı, konsültasyon işlemleri ile konsültasyon sonrası yatış işlemlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlamaktır. Toplantılarda, acil serviste konsültasyonu istenen hastalara yönelik vaka sunumları ve tartışmaları yapılır. Süreçlerin daha etkin şekilde sürdürülmesine yönelik gerekli görülen iyileştirmeler için kararlar alınır.*
SAS08.03	Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

Kod	Standart	9
SAS09 Çekirdek	**Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS09.01	Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır.
SAS09.02	Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır.
SAS09.03	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
SAS09.04	Hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşmasını sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Standart	10
SAS10	**Teşhis ve tedavi sürecinde, hasta ve hastaya ait materyal/numunenin transferi, hastane personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.**	

Kod	Standart	11
SAS11	**Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SAS11.01	Yatış , sevk ve taburculuk işlemleri, hastane tarafından oluşturulan prosedür çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.	
SAS11.02	Yatış ve sevk durumunda, hastaya ait kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler, hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.	
SAS11.03	Yatış ve sevk işlemlerinde, acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleleri içeren kayıtların bir nüshası hasta ile birlikte nakledilmelidir.	
SAS11.04	Sevk öncesinde, sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır.	
SAS11.05	Hastanın sevki ambulans ile yapılmalıdır.	
SAS11.06	Acil servisten taburcu edilen hasta ve yakınlarına taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgi verilmelidir.	

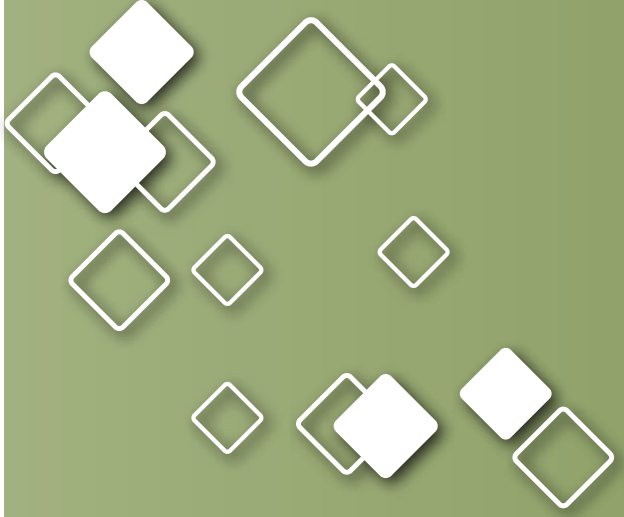
Kod	Standart	12
SAS12 Çekirdek	**Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS12.01	Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği açısından riskler tespit edilmeli ve bu riskleri önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır. o Acil serviste 24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır. o Genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. o Kameraların yerleşimi sırasında hasta ve çalışan mahremiyeti dikkate alınmalıdır.
SAS12.02	Acil servis çalışanlarına iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kriz yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.

Kod	Standart	13
SAS13	**İlgili personele KPR (Kardio Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAS13.01	Hastane tarafından, acil serviste görev yapan ve KPR eğitimi alması gereken sağlık çalışanları belirlenmeli ve bu çalışanlara yılda en az bir kez KPR eğitimi verilmelidir.

Kod	Standart	14
SAS14	**Hastane bünyesinde bulunan ambulanslara/hasta nakil araçlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SAS14.01	Ambulans/hasta nakil aracında bulunan ilaç, malzeme ve cihazların listesi hazırlanmalıdır.	
SAS14.02	İlaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve stok durumu günlük olarak takip edilmelidir.	
SAS14.03	İlaç ve malzemelerin miat takipleri yapılmalıdır.	
SAS14.04	Bütün tıbbi ekipman çalışır durumda olmalı ve düzenli aralıklarla kalibrasyonları yapılmalıdır.	
SAS14.05	Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.	
SAS14.06	Ambulansın/hasta nakil aracının tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.	
SAS14.07	Sedye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalıdır.	
SAS14.08	Kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.	



Ameliyathane

Amaç

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarının düzenlenmesi ve cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanmasıdır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Etkililik
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Hasta Odaklılık
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
SAH01	**Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SAH01.01	Ameliyathane süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Cerrahi süreçlere ilişkin kurallar o Ameliyathane alanlarının tanımlanması ve bu alanlara ilişkin kurallar o Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamalar o Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik kurallar o Ameliyathanede tesis güvenliğini sağlamaya yönelik kurallar o Temizlik ve dezenfeksiyon kurallarına ilişkin uygulamalar o İlaç, malzeme ve cihaz yönetimine ilişkin düzenlemeler	

Kod	Standart	2
SAH02	**Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAH02.01	Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.
SAH02.02	Ameliyathanede alanlar en az üç farklı kategoride ele alınmalıdır. ***Rehberlik*** ***Steril (Birinci) Alan:*** *Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.* ***Temiz (İkinci) Alan:*** *Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır.* ***Steril Olmayan (Üçüncü/Temiz Olmayan/Kirli) Alan:*** *Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.*
SAH02.03	Alanların özelliklerine uygun kurallar belirlenmelidir. o Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir. o Çalışanların alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
SAH02.04	Duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun özellikte olmalı, ameliyat odasında; duvar birleşim noktalarının düzgün, köşesiz ve çıkıntısız olması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	3
SAH03	**Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAH03.01	Ameliyat odalarının sıcaklık ve nem değerleri gerçekleştirilen ameliyat türlerine göre belirlenmelidir. o Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır. o Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23 °C olmalıdır, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 °C arasında ayarlanabilmelidir. o Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.
SAH03.02	Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem kontrolleri gerçekleştirilmelidir.

Kod	Standart	4
SAH04	**Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAH04.01	Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır. o Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı). o Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan operasyonlar laminer hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.
SAH04.02	Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.
SAH04.03	Düzenli aralıklarla, havalandırma sisteminin performans testleri yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *Havalandırma sistemine yönelik aşağıdaki performans testleri uygulanmaktadır:* *o HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)* *o Hava debisi ve hava hızı ölçümü* *o Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti* *o Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)* *o Partikül ölçümü*
SAH04.04	Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

Kod	Standart	5
SAH05 Çekirdek	**Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAH05.01	Ameliyathane içi ameliyat odalarında tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmelidir.
SAH05.02	Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirlenmelidir.
SAH05.03	Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Kod	Standart	6
SAH06	**Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç düzeyleri izlenmelidir.**	

Kod	Standart	7
SAH07 Çekirdek	**Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAH07.01	Operasyonlar öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi yapılma durumu kontrol edilmelidir..
SAH07.02	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; liste sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır. ***(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)*** ***(Ek: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)***
SAH07.03	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

Kod	Standart	8
SAH08 Çekirdek	**Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAH08.01	Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi uygulanmalıdır. ***(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)***
SAH08.02	Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

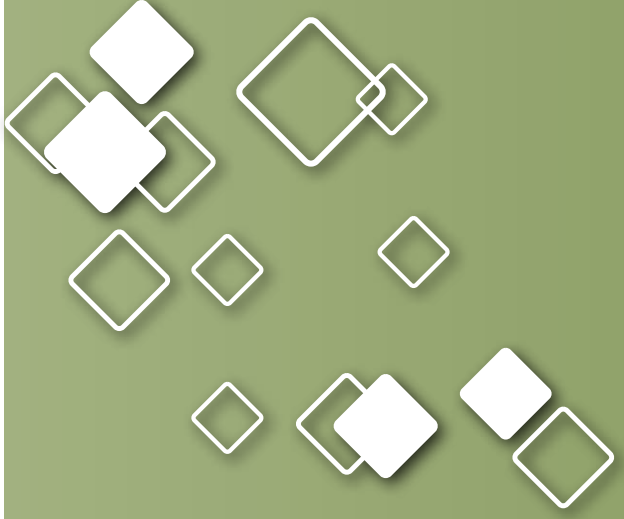
Kod	Standart	9
SAH09	**Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.**	

Kod	Standart	10
SAH10 Çekirdek	**Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SAH10.01	Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örnekleri doğru ve eksiksiz olarak etiketlenmelidir. Etikette **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hasta adı-soyadı o Doğum tarihi o Cinsiyet o Örnek alınan organ/bölge o Örneğin alınış şekli
SAH10.02	Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
SAH10.03	İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	11
SAH11	**Cerrahi süreçte gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar cerrahi hata sınıflandırma sistemine (CHSS[TR]) göre kodlanmalıdır.** ***(Ek: Hata Sınıflandırma Sistemleri-Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi)***	

Kod	Standart	12
SAH12	**Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.** ***Rehberlik*** *Bilgilendirme sisteminin hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.*	



Yoğun Bakım Ünitesi

Amaç

Yoğun bakım hizmeti alan hasta grupları ve bu gruplara hizmet verilen bölümlere özgü bakım uygulamalarının, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardize edilerek mümkün olan en iyi klinik sonuçlara ulaşılmasıdır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Etkililik
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
SYB01	**Yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYB01.01	Yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Genel işleyiş • Hasta kabulü • Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi • Bakımın planlanması ve izlenmesi • Hasta transferi • Taburculuk • Kurum dışı sevk prosedürü o Klinik süreçler • Monitörizasyon • Ventilatördeki hasta izlemi • Sedasyon ve analjezi uygulaması • Hastayı ventilatörden ayırma • Skorlama sistemleri ile hastaların takibi (bası yarası, düşme, beslenme, ağrı, bilinç, hastalık şiddeti gibi) • Bası ülseri takibi • İnvaziv işlemler • Rehabilitasyon süreci • Nütrisyon takibi • Terminal dönem hasta takibi • Enfeksiyonların önlenmesi gibi

Kod	Standart	2
SYB02	**Yoğun bakım ünitelerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SYB02.01	Yoğun bakım ünitelerinin giriş-çıkış kuralları belirlenmelidir.	
SYB02.02	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.	
SYB02.03	Yoğun bakım ünitesi, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.	
SYB02.04	Her yatak başında, tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
SYB02.05	Tüm prizler, kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.	
SYB02.06	Her ventilatörlü yatak başında bir adet balon-valf-maske sistemi bulunmalıdır.	
SYB02.07	Bakanlıkça belirlenen nitelik ve gereklilikler çerçevesinde, izolasyon odaları bulunmalıdır.	
SYB02.08	Hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *Mahremiyeti sağlamaya yönelik gerektiğinde kullanılmak üzere enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun bir biçimde yataklar arası ayırma düzeneği kullanılabilir.* *Bu amaç için yıkanabilir perde kullanılması halinde; perdelerin, yüksek ısıya dayanaklı kumaştan yapılmış olması, yedeklerinin bulundurulması, en az ayda bir kez ve ihtiyaç halinde yıkanması gereklidir.*	
SYB02.09	Hasta yakınları için bekleme ve görüşme alanları bulunmalıdır.	

Kod	Standart	3
SYB03	**Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYB03.01	Tüm yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır. o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır. o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır. o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller düzenli olarak yapılmalıdır. o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır. o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.
SYB03.02	Yoğun bakım odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. o Yoğun Bakım odasının sıcaklığı 22-28 °C arasında, bağıl nem oranı %30- %60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.

Kod	Standart	4
SYB04	**Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYB04.01	Yoğun bakım ünitesinde ve ünite içindeki odalarda lavabolar ile sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.
SYB04.02	Her hasta bakım alanında kolay ulaşılabilecek mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.

Kod	Standart	5
SYB05	**Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SYB05.01	Ünitenin gürültü ve ses düzeyi aralıklı olarak izlenmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	

Kod	Standart	6
SYB06 Çekirdek	**Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SYB06.01	Hastalar; hastalık şiddeti ve tahmini mortalite açısından skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir. ***Rehberlik*** *Hastalık şiddeti skorlaması için yetişkinlerde APACHE II, SAPS II; çocuk yoğun bakımlarında PRISM; KVC hastalarına EuroSCORE; yanık hastalarına ABSI (Yanık Şiddeti Skoru) skorlaması gibi sistemler kullanılabilir.*	
SYB06.02	Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.	

Kod	Standart	7
SYB07 Çekirdek	**Bası ülserinin önlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SYB07.01	Hastalar bası ülseri riski açısından değerlendirilmelidir ***Rehberlik*** *Bu amaçla, kanıta dayalı bir bası ülseri değerlendirme ölçeği kullanılması gereklidir.*	
SYB07.02	Risk düzeyine göre bası ülserini önlemeye yönelik tedbirler alınmalı ve bakım planına kaydedilmelidr.	

Kod	Standart	8
SYB08 Çekirdek	**Hastaların güvenli transferi sağlanmalıdır.** ***(Bkz: Hasta Bakımı)***	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYB08.01	Yoğun bakım hastalarının transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Hastanın kliniği ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir.* *Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir:* o *Transport ventilatörü* o *Transport monitörü* o *Transport sedyesi* o *Oksijen tüpü* o *Entübasyon seti* o *Balon-valf-maske sistemi* o *Acil ilaç çantası*

Kod	Standart	9
SYB09	**Yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	10
SYB10	**Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYB10.01	Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Amaç

Yenidoğan yoğun bakım hizmeti alan hasta gruplarına özgü bakım uygulamalarının, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunu sağlayarak mümkün olan en iyi klinik sonuçlara ulaşmaktır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Etkililik
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
SYD01	**Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD01.01	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Genel işleyiş • Hasta kabulü • Hasta tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi • Bakımın planlanması ve izlenmesi • Hastanın transferi • Taburculuk • Kurum dışı sevk prosedürü o Klinik süreçler • Monitörizasyon • Ventilatördeki hastanın izlemi • Hastayı ventilatörden ayırma • Skorlama sistemleri ile hastaların takibi (beslenme, hastalık şiddeti gibi) • İnvaziv işlemler • Nütrisyon takibi • Enfeksiyonların önlenmesi gibi

Kod	Standart	2
SYD02	**Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SYD02.01	Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin giriş-çıkış kuralları belirlenmelidir.	
SYD02.02	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.	
SYD02.03	Yoğun bakım ünitesi, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.	
SYD02.04	Her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
SYD02.05	Tüm prizler, kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.	
SYD02.06	Her ventilatörlü kuvöz başında bir adet balon-valf-maske sistemi (tercihen T-parça canlandırıcı) bulunmalıdır.	
SYD02.07	Bakanlıkça belirlenen nitelik ve gereklilikler çerçevesinde, izolasyon odaları bulunmalıdır.	
SYD02.08	Hasta yakınları için uygun bekleme ve görüşme alanları bulunmalıdır.	

Kod	Standart	3
SYD03	**Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD03.01	Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır. o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır. o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır. o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller düzenli olarak yapılmalıdır. o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek kuvözlü odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır. o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.
SYD03.02	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. o Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin sıcaklığı 22-28 °C arasında, bağıl nem oranı %30- %60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.

Kod	Standart	4
SYD04	**Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD04.01	Yoğun bakım ünitesinde ve ünite içindeki odalarda lavabolar (el ile dokunulmayan) ile sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.
SYD04.02	Her hasta bakım alanında kolay ulaşılabilecek mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.

Kod	Standart	5
SYD05 Opsiyonel	**Anne-bebek odası bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD05.01	Oda tefrişatı annenin sürekli kalabilmesine uygun olmalıdır.
SYD05.02	Bebek yatağı ve tıbbi teçhizat için yeterli alan ayrılmalıdır.
SYD05.03	Yeterli sayıda elektrik prizi, basınçlı hava, oksijen ve vakum çıkışı bulunmalıdır.
SYD05.04	Odada lavabo ve tuvalet bulunmalıdır.

Kod	Standart	6
SYD06	**Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD06.01	Ünitenin gürültü ve ses düzeyi aralıklı olarak izlenmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Kod	Standart	7
SYD07 Çekirdek	**Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD07.01	Bebekler; hastalık şiddeti ve tahmini mortalite açısından skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir. ***Rehberlik*** *Yeni doğanlar için Score for Neonatal Acute Physiology- Perinatal Extension-II (SNAP-PE-II) ve Clinical Risk Index for Babies (CRIB) gibi skorlama sistemleri kullanılabilir.*
SYD07.02	Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.

Kod	Standart	8
SYD08 Çekirdek	**Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD08.01	Fototerapi alan bebeklerde ısı monitörizasyonu yapılmalıdır.
SYD08.02	Farklı boyutlarda fototerapi göz bandı bulunmalıdır.
SYD08.03	Röntgen çekiminde gonad koruyucu kullanılmalıdır.
SYD08.04	Oksijen tedavisinde kuvöz içi oksijen konsantrasyonu kontrol edilmelidir.
SYD08.05	Kuvözlerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.

Kod	Standart	9
SYD09 Çekirdek	**Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD09.01	Bebeklerin beslenme durumu düzenli aralıklarla izlenmelidir.
SYD09.02	Bebeklerin anne sütü ile beslenmesine yönelik annelere eğitim verilmelidir.
SYD09.03	Anne sütü ile beslenme sırasında, annenin konforu ve mahremiyeti ile hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
SYD09.04	Besin hazırlamak için ayrı bir alan bulunmalıdır.
SYD09.05	Bebeklerin beslenmeleri amacıyla kullanılan kapların dezenfeksiyonları sağlanmalıdır.
SYD09.06	Besinlerin uygun sıcaklıkta muhafaza edilmesi sağlanmalıdır. lıdır.

Kod	Standart	10
SYD10 Çekirdek	**Bebeklerin güvenli transferi sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
	Bebeklerin transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir. ***Rehberlik:*** *Bebeğin kliniği ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir.*
SYD10.01	*Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir:* o *Ventilatörlü transport kuvözü* o *Transport monitörü* o *Oksijen tüpü ve hava tüpü* o *Oksijen ile hava karıştırıcı* o *İnfüzyon pompası* o *Taşınabilir aspirasyon aleti* o *Entübasyon seti* o *Balon-valf-maske sistemi (tercihen T-parça canlandırıcı)*

Kod	Standart	11
SYD11	**Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	12
SYD12	**Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SYD12.01	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izlemimde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.

Doğum Hizmetleri

Amaç

Doğum eyleminin bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde gerçekleştirmesi ile anne ve bebeğe hasta güvenliği ilkeleri doğrultusunda gerekli bakım, yönlendirme ve eğitim hizmetlerinin sunulmasıdır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Uygunluk
- Hakkaniyet
- Zamanlılık

Kod	Standart	1
SDH01	**Doğum salonuna yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDH01.01	Doğum öncesi izlem ve doğum eylemi tek kişilik odalarda yapılmalıdır.	
SDH01.02	Doğum öncesi izlem, doğum sırası ve doğum sonrası bakım odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemi bulunmalıdır.	
SDH01.03	Doğum eyleminin gerçekleştirildiği alanlarda, duvar, tavan ve zeminler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun özellikte olmalı, uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.	
SDH01.04	Doğum eyleminin gerçekleştirildiği odalarda yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.	
SDH01.05	Doğum eyleminin gerçekleştirildiği alanlarda, hastaya pozisyon verilebilecek doğum/ameliyat masası bulunmalıdır.	
SDH01.06	Doğum eyleminin gerçekleştirildiği alanlarda anestezi uygulanabilecek şekilde düzenek bulunmalıdır.	
SDH01.07	Doğum öncesi izlem odaları oda içinde doğum yaptırılabilecek tasarımda olmalıdır.	

Kod	Standart	2
SDH02	**Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDH02.01	o Doğum salonunda asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: • 1 adet tam teçhizatlı acil müdahale arabası • Forseps • Vakum • Servikal olgunlaşma sağlayan kateterler • Dirsek üzerine kadar çıkan ve kavite kontrolü için kullanılan kalın steril eldivenler • Bumm küret • Kanama durdurucu balon o Her doğum odasında asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: • Bebek ısıtıcısı (radiant warmer) • Bebek aspiratörü/Puar • Laringoskop seti • Uygun boyutta balon-valf maske sistemi ya da tercihen T-Parça canlandırıcı sistem • Oksijen ile hava karıştırıcı • Nabız oksimetre cihazı ve probu	
SDH02.02	Doğum salonunda transport kuvözü bulunmalıdır. ***<u>Rehberlik</u>*** *Transport kuvözünün güvenli kullanımı ile ilgili gereklilikler aşağıda belirtilmiştir:* o *Transport kuvözü dahili olarak şarj edilebilen bataryaya sahip olmalı ve harici batarya ile çalışabilmelidir.* o *Transport kuvözünün oksijen ile hava karıştırıcısına uygun şekilde bağlanmış oksijen ve hava tüpü bulunmalı.* o *Her bir tüp için ulaşılabilir alanda yedek tüpler bulunmalıdır.* o *Transport kuvözünün üzerinde oksijen ve hava için ayrı girişler olmalıdır.*	
SDH02.03	Ekipmanların teknik kontrolleri yapılmalı ve çalışır durumda olmalıdır.	

Kod	Standart	3
SDH03 Çekirdek	**Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDH03.01	Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir. o Doğum eyleminde Bakanlıkça yayımlanan "**Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi**"ne göre izlem yapılmalıdır. o Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, partograf kayıtları hasta dosyalarında bulunmalıdır. o Doğum sonrası süreçte annenin takibi Bakanlıkça yayımlanan "**Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi**"ne göre yapılmalı, izlem kayıt altına alınmalıdır.
SDH03.02	Komplike vakalarda doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerin izlemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

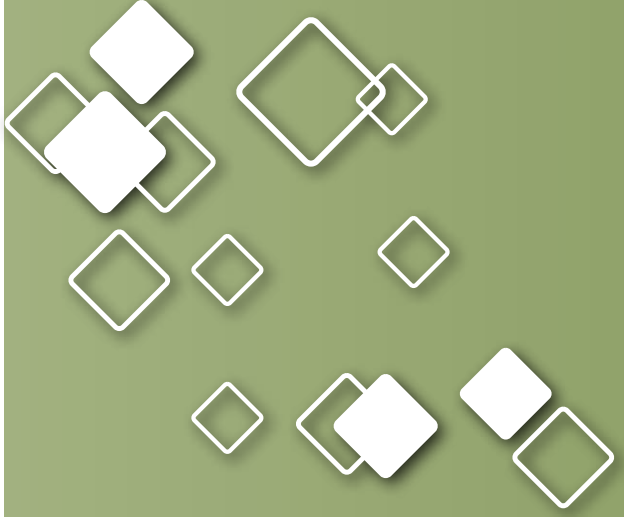
Kod	Standart	4
SDH04 Opsiyonel	**Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Kontrol Listesi kullanılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDH04.01	Güvenli Doğum Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından başvuru anında, doğumdan önce, doğumdan hemen sonra (ilk 1 saat içinde) ve taburculuk öncesinde uygulanmalıdır. ***(Bkz: Güvenli Doğum Uygulama Rehberi)*** ***(Ek: Güvenli Doğum Kontrol Listesi)***
SDH04.02	Güvenli Doğum Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanmalıdır.

Kod	Standart	5
SDH05 Çekirdek	**Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDH05.01	Yenidoğanın takibi ve kontrolleri belirlenmiş kurallar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. o Yenidoğan bebek, Bakanlıkça yayımlanan "**Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü**" doğrultusunda izlenmeli, izlem kayıt altına alınmalıdır. o İzlem aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır: • Doğum anı ve doğumun hemen sonrası • Bebek stabilize olduktan sonra • Bebek ve anne hastaneden ayrılmadan önce	
SDH05.02	Anneye emzirme ve bebek bakımı konularında eğitim verilmelidir.	
SDH05.03	Taburcu sonrası bebeğin takibi hakkında aile bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	6
SDH06	**Doğum yapan hasta yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.** ***Rehberlik*** *Bilgilendirme sistemi, hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.*	

Kod	Standart	7
SDH07 Opsiyonel	**Kurumda hasta/hasta yakınlarına yönelik gebelik ve doğum eylemi süreçlerine ilişkin sistemli bir eğitim programı (gebe eğitim okulu) bulunmalıdır.**	



Diyaliz Ünitesi

Amaç

Diyaliz ünitesinde hizmetin kalitesini sağlamaya yönelik uygun fiziki koşulların ve teknik alt yapının oluşturulması, bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunun sağlanması, dolayısıyla her hastaya etkin bir diyaliz tedavisi verilerek akut ve kronik komplikasyon oranlarının azaltılmasıdır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
	Diyaliz hizmetleri ile ilgili tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
SDİ01	***Rehberlik*** *Diyaliz hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanırken, kanıta dayalı bilimsel çalışmalar doğrultusunda ve kurumun kendi özgün koşullarını yansıtacak şekilde hareket edilmesi gerekmektedir. Diyaliz ünitesinin genel çalışma esasları ve ünite dışındaki kritik süreçler haricinde gerekli ise işlemlere özel açıklamalar da yapılmalıdır.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDİ01.01	Diyaliz ünitesi ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman, **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Hastanın diyaliz ünitesine kabulü o Hastanın ve makinelerin işleme hazırlanması o Diyaliz işleminin uygulanması o Sterilizasyon şartlarının sağlanması o Diyaliz işleminin sonlandırılması o Hastanın Diyaliz ünitesinden ayrılması o Hastaların tıbbi takibinin yapılması o Olası komplikasyonların izlenmesi o Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler o Kalite iyileştirme faaliyetleri	

Kod	Standart	2
SDİ02	**Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ02.01	Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel alanlar, hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır. Diyaliz ünitesinde **asgari** aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır: o Hasta kabul, giyinme ve dinlenme alanları o Diyaliz alanı o İlaç hazırlama alanı o Acil bakım ve tedavi alanı o HBsAg (+) hastalar için ayrılmış bir oda o Su sistemi odası o Genel destek alanları (Temiz malzeme deposu, kirli malzemenin konulduğu alanlar gibi)
SDİ02.02	Hasta giyinme odaları kadın ve erkek hastalar için ayrı olmalıdır. o Hasta giyinme odalarında hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.
SDİ02.03	Hastalar için tuvalet ve lavabo bulunmalıdır. o Tuvaletler kadın ve erkek hastalar için ayrı olmalıdır. o Engelli kişilerin yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
SDİ02.04	Diyaliz ünitesi, sağlık çalışanının hastaları sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.

Kod	Standart	3
SDİ03 Çekirdek	**Diyaliz ünitesinde görev yapan sağlık çalışanları sertifikalı eğitim almış olmalıdır.**	

Kod	Standart	4
SDİ04	**Diyaliz tedavisine yönelik karar ve planlama süreçlerinin kontrolü sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ04.01	Hastaların programlı diyaliz tedavisine alınması kararına ilişkin Diyaliz Reçetesi bulunmalıdır.
SDİ04.02	Hastaların diyalize alınma kararı, hasta raporları ve reçete düzenlenmesi, alanında uzman hekim tarafından gerçekleştirilmelidir.
SDİ04.03	Hasta bazlı tedavi planı hazırlanmalıdır. Tedavi planında **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Diyaliz tedavi süresi ve sıklığı o Kuru ağırlık o Kan akım hızı o Diyalizat bileşimi ve akım hızı o Diyalizer seçimi o Antikoagülasyon türü ve miktarı o Varsa diyaliz sırasında uygulanan ilaç tedavileri o Periton diyalizi yapılacak ise uygulanacak periton diyalizi yöntemi, günlük değişim sayısı, kullanılacak solüsyonların içeriği ve hacmi

Kod	Standart	5
SDİ05 Çekirdek	**Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ05.01	Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik **asgari** aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde kurallar tanımlanmalıdır. o Hastaların diyaliz reçetesi ve tedavi planının kontrol edilmesi o Hastanın ilgili hekim tarafından muayene edilmesi (fiziki muayene, vital bulguların değerlendirilmesi, kilo kontrolü gibi) o Gerekli laboratuvar tetkiklerinin kontrol edilmesi
SDİ05.02	Diyaliz makinelerinin işlem öncesi hazırlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Belirlenen kurallar çerçevesinde diyaliz makinelerinin setlenmesi ve yıkama işleminin yapılması sağlanarak işleme hazır hale getirilmelidir.

Kod	Standart	6
SDİ06 **Çekirdek**	**Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ06.01	Diyalize başlamadan önce hastanın kimlik bilgileri kontrol edilmelidir.
SDİ06.02	Hastalar, diyaliz seansı sırasında tıbbi yönden izlenmelidir. o Her diyaliz seansında hastanın dosyasına gözlem notu kaydedilmelidir. o Her hasta için ayrı takip/gözlem formu hazırlanmalıdır.
SDİ06.03	Hasta, diyaliz seansı sırasında sağlık durumu ile ilgili meydana gelebilecek değişiklikler hakkında, ilgili sağlık çalışanını haberdar etmesi konusunda bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	7
SDİ07 Çekirdek	**Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibi sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ07.01	Diyaliz tedavisi gören her hasta için ayrı bir tıbbi takip dosyası hazırlanmalıdır.
SDİ07.02	Tüm hastalar ayda en az bir defa ilgili uzman hekim tarafından değerlendirilmelidir. ***Rehberlik*** *Aylık değerlendirme, ilgili diyaliz değerlendirmesinin yanı sıra hastanın diğer medikal problemlerinin değerlendirmesini de kapsamaktadır.*
SDİ07.03	Hastaların tıbbi takibi kapsamında, düzenli aralıklarla laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır.
SDİ07.04	Değerlendirmeye ilişkin kayıtlar tutulmalıdır. Kayıtlar **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Hastanın genel sağlığına ilişkin fizik muayenesi ve öyküsü o Diyaliz tedavisine bağlı herhangi bir komplikasyon olup olmadığı o Laboratuvar sonuçları o Vasküler erişim durumu (Damar içi kateter kontrolü) o Beslenme durumu dâhil, uzun vadeli diyaliz tedavisine ilişkin komplikasyonlar o Mevcut böbrek nakli durumunun incelenmesi

Kod	Standart	8
SDİ08	**Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.**	

Kod	Standart	9
SDİ09	**Hasta/Hasta yakını organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.**	

Kod	Standart	10
SDİ10	**Hassas tartı sistemi bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ10.01	Tartı, tekerlekli sandalyenin çıkabileceği şekilde olmalıdır.
SDİ10.02	Bebek ve çocuk hastalar için uygun tartı ve boy ölçer bulundurulmalıdır.

Kod	Standart	11
SDİ11 Çekirdek	**Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ11.01	Enfekte hastaların diyaliz işlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. o Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ayrılmalı ve tanımlanmalıdır. o HBsAg (+) ve HCV Ab (+) hasta için kullanılan makineler tanımlanmalıdır. o Enfekte hastalar için ayrılmış aspiratör bulunmalıdır. o HBsAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmelidir.
SDİ11.02	Diyaliz hastalarının aşıları düzenli olarak yapılmalıdır. o Tüm diyaliz hastalarına Hepatit B aşısı yapılmalıdır. o Anti-HBs titresi takip edilmelidir. o Gerektiğinde rapel aşı uygulanmalıdır.

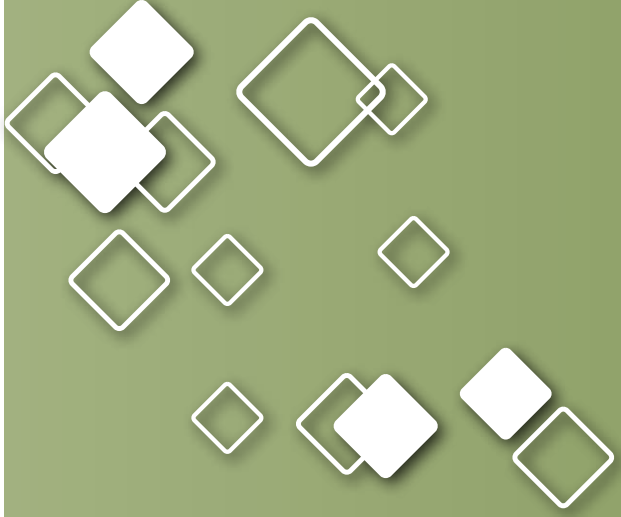
Kod	Standart	12
SDİ12 Çekirdek	**Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ12.01	Her diyaliz seansı sonrasında, diyaliz makinelerinin iç ve dış dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır.
SDİ12.02	Dezenfeksiyon işleminin geriye dönük izlenebilirliği sağlanmalıdır. Kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Dezenfeksiyon işlemini yapan görevlinin adı, soyadı, imzası o İşlemin yapıldığı tarih/saat, işlem süresi o İşlemde kullanılan dezenfektanın kimyasal adı

Kod	Standart	13
SDİ13 Çekirdek	**Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDİ13.01	Saf suyun elde edilmesine yönelik su arıtma sistemi kurulmalıdır.
SDİ13.02	Üretilen saf su için günlük kontroller yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *Saf su için aşağıdaki günlük kontroller yapılmaktadır:* o *Saf su iletkenliği* o *Su sertliği* o *Klor miktarı* o *Asitlik-alkalilik (saf su-ham su) özelliği*
SDİ13.03	Arıtma sonrası su örnekleri, bakteriyolojik yönden en az üç ayda bir kez, toksik ve kimyasal yönden en az altı ayda bir kez değerlendirilmelidir. ***Rehberlik*** *Değerlendirme sonrası elde edilmesi beklenen değerler aşağıda belirtilmiştir:* o *Mikrobiyal kontaminasyon, saf su için 100 CFU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,1 CFU/ml altında olmalıdır.* o *Bakteriyel endotoksinler, saf su için 0.25 IU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,03 IU/ml altında olmalıdır.*
SDİ13.04	Gerektiğinde iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.

Kod	Standart	14
SDİ14	**Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDİ14.01	Ulaşım hizmeti için araç tahsis edilmelidir. o Araçta; • Yeterli ısıtma ve havalandırma sistemi olmalı • Temizliği, bakımı yapılmalı ve kayıt altına alınmalı • Yangın tüpü bulunmalı • Hastaların araca rahat çıkıp inebilmesini kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmış olmalı • Ulaşım hizmeti sırasında araçta pediatrik hastalar için düzenleme yapılmalıdır.	



Psikiyatri Hizmetleri

Amaç

Psikiyatri alanında sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarına, uygun fiziki koşullarda, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standart bir bakım sunmak, hasta ve yakınlarının tedavi sırası ve sonrasında rehabilitasyon programlarına katılımlarını sağlayarak, hastaların sosyal yaşama dahil olmalarını teşvik etmektir.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
SPS01	**Psikiyatri hizmet süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS01.01	Psikiyatri hizmetleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Akut ve kronik hasta kabul kriterleri o Tedavi ve aktivite planları ile ilgili işleyiş o Hastanın klinik/servise her girişinde, kendisine ve/veya çevresine zarar verebileceği nesneler yönünden kontrolü o Kısıtlama uygulama kuralları o Akut eksite hastalar ve tıbbi sorunlu hastalarla ilgili tedavi yaklaşımları o Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) kuralları o Tedavi edici ortam koşulları o Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği o Hasta ve hasta yakınlarına verilecek eğitimler o Hastaların telefonla görüşme şekli, zamanı ve süresi o Taburculuk işlemleri ve taburculuk sonrası takip süreci o Adli konular ile ilgili süreçler o Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, AMATEM gibi hizmet birimlerine yönlendirilmesine ilişkin süreçler

Kod	Standart	2
SPS02	**Psikiyatri kliniklerine yönelik fiziki düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPS02.01	Psikiyatri hizmetlerine yönelik fiziksel alanlar, hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır. Psikiyatri hizmetlerine yönelik **asgari** aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır: o Rehabilitasyon alanları o Sigara içen hastalar için sigara içme alanı o Ziyaret için ayrılmış bir alan o Hastaların açık havadan faydalanabilecekleri alan	
SPS02.02	Hastaların kullanabileceği lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.	
SPS02.03	Hasta odaları en fazla iki kişilik olarak düzenlenmelidir.	
SPS02.04	Odada kişisel kullanım için dolap, etajer gibi ekipman bulunmalıdır.	
SPS02.05	Odanın boya rengi uyarıcı olmamalıdır.	
SPS02.06	Havalandırma yeterli olmalıdır.	
SPS02.07	Doğal aydınlanma yeterli olmalıdır.	

Kod	Standart	3
SPS03	**Hastaların kullandığı bahçede fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS03.01	Hastaların rehabilitasyon sürecine katkı sağlamak amacıyla, bahçede, asgari yürüyüş, oturma ve spor alanları bulunmalıdır.
SPS03.02	Bahçe duvarları hasta kaçışını engelleyecek düzenlemeye sahip olmalıdır.
SPS03.03	Bahçe güvenliği sorumluları belirlenmeli ve gün içinde belirlenen düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

Kod	Standart	4
SPS04 Çekirdek	**Hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS04.01	Klinikte fiziki açıdan hasta güvenliğine yönelik riskler değerlendirilmeli ve risklere yönelik önlemler alınmalıdır. o Klinikte kaçma veya intihar olasılığını engelleyecek fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır. o Tavan tek parça olmalıdır. o Tavana monte teçhizat emniyetli veya gizli olmalıdır. o Pencereler yarı açılır ya da açılmaz olmalıdır. o Hasta odalarındaki eşyalar sabitlenmiş olmalıdır. o Odada bulunan malzemeler ahşap ve yuvarlak kenarlı olmalıdır. o Yangın tüpleri, EKG cihazları, defibrilatör, serum askısı gibi mobil cihazlara yönelik sabitleme gibi yöntemlerle güvenlik önlemleri alınmalıdır.
SPS04.02	Hastalar ilgili sağlık çalışanlarının sürekli gözetimi altında olmalıdır. ***Rehberlik*** o *Hemşire odaları tüm birimi görecek şekilde düzenlenebilir.* o *Sağlık çalışanları belirli aralıklarla oda kontrolü yapabilir.* o *Gözlem odasına alınan hastalar 24 saat boyunca kamera ile gözlemlenebilir.*
SPS04.03	İlaçların bulunduğu odaya giriş kontrollü olmalıdır.
SPS04.04	Kliniğe giriş-çıkışlar ve hastaların ortak kullanım alanları kamera ile izlenmelidir.

Kod	Standart	5
SPS05	**Hasta yatışı ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPS05.01	Hastanede istemli ve istem dışı (zorunlu) yatış ve taburculuk süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	
SPS05.02	Hasta yatış kararına ilişkin onay bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *o İstemli yatışlarda;* • *18 yaş üstü hastanın kendisinden rıza alınır.* • *18 yaş altı veya vasi tayin edilen hastalarda vasi rızası alınır.* *o İstem dışı (zorunlu) yatışlarda;* • *Yatış kararı hastayı gören hekim tarafından verilir, sağlık kurulu tarafından onaylanır ve kararı mahkemeye sevk edilir.* • *İstem dışı yatışlar ilgili mahkeme kararı ile onaylanır.*	
SPS05.03	İstem dışı (zorunlu) yatış kararı verilen hastaların taburculuk kararına ilişkin onay bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *o İstem dışı (zorunlu) yatışlarda;* • *Taburculuk kararı hastayı gören hekim tarafından verilir ve taburculuk kararı ilgili mahkemeye bildirilir, mahkeme kararı ile onaylandıktan sonra taburculuk işlemi gerçekleştirilir.*	
SPS05.04	18 yaş altı hastaların yatışı çocuk ve/veya ergen kliniğine yapılmalıdır. o Zorunlu hallerde 18 yaş altı hastalar yetişkin kliniğine yatırılacaksa uygun düzenlemeler yapılmalıdır.	
SPS05.05	Hastaların taburculuk sonrası sosyal yaşama devamı yönünden planlama yapılmalıdır.	

Kod	Standart	6
SPS06	**Hastanın öz bakımının yapılması sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPS06.01	Hastaların kılık kıyafetlerinin temiz olması sağlanmalıdır.	
SPS06.02	Hastaların saç bakımı ve traşlarının yapılması sağlanmalıdır.	
SPS06.03	Hastaların yeme, içme, banyo ve tuvalet ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.	
SPS06.04	Hastaların öğün dışı yeme içme ihtiyaçları için gerekli düzenlemeler olmalıdır.	

Kod	Standart	7
SPS07 **Çekirdek**	**Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPS07.01	Yatan hastalara yönelik, hastaların psikososyal gelişimleri için oluşturulmuş bir rehabilitasyon programı bulunmalıdır. Rehabilitasyon programı kapsamında **asgari** aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilmelidir: o Günaydın ve/veya sorun toplantıları o Resim, elişi, satranç, tavla, masa tenisi gibi faaliyetler o Fiziksel egzersiz grupları	
SPS07.02	Hasta ve yakınları, rehabilitasyon faaliyetleri konusunda teşvik edilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.	

Kod	Standart	8
SPS08	**Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS08.01	Yakın gözlem gerektiren durumlar tanımlanmalıdır.
SPS08.02	Yakın gözlem gerektiren hastalar bir plan dahilinde gözlemlenmelidir. Plan **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Ne şekilde gözlem yapılacağı o Gözlemin ne zaman başlayıp ne zaman biteceği
SPS08.03	Hastaların gözlemine ilişkin bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
SPS08.04	Gözlem sonuçları değerlendirilmelidir.

Kod	Standart	9
SPS09	**Klinikte hastaların uyması gereken kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS09.01	Hastalar kurallar hakkında bilgilendirilmelidir. ***Rehberlik*** *Hasta profili nedeniyle, kuralların esnetilebileceği durumlar bulunabilir. Bu durumda tüm sağlık personelinin konu hakkında bilgilendirilmesi gereklidir.*

Kod	Standart	10
SPS10	**Hasta ve yakınlarına, tedavi ve takip sürecine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS10.01	Hasta ve yakınları için eğitim programı düzenlenmelidir. Eğitim programı **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hasta ve yakınları için psikoeğitim o Hastalık ve süreci o Günlük yaşama dair öz bakım gibi detaylar o İlaçlar hakkında bilgilendirme o Rehabilitasyonun önemi ve gerekliliği

Kod	Standart	11
SPS11 Çekirdek	**Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS11.01	EKT endikasyonları belirlenmelidir.
SPS11.02	İşlem öncesi hastanın hazırlığına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
SPS11.03	Hastaya hangi nedenle EKT yapıldığı kayıt altına alınmalıdır.
SPS11.04	EKT ünitesi, ortak kullanım alanlarından ayrı bir alanda ve diğer hastaların göremeyeceği şekilde düzenlenmelidir. Ünitede **asgari**; o Ünite içinde hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalıdır. o Havalandırma ve ışıklandırma sağlanmalıdır.
SPS11.05	Hastanın EKT sonrası izlemi yapılmalı ve komplikasyonlar açısından takip edilmelidir.
SPS11.06	Özel dönem ve durumlarda EKT uygulamasında alınması gereken önlemler belirlenmelidir.

Kod	Standart	12
SPS12	**Adli vakalar ve mahkum klinikleri için düzenlemeler yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPS12.01	Adli vakalar ve mahkumlara yönelik kliniklerde, hasta güvenliği ve hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.	
SPS12.02	Adli vakalar ve mahkumların bakım ihtiyaçları uygun şekilde karşılanmalıdır.	

Kod	Standart	13
SPS13 Çekirdek	**Öngörülemez durumlar için hazırlanmış bir eylem planı olmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPS13.01	İntihar girişimi, sonuçlanmış intihar, eksite veya ajite hasta olması gibi öngörülemez durumlarda nasıl bir yol izleneceği bilinmelidir.	

Kod	Standart	14
SPS14 Çekirdek	**Hastaların taburculuk sonrası sosyal hayata uyumlarının sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS14.01	Taburculuk sonrası sürece yönelik hususlar ile ilgili hasta ve hasta yakını bilgilendirilmelidir. Hasta/hasta yakını **asgari** aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: o Hastanın takip ve kontrol periyotları o İlaçların kullanımı o Hastanın sosyal hayata katılımını teşvik etmeye yönelik rehabilite edici faaliyetler
SPS14.02	Taburculuk sonrası Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından takip edilmesi gereken hastalara yönelik bildirimler yapılmalıdır. o Bildirimler, hastaların ikamet adreslerine göre, ilgili TRSM'ye yapılmalıdır. o Hastanenin kendi bünyesindeki TRSM bölgesinde ikamet eden hastaların ise, taburcu edilmeden merkezle irtibatlandırılmaları sağlanmalıdır.
SPS14.03	Hasta/hasta yakınları, taburculuk öncesi, ilgili sağlık çalışanları tarafından birebir görüşme yöntemi ile bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	15
SPS15	**Psikiyatri hizmet sunum sürecinde görev alan çalışanlar, iş güvenliğini sağlamaya yönelik eğitilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPS15.01	Psikiyatri hizmet sunum sürecinde görev alan tüm çalışanlara yönelik eğitim programı düzenlenmelidir. Eğitim programı **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Psikiyatri hastaları ile baş etme o İletişim o Kriz yönetimi
SPS15.02	Psikologlar tarafından çalışanlara yönelik paylaşım grup toplantıları düzenlenmelidir.

Biyokimya Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde biyokimya alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır. Hastane bünyesinde bulunan mikrobiyoloji, patoloji ve doku tipleme laboratuvarları dışındaki ilgili diğer klinik laboratuvarlar bu bölüm üzerinden değerlendirilebilir.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
SBL01	**Biyokimya hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SBL01.01	Biyokimya laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır. Test rehberi **asgari** aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir: o Laboratuvarda çalışılan testler o Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği o Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar o Numune alımı ile ilgili kurallar o Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar o Test çalışma yöntemi o Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler o Gerekli ise testlere özel açıklamalar	
SBL01.02	Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.	
SBL01.03	İlgili sağlık çalışanları, rehbere nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	2
SBL02 Çekirdek	**Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.** ***Rehberlik*** *Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar.* *Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, Biyokimya laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SBL02.01	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. o Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. o Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.	
SBL02.02	Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır: o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi HBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.	
SBL02.03	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.	
SBL02.04	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	3
SBL03 Çekirdek	**Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SBL03.01	Numulerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir. o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.
SBL03.02	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda asgari; tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır. o Bu bilgiler HBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.
SBL03.03	Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.
SBL03.04	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.
SBL03.05	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler HBYS'de yer almalıdır. o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geribildirim yapılmalıdır.
SBL03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.
SBL03.07	Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	4
SBL04	**Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SBL04.01	Testlerin çalışılma sürecine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması o Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü o Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları o Testlerin çalışılma sürecine yönelik detaylı algoritmalar o Sonuçların onaylanması	
SBL04.02	İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.	
SBL04.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	5
SBL05	**Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SBL05.01	Laboratuvarda bulunan her test cihazı için dosya oluşturulmalıdır. Dosyada **asgari** aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır: o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları o Varsa kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi) o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları
SBL05.02	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.
SBL05.03	Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgii eğitim verilmelidir. Eğitim **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Cihaz ve malzemelerin kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Güvenli kullanım kuralları o Cihazların bakım ve temizliği o Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

Kod	Standart	6
SBL06 Çekirdek	**Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SBL06.01	İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SBL06.02	İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma aralıkları, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
SBL06.03	İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.
SBL06.04	İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	7
SBL07 Çekirdek	**Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SBL07.01	Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
SBL07.02	Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SBL07.03	Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
SBL07.04	Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	8
SBL08 Opsiyonel	**Metot validasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *Metot validasyonu/verifikasyonu; Laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamasının koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.* *Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir. Bu durumda laboratuvarın yeterliliğine yönelik verifikasyon çalışması yapılmalıdır.*	

Kod	Standart	9
	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	
SBL09 Opsiyonel	***Rehberlik*** *Ölçüm Belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SBL09.01	Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.
SBL09.02	Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

Kod	Standart	10
SBL10	**Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SBL10.01	Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir. Hasta sonuç raporlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hastane/Laboratuvar adı o Testin yapıldığı laboratuvarın adı o Hastanın adı, soyadı o İstemi yapan hekimin adı, soyadı o İstemin yapıldığı tarih ve saat o Numunenin ve testin adı o Numunenin alındığı tarih ve saat o Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat o Sonuç değerin birimi o Referans aralığı/değeri o Sonucun onaylandığı tarih ve saat	
SBL10.02	Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır. ***Rehberlik*** *Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.*	

Kod	Standart	11
SBL11	**Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SBL11.01	Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.* *Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.*	
SBL11.02	Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı kurum tarafından belirlenmelidir. Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	12
SBL12 Çekirdek	**Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SBL12.01	Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. o Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ilişkin; • Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı • İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği • Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı • Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği • Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.
SBL12.02	Panik değerler HBYS üzerinde tanımlanmalıdır. ***Rehberlik*** *Otomatize sistemler ile manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerin de bu kapsamda ele alınarak HBYS üzerinde tanımlanması gereklidir.*
SBL12.03	Panik değer tespiti durumunda HBYS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem bulunmalıdır. o Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir. o Klinisyenin gördüğü ekranda da, panik değere yönelik bir uyarıcı (farklı bir renk veya şekil gibi) düzenlenmelidir.
SBL12.04	Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

SBL12.05	Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Kayıtta **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Hastanın; • Adı soyadı • Protokol numarası • Servisi • Testin adı o Panik değer sonucu o Test sonucunun çıktığı tarih ve saat o Bildirimi yapan kişi o Bildirim yapılan kişi o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
SBL12.06	Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	13
SBL13	**Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	14
SBL14	**Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SBL14.01	Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır. Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili **asgari** aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır: o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşı o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü o Numune türü o Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi o Numunenin; • Alındığı tarih ve saat • Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem o Varsa test tekrarı ve sonuçları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat o Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı

Kod	Standart	15
SBL15	**Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.** ***(Ek: Hata Sınıflandırma Sistemleri-Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)***	

Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde mikrobiyoloji alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
SML01	**Mikrobiyoloji hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SML01.01	Mikrobiyoloji laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır. Test rehberi **asgari** aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir: o Laboratuvarda çalışılan testler o Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği o Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar o Numune alımı ile ilgili kurallar o Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar o Test çalışma yöntemi o Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler o Gerekli ise testlere özel açıklamalar	
SML01.02	Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.	
SML01.03	İlgili sağlık çalışanları, rehbere nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	2
	Mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	
SML02 **Çekirdek**	***Rehberlik*** *Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar.* *Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, mikrobiyoloji laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SML02.01	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. o Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. o Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.	
SML02.02	Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır: o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi HBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.	
SML02.03	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.	
SML02.04	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	3
SML03 Çekirdek	**Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML03.01	Numulerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir. o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.
SML03.02	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda **asgari**; tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır. o Bu bilgiler HBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.
SML03.03	Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.
SML03.04	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.
SML03.05	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler HBYS'de yer almalıdır. o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geribildirim yapılmalıdır.
SML03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.
SML03.07	Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	4
SML04	**Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SML04.01	Testlerin çalışılma sürecine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması o Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü o Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları o Testlerin çalışılma sürecine yönelik detaylı algoritmalar o Sonuçların onaylanması	
SML04.02	İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.	
SML04.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	5
SML05	**Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML05.01	Laboratuvarda bulunan her test cihazı için dosya oluşturulmalıdır. Dosyada **asgari** aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır: o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları o Varsa kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi) o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları
SML05.02	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.
SML05.03	Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgii eğitim verilmelidir. Eğitim **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Cihaz ve malzemelerin kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Güvenli kullanım kuralları o Cihazların bakım ve temizliği o Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

Kod	Standart	6
SML06 Çekirdek	**Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML06.01	İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SML06.02	İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
SML06.03	İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.
SML06.04	İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	7
SML07 Çekirdek	**Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML07.01	Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
SML07.02	Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SML07.03	Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
SML07.04	Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	8
SML08 Opsiyonel	**Metot validasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır.** ***Rehberlik;*** *Metot validasyonu/verifikasyonu; Laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamasının koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.* *Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir. Bu durumda laboratuvarın yeterliliğine yönelik verifikasyon çalışması yapılmalıdır.*	

Kod	Standart	9
	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.	
SML09 Opsiyonel	***Rehberlik*** *Ölçüm Belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML09.01	Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.
SML09.02	Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

Kod	Standart	10
SML10	**Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SML10.01	Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir. Hasta sonuç raporlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hastane/Laboratuvar adı o Testin yapıldığı laboratuvarın adı o Hastanın adı, soyadı o İstemi yapan hekimin adı, soyadı o İstemin yapıldığı tarih ve saat o Numunenin ve testin adı o Numunenin alındığı tarih ve saat o Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat o Sonuç değerin birimi o Referans aralığı/değeri o Sonucun onaylandığı tarih ve saat	
SML10.02	Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır. ***Rehberlik*** Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.	

Kod	Standart	11
SML11 Çekirdek	**Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının kısıtlı bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML11.01	Antibiyotik duyarlılık testlerinin bildirimine yönelik kurallar belirlenmelidir.
SML11.02	Çalışılan tüm antibiyotik duyarlılık test sonuçları HBYS üzerinde kayıt edilmelidir.
SML11.03	Hasta sonuç raporu kısıtlı bildirim uygulamasına göre hazırlanmalıdır.
SML11.04	Bildirimi kısıtlanan antibiyotik duyarlılık test sonuçlarına kimler tarafından ulaşılabileceği belirlenmelidir.

Kod	Standart	12
SML12	**Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML12.01	Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.* *Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.*
SML12.02	Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı hastane tarafından belirlenmelidir. o Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

Kod	Standart	13
SML13 Çekirdek	**Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML13.01	Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. o Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ilişkin; • Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı • İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği • Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı • Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği • Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.
SML13.02	Panik değerler HBYS üzerinde tanımlanmalıdır. ***Rehberlik*** *Otomatize sistemler ile manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerin de bu kapsamda ele alınarak HBYS üzerinde tanımlanması gereklidir.*
SML13.03	Panik değer tespiti durumunda HBYS üzerinde çalışanını uyarıcı sistem bulunmalıdır. o Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir. o Klinisyenin gördüğü ekranda da, panik değere yönelik bir uyarıcı (farklı bir renk veya şekil gibi) düzenlenmelidir.
SML13.04	Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

SML13.05	Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Kayıtta **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Hastanın; • Adı soyadı • Protokol numarası • Servisi • Testin adı o Panik değer sonucu o Test sonucunun çıktığı tarih ve saat o Bildirimi yapan kişi o Bildirim yapılan kişi o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
SML13.06	Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	14
SML14	**Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	15
SML15	**Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SML15.01	Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır. Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili **asgari** aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır: o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşı o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü o Numune türü o Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi o Numunenin; • Alındığı tarih ve saat • Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem o Varsa test tekrarı ve sonuçları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat o Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı

Kod	Standart	16
SML16	**Mikrobiyoloji laboratuvar çalışmalarında, Bakanlık tarafından yayımlanan Ulusal Mikrobiyoloji Standartları Rehberleri esas alınmalıdır.**	

Kod	Standart	17
SML17	**Klinik önemi olan mikroorganizmalara yönelik elde edilen identifikasyon ve duyarlılık testi sonuçları ulusal sürveyans sistemlerine kaydedilmelidir.**	

Kod	Standart	18
SML18	**Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.** ***(Ek: Hata Sınıflandırma Sistemleri-Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)***	

Patoloji Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde patoloji alanında sunulan hizmetlere ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini sağlamak ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamı sağlamaktır.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
SPL01	**Patoloji laboratuvarı çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPL01.01	Patoloji laboratuvarı çalışma süreçlerine yönelik doküman oluşturulmalıdır. Doküman/dokümanlar **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Laboratuvar genel çalışma esasları o Örnek gönderen birimlerin ve merkezlerin tanımı o Örneğin uygun şekilde transferi o Örnek kabul ve ret kriterleri o Raporların hastalara ve doktorlarına nasıl ulaştırılacağı o Raporlamada kullanılan ulusal ve/veya uluslararası standartlar o Laboratuvar dışındaki kritik süreçler ile ilgili genel bilgiler o Makroskobik değerlendirme o Mikroskobik değerlendirme o Sitolojik değerlendirme o Rutin dışında uygulanan yöntemlerin (immünohistokimya, histokimya, immünfloresan, moleküler teknikler, elektron mikroskopi gibi) nasıl yapılacağı o Kalite kontrol çalışmaları o Patoloji raporlarının hazırlanması o Raporlama süreleri o Panik tanı kriterleri ve bildirimi o Sonuçların hastaya ve hekime ulaştırılması o Blok, preparat ve raporların arşivlenmesi	
SPL01.02	Çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda ilgili dokümanlar revize edilmelidir.	
SPL01.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	2
SPL02 Çekirdek	**Patoloji laboratuvarı ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.** ***Rehberlik*** *Analiz öncesi süreç; klinisyen isteminden örneklerin analizine kadar geçen süreci kapsar.* *Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, patoloji laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPL02.01	Patolojik incelemeye ilişkin istemlerin yapılması hakkında kurallar tanımlanmalıdır. o Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. o Hastanın kinik bilgileri ile varsa tanıya yardımcı laboratuvar sonuçları ve klinisyenin ön tanıları istemde yer almalıdır.	
SPL02.02	Örnek alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Örneğin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstemin yapılması, örneğin alınması, örneğin laboratuvara kabulü veya reddi HBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.	
SPL02.03	Alınan örneklerin transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Örnekler, belirlenmiş zaman çizelgesi içinde labratuvara gönderilmeli, mesai saatini aşan örnekler uygun koşullarda saklanmalıdır. o Örnek transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir. o Hastalar tarafından örnek teslimi yapılmaması sağlanmalıdır.	
SPL02.04	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (örnek alımı, etiketleme, örneğin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	3
SPL03 Çekirdek	**Örneklerin laboratuvara kabulüne yönelik kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL03.01	Örnek kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir. o Örnekler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.
SPL03.02	Örneklerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda **asgari**; tarih ve saat, örnekleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır. o Bu bilgiler HBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.
SPL03.03	Örnekler, örnek alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.
SPL03.04	Örneklerin laboratuvara kabulü için örnek kabul birimi/alanı bulunmalıdır.
SPL03.05	Örnek reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler HBYS'de yer almalıdır. o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Örneğin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geribildirim yapılmalıdır. o Kabul kriterlerine uymayan örnekler reddedilmeden önce sorunun giderilmesine çalışılmalı, kesin ret kriteri olan durumlar dışında, örnek, hasta yararına suboptimal koşullarda incelemeye alınmalıdır
SPL03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	4
SPL04 Çekirdek	**İntraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL04.01	İntraoperatif konsültasyon süreci ile ilgili doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Örneğin kabul ve ret kriterleri o Dondurma işlemi o Kesme ve boyama ile ilgili işlemleri o Sonuç bilgilendirme yöntemi
SPL04.02	Sonuç hakkında bilgilendirmenin, belirlenen kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesi ve anında kayıt altına alınması sağlanmalıdır.
SPL04.03	Sonuç verme süreleri belirlenmelidir. Sonuç verme süreleri izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
SPL04.04	İntraoperatif konsültasyon (frozen section) kesitleri, preparat arşivinde olguya ait kalıcı kesitler ile birlikte saklanmalıdır.

Kod	Standart	5
SPL05	**Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL05.01	Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir; o Konsültasyon istemi o Dış konsültasyonda örneğin transferi o Konsültasyon sonucunun rapora yazılması o Konsültasyon sonucu gelince ek raporla sonucun hastaya ve/veya hekimine nasıl bildireceği

Kod	Standart	6
SPL06	**Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***(Bkz. Malzeme ve Cihaz Yönetimi)***	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPL06.01	Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgii eğitim verilmelidir. Eğitim **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Cihaz ve malzemelerin kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Güvenli kullanım kuralları o Cihazların bakım ve temizliği o Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği	
SPL06.02	Doku takip solüsyonları ve su banyolarının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir. o Doku takip solüsyonları ve banyo suları belirlenmiş aralıklarla değiştirilmelidir. o Laboratuvarın yoğunluğuna göre doku takip solüsyonları düzenli aralıklar ile değiştirilmelidir. o Banyoların günlük temizliği ve su değişimi yapılmalıdır.	
SPL06.03	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.	

Kod	Standart	7
	Patolojik inceleme süreçlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	
SPL07 **Çekirdek**	***Rehberlik*** *Kalite kontrol çalışmaları patoloji uzmanı sorumluluğunda laboratuvar sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL07.01	Düzenli aralıklarla, patolojik örneğin incelendiği süreçlere yönelik çeşitli örneklemler yapılarak kesit kalitesi, doku tespiti, doku takibi, kesit kalınlığı, bıçak izi, boyama kalitesi gibi hususlar uzman tarafından değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
SPL07.02	Özel teknikler ile çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. o Histokimyasal, immünohistokimyasal, FISH ve moleküler patoloji testlerinde her çalışmada pozitif ve negatif kalite kontrol çalışması yapılmalıdır. o Histokimya ve immünohistokimyasal boyamada önceden pozitif olduğu saptanmış kesitler aynı boyama sırasında pozitif kontrol olarak kullanılabilir. o İmmünohistokimyasal boyamada ayrıca tek bir negatif kontrol lamı da aynı seansta boyanmalıdır. o Kontrol kesitleri arşivlenerek saklanmalıdır.
SPL07.03	Kalite kontrol çalışmasında kullanılan örnekler hasta örnekleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SPL07.04	Kalite kontrol yöntemi ve çalışma periyodu, uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
SPL07.05	Kalite kontrol süreci hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	8
SPL08 Opsiyonel	**Belirlenen yöntem ve aralıklarla, dış kalite/tanı doğruluğunun izlenmesi için retrospektif ve prospektif olarak değerlendirmeler yapılmalıdır.** ***(Bkz. Patoloji Laboratuvarında Tanı Doğruluğunun İzlenmesi)***	

Kod	Standart	9
SPL09	**Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınmalıdır. Rapor formatı, gerektiğinde gelen örneğe ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL09.01	Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir. Hasta sonuç raporlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hastane adı o İncelemenin yapıldığı laboratuvarın adı o Hastanın adı, soyadı o İstemi yapan hekimin adı, soyadı o İstemin yapıldığı tarih ve saat o Örneğin türü o Örneğin alındığı vücut bölgesi o Örneğin alındığı tarih ve saat o Klinisyenin ön tanısı o Sonucun yorumu açısından önemli hastaya ait klinik bilgiler o Örneğin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat o Varsa kasete yazılan numara o Materyalden kaç blok alındığı o İnceleme sonucu
SPL09.02	Her tür kanser tanılı hastanın patoloji raporunda, prognoz ve tedaviye yönelik klinik olarak anlamlı patolojik inceleme ile elde edilebilen tüm parametreler bulunmalıdır.

Kod	Standart	10
SPL10	**Sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPL10.01	Sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.* *İmmünohistokimya, histokimya, dekalsifikasyon, yeni parça alma, yeni kesit durumları dışında, örneklerin %80'i için raporlama süresinin 10 günü aşmaması hedeflenmelidir.*	
SPL10.02	Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
SPL10.03	Herhangi bir nedenle sonuç verme süresinde gecikme söz konusu olduğunda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	11
SPL11 Çekirdek	**Panik tanı bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL11.01	Panik tanılar ve panik tanı bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
SPL11.02	Panik tanı tespit edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.
SPL11.03	Panik tanı bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır. o Hastanın; • Adı soyadı • Protokol numarası • Servisi o Panik tanı sonucu o Bildirimi yapan kişi o Bildirim yapılan kişi o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat

Kod	Standart	12
SPL12 Çekirdek	**Laboratuvar arşivleme süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL12.01	İşlemi tamamlanmış analiz örnekleri (bloklar, lamlar gibi) ile raporlar ve elektronik kayıtların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir. o Bloklar en az 20 yıl o Lamlar en az 10 yıl o Raporlar süresiz o Elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır. o Bloklar 25°C üzerine çıkmayan sıcaklıkta saklanmalıdır. o Hastaya ait kalan dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az bir ay saklanmalıdır. o Sitolojik yaymalardan tanısal olmayanların (kandan ibaret olanlar gibi) arşivlenmesi gerekli değildir.
SPL12.02	Arşivlemeye ilişkin pratik ve izlenebilir bir yöntem uygulanmalıdır.

Kod	Standart	13
SPL13	**Patolojik örneğin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SPL13.01	Alınan örneğin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır. Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili **asgari** aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır: o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşı o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı, soyadı, bölümü o Örnek türü o Örneğin alındığı vücut bölgesi o Örneğin; • Alındığı tarih ve saat • Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Sonucun raporlandığı tarih ve saat o Raporlayan patolog ya da patologların adı soyadı
SPL13.02	Hastaya ait tüm belgeler, preparatlar, bloklar ve kalan doku örnekleri örneğin kime ait olduğunu belirten, silinmeyecek ve karışmayacak şekilde yazı, etiket veya tercihan barkod ile işaretlenmelidir..
SPL13.03	Kaç bloktan kesit alındığı ve kaç lam elde edildiği kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	14
SPL14 Çekirdek	**Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SPL14.01	Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelerin arındırılmasına yönelik havalandırma sistemi bulunmalıdır.
SPL14.02	Laboratuvar havasının formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmelidir. ***Rehberlik*** *Formaldehit için;* o *Makroskobi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm)* o *Makroskobi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm)* o *Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm)* o *Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)* *Ksilen için;* o *Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)* o *Doku takip kaplan solüsyonlannı değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)* o *Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)*
SPL14.03	Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra ölçüm tekrarlanmalıdır.
SPL14.04	Laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyişinde değişiklik olduğu takdirde, yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü yapılmalıdır.

Kod	Standart	15
SPL15	**Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.** ***(Ek: Hata Sınıflandırma Sistemleri-Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)***	

Doku Tipleme Laboratuvarı

Amaç

Hastanelerde doku tipleme alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
SDL01	**Doku Tipleme hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDL01.01	Doku Tipleme laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır. Test rehberi **asgari** aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir: o Laboratuvarda çalışılan testler o Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği o Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar o Numune alımı ile ilgili kurallar o Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar o Test çalışma yöntemi o Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler o Gerekli ise testlere özel açıklamalar	
SDL01.02	Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.	
SDL01.03	İlgili sağlık çalışanları rehbere nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	2
SDL02 Çekirdek	**Doku Tipleme Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.** ***Rehberlik*** *Analiz öncesi süreç; Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDL02.01	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. o Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. o Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.	
SDL02.02	Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır: o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.	
SDL02.03	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.	
SDL02.04	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	3
SDL03 Çekirdek	**Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDL03.01	Numulerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir. o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.
SDL03.02	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda **asgari**; tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.
SDL03.03	Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.
SDL03.04	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.
SDL03.05	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler HBYS'de yer almalıdır. o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geribildirim yapılmalıdır.
SDL03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.
SDL03.07	Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	4
SDL04	**Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDL04.01	Testlerin çalışılma sürecine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması o Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü o Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları o Testlerin çalışılma süreci ve süresi o Sonuçların onaylanması	
SDL04.02	İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.	
SDL04.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	5
SDL05	**Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDL05.01	Laboratuvarda bulunan her cihaz için dosya oluşturulmalıdır. Dosyada **asgari** aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır: o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları o Varsa kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi) o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları
SDL05.02	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.
SDL05.03	Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgii eğitim verilmelidir. Eğitim **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Cihaz ve malzemelerin kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Güvenli kullanım kuralları o Cihazların bakım ve temizliği o Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

Kod	Standart	6
SDL06 Çekirdek	**Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDL06.01	İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SDL06.02	İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
SDL06.03	İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.
SDL06.04	İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	7
SDL07 Çekirdek	**Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDL07.01	Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
SDL07.02	Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SDL07.03	Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
SDL07.04	Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	8
SDL08 Opsiyonel	**Metot validasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *Metot validasyonu/verifikasyonu; Laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamasının koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.* *Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir. Bu durumda laboratuvarın yeterliliğine yönelik verifikasyon çalışması yapılmalıdır.*	

Kod	Standart	9
SDL09 Opsiyonel	**Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.** ***Rehberlik*** *Ölçüm Belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
SDL09.01	Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.
SDL09.02	Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

Kod	Standart	10
SDL10	**Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDL10.01	Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir. Hasta sonuç raporlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hastane adı o Testin yapıldığı laboratuvarın adı o Hastanın adı, soyadı o Varsa donör adı ve yakınlığı o İstemi yapan hekimin adı, soyadı o İstemin yapıldığı tarih ve saat o Numunenin ve testin adı o Numunenin alındığı tarih ve saat o Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat o Raporlama tarihi o Kullanılan teknik o Gerekliyse uygun açıklama o Teknik sorumlunun parafı ile laboratuvar sorumlusunun imzası	
SDL10.02	Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır. ***Rehberlik*** *Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınması önerilmektedir.*	
SDL10.03	Raporlamada HLA alel ve antijenlerin güncel terminolojisi kullanılmalıdır.	
SDL10.04	HLA sonuçları Hastane Yönetim Bilgi Sistemine (HBYS) girilmemelidir.	

Kod	Standart	11
SDL11	**Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDL11.01	Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.* *Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur*	
SDL11.02	Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı kurum tarafından belirlenmelidir. o Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

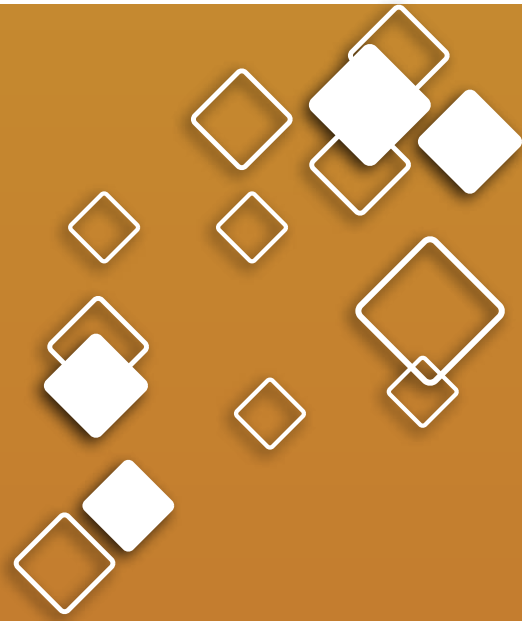
Kod	Standart	12
SDL12	**Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.**	

Kod	Standart	13
SDL13	**Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin gizliliği ve izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
SDL13.01	Bilgi güvenliği açısından laboratuvar işleyişine yönelik kurallar belirlenmelidir. o Bilgi güvenliği açısından özellikli hususlar ve kurallar belirlenmeli ve çalışanlar bu konuda eğitilmelidir. o Elektronik ve kağıt ortamında, test süreci ile ilgili kayıtların ne şekilde yer alması gerektiği tespit edilmelidir. o HLA sonuçları Hastane Yönetim Bilgi Sistemine (HBYS) girilmemelidir.	
SDL13.02	Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	14
SDL14	**Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS^{TR}) göre kodlanmalıdır.** ***(Ek: Hata Sınıflandırma Sistemleri-Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)***	

DESTEK HİZMETLERİ

- *Tesis Yönetimi*
- *Otelcilik Hizmetleri*
- *Bilgi Yönetim Sistemi*
- *Malzeme ve Cihaz Yönetimi*
- *Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri*
- *Atık Yönetimi*
- *Dış Kaynak Kullanımı*



Tesis Yönetimi

Amaç

Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
DTY01	**Bina turları yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY01.01	Bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulmalıdır. o Hastane yönetimince oluşturulan ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. o Ekipte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	
DTY01.02	Bina turları en az üç ayda bir yapılmalıdır.	
DTY01.03	Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	

Kod	Standart	2
DTY02	**Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY02.01	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
DTY02.02	Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. ***Rehberlik*** *Aşağıda, tesis kaynaklı düşme risklerini önlemeye yönelik çalışmalara örnekler verilmiştir:* o *Hasta kullanım alanlarında tutunma barlarının bulunması* o *Merdivenlerde korkuluk bulunması* o *Alçak tavan uyarılarının kullanılması* o *Islak zemin uyarı levhalarının kullanılması* o *Zeminde bulunan engellere karşı önlemler alınması*	
DTY02.03	Tesis kaynaklı düşme olayları kalite yönetim birimine bildirilmelidir.	

Kod	Standart	3
DTY03	**Hastaneye ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DTY03.01	Hastane dışında, hastaneye ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.
DTY03.02	Hastane krokileri bulunmalıdır. o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır. o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat krokileri bulunmalıdır.
DTY03.03	Okunabilir ve işlevsel nitelikte yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.

Kod	Standart	4
DTY04	**Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DTY04.01	Acil çıkış levhaları bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.* *o Levhalar, hastanenin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.* *o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.*
DTY04.02	Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *o Hastane krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir.* *o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalıdır.* *o Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalıdır.* *o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır.* *o Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye gibi araçlar bulunmalıdır.*

Kod	Standart	5
DTY05	**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY05.01	Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.	

Kod	Standart	6
DTY06	**Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY06.01	Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.	
DTY06.02	Hastaneye ve hastane içindeki bölümlere ulaşımları kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *Yaşlı ve engelli kişilerin hastane içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için yapılan uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir:* o *Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel gibi*	
DTY06.03	Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin hastaneden tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.	

Kod	Standart	7
DTY07	**Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY07.01	Hastane bahçesinde oturma alanları bulunmalıdır.	
DTY07.02	Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.	
DTY07.03	Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır. ***Rehberlik*** *Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.*	

Kod	Standart	8
DTY08 Çekirdek	**Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.** ***Rehberlik*** o *Bu hizmetlerin kesintiye uğraması durumunda diğer alternatiflerin ihtiyacı karşılama kapasiteleri belirlenmelidir.* o *Gerektiğinde bu hizmetlerin hangi yolla temin edileceği planlanmalıdır.*	

Kod	Standart	9
DTY09	**Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY09.01	Düzenli aralıklarla asansör bakımları yapılmalıdır.	
DTY09.02	Asansörlerin yıllık kontrolleri yapılmalıdır. ***Rehberlik*** o *Yıllık kontrole ilişkin kontrol raporları bulunmalıdır.* o *Asansörde, yıllık kontrol sonucuna ilişkin renkli (kırmızı, sarı, yeşil) bilgi etiketi bulunmalıdır.*	
DTY09.03	Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.	

Kod	Standart	10
DTY10	**Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY10.01	Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.	
DTY10.02	Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılmalıdır.	

Kod	Standart	11
DTY11	**Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY11.01	Hastane trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
DTY11.02	Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
DTY11.03	Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.	
DTY11.04	Prizler sabitlenmiş olmalıdır.	
DTY11.05	Çocuk servislerindeki tüm prizlerde priz koruması olmalıdır. ***Rehberlik*** *Açık alanlardaki özellikle alçakta yer alan prizlerde priz koruması olmalıdır.*	
DTY11.06	Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.	

Kod	Standart	12
DTY12	**Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY12.01	Su depoları, insan sağlığı açısından güvenilir bir malzemeden yapılmış olmalıdır. ***Rehberlik*** *Su depoları çelik veya betondan yapılabilir. Beton yapıdaki su depolarının yüzeyinin kolay temizlenebilir özellikte ve sızdırmaz olmasına dikkat edilmelidir.*	
DTY12.02	Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmalıdır. ***Rehberlik*** o *Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir.* o *Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.*	
DTY12.03	Haftalık klor ölçümleri yapılmalıdır.	
DTY12.04	Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından hastane tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmelidir.	

Kod	Standart	13
DTY13	**Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTY13.01	Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	

Kod	Standart	14
DTY14	**Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DTY14.01	Tüm sıkıştırılmış gaz konteynırları (portabl gaz konteynırları dahil) zincirlenmiş ya da uygun biçimde sabitlenmiş olmalıdır.
DTY14.02	Üretici firma tarafından hastaneye teslim edilen sıkıştırılmış gaz konteynırlarının sertifikası bulunmalıdır.
DTY14.03	Sıkıştırılmış gaz konteynırları doluluk, sızdırmazlık gibi konulara yönelik kontrolleri yapılmalıdır.

Kod	Standart	15
DTY15	**Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakım ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.**	

Otelcilik Hizmetleri

Amaç

- Hastanenin tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini arttırmak
- Hasta, hasta yakını ve çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak etkin ve güvenli yemek hizmeti almalarını sağlamak
- Hastanede sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamak
- Hasta/hasta yakınlarının hastanede bulundukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak moral ve motivasyonlarını yüksek tutmak
- Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini etkin ve etkili şekilde sağlamaktır.

Hedefler

- Hasta Odaklılık
- Hasta Güvenliği
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Kod	Standart	1
DOH01	**Hastanenin temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DOH01.01	Hastanenin tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyonların önlenmesi açısından risk düzeyleri belirlenmelidir.	
DOH01.02	Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmeli ve kategorize edilmelidir. ***Rehberlik*** *Temizlik kurallarının belirlenmesine yönelik olarak gerçekleştirilecek risk analizi ve kategorizasyon, yapılan işin ve ortamın özelliğine göre kurum, bölüm veya alan bazında yapılabilir.*	
DOH01.03	Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	

Kod	Standart	2
DOH02 Çekirdek	**Hastanenin temizliği sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DOH02.01	Hastanenin tüm alanlarını kapsayan temizlik planı bulunmalıdır. Plan **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o İlgili alana ilişkin; • Belirlenen risk düzeyi • Kullanılacak temizlik malzemesi ve ekipmanları • Temizlik sıklığı • Temizlik kuralları • Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar • Temizlik kontrolünün kim tarafından, nasıl yapılacağı	
DOH02.02	Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmeli, temizlik kontrol aralıkları ve kontrol sorumluları belirlenmelidir	
DOH02.03	Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır. Eğitimde **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır: o Genel alanların temizlik kuralları o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri o Çalışanlar arası iletişim o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim o Temizlik malzemeleri ile maruziyet (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar	

Kod	Standart	3
DOH03	**Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH03.01	Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri ayrı olmalıdır.
DOH03.02	Mutfak taban ve duvarları, yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.
DOH03.03	Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.

Kod	Standart	4
DOH04 Çekirdek	**Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH04.01	Yiyeceklerin güvenli tedarikine ilişkin kurallar belirlenmelidir. Bu kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler o Kalite kontrol kriterleri o Tedarikçinin kabulü o Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler
DOH04.02	Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır. o Yiyecek depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir. o Gıda stoklamasında, son kullanım tarihlerinin etkin şekilde takibinin yapılabilmesi sağlanmalıdır.

Kod	Standart	5
DOH05 Çekirdek	**Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH05.01	Yemekler, hastaların bakım gereksinimleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.
DOH05.02	Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır. o Yiyeceklerin hazırlandığı alanlar, diğer alanlardan (gıda depolama alanları, kirli malzemenin yıkandığı alanlar gibi) ayrılmalıdır. o Tüm çalışanlar; maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır. o Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan malzeme ve ekipman temiz olmalıdır.
DOH05.03	Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanlara, gıda güvenliğini etkileyecek hastalıklar, belirtileri gibi konuları içeren hijyen eğitimi verilmelidir.
DOH05.04	Olası gıda zehirlenmesi durumlarında gerekli analizlerin yapılabilmesi için, hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.

Kod	Standart	6
DOH06	**Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH06.01	Yemekler türlerine göre uygun ısıda sunulmalıdır.
DOH06.02	Yemekler üstü kapalı olarak taşınmalıdır.
DOH06.03	Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek arabaları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.
DOH06.04	Yemek dağıtımı yapan personel; bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

Kod	Standart	7
DOH07	**Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH07.01	Hastanede kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
DOH07.02	Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır. o Konteynırlar ile taşıma yapan hastanelerde; • Konteynırların temizliği günlük olarak yapılmalıdır. • Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır. o Otomatik sistem ile taşıma yapan hastanelerde, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.
DOH07.03	Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.
DOH07.04	İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	8
DOH08	**Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH08.01	Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır. o Çamaşırhane hizmetlerinin hastane dışından sağlanması durumunda da, kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.
DOH08.02	Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.
DOH08.03	Çamaşırhanede çamaşırların etkin temizliğini sağlamaya ve çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

Kod	Standart	9
DOH09	**Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DOH09.01	Hasta odaları güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır. o Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır. o Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır. o Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte olmalıdır. o Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.	
DOH09.02	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
DOH09.03	Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.	
DOH09.04	Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kanepe/yatak bulunmalıdır.	

Kod	Standart	10
DOH10	**Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DOH10.01	Hasta odalarında yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır. Yatarak hizmet alan hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır. Hasta/hasta yakınlarına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.	

Kod	Standart	11
DOH11	**Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DOH11.01	Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.	
DOH11.02	Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
DOH11.03	Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır. o Kişisel temizlik alanlarında, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır. o Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun şekilde muhafazası ve kullanımı sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	12
DOH12	**Hastane bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DOH12.01	Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.	
DOH12.02	Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	13
DOH13	**Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH13.01	Muayene odaları temiz olmalı, uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
DOH13.02	Muayene odası girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalıdır.
DOH13.03	Muayene odasında, hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. o Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır. o Muayene masa örtüsü tek kullanımlık olmalıdır. o Gerekli kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.
DOH13.04	Muyene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.
DOH13.05	Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile muayene odasına çağrılmalıdır.

Kod	Standart	14
DOH14	**Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH14.01	Bebek bakım ve emzirme odasında fiziki ortamın uygun koşulları içermesi sağlanmalıdır. Bebek bakım ve emzirme odasında; o Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır. o Oyuncak bulundurulmamalıdır. o Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır. o Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalıdır. o İklimlendirme sağlanmalıdır.
DOH14.02	Bebek bakım ve emzirme odalarında, emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.

Kod	Standart	15
DOH15 Çekirdek	**Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DOH15.01	Hastanenin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi) bulunmalıdır. o Hastanede 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir. o Hastane genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.
DOH15.02	Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.

Kod	Standart	16
DOH16 Opsiyonel	**Ayaktan tedavi alıp süreklilik arz eden hasta/hasta yakınları (kemoterapi, radyoterapi gibi) için gerektiğinde konaklama hizmeti sunulmalıdır.**	

Bilgi Yönetim Sistemi

Amaç

Hasta ya da çalışanlara ait tıbbi ve kişisel bilgilerin, doğru ve güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanması ile ihtiyaç duyulan doğru bilginin, bilgi mahremiyeti ve güvenliği gözetilerek, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
DBY01	**Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin hastane politikası oluşturulmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY01.01	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) politikasına ilişkin doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Yönetim süreçleri o Bilgi Güvenliği o HBYS'ye ilişkin yazılımsal süreçler o Sistem alt yapısına ilişkin süreçler

Kod	Standart	2
DBY02	**Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY02.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
DBY02.02	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin rol grupları ve yetkileri belirlenmelidir. ***Rehberlik*** *Rol grupları: hekimler, hemşireler, sekreterler, satın alma çalışanları, yöneticiler gibi grupları ifade eder.*
DBY02.03	Her kullanıcının Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmalıdır.
DBY02.04	Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır. o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır. o İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme prosedürü oluşturulmalıdır.

Kod	Standart	3
DBY03	**Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DBY03.01	Bilgi Yönetim Sistemine yönelik olarak, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır.	
DBY03.02	Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.	

Kod	Standart	4
DBY04	**Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***Rehberlik*** *Hata Bildirimi; Süreçlerde karşılaşılan sorunlara ilişkin yapılacak bildirimleri ifade eder.*	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DBY04.01	Süreçlerde karşılaşılan sorunlar kayıt altına alınmalıdır. Kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Sorunun oluştuğu tarih ve saat o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat	
DBY04.02	Sorunlar ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
DBY04.03	Bilgi Yönetim Sisteminde meydana gelebilecek olası sorunlar ve çözüm süreçlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır. o Olası sorunlarda çalışanların kiminle nasıl irtibat kuracağı belirlenmelidir. o Sorun giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında belirlenmelidir.	

Kod	Standart	5
DBY05 Çekirdek	**BYS üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DBY05.01	Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.	
DBY05.02	Şifre kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
DBY05.03	Bilgi Yönetim Sistemi kullanıcılarına yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.	

Kod	Standart	6
DBY06	**HBYS kullanıcı dostu olmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DBY06.01	HBYS, veri girişi doğrulama ve kontrollerini yapmalıdır. Tarih kontrolü yapmalıdır. Kısayollar sistematik olmalıdır.	

Kod	Standart	7
DBY07	**Bilgi Yönetim Sistemi etkin kullanılabilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DBY07.01	Bilgi Yönetim Sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim verilmelidir.	
DBY07.02	Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	8
DBY08	**Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)'nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DBY08.01	HBYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik gerekli modüller oluşturulmalıdır. HBYS'de **asgari** aşağıda belirtilen modüller bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır: o Hasta Kayıt o Hasta Yatışı o Poliklinik o Klinik o Eczane o Depo o Satın alma o Ayniyat o Laboratuvar o Vezne o Faturalandırma o Radyoloji o Personel modülü	
DBY08.02	Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler HBYS üzerinden gerçekleştirilmelidir.	
DBY08.03	HBYS üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunmalıdır.	
DBY08.04	Personel modülünde, çalışanlara ilişkin güncel bilgi ve belgeler bulunmalıdır: Çalışanlara ilişkin **asgari** aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler bulunmalıdır: o Çalışana ait fotoğraf o Çalıştığı bölüm o Kan grubu o İletişim bilgileri o İzin ve rapor bilgileri o Eğitim durumu o Sertifikaları o Hizmet içi eğitimleri o Yabancı dil bilgisi	

Kod	Standart	9
DBY09	**HBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY09.01	Düzeltme ve iptal kayıtları tutulmalıdır.
DBY09.02	Toplanan tüm tıbbi bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılabilmelidir. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.

Kod	Standart	10
DBY10 Çekirdek	**HBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY10.01	Yedekleme, günde 3 defa yapılmalı, yedekleme işlemi için sistemin yoğun olmadığı zamanlar seçilmelidir.
DBY10.02	Yedekleme dosyaları HBYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır. o Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.
DBY10.03	Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak HBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.
DBY10.04	Veriler offline ortamlarda süresiz olarak hastane yönetimi tarafından saklanmalıdır.
DBY10.05	Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanmalıdır. o Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir. o Test kayıt altına alınmalıdır. o Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Kod	Standart	11
DBY11	**Bigi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DBY11.01	Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.	
DBY11.02	Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.	
DBY11.03	Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalıdır. Envanterde **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Bulunduğu bölüm o Marka o Model o Seri no o Demirbaş numarası o Donanım ve yazılım adı o İşletim sistemi o Ek aksamlar o Alınma tarihi o Varsa garanti süresi	
DBY11.04	Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.	
DBY11.05	Kablosuz ağ bağlantıları için farklı vlan oluşturulmalıdır.	

Kod	Standart	12
DBY12 Çekirdek	**Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY12.01	Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır. o Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır. o Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.
DBY12.02	Bilgi Yönetim Sisteminin devre dışı kaldığı durumlar ve sistemdeki arızalar kayıt altına alınmalıdır.
DBY12.03	Sistemde tespit edilen aksaklıklara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	13
DBY13 Çekirdek	**Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY13.01	Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.
DBY13.02	Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.
DBY13.03	Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.
DBY13.04	Hastanedeki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.
DBY13.05	İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. o İdeal sıcaklık; 18-22 °C, o Nem oranı; %30- %60 aralığında olmalıdır.
DBY13.06	Yedekli olarak çalışan klima bulunmalıdır.

Kod	Standart	14
DBY14 Çekirdek	**Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY14.01	Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutulmalıdır. Bu kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Sunucunun yeri o Sorumlu kişisi o Donanım o İşletim sistemi üzerinde çalışan uygulama bilgileri
DBY14.02	Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.
DBY14.03	Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.
DBY14.04	Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.

Kod	Standart	15
DBY15	**Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY15.01	Veritabanı sistem logları tutulmalı ve gerektiğinde hastane yönetimi tarafından izlenebilmelidir. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.
DBY15.02	Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.
DBY15.03	Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları şifreler şifreli bir şekilde saklanmalıdır.
DBY15.04	Veritabanı üzerinde loglanması gereken işlemler belirlenmelidir.
DBY15.05	Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	16
DBY16 Çekirdek	**Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DBY16.01	Hastaneye destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda kimlerin erişebileceği belirlenmelidir.
DBY16.02	Hastanede firma adına tam zamanlı çalışan elemanlara gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.
DBY16.03	Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.

Malzeme ve Cihaz Yönetimi

Amaç

Hastanede sağlık hizmeti sunumuna yönelik kullanılan malzeme ve cihazların, hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek temini ile güvenli, verimli ve etkin kullanımını sağlamaktır.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
DMC01	**Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DMC01.01	Malzeme ve cihazların yönetimine ilişkin doküman bulunmalıdır. Dokümanda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan personelin görev ve sorumlulukları o Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi o Malzeme ve cihazların temini o Malzemelerin muhafazası o Malzeme istemleri o Malzemelerin hazırlanması ve transferi o Malzeme ve cihazların teslim alınması ve kullanıma sunulması o Malzemelerin ve cihazların güvenli kullanımı o Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri o Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemeler ve cihazlar o Cihazların bakımı, onarımı, ayarlanması ve kalibrasyonu o Arıza ve onarım süreçleri o Malzeme ve cihazlarla birlikte güvenli kullanım için verilen belgelerin muhafazası o Malzeme ve cihazların temizliği ve dezenfeksiyonu o Güvensiz, uygunsuz ürünlerin geri çekilmesi, bu ürünlerin muhafaza veya iade şartları o Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili karar süreçleri

Kod	Standart	2
DMC02	**Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DMC02.01	Birim bazında bulundurulması gereken malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.	
DMC02.02	Malzeme ve cihazların teminine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Malzeme ve cihaz temini ile ilgili **asgari** aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceği o Talep yöntemi o Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği o Teknik şartname hazırlanması o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Temin edilen malzeme ve cihazların kontrolü	

Kod	Standart	3
DMC03	**Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DMC03.01	Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına tanımlanmış yetkili personel haricinde kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
DMC03.02	Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve dokümante edilmelidir. o Depoda bulunan malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır. o Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o İstiflemede depolanan malzeme ile tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır. o Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır. o Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır. o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır. o Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır. o Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalı ve olası bir arıza/bozulma durumuna karşı alternatifi belirlenmelidir.
DMC03.03	Depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.
DMC03.04	Depolarda transfer esnasında olabilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır.
DMC03.05	Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	4
DMC04	**Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DMC04.01	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
DMC04.02	Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı bulunmalıdır. Cihaz kimlik kartı üzerinde **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Cihazın adı o Seri numarası o Markası o Demirbaş numarası o Bulunduğu bölüm	
DMC04.03	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon süreçleri bir plan dahilinde izlenmelidir.	

Kod	Standart	5
DMC05 Çekirdek	**Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DMC05.01	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır. o Cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla; firma önerileri, hastane ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır. ***Rehberlik*** *o Bakım ve ayar, cihazın yetkili servisi tarafından yapılabilir.*
DMC05.02	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. o Cihazların etiketi üzerinde aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: • Kalibrasyonu yapan firmanın adı • Kalibrasyon tarihi • Geçerlilik süresi (Kalibrasyonu geçemeyen cihazlar için istenmez) • Sertifika numarası o Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.
DMC05.03	Kalibrasyonu kısmi geçen veya geçemeyen cihazlarla ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmelidir. o Kalibrasyonu geçemeyen cihazların yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir. o Kısmi geçen cihazlar için kalibrasyon açısından sorunlu fonksiyonlar ile ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmelidir.

Kod	Standart	6
DMC06	**Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.** ***Rehberlik*** *Arıza durumunda cihaz üzerinde arızalı cihaz etiketi bulunmalıdır.*	

Kod	Standart	7
DMC07	**Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (ventilatör, laboratuvar test cihazları, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmesi sağlanmalıdır.**	

Kod	Standart	8
DMC08 Çekirdek	**Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DMC08.01	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır. Dokümanda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması o Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenleri	
DMC08.02	Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. Envanter **asgari** aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır: Tehlikeli maddenin; o İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs.), kullanım şekli ve miadı o Saklama koşullarını o Etkileşime girdiği maddeleri o Temas halinde yapılacakları o Kullanıldığı ve depolandığı yerleri o Taşıma şeklini o İmha yöntemlerini o Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler	
DMC08.03	Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.	
DMC08.04	Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketlenmelidir.	
DMC08.05	Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	9
DMC09 Çekirdek	**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DMC09.01	HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.
DMC09.02	HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.
DMC09.03	HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.
DMC09.04	HBTC için kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
DMC09.05	Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Cihazın kullanım dışı olması durumunda kullanılacak alternatif cihaz ya da yöntem belirlenmelidir.
DMC09.06	HBTC'yi kullanacak çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitim **asgari** aşağıdaki konularda kapsamalıdır: o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi o Cihazın temizliği ve bakımı
DMC09.07	HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

Amaç

Hastalara ait tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve hastaların bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşılabilmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- Zamanlılık
- Süreklilik

Kod	Standart	1
DTA01	**Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin politika belirlenmelidir.** ***Rehberlik*** *Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ayaktan ve yatan tüm hastaları kapsayacak şekilde kurgulanmalıdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DTA01.01	Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem kurulmalıdır. ***Rehberlik*** *Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem, elektronik ya da kağıt ortama dayalı olarak kurgulanabilir."*
DTA01.02	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin doküman bulunmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği o Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları o Hastane standart dosya planı ve içeriği o Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması o Arşiv hizmetlerinin işleyişi

Kod	Standart	2
DTA02	**Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**	

Kod	Standart	3
DTA03 Çekirdek	**Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTA03.01	Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği) o Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü o Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç	

Kod	Standart	4
DTA04 Çekirdek	**Hasta dosyalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DTA04.01	Hasta dosyaları, sabit bir dosya numarası ile takip edilmelidir. o Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıtlarında, hastaneye her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılmalıdır. o Ayaktan hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtları (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.
DTA04.02	Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmelidir. o Dosyalarda bulunması gereken **asgari** bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır. o Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.
DTA04.03	Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır. o Hasta dosyasında hastanın; • Doğum tarihi • Cinsiyeti • İkametgah bilgileri • Medeni durumu • Eğitim durumu • Hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını (kendisi, eşi, çocuğu, diğer) • Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır.
DTA04.04	Hasta dosyaları içerik, kayıtların tam ve tutarlı olması gibi hususlar açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.

Kod	Standart	5
DTA05	**Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTA05.01	Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır. Taburculuk özetinde **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Hastanın başvuru nedeni o Önemli bulguları o Konulan teşhis o Uygulanan tedaviler o Hasta taburcu olurken genel durumu o Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar o Kontrol zamanı o Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları o Hastanın dikkat edeceği hususlar	
DTA05.02	Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir.	

Kod	Standart	6
DTA06	**Arşiv bölümünde hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DTA06.01	Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmalıdır.	
DTA06.02	Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. o Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır. o İklimlendirme yapılmalıdır. o Haşarat, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.	

Kod	Standart	7
DTA07	**Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DTA07.01	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları kapsamalıdır: o Arşiv planı ve yetkilendirme o Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü o Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi o İlgililere dosyaların arşivden teslimi ve geri alınması o Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar o Adli vaka dosyalarının yönetimi
DTA07.02	Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.

Atık Yönetimi

Amaç

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

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Hasta Odaklılık

Kod	Standart	1
DAY01	**Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DAY01.01	Atık yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır. Doküman **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri o Atıkların kaynağında ayrıştırılması o Üretilen atık miktarının azaltılması o Atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması o Toplama sıklığı ve kuralları o Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar o Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu o Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kurallar o Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları o Atıkların bertarafı için teslimi o Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler o Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular	

Kod	Standart	2
DAY02 Çekirdek	**Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DAY02.01	Oluşan atıklar, bölüm bazında kategorize edilmeli ve ve bölümde ayrıştırılmalıdır. Atıklar aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılmalıdır: o Evsel atıklar o Tıbbi atıklar (Enfeksiyöz, Patojen, Kesici-Delici) o Tehlikeli atıklar o Radyoaktif atıklar o Cam, kağıt ve ambalaj atıkları o Bitkisel yağ atıkları o Pil/akümülatör o Floresan lamba atıkları
DAY02.02	Bölüm bazında belirlenen kategorilere göre uygun atık kutuları bulunmalıdır.
DAY02.03	Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir.

Kod	Standart	3
DAY03	**Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
DAY03.01	Atıklar uygun koşullarda toplanmalıdır.
DAY03.02	Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip olmalıdır.
DAY03.03	Toplanan atık poşetlerinin, hangi birimden toplandığına dair tanımlayıcı bilgi bulunmalıdır.
DAY03.04	Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personele yönelik eğitim verilmelidir.
DAY03.05	Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

Kod	Standart	4
DAY04	**Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DAY04.01	Hastanenin büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.	
DAY04.02	Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.	
DAY04.03	Geçici depolama alanlarının temizliği yapılmalıdır.	
DAY04.04	Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmelidir.	

Kod	Standart	5
DAY05	**Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DAY05.01	Sağlık çalışanlarına atık yönetimi konusunda verilecek eğitimler planlanmalıdır. Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması o Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması o Yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar o Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler	

Dış Kaynak Kullanımı

Amaç

Hastane tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve Sağlıkta Kalite Standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasını sağlamaktır.

Hedefler

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

Kod	Standart	1
DDK01	**Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.**	

Kod	Standart	2
DDK02	**Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DDK02.01	Dış hizmet sağlayıcısının hastaneye sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı, kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir.	
DDK02.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmeli, hizmetle ilgili süreçler açık ve detaylı şekilde tanımlanmalıdır.	
DDK02.03	Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.	

Kod	Standart	3
DDK03	**Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
Kod	**Değerlendirme Ölçütü**	
DDK03.01	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin, hasta ve/veya çalışanların güvenliğini sağlayacak şekilde sunumuna yönelik kontroller düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	

GÖSTERGE YÖNETİMİ

Göstergelerin İzlenmesi

Bölüm Bazlı Göstergeler

Klinik Göstergeler

Göstergelerin İzlenmesi

Amaç

Hastanede ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Hasta Odaklılık
- Verimlilik
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Uygunluk
- Süreklilik
- Zamanlılık
- Etkililik
- Hakkaniyet

Kod	Standart	1
GGİ01 Çekirdek	**Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
GGİ01.01	Hastanede izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.
GGİ01.02	Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Yönetim Birimi tarafından koordine edilmelidir.
GGİ01.03	Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
GGİ01.04	Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.

Kod	Standart	2
GGİ02	**Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
GGİ02.01	Hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerinde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir. o SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerine ilişkin Bakanlıkça yeni göstergeler yayınlanması durumunda, yeni liste esas alınmalıdır.
GGİ02.02	Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

Kod	Standart	3
GGİ03 Çekirdek	**Hastanede izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.**	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
GGİ03.01	Hastanede izlenecek her gösterge için gösterge kartı oluşturulmalıdır. Gösterge kartlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Göstergenin kısa tanımı o Amaç o Hesaplama Yöntemi/Formülü o Alt gösterge o Hedef Değer o Veri Kaynağı o Veri Analiz Periyodu o Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler o Sonuçların kimlerle paylaşılacağı o Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar

Kod	Standart	4
GGİ04	**Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** ***Rehberlik*** *Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.* *Verilerin güncelliğinin takibi için anlık olarak sisteme girilmesi sağlanmalıdır.*	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
GGİ04.01	Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.
GGİ04.02	Veri toplama aralıkları hastanenin ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda belirlenmelidir.
GGİ04.03	Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmelidir.

Kod	Standart	5
GGİ05	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.	

Kod	Standart	6
GGİ06	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	

Kod	Standart	7
GGİ07	Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.	

Bölüm Bazlı Göstergeler

Amaç

SKS bölümlerine yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Hasta Odaklılık
- Verimlilik
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Uygunluk
- Süreklilik
- Zamanlılık
- Etkililik
- Hakkaniyet

Kod	Gösterge
Kalite Yönetimi	
GBKY01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
Acil Durum Yönetimi	
GBAD01	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı
GBAD02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı
GBAD03	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
GBAD04	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi
Eğitim Yönetimi	
GBEY01	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GBEY02	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
Hasta Deneyimi	
GBHD01	Hasta Memnuniyet Oranı
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
GBSÇ01	Çalışan Memnuniyet Oranı
GBSÇ02	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı
GBSÇ03	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GBSÇ04	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GBSÇ05	Personel Devir Hızı
GBSÇ06	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı
GBSÇ07	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı
GBSÇ08	Hemşire Bölüm Değiştirme Oranı
Hasta Bakımı	
GBHB01	Düşen Hasta Oranı
GBHB02 Opsiyonel	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı
İlaç Yönetimi	
GBİY01	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı

Kod	Gösterge
Enfeksiyonların Önlenmesi	
GBEN01	El Hijyeni Uyumu
GBEN02	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
GBEN03	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu
GBEN04	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay
GBEN05	Umblikal Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları
GBEN06	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı
GBEN07	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
Transfüzyon Hizmetleri	
GBTH01	İmha Edilen Kan Oranı
Radyasyon Güvenliği	
GBRG01	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
GBRG02	Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı
Acil Servis	
GBAS01	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
GBAS02	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
GBAS03	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
GBAS04	Hasta Sevk Oranı
Ameliyathane	
GBAH01 Opsiyonel	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
GBAH02	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı
GBAH03 Opsiyonel	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı
Yoğun Bakım Ünitesi	
GBYB01	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı
GBYB02	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
GBYB03	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı

Kod	Gösterge
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	
GBYD01	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı
Doğum Hizmetleri	
GBDH01	Sezaryen Oranı
GBDH02	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
GBDH03	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisinin Uygulanma Oranı
GBDH04	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
GBDH05	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
GBDH06 Opsiyonel	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
Diyaliz Hizmetleri	
GBDİ01	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı
GBDİ02	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1.2'den Düşük Olan Hasta Oranı
GBDİ03	Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V veya URR Değeri 1.7' den Düşük Hasta Oranı
Biyokimya Laboratuvarı	
GBBL01	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
GBBL02	Biyokimya Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı
GBBL03	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBBL04	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBBL05	Biyokimya Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	
GBML01	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
GBML02	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı
GBML03 Opsiyonel	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
GBML04	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı

Kod	Gösterge
GBML05	Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBML06	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBML07 Opsiyonel	Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı
GBML08	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
Patoloji Laboratuvarı	
GBPL01	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı
GBPL02	Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı
GBPL03	Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı
Bilgi Yönetim Sistemi	
GBBY01	Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
GBBY02	HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
GBTA01	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı

Klinik Göstergeler

Amaç

Ülke öncelikleri ve hastalık yükleri dikkate alınarak belirlenen sağlık olgularına yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu olgulara ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen klinik çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- Hasta Güvenliği
- Etkinlik
- Hasta Odaklılık
- Verimlilik
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Uygunluk
- Süreklilik
- Zamanlılık
- Etkililik
- Hakkaniyet

Kod	Gösterge
Koroner Arter Hastalığı	
GKKA01 Opsiyonel	İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı
GKKA02 Opsiyonel	Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Koroner Arter Hastası Oranı
GKKA03 Opsiyonel	Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan Hasta Oranı
GKKA04	Koroner Anjiografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan Hasta Oranı
GKKA05	Koroner Anjiografi Yapılan Hasta Oranı
GKKA06	Koroner Anjioplasti Yapılan Hasta Oranı
GKKA07 Opsiyonel	Koroner Anjiografi Yapılan Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı
GKKA08	By-Pass Cerrahisi Uygulama Oranı
GKKA09	Koroner Reanjiografi Uygulama Oranı
GKKA10	KAH Tanılı Hastalarda Miyokard Enfarktüsü Görülme Oranı
GKKA11	By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı
GKKA12	By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı
GKKA13	Bypass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oranı
GKKA14 Opsiyonel	AMİ'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi
GKKA15 Opsiyonel	AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı
GKKA16 Opsiyonel	AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim(PCI) Uygulanma Oranı
GKKA17 Opsiyonel	AMİ Vaka Ölüm Oranı
Kalça Kırığı	
GKKK01	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan "Kalça Kırığı Cerrahisi" Oranı
GKKK02	Kalça Kırığı mortalite oranı
Artroplasti (Diz ve Kalça Eklemi)	
GKAR01	Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
GKAR02	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)
GKAR03	Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 2 Ay)
GKAR04	Ortalama Kalış Gün Sayısı

Kod	Gösterge
GKAR05	Revizyon Cerrahisi Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)
GKAR06	Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilme Oranı
GKAR07	İlk 2 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
GKAR08	İlk 12 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
GKAR09	Antitrombotik İlaç Verilen Hasta Oranı
GKAR10	Hasta Çıkışında Antitrombotik İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı
GKAR11	Derin Ven Trombozu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
GKAR12	Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı
GKAR13	Sinir Hasarı Oranı
GKAR14	Damar Hasarı Oranı
Diabetes Mellitus	
GKDM01	HbA_{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM02	Yılda En Az 4 Kez HbA_{1c} Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM03	Son Ölçülen HbA_{1c} ≥%9 Olan Hasta Oranı
GKDM04	Son Ölçülen HbA_{1c} ≤ 7 Olan Hasta Oranı
GKDM05	Son HbA_{1c} Düzeyi % 7-9 Arasında Olan Hasta Oranı
GKDM06 Opsiyonel	İncelenen Dönemde Eğitim Alan Hasta Oranı
GKDM07 Opsiyonel	Vücut Kitle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı
GKDM08 Opsiyonel	LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM09 Opsiyonel	LDL Kolesterol Düzeyi <100 Mg/dl Olan Hasta Oranı
GKDM10	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)
GKDM11	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)
GKDM12 Opsiyonel	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı
GKDM13 Opsiyonel	DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Son Ölçüm Değeri 130/80 Altında Olan Hasta Oranı
GKDM14 Opsiyonel	DM Tanılı Hastalarda Tütün Kullanım Oranı

Kod	Gösterge
GKDM15 Opsiyonel	Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM16 Opsiyonel	Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı
GKDM17	Göz Muayenesi Yapılan Hasta Oranı
GKDM18	Alt Ekstremite Amputasyon Oranı
GKDM19	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Kronik Komplikasyonlar)
GKDM20	Ayak Muayenesi Yapılan Hasta Oranı
İnme	
GKİN01	Hastaneye Ambulans ile Ulaşım Oranı
GKİN02	Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı
GKİN03 Opsiyonel	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Transözofagiyal Ekokardiyografi (TEE) Yapılma Oranı
GKİN04 Opsiyonel	İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi (USG) Yapılma Oranı
GKİN05	İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulama Oranı
GKİN06	İntravenöz Trombolitik Tedavi ile İlişkili Tedavi Sonrası İlk 24 Saatte Hemoraji Komplikasyonu Gelişme Oranı
GKİN07	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanma Oranı
GKİN08	İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi/Trombektomi Tedavisi Sonrasında İlk 24 Saatte Hemorojik Komplikasyon Gelişme Oranı
GKİN09	Dekompresif Cerrahi Uygulanma Oranı
GKİN10	Rehabilitasyona Erken Başlama Oranı
GKİN11	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKİN12	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKİN13	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKİN14	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKİN15 Opsiyonel	İnme Sonrası Hastanede Düşen Hasta Oranı

Kod	Gösterge
GKİN16 Opsiyonel	İnme Tanısı Alan Hastalarda Taburculuk Sonrası 1 Yıl İçinde Tekrar İnme Geçirilme Oranı
GKİN17	"INR" Değeri Takip Edilen Hasta Oranı
GKİN18 Opsiyonel	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde "Karotis Endarterektomi" Yapılma Oranı
GKİN19 Opsiyonel	İnme Sonrası 1 Yıl İçinde "Supra-aortik Stent" Yapılma Oranı
Katarakt Operasyonu	
GKKO01	Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı
GKKO02	Operasyon Sonrası Bir Günden Fazla Yatan Hasta Sayısı/Operasyon Sonrası Yatan Hasta Sayısı
GKKO03	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı
GKKO04 Opsiyonel	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı
GKKO05	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Glakom Gelişme Oranı
GKKO06 Opsiyonel	Operasyon Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glakom Gelişme Oranı
GKKO07	Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Gerçekleştirilen Reoperasyon Oranı
GKKO08 Opsiyonel	Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı
GKKO09 Opsiyonel	Operasyon Sonrası Bir Yıl İçinde Gelişen Dekolman Sıklığı
GKKO10 Opsiyonel	Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrole Gelen Hasta Oranı

EKLER

EK-1
DÜŞME RİSKİ ÖLÇEKLERİ

Harizmi Düşme Riski Ölçeği

(0-16 yaş)

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, hasta güvenliği uygulamalarının bir parçası olan hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda, ülkemize özgü bir ölçek geliştirilmesine yönelik Başkanlık bünyesinde oluşturulan komisyonca, çocuk hastalar için kullanılabilecek ayrı bir risk değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Komisyon, bu konuda literatür araştırmasıyla birlikte farklı ölçekleri gözden geçirmiş ve elde edilen bilgiler ışığında saha çalışması da yaparak çocuk hastalarda kullanılabilecek anlaşılır ve uygulanması kolay bir düşme riski ölçeği geliştirmiştir.

Geliştirilen bu ölçeğe matematik ve astronomi alanında ünlü bir bilim adamı olan **Harizmi**'nin adı verilerek "***Harizmi* Düşme Riski Ölçeği"** adı ile kullanıma sunulmuştur.

Çocuk hastalar düşme riski açısından yetişkin hastalara göre daha riskli kabul edildiğinden, hastaneler kendi uygulamalarında düşmelerin önlenmesi adına tüm çocuk hastaları riskli kabul edip gerekli her türlü önlemi almalıdırlar. Geliştirilen bu ölçek ile daha özellikli olan yüksek düşme riskine sahip grubun ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

Bu ölçek kapsamında 15 puan ve üstü alan hastalarda "**Dört Yapraklı Yonca**" sembolü kullanılacaktır.

Yoğun bakım bölümlerinde yatmakta olan tüm çocuk hastalar yüksek riskli kabul edilmeli, ancak dört yapraklı yonca sembolü **kullanılmamalıdır**.

***Harizmi* Düşme Riski Ölçeği'nin Kullanımında aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır;**

1. Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalıdır;

- Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme)
- Post- Operatif dönemde

- Bölüm değişikliğinde
- Hasta düşmesi durumunda
- Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

2. ***Harizmi* Düşme Riski Ölçeği** kullanan hastaneler sağlık çalışanlarına;

- Ölçeğin kullanımı
- Risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Hasta bakım ekipmanları
- Riskli ilaçlar
- Alınması gereken önlemler hakkında eğitim vermelidir.

Hastanelerde, çocuk yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, **Harizmi Düşme Riski değerlendirme Ölçeği** kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.

	HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ	Tarih:	
		Hastanın Adı Soyadı:	
		Yaşı:	
		Yattığı Bölüm:	

Değerlendirme Gerekçesi/Numarası

1	İlk Değerlendirme	2	Post-Op. Dönem	3	Hasta Düşmesi	4	Bölüm Değişikliği	5	Durum Değişikliği

	RİSK FAKTÖRLERİ	DEĞERLENDİRMELER				
		Değerlendirme Numarası				
		...	...	...	...	...
		Tarih:	Tarih:	Tarih:	Tarih:	Tarih:
		...../...../.....	...../...../..	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
1.	Nörolojik hastalığı/semptomu var.	5	5	5	5	5
2.	Oksijenlenme değişikliği var.	5	5	5	5	5
3.	Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu var.	15	15	15	15	15
4.	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor.	5	5	5	5	5
5.	Görme engeli var.	5	5	5	5	5
6.	Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var.	5	5	5	5	5
7.	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5	5	5	5	5
8.	Hasta post-op. ilk 48 saatlik dönemde.	5	5	5	5	5
9.	Riskli ilaç kullanımı var.	5	5	5	5	5
	TOPLAM PUAN					
	Değerlendirmeyi Yapan Hemşire:					

YÜKSEK RİSK	**Toplam puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli ve bu hastalarda Dört Yapraklı Yonca sembolü kullanılmalıdır.**

Bilgilendirme tablosuna bakınız.

HARİZMİ **DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ** **Bilgilendirme Tablosu**	
Nörolojik Hastalıklar/ Semptomlar	• Epilepsi • Mental Retardasyon • Konvülsiyon • Denge bozukluğu • Kooperasyon bozukluğu vb.
Oksijenlenme Değişiklikleri	• Solunum Hastalıkları • Dehidratasyon • Anemi • Anoreksi • Senkop • Baş Dönmesi • Asidoz • Ödem • Hipotansiyon vb.
Özellikli Hastalıklar/ Semptomlar	• Cam Kemik Hastalığı • Hemofili • Trombositopeni • İdiopatik Trombositopenik Purpura
Hastane yönetimi tarafından hastanın yaşına, genel durumuna, boy-kilo vb. özelliklerine göre uygun yatak tanımlaması yapılmalıdır.	
Hasta Bakım Ekipmanları	• IV İnfüzyon • Solunum Cihazı • Kalıcı Kateter • Dren • Perfüzatör • Pacemaker vb.
Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyaç durumu yürüme kabiliyetini edinmiş hastalarda değerlendirilir.	
Riskli İlaçlar	• Hipnotikler • Barbitüratlar • Nöroleptikler • Antidepresanlar • Laksatifler/Diüretikler • Narkotikler • Kemoterapötikler • Sedatifler • Antihipertansifler • Antidiyabetikler

İtakî Düşme Riski Ölçeği

Sağlıkta Kalite Standartlarında "Hasta Güvenliği" uygulamalarının bir parçası olan hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda, ülkemize özgü bir ölçek geliştirilmesine yönelik çalışmalar Başkanlık bünyesinde bir komisyon kurularak bu konuda gerekli literatür incelenmiş ve kurumlarımızda uygulanan farklı ölçekler gözden geçirilmiştir. Bu ön çalışmalardan sonra komisyon yoğun bir çalışma sonrası ülkemize özgü, anlaşılır, uygulanması kolay ve basit bir form tasarlayarak ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî adıyla ***"İtakî* Düşme Riski Ölçeği"**ni geliştirmiştir.

Geliştirilen bu ölçek hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini içerecek şekilde, toplam 19 risk faktöründen oluşmaktadır. Risk faktörleri majör ve minör olarak kategorize edilerek minör risk faktörlerine 1 puan, majör risk faktörlerine ise 5 puan verilmiştir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenmiştir. Yüksek riskli hastaları ayırt etmek ve gerekli önlemleri almak için düşme riski yüksek hastalarda "**Dört Yapraklı Yonca**" figürünün kullanılması öngörülmüştür.

***"İtakî* Düşme Riski Ölçeği'**nin Kullanımı:

Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalı ve her defasında yeni bir form kullanılmalıdır:

1. Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme)
2. Post- operatif dönemde
3. Bölüm değişikliğinde
4. Hasta düşmesi durumunda
5. Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

***"İtakî* Düşme Riski Ölçeği** kullanan hastaneler;

- Ölçeğin kullanımı
- Risk faktörlerinin doğru değerlendirilmesi
- Hasta bakım ekipmanları
- Riskli ilaçlar
- Alınması gereken önlemler

hakkında sağlık çalışanlarına eğitim vermelidir.

Hastanelerde, erişkin yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, ***İtaki* Düşme Riski değerlendirme Ölçeği** kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.

İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı	
Yattığı Bölüm	
Risk Değerlendirme Tarihi	

Değerlendirme Zamanı

☐ İlk Değerlendirme ☐ Post-Operatif Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği

		RİSK FAKTÖRLERİ	PUAN
1.	Minör Risk Faktörleri	65 yaş ve üstü.	1
2.		Bilinci kapalı.	1
3.		Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4.		Kronik hastalık öyküsü var.*	1
5.		Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
6.		Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1
7.		Görme durumu zayıf.	1
8.		4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
9.		Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
10.		Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11.		Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1
12.	Majör Risk Faktörleri	Bilinç açık, koopere değil.	5
13.		Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
14.		Baş dönmesi var.	5
15.		Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16.		Görme engeli var.	5
17.		Bedensel engeli var.	5
18.		Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
19.		Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
		TOPLAM	

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU		
☐	Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
☐	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

Değerlendirmeyi yapan Hemşire
Adı-Soyadı:
İmza:

NOT: Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.

***İtaki* Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.**

***İtakî* Düşme Riski Ölçeği Bilgilendirme Tablosu**	
***Kronik hastalıklar**	• Hipertansiyon • Diyabet • Dolaşım Sistemi Hastalıkları • Sindirim Sistemi Hastalıkları • Artrit • Paralizi • Depresyon • Nörolojik Hastalıklar
****Hasta Bakım Ekipmanları**	• IV İnfüzyon • Solunum Cihazı • Kalıcı Kateter • Göğüs Tüpü • Dren • Perfüzatör • Pacemaker vb.
*****Riskli İlaçlar**	• Psikotroplar • Narkotikler • Benzodiazepinler • Nöroleptikler • Antikoagülanlar • Narkotik Analjezikler • Diüretikler/Laksatifler • Antidiayebetikler • Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) • Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar

EK-2

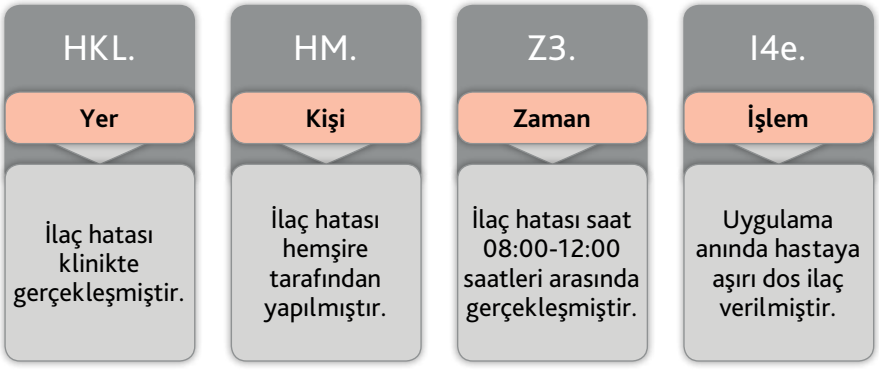
HATA SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

Sağlık hizmeti, birden çok eş zamanlı süreçten oluşan karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu yapıya ilişkin süreçlerde gerçekleşebilecek her bir hatanın insan hayatına mal olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Tıbbi hataların hastalar ve çalışanlar için büyük bir risk olduğu gerçeğinden hareketle, bu konu çeşitli ülkeler ve kurumlarca güvenlik raporlama ve kalite sistemleri çerçevesinde izlenmektedir. Bu sebeple ülkemizde de tıbbi hata raporlamalarının standart hale getirilmesi, ortak bir vizyon oluşturulması ve rapor analizlerinin daha sistematik bir düzende gerçekleştirilmesi amacıyla Hata Sınıflandırma Sistemleri oluşturulmuştur.

Hata sınıflandırma sistemlerine ait kod dizileri nokta ile ayrılan çeşitli parçalardan oluşmakta ve her parça yer, kişi, zaman ve hata gibi bilgileri ifade etmektedir.

Örnek olarak bir ilaç hatası için oluşturulmuş HKL.HM.Z3.I4e kodunu inceleyelim:



Örnekte görüldüğü gibi, yapılan ilaç hatası, bildirim raporunda kullanılacak kodlama sistemi sayesinde, daha detaylı ve net bir şekilde anlaşılabilmektedir.

Hata Sınıflandırma Sisteminin elektronik kullanımını sağlayacak haline aşağıda belirtilen linkten ulaşılabilmektedir.

Link:"http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1128

İleri Düzey Hata Takibi

Hasta kapasitesi veya sirkülasyonun yüksek olduğu ve hata kaynağı analizi amacıyla ileri düzey takip gerçekleştirmek isteyen birimler, sistemi ikinci alt parametre kodları oluşturarak çalışmalarına adapte edebilirler.

Örneğin hastanemizde 2 adet Genel Cerrahi kliniği olduğu ve ilaç hatalarının hangi klinikte gerçekleştiğini belirtmek istediğimizde, "Hatanın Gerçekleştiği Yer" tablosunda bulunan "Klinik" parametresine eklenecek ikincil alt parametre, bize bu imkânı sağlayabilir.

Oluşturulan yeni tablo şu şekilde olmaktadır:

Ana Parametre	Birincil Kod	İkinci Alt Parametre Kodu	İkinci Alt Parametre
Klinik	HKL	a	Genel Cerrahi 1 Kliniği
		b	Genel Cerrahi 2 Kliniği

Özelleştirilmiş tablo sayesinde HKLb.HM.Z3.I4e kodu ile ilaç hatasının Genel cerrahi 2 kliniğinde gerçekleşmiş olduğunu anlıyoruz. Aynı zamanda hata dizisinin birincil kod ve parametreleri değişmediğinden ulusal standart niteliği de korunmaktadır.

İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi (İHSS^{TR})

İlaç Hataları Kod Tabloları

Hatanın Gerçekleştiği Yer

Ana parametre	Birincil kod
Klinik	HKL
Acil Servis	HAS
Poliklinik	HPL
Ameliyathane	HAY
Eczane	HEC
Diğer alanlar	HDA

Hata Yapan Kişi

Ana parametre	Birincil kod
Uzman Hekim	UH
Pratisyen Hekim	PH
Diş Tabibi	DT
Eczacı	EC
Hemşire	HM
Eczane Teknisyeni	ET
Asistan	AS
Stajyer	ST
Diğer Personel	DP
Hasta	HS
Hasta Yakını	HY

Hata Zamanı

Ana parametre	Birincil kod
00:00-04:00	Z1
04:00-08:00	Z2
08:00-12:00	Z3
12:00-16:00	Z4
16:00-20:00	Z5
20:00-23:59	Z6

Hatalı İşlem

Ana Parametre	Birincil Kod	Birinci Alt Parametre Kodu	Birinci Alt Parametre
Muhafaza	I0	a	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu
		b	İlk gelen ilk çıkar(FİFO) kuralı ihlali
		c	Işık maruziyeti
		d	Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
		e	Pediatrik dozdaki ilaçların aynı rafta olması
		f	Kritik stok seviyesinin hatalı kontrolü
		g	Miat ve kritik stok seviyesi uyarı sisteminin hatalı olması
		h	Yüksek riskli ilaçların tanımlanmaması
		i	Psikotrop ve narkotik ilaçların tanımlanmaması
		j	İlacın çalınması
		k	İlacın kaybolması
		l	Miadı dolmuş ilaç
İstem	I1	a	Yanlış ilaç istemi
		b	Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi
		c	Yanlış tedavi yazılması
		d	Kontrendike ilaç yazılması
		e	İlaç adında kısaltma kullanımı
		f	Okunaksız el yazısı
		g	Hatalı doz istemi
		h	Sözel istemin yanlış anlaşılması
		i	Sözel istemin yazılı hale getirilmemesi
		j	İletişim eksikliği

Ana Parametre	Birincil Kod	Birinci Alt Parametre Kodu	Birinci Alt Parametre
		a	Doktor isteminin yanlış yorumlanması
		b	Yanlış ilaç hazırlanması
		c	İlaçların yanlış paketlenmesi
		d	İlaçların yanlış etiketlenmesi
		e	Hastanın yanında getirdiği ilaçların tanımlanmaması
		f	El hijyeni uygulanmaması
		g	İlaç geçimsizliği
		h	İlacın yanlış teknikle hazırlanması
Hazırlama	I2	i	Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
		j	Hazırlanan ilaçların yanlış etiketlenmesi
		k	Doktor istemi dışında ilaç uygulanması
		l	Yetki dışında ilaç uygulanması
		m	Bozulmuş ilaç uygulanması
		n	Hasta başında ilaç bulundurulması
		o	İlacın kullanımı hakkında hastaya yanlış bilgi verilmesi
		p	İlacın kullanımı hakkında hastaya bilgi verilmemesi
		a	Hazır ilaçların yanlış hastaya gönderilmesi
Transfer	I3	b	Yanlış zamanda ilaç dağıtılması
		c	Eczaneden yanlış ilaç transferi

Ana Parametre	Birincil Kod	Birinci Alt Parametre Kodu	Birinci Alt Parametre
Uygulama	I4	a	El hijyeni uygulanmaması
		b	Sterilizasyon/dezenfeksiyon kurallarına uyulmaması
		c	Yanlış hasta
		d	Yanlış ilaç
		e	Yanlış doz (Aşırı)
		f	Yanlış doz (Yetersiz)
		g	Yanlış farmasötik form
		h	Yanlış zaman
		i	Yanlış teknik
		j	Geçimsiz ilaçların aynı anda uygulaması
		k	Doz atlama
		l	Mükerrer ilaç verme
		m	Yanlış uygulama süresi (Enjeksiyon)
		n	Yanlış uygulama süresi (İnfüzyon)
Uygulama Sonrası	I5	a	İlaç uygulama sonrası el hijyeni uygulanmaması
		b	İlaç uygulamasının kayıt altına alınmaması
		c	İlaç uygulama sonrası atıkların ortamdan uzaklaştırılmaması
		d	İlaç uygulanması sonrasında gözlem yapılmaması
		e	Advers etki (Yönetiminin tanımlanmaması)
		f	Advers etki (Bildirim yapılmaması)
		g	İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşiminin gözlenmemesi

Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi (CHSS^{TR})

Cerrahi Hata Kod Tabloları

Hatanın Gerçekleştiği Yer

Ana parametre	Birincil kod
Klinik(Cerrahi)	CCK
Klinik(Dahili)	CDK
Acil Servis	CAS
Poliklinik	CPL
Ameliyathane(Merkez)	CMA
Ameliyathane(Acil)	CCA
Ameliyathane(Klinik/Branş)	CBA
Yoğun Bakım	CYB
Diğer Alanlar	CDA

Hata Yapan Kişi

Ana parametre	Birincil kod
Uzman Hekim(Cerrahi Branş)	UC
Uzman Hekim(Anestezi)	UA
Hemşire	HM
Asistan(Cerrahi Branş)	AC
Asistan(Anestezi)	AA
Anestezi Teknisyeni/Teknikeri	AT
Biyomedikal Mühendisi	BM
Teknisyen	TY
Temizlik Personeli	TP
Diğer Personel	DG
Hasta	PT
Hasta Yakını	PR

Hata Zamanı

Ana parametre	Birincil kod
00:00-04:00	Z1
04:00-08:00	Z2
08:00-12:00	Z3
12:00-16:00	Z4
16:00-20:00	Z5
20:00-23:59	Z6
Bilinmiyor	Z0

Hatalı İşlem

Ana parametre	Birincil kod	Birinci Alt Parametre Kodu	Birinci Alt Parametre
Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	C1	di	Ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmemesi
		ik	Ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
		ac	Pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi
		tr	Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması
		gd	Makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığının teyit edilmemesi
		oi	Ameliyat öncesi özel işlemin (lavman uygulaması vb.) atlanması
		mk	Ameliyat için gerekli malzeme, kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması
		tk	Tetkik ve tahlillerin hasta yanında olduğunun kontrol edilmemesi
		oa	Hasta rızasının alınmaması
		ok	Hasta rızasının kontrol edilmemesi
Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	C2	kd	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
		te	Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi
		ta	Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
		ti	Teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi

Ana parametre	Birincil kod	Birinci Alt Parametre Kodu	Birinci Alt Parametre
Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	C3	at	Ameliyat odasının ve ameliyat masasının temizliğinin uygun olmaması
		ak	Anestezi cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi
		ck	Kalibrasyon/bakım eksiğinden kaynaklanan ekipman arızası
		gk	Prizlerin kesintisiz güç kaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi
		pk	Partikül ölçümlerinin yapılmaması/ kontrol edilmemesi
		sn	Oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/ kontrol edilmemesi
		tg	Tıbbi gaz sisteminin kontrol edilmemesi
Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	C4	kd	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
		ok	Hasta rızasının kontrol edilmemesi
		ik	Ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
		po	Pulse oksimetre cihazının hasta üzerinde olmaması/kontrol edilmemesi
		ad	Alerji durumunun değerlendirilmemesi
		kk	Kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi
		gc	İhtiyaç duyulabilecek görüntüleme cihazlarının kontrol edilmemesi
		hd	Anestezi risklerinin değerlendirilmemesi

Ana parametre	Birincil kod	Birinci Alt Parametre Kodu	Birinci Alt Parametre
Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	C5	kd	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
		et	Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması
		kc	Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
		ka	Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
		sk	Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi
		cp	Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması
		ks	Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi
		ko	Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması
		vp	Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması
Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller	C6	ku	Kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontolünün yapılmaması
		pf	Frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi
Ameliyat Sonu Kontrolleri	C7	gi	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
		ta	Kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi
		pe	Alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi
		cg	Olası cerrahi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi
		ag	Olası anestezi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi
		gy	Post-op hastanın transfer edileceği bölümün belirtilmemesi

Ana parametre	Birincil kod	Birinci Alt Parametre Kodu	Birinci Alt Parametre
Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi	C8	gb	Cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık personeline iletilmemesi
		kd	Hasta kimliği, cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması
		ta	Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
		ts	Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi
Diğer	C9	dg	Diğer hatalar

Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi (LHSS^{TR})

Laboratuvar Hataları Kod Tabloları

İlgili Süreç

Ana parametre	Birincil kod
Preanalitik	PR
Analitik	AN
Postanalitik	PO

Yer

Ana parametre	Birincil kod
Klinik	KL
Yoğun Bakım Ünitesi	YB
Acil Servis	AS
Poliklinik	PL
Ameliyathane	AY
Kan Alma Ünitesi	KA
Numune Kabul Birimi	NK
Laboratuvar	LA
Diğer	DG

Kişi

Ana parametre	Birincil kod
Doktor	DR
Hemşire	HM
Stajyer	ST
Teknisyen	TE
Tıbbi Sekreter	TS
Transfer Elemanı	TR
Diğer Personel	DP
Hasta	HS
Hasta Yakını	HY
Bilinmiyor	BM

Zaman

Ana parametre	Birincil kod
00:00-04:00	Z1
04:00-08:00	Z2
08:00-12:00	Z3
12:00-16:00	Z4
16:00-20:00	Z5
20:00-23:59	Z6
Bilinmiyor	BM

Hatalı İşlem

Ana parametre	Birincil kod
Hatalı test istemi	L01
Test isteminde eksik/yanlış bilgi	L02
Patoloji istek formunun düzenlenmemesi	L03
Kayıtsız numune	L04
Hatalı kayıt	L05
Yanlış hastadan numune alınması	L06
Hatalı kimliklendirilmiş numune	L07
Kaybolan numune	L08
Tekrar alınan numune	L09
Hatalı numune kabı/tüpü	L10
Boş numune kabı/tüpü (içinde numune yok)	L11
Son kullanma tarihi geçmiş tüplere numune alınması	L12
Barkodsuz numune	L13
Hastadan numune alınamaması nedeni ile kaydın iptal edilmesi	L14
Uygunsuz alınmış numune	L15
Yetersiz numune	L16
Hemolizli numune	L17
Pıhtılı numune	L18
Lipemik numune	L19
İkterik numune	L20
Numunenin fiksatif içinde gönderilmemesi	L21
Numune alma zamanının kaydedilmemesi	L22
Laboratuvara teslim edilmeyen numune	L23
Uygunsuz transfer koşulları	L24
Belirlenen maksimum numune transfer süresinin aşılması	L25
Numunelerin karışması	L26
Reddedilmesi gereken numunenin kabulü	L27
Otomasyon arızası	L28
Uygunsuz saklanmış numune	L29
Miadı geçmiş kit tespiti	L30
Miadı geçmiş malzeme tespiti	L31
İsteği yapılan malzeme/kit gelmemesi	L32
Yanlış malzeme /kit gelmesi	L33

Ana parametre	Birincil kod
Malzeme transferinin uygun şartlarda yapılmaması	L34
Malzemenin uygun koşullarda saklanmaması	L35
Laboratuvar ortam ısısının uygunsuzluğu	L36
Cihaz bakımlarının yapılmaması	L37
Besiyerinin uygun hazırlanmaması	L38
Cihaz arızası	L39
Cihaz pipetasyon hatası	L40
Numunenin yetersiz homojenizasyonu	L41
Test çalışma prosedürlerine uyulmaması	L42
Ekim hataları	L43
Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk	L44
Uygunsuz kalite kontrol sonucu ile çalışılması	L45
İç kalite kontrol çalışılmaması	L46
Uygunsuz inkübasyon sıcaklığı	L47
Uygunsuz inkübasyon süresi	L48
Uygunsuz boyama tekniği	L49
Uygunsuz dilüsyon	L50
Uygunsuz solüsyon kullanılması	L51
Sonucun yanlış değerlendirilmesi	L52
Hatalı teknik onay	L53
Sonuçların sisteme hatalı girilmesi	L54
Hatalı rapor	L55
Hasta raporlarının kaybedilmesi	L56
Zamanında verilmeyen sonuç	L57
Panik değerin geç bildirilmesi	L58
Diğer	L59

EK-3
TANIMLAYICI FİGÜRLER

Dört Yapraklı Yonca (Düşme Riski)

- **Şansı** sembolize eder.
- Düşme olaylarının **şansa bırakılmaması** gerektiğini temsil etmektedir.

Sarı Yaprak (Solunum İzolasyonu)

- **Ağaçlar doğanın, yapraklar ise ağaçların akciğerleridir.**
- **Solunumun** baş harfi **"s"** ile başlayan sarı yaprak kullanılmıştır.

Mavi Çiçek (Damlacık İzolasyonu)

- Ortadaki **nokta hastayı** etrafındaki **yapraklar ise damlacıkları** temsilen kullanılmıştır.

Kırmızı Yıldız (Temas İzolasyonu)

- Yıldızın **beş köşe**si, **elin beş parmağını** temsil etmektedir.
- **Kırmızı** rengi ise, **ateşe temas**ın sakıncaları ile **hastayla temas**ın sakıncaları arasındaki bağdan yola çıkarak kullanılmıştır.

EK-4

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ [TR]

Hastanın Adı Soyadı	
Ameliyat /Bölgesi	
Ameliyat Tarihi	

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı.

2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?
☐ Evet

3. Hasta aç mı?
☐ Evet ☐ Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Gerekli değil .....

5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?
☐ Evet ☐ Hayır.....

6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?
☐ Evet ☐ Hayır.....

7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?
☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu
☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi Protokolü
☐ Diğer ☐ Hayır

8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?
☐ Evet ☐ Hayır.....

9. Hastanın gerekli laboratuar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?
☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi
☐ Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?

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 ☐ Gerekli Değil

16. Hastada kan kaybı riski var mı?
☐ Yok
☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?
☐ Evet

18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?
☐ Evet

19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?
☐ Tahmini ameliyat süresi
☐ Beklenen kan kaybı
☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek 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

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak
☐ Hasta,
☐ Yapılan ameliyat,
☐ Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?
☐ Evet/Tam ☐ Hayır ☐ Sayım Uygulanmaz

28. Hastadan alınan numune etiketinde
☐ Hastanın adı doğru yazılı
☐ Numunenin alındığı bölge yazılı

29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?
☐ Anestezistin önerileri:

☐ Cerrahın önerileri:

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.

Doğum Öncesi | GÜVENLİ DOĞUM - KONTROL LİSTESİ

1. Başvuru Anında

Annenin sevki gerekiyor mu?
Birim kriterlerini kontrol edin.
□ Hayır
□ Evet, planlandı

Partograf başlatıldı mı?
Serviks ≥ 4 cm iken işaretlemeye başlayınız, serviks her 1 saatte en az 1cm genişlemelidir.
◦ Her 30 dk: Kalp atışı, kontraksiyonlar, fetal kalp atışı
◦ Her 2 saat: Vücut sıcaklığı
◦ Her 4 saat: Kan basıncını kaydedin.
□ Hayır, 4 cm ve üstünde başlayacak
□ Evet

Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

Antibiyotik?
Şu durumlarda anneye antibiyotik veriniz:
◦ Vücut sıcaklığının > 38oC ise
◦ Kötü kokulu vajinal akıntının varsa
◦ Amniyon kesesi yırtılmasının sonrasında 18 saat geçti ise
□ Hayır
□ Evet, verildi

Magnezyum sülfat?
Şu durumlarda anneye magnezyum sülfat veriniz:
◦ Diastolik kan basıncının 110mmHg ve üzeri ve proteinürinin 3 ve üstü,
◦ Diastolik kan basıncının 90mmHg ve üzeri ve proteinürinin 2 ve üstü, şiddetli baş ağrısı, görüs bozukluğu, epigastirk ağrı
□ Hayır
□ Evet, verildi

Anti-retroviral?
◦ CD4 değeri 350 veya daha küçük olan veya klinik tanı tedavi gerektiriyorsa verilir.
◦ CD4 değeri 350'nin üstünde olan annelerde profilaksi amacıyla verilir.
□ Hayır, HIV negatiflik onaylandı
□ Evet, verildi
□ Durum bilinmiyor, HIV testi istendi

□ Her vajinal muayenede el hijyeni ve eldiven kullanımı için yeterli malzeme mevcut

□ Refakatçi doğumda bulunması için teşvik edildi

□ Anne veya refakatçinin doğumda tehlikeli bir durum karşısında yardım çağıracağı onaylandı

2. Doğumdan Önce (veya Sezaryenden önce)

Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

Antibiyotik?
Şu durumlarda anneye antibiyotik veriniz:
◦ Vücut sıcaklığının > 38oC ise
◦ Kötü kokulu vajinal akıntının varsa
◦ Amniyon kesesi yırtılmasının sonrasında 18 saat geçti ise
□ Hayır
□ Evet, verildi

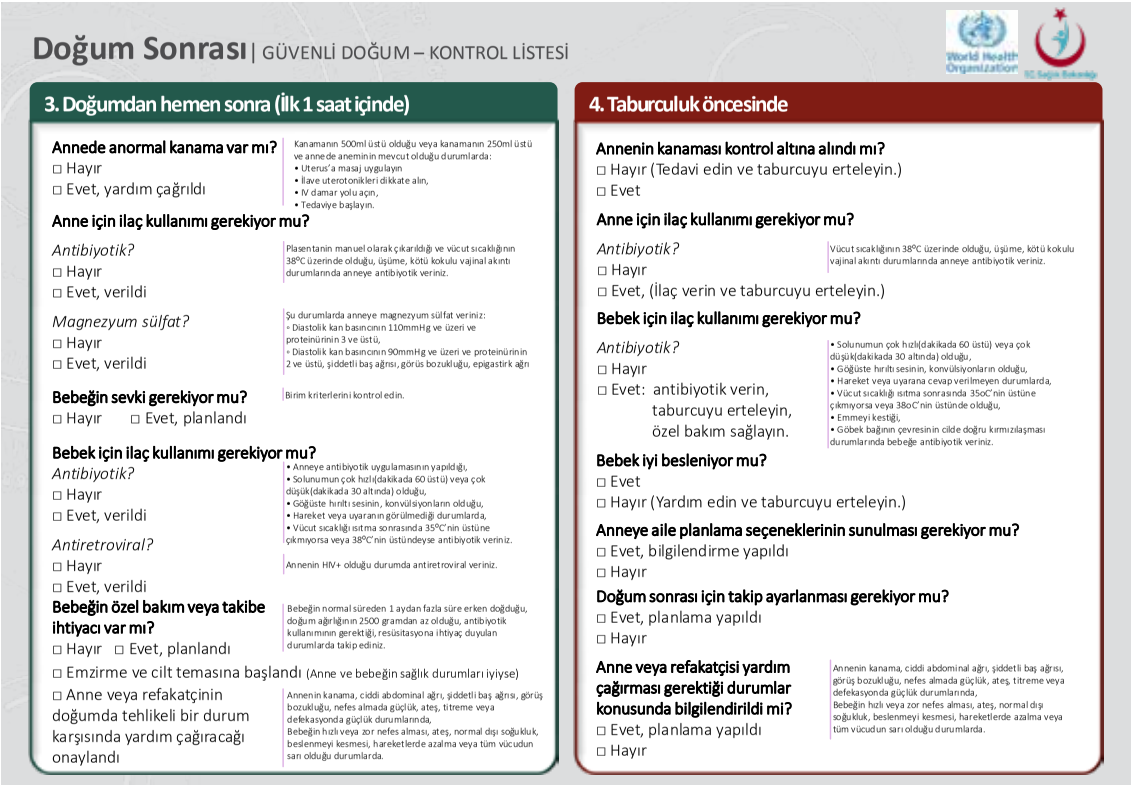
Magnezyum sülfat?
Şu durumlarda anneye magnezyum sülfat veriniz:
◦ Diastolik kan basıncının 110mmHg ve üzeri ve proteinürinin 3 ve üstü,
◦ Diastolik kan basıncının 90mmHg ve üzeri ve proteinürinin 2 ve üstü, şiddetli baş ağrısı, görüs bozukluğu, epigastirk ağrı
□ Hayır
□ Evet, verildi

Gerekli malzemelerin hasta yatağı yanında kullanıma hazır olması:

Anne için:
Anne bakımına doğumun hemen sonrasında hazır olun.
• Bebeği ayırın,
• Oksitosini anneye ilk dakika içinde uygulayın
• Plasentanın çıkışı için göbek bağının gerilmesini control edin ve çıkış sonrası uterusa masaj yapın.
□ Eldiven
□ Sabun ve temiz su
□ 10IU enjektörde oksitosin

Bebek için:
Bebek bakımına doğumun hemen sonrasında hazır olun.
• Bebeği kurulayın ve sıcak tutun,
• Eğer nefes almıyorsa uyarın ve hava yolunu temizleyin.
• Nefes almama devam ediyorsa göbek bağını kesin, ambu setiyle ventilasyona başlayın.
• Yardım isteyin.
□ Temiz havlu
□ Göbek bağının kesilmesi için steril bıçak
□ Aspirasyon cihazı
□ Ambu

Gerektiği durumda doğuma yardım etmesi için asistan tanımlanıp ilgili kişi bilgilendirildi mi?
□ Hayır
□ Evet



Doğum Sonrası | GÜVENLİ DOĞUM – KONTROL LİSTESİ

3. Doğumdan hemen sonra (İlk 1 saat içinde)

Annede anormal kanama var mı?
□ Hayır
□ Evet, yardım çağrıldı

Kanamanın 500ml üstü olduğu veya kanamanın 250ml üstü ve annede aneminin mevcut olduğu durumlarda:
• Uterus'a masaj uygulayın
• İlave uterotonikleri dikkate alın,
• IV damar yolu açın,
• Tedaviye başlayın.

Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

Antibiyotik?
□ Hayır
□ Evet, verildi

Plasentanin manuel olarak çıkarıldığı ve vücut sıcaklığının 38ºC üzerinde olduğu, üşüme, kötü kokulu vajinal akıntı durumlarında anneye antibiyotik veriniz.

Magnezyum sülfat?
□ Hayır
□ Evet, verildi

Şu durumlarda anneye magnezyum sülfat veriniz:
◦ Diastolik kan basıncının 110mmHg ve üzeri ve proteinürinin 3 ve üstü,
◦ Diastolik kan basıncının 90mmHg ve üzeri ve proteinürinin 2 ve üstü, şiddetli baş ağrısı, görüs bozukluğu, epigastrik ağrı

Bebeğin sevki gerekiyor mu?
□ Hayır □ Evet, planlandı

Birim kriterlerini kontrol edin.

Bebek için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

Antibiyotik?
□ Hayır
□ Evet, verildi

• Anneye antibiyotik uygulamasının yapıldığı,
• Solunumun çok hızlı(dakikada 60 üstü) veya çok düşük(dakikada 30 altında) olduğu,
• Göğüste hırıltı sesinin, konvülsiyonların olduğu,
• Hareket veya uyaranın görülmediği durumlarda,
• Vücut sıcaklığı ısıtma sonrasında 35ºC'nin üstüne çıkmıyorsa veya 38ºC'nin üstündeyse antibiyotik veriniz.

Antiretroviral?
□ Hayır
□ Evet, verildi

Annenin HIV+ olduğu durumda antiretroviral veriniz.

Bebeğin özel bakım veya takibe ihtiyacı var mı?
□ Hayır □ Evet, planlandı

Bebeğin normal süreden 1 aydan fazla süre erken doğduğu, doğum ağırlığının 2500 gramdan az olduğu, antibiyotik kullanımının gerektiği, resüsitasyona ihtiyaç duyulan durumlarda takip ediliniz.

□ Emzirme ve cilt temasına başlandı (Anne ve bebeğin sağlık durumları iyiyse)

□ Anne veya refakatçinin doğumda tehlikeli bir durum karşısında yardım çağıracağı onaylandı

Annenin kanama, ciddi abdominal ağrı, şiddetli baş ağrısı, görüş bozukluğu, nefes almada güçlük, ateş, titreme veya defekasyonda güçlük durumlarında,
Bebeğin hızlı veya zor nefes alması, ateş, normal dışı soğukluk, beslenmeyi kesmesi, hareketlerde azalma veya tüm vücudun sarı olduğu durumlarda.

4. Taburculuk öncesinde

Annenin kanaması kontrol altına alındı mı?
□ Hayır (Tedavi edin ve taburcuyu erteleyin.)
□ Evet

Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

Antibiyotik?
□ Hayır
□ Evet, (İlaç verin ve taburcuyu erteleyin.)

Vücut sıcaklığının 38ºC üzerinde olduğu, üşüme, kötü kokulu vajinal akıntı durumlarında anneye antibiyotik veriniz.

Bebek için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

Antibiyotik?
□ Hayır
□ Evet: antibiyotik verin, taburcuyu erteleyin, özel bakım sağlayın.

• Solunumun çok hızlı(dakikada 60 üstü) veya çok düşük(dakikada 30 altında) olduğu,
• Göğüste hırıltı sesinin, konvülsiyonların olduğu,
• Hareket veya uyarana cevap verilmeyen durumlarda,
• Vücut sıcaklığı ısıtma sonrasında 35oC'nin üstüne çıkmıyorsa veya 38oC'nin üstünde olduğu,
• Emmeyi kestiği,
• Göbek bağının çevresinin cilde doğru kırmızılaşması durumlarında bebeğe antibiyotik veriniz.

Bebek iyi besleniyor mu?
□ Evet
□ Hayır (Yardım edin ve taburcuyu erteleyin.)

Anneye aile planlama seçeneklerinin sunulması gerekiyor mu?
□ Evet, bilgilendirme yapıldı
□ Hayır

Doğum sonrası için takip ayarlanması gerekiyor mu?
□ Evet, planlama yapıldı
□ Hayır

Anne veya refakatçisi yardım çağırması gerektiği durumlar konusunda bilgilendirildi mi?
□ Evet, planlama yapıldı
□ Hayır

Annenin kanama, ciddi abdominal ağrı, şiddetli baş ağrısı, görüş bozukluğu, nefes almada güçlük, ateş, titreme veya defekasyonda güçlük durumlarında,
Bebeğin hızlı veya zor nefes alması, ateş, normal dışı soğukluk, beslenmeyi kesmesi, hareketlerde azalma veya tüm vücudun sarı olduğu durumlarda.

Not: Güvenli Doğum Kontrol Listesi DSÖ tarafından yayımlanan "WHO Safe Childbirth Checklist" dokümanından Türkçeye çevrilmiştir. Gerektiğinde, doğumun uygulandığı sağlık kurumunun türüne ve koşullarına göre değiştirilerek uygulanabilir.

EK-6

PATOLOJİ LABORATUVARINDA TANI DOĞRULUĞUNUN İZLENMESİ

Patoloji laboratuvarında tanı doğruluğunun izlenmesi ve laborauvar sonuç kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla, laboratuvarın özelliği ve incelenen materyallerin niteliğine göre aşağıda yer alan retrospektif ve prospektif yöntemler kullanılabilir.

1. Rastgele örneklenen olguların yeniden değerlendirilmesi
   - Yıl içerisinde raporlanan materyaller, belli periyotlarda rastgele örneklenerek tekrar değerlendirilir ve tanı ve rapor yeterliliği kontrol edilir. İdeal olan bu değerlendirmenin, dış kontrol şeklinde uygulanmasıdır.

2. Özellikli olguların ikinci bir patolog tarafından değerlendirilmesi
   - Kanser tanılı olguların önemli olanları bölüm içinde başka bir patolog tarafından da değerlendirildikten sonra raporlanır.

3. Bölümler arası konferanslar (Örneğin; onkoloji konseyleri)
   - Düzenli bölümler arası konseylerde olguların klinikopatolojik değerlendirmeleri yapılır.

4. Bölüm içi kalite güvencesi toplantıları
   - Düzenli aralıklar ile kalite güvencesi toplantıları yapılarak elde edilen sonuçlar değerlendirilir. Hatalar gözden geçirilir. Major hatalar yeniden değerlendirilerek nedenleri ve çözüm yolları araştırılır.

5. İntraoperatif konsültasyon/kalıcı kesit uyumu değerlendirmesi
   - Tüm intraoperatif konsültasyon kesitleri, kalıcı kesitlerle birlikte yeniden değerlendirilir ve her ikisinin sonucu raporda ayrı ayrı belirtilir.

6. Sitoloji/cerrahi patoloji uyumu değerlendirmesi
   - Tüm cerrahi patoloji materyalleri değerlendirilirken bu materyale ait daha önce sitolojik inceleme yapılıp yapılmadığı sorgulanır. Varsa, sitolojik inceleme sonucu ile uyumu değerlendirilir. Uyumsuzluk varsa sitolojik materyal arşivden çıkartılarak yeniden değerlendirilir ve uyumsuzluk nedeni kayıt altına alınır.

7. Olguya ait önceki materyalin değerlendirilmesi
   - Tüm cerrahi patoloji materyalleri değerlendirilirken olguya ait daha önce başka patolojik inceleme yapılıp yapılmadığı sorgulanır. İncelenen materyal/hastalık ile ilişkili başka patolojik incelemesi varsa arşivden çıkartılarak beraber değerlendirmesi yapılır.

8. Dışarıya konsültasyona gidecek materyalin yeniden değerlendirilmesi
   - Dışarıya gidecek tüm konsültasyonlarda materyal arşivden çıkartılıp yeniden değerlendirilir, konsültasyon formu doldurulur ve konsültanın sonucunu iletebileceği iletişim bilgisi bu forma yazılır.

9. Dışarıya konsültasyona giden materyalin konsültasyon rapor sonucunun değerlendirilmesi
   - Konsültandan gelen rapor ile tanılar karşılaştırılır. Uyumsuzluk varsa yeniden değerlendirme yapılarak nedenleri ve çözüm önerileri araştırılır.

Değerlendirme Sonuçlarının Analizi (Uyumsuzlukların Sınıflandırılması)

Yukarıdaki yöntemler uygulanırken, değerlendirme sonuçları analiz edilir ve uyumsuzluklar aşağıdaki maddelere göre sınıflandırılır:

1. Uyumsuzluk yok
2. Hastaya etkisi yok
3. Minimal etki
4. Minor zarar
   a. Tanı gecikmesi
   b. Gereksiz tanısal girişimlere neden olma (kan analizi, radyolojik tetkik gibi)
   c. Tedavide gecikmeye neden olma
   d. Morbiditeye neden olmayan gereksiz tedavi uygulanması
5. Orta derecede zarar
   a. Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tanısal girişimlere neden olma

b. Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma

6. Major zarar
   a. Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kaybı oluşturan gereksiz tanısal girişimlere neden olma
   b. Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kaybı oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma

KAYNAKLAR

Acar, A. Yeğenoğlu, S. (2005) "Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formülerleri" Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi. J. Fac. Pharm, (34 (3), ss 207-218)

Accreditation Canada Standards, Qmentum International, 2010-2011

Agency for Healthcare Research and Quality. (2008) National Healthcare Disparities Report, Chapter 3, Erişim: http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm Erişim Tarihi:15.05.2014

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 14.10.1999- 23846

Akalın, H. (2001) "Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyonları: Risk Faktorleri ve Epidemiyoloji" Hastane İnfeksiyon Dergisi, (Cilt:5(1), ss:5-17)

Akalın, H. E. (2005) "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği" Yoğun Bakım Dergisi, (5(3), ss:141-146)

Akçabay, M. "Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon" Erişim:med.gazi.edu. tr/posts/download?id=20728 Erişim Tarihi:10.07.2013

Akdur R. (2005) "Afetlere Karşı Sağlık Hizmetleri Senaryoları Yazma; Deprem Örneği", Afet Tıbbı. (ss:213-225)

"Akılcı İlaç Kullanımı" Erişim:http://www.akilciilac. gov.tr/ Erişim tarihi: 25 Haziran 2013

Alp Meşe, E., "Ameliyathane Organizasyonu" Erişim: http://hastaneler.erciyes.edu.tr/ pdf/Ameliyathanelerde0/o20Enfeksiyon0/o20Kontrol0/oC30/oBC.pdf Erişim Tarihi:10.07.2013

Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, (1994)

Analytical Procedures and Methods Validation, U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration (FDA), 2000

Anestezi Uygulama Kılavuzları; Preoperatif Hazırlık, Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), 2005 Erişim:http://www.tard.org.tr/tr-tr/ Erişim Tarihi:10.07.2015

"Annals of Emergency Medicine" Erişim:http://www.annemergmed.com/current Erişim Tarihi:12.07.2014

Anne Dostu Hastane Kriterleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2013, Ankara

Arslan, Ö. (2007) "Hemovijilans", Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi. (Cilt: 3, Sayı:36). Erişim: http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-hemovijilans-49184. html Erişim Tarihi:10.07.2013

Arslanoğlu, A. (2009) "Yönetimde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma" Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Marmara Üniversitesi SBE Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul

Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology (2006) Recommendations for quality assurance and improvement in surgical and autopsy pathology. Am J Surg Pathol ; 30, 1469-1471

Aştı, T. (2003). Bakım Teknolojisinde Yenilikler, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı

Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 05.07.2008-26927

Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26.03.2010-27533

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, National Safety and Quality Health Service Standards, 2012

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australia, 2012

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia, 2009

Aydın, G. D. (2006) "Hastane Acil Servislerinin Organizasyonu ve Yönetimi: Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tip Merkezinin Bu Açıdan Değerlendirilmesi" Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Ayoğlu F. N., Dursun A., Kıran S., Ayoğlu H. (2005) "Etilen Oksit Maruziyetinin Sağlığa Etkileri ve Genotoksisite" Sağlık ve Toplum Dergisi, (ss:18-24.)

Barth, J. (2012) "Selecting Clinical Quality Indicators for Laboratory Medicine" Ann Clin Biochem, (49, ss. 257)

Basınçlı Kaplar ve Bu Kapların Muayene Yöntemlerinin Ortak Hükümlerine Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 10.11.2000-24226

Baskan, S. "Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Koşulları Nasıl Olmalı?" Erişim: http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2003-04/html/2003-7-4-161-167.htm Erişim Tarihi:10.07.2013

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. (11:453)

"Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri" Erişim: http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bebek-%C3%A7ocuk%20izlem%20protokolleri.pdf Erişim Tarihi:11.05.2014

Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik. T.C.Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 22 Mart 2005-25763

Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı:26.7.2002-24822

Bozkurt, Ö. ve diğerleri (2008). Kamu Yönetimi Sözlüğü

"BT ve MRG Çekim Standartları" Türk Radyoloji Derneği Erişim: http://www.turkrad.org.tr/hakkimizda/standartlar-ve-rehberler/ Erişim Tarihi:11.11.2014

Büyükturan, S. (2014) Patoloji Laboratuvarında Süreç Kontrolü

"Caesarean Section" National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline, 2011 Erişim: https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-guidance Erişim Tarihi:05.05.2014

Caldwell C. (1998) Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, (Çev.Akınhay, O.), Sistem Yayıncılık. İstanbul

Cander, B. ve diğerleri, (2008) "Acil Servis Hizmetlerinin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılanması", JAEM. (cilt:7, sayı :2, ss.9-16)

CIBAHI Acreditation (Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions, KSA) Erişim: http://www.cbahi.org/apps/en/home.aspx Erişim Tarihi: 17.01.2013

Comprehensive Guide to Steam Sterilization and Sterility Assurance in Health Care Facilities, Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI), 2006

Core Components for Infection Prevention and Control Programmes, WHO, 2008, Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care

Costello, A., Azad, K., Barnett, S. (2006) "An Alternative Strategy to Reduce Maternal Mortality" The Lancet (368 (9546), ss:1477–1479). doi:10.1016/S0140-6736(06)69388-4

Çakmakçı, M. «Hastane Enfeksiyonları ve Hastane Tasarımı: Ameliyathanelerin Planlanması» Erişim: http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_ folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm Erişim Tarihi:10.07.2013

Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 14.05.2012-951.99/6665

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.,T.C. Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 15.05.2013-28648

Çırpı, F., Merih, Y. ve Kocabey, M. (2009) "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi" I. Uluslarası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı. Cilt 2

Dağlı, G., Özyurt, M., Akalın, M. (2010) Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ) ve Uygulamaları, İstanbul Erişim: http://www.gata.edu.tr/duyurular/merkezi_sterilizasyon_uniteleri_ve_uygulamlari.pdf Erişim Tarihi: 15.03.2014

Demir, H., Okan, T. (2009) "Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma" İstanbul: Doğuş Üniversitesi Dergisi, (cilt1(10), ss. 57-72)

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 16.5.1988-19816

Devlet Memurları Kanunu, Kanun No:657, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 23.07.1965-12056

Diş Hekimliği Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması T.C. Sağlık Bakanlığı, 06 Ekim 2010 Tarih ve 39939 Sayılı Makam Onayı

Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Diyabet Vakfı, 2013

Diyaliz Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 18.06.2010-27615

Diz ve Kalça Protezi Klinik Kalite Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Klinik Kalite Daire Başkanlığı, Ankara Erişim: http://www.sb.gov.tr/KlinikKalite/dosya/1-95381/h/diz-ve-kalca-protezi-rehberi09012015.pdf Erişim Tarihi: 19.01.2015

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, 2014, Ankara

Doğum ve Sezeryan Eylemi Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2010, Ankara

Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to Action, WHO, 2005

Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği,T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 02.09.1988-19917

Eren, E. (2000) Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş

Eren, E. (2013) Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Eren Beta Yayınları

Erişim: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_033.pdf Erişim Tarihi: 05.05.2014

Erişim: http://www.tard.org.tr/tr-tr/ Erişim tarihi: 10.07.2013

Eroğlu, F. ve diğerleri, (2001) "Yoğun Bakımda Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz?" Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, (ss: 9-11)

Erol, S. (2008) "Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı" İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, (Cilt: 60, ss. 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

Etilen Oksit Güvenlik Bilgi Formu, Birleşik Oksijen Sanayi (B.O.S.) A. Ş.

Exploring Patient Participation in Reducing Health-Care-Related Safety Risks, WHO, 2013

Faculty of Intensive Care, Australian and New Zeland College of Anaesthetists (FICANZCA): Minumum Standards for Intensive Care Units. IC-1. Australian and New Zeland College of Anaesthetists, Melbourne, 1997, (1-2).

Faculty of Intensive Care, Australian and New Zeland College of Anaesthetists (FICANZCA): Minumum Standards for High Dependency Units Seeking Accreditation for Training in Intensive Care. IC-13. Australian and New Zeland College of Anaesthetists, Melbourne, 2000, (1-4).

Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 17.12.2011-281457

Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Denetimi ve Kontrolüne Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26.09.2012-27009

Groene, O., Barbero, M.G. (2005) Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi, Kanıt ve Kalite Yönetimi, (Çev. Zaralı, F.) Dünya Sağlık Örgütü: (Sağlık Bakanlığı Çevirisi). Ankara

Guidance for Industry- Bioanalytical Method Validation, U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration (FDA), 2001

Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, CDC, 2008

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2007

Guidelines for Environmental Infection Control in HealthCare Facilities, Recommendations of Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2003

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Recommendations of CDC and HICPAC, (2003) Erişim: http://www.cdc.gov/ncidod/ dhqp/pdf/guidelines/Enviro_guide_03 Erişim Tarihi: 25.02.2014

Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers. (1988) NIOSH Publication. No: 88-119.

Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, WHO, 2009

Guidelines/Practice Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 1995, (23:582–8)

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)

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011, Ankara

Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi, Hacettepe Üniversitesi, 2005 Erişim:http://www.tig.saglik.gov.tr/dosya/1-93928/h/hastaneraporu-tr2.pdf Erişim tarihi: 15.06.2014

Handel, D. A. ve diğerleri, (2010) "Implementation of Crowding Solutions from the American College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding", Int J Emerg Med. (cilt:3, sayı:4, ss:279-86)

Hasta Güvenliği, Türkiye ve Dünya, 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 01.08.1998-23420

Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 08.05.2014-28994

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete,Tarih/Sayı: 06 Nisan 2011-27897

Hastane Hizmet Kalite Standartları, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011, Ankara.

Health at a Glance, OECD, 2011

Health Care Criteria for Performance Excellence, (2011-2012) National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program

Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report, OECD, 2009, Health Working Papers No. 47

Health Promotion Glossary, WHO, 1998 Erişim:http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf Erişim Tarihi: 11.08.2014

Hillman, B. J., Amis, E. S., Neiman, H. L. (2004) "The Future Quality and Safety of Medical İmaging: Proceedings of The Third Annual" ACR FORUM. J Am Coll Radiol, (1(1):33-9)

Holyt, J. W., Harwey, M. A., Axon, D. C. (1995) "The Critical Care Unit: Design Recommendations and Standards" In: Shoemaker, W. C., Ayres S. M., Grenvik, A., Holbbrook, P. R. (eds). Textbook of Critical Care. Philadelphia: WB Saunders Company, (7-14.1)

Hunt, L., et al. (2014) "Management Intra-Abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome: A Review. J Trauma Manag Outcomes. (8(1):2). doi: 10.1186/1752-2897-8-2

Inozu, B., Chauncey, D. et.al. (2012) Performance Improvement for Healthcare-Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management. Novaces: LLC.

Institute of Medicine.(1999) "To Err is Human: Building a Safer Health System" Washington: DC: National Academy Press.

International Atomic Energy Agency Safety Standart Series No. GSR Part 3 (Interim), Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standarts, 2011, Vienna

International Atomic Energy Agency Training Mateerial on Radiation Protection in Diagnostic and Interventional Radiology (Patient Dose)-4. International Atomic Energy Agency, Radiological Protection in Medicine, 2007

ISO 15189 Medical Laboratories-Particular Requirements for Quality and Competence, 2012 Erişim:http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_ics/catalogue_detail_ics.htm?csnumber=56115 Erişim Tarihi.05.07.2014

ISO 31000. (2009). "Risk Management-Principles and Guidelines"

ISO 9001. (2008) "Quality management systems-Requirements"

İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Alımları Genelgesi, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 25 Şubat 2010-010-06-7816

İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, T.C.Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 15 Nisan 2014-28973

İnce, Ü. "Patolojide Kalite Kontrol" ACÜ Tıp Fakültesi ve Acıbadem Sağlık Grubu Patoloji Laboratuvarı Erişim:http://turkpath.org.tr/index.php?category_id=159 Erişim Tarihi: 02.08.2013

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No: 6331, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 30.06.2012-28339

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 18.01.2013-28532

İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 29.12.2012-28512

İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme. International Labour Organization Erişim: http://www.ilo.org/ public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm Erişim Tarihi: 11.04.2014

İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29.03.2013-28602

İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29.12.2012-28512

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29.12.2012-28545

İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 17.07.2013-28710

İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, T.C Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 18.06.2013-28681

İzzettin, F. V, Sancar, M., Acar, Sancar, A., Apikoğlu-Rabuş, Ş. (2013) İlaç Yönetimi. (Hastane Yönetimi) 55. Bölüm. Nobel Tıp Kitabevi, (ss 845-862). İstanbul

Jacobs, A. (2010) "Causes and Treatment of Postpartum Hemorrhage" American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (14:3)

"Japan Council for Quality Health Care" Erişim: http://jcqhc.or.jp/pdf/top/english.pdf Erişim Tarihi: 12 Şubat 2013

Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey Process Guide, (4th Edition for Academic Medical Centers), 2013

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. (4th Edition), 2011

Kaji, A.H., Lewis, R.J., (2008) Assessment of the reliability of the Johns Hopkins/ Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Disaster Drill Evaluation Tool. US National Library of Medicine National Institutes of Health, (52(3): ss204-10)

Kalite İndikatörleri ve SİYÖS, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2014, Ankara

Kan Bileşenlerinin Hazırlanma, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi, Avrupa Kan Transfüzyon Komitesi, 2008, İstanbul: Şan Ofset

Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, Kanun No:5624, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 02 Mayıs 2007-26510

Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 04 Aralık 2008-270704

Kanın Klinik Kullanımı. WHO, (Çev. M. Cem Ar, Bilgen, H. Utku, T.) İstanbul: Türk Kızılayı, 2005

Karen K. Carlson (Ed.) (2008), AACN, Advanced Critical Care Nursing. Saunders. ISBN: 978-1-4160-3219-9

Karl, W., Kathlen, M., Sutcliffe, M. (2007) Managing The Unexoected Resilient Performance in an Age of Uncertainly. (2. Edition). USA: John Wiley&Sons.

Kaya, A. (2010) "Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul

Klinik Kalite Rehberleri, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Klinik Kalite Daire Başkanlığı, Ankara Erişim: http://www.sb.gov.tr/KlinikKalite/belge/1-39304/klinik-kalite-rehberleri.html Erişim Tarihi: 15.01.2015

Köksal İ. (2002) Yoğun Bakım Ünitelerinde Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon. Günaydın M, Esen Ş, Saniç A, Leblebicioğlu H (editörler). Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları Kitabı. 1. Baskı. Samsun: SİMAD Yayınları, (ss:105-13).

Küçükler, N. D., Çelebi, G. (2009) "Hastane Enfeksiyonları Kontrolünde Çamaşırhane" Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel Sunumu.

Laboratory Assesment Tool, WHO, 2012

Laboratory Biosafety Manual, Third Edition, WHO, 2000

Laboratory General Checklist, CAP Accreditation Program. Erişim: http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/ new/microbiology_checklist.pdf Erişim Tarihi: 12.09.2012

Laboratory Quality Management System, Handbook, WHO, 2011

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, (1981)

Lueck, N, Manion, EM, Cohen, MB, Weydert, JA.(2009) Institutionalsecondopinion. Pathol Case Rev.;14: 62-65

"Maternal Mortality and Related Concepts" Vital and Health Statistics. Dept of Health and Human Services, 2007

Medditto, A., Patriarca, M., Magnusson, B. (2007) "Understanding the Meaning of Accuracy,Trueness and Precision" Accred Qual Assur 12: 45-47, DOI 10.1007/s00769-006-0191-z

Medical Laboratories-Requirements for Quality and Competence, International Organization for Standardization, ISO 15189, 2012

Medicare, Medicaid and CLIA Programs; Regulations Implementing the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), Federal Register, 1992, 57(40):7002-7186.

Meral, Y. (2006) "Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma" Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences,WHO, 2009 Erişim: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf Erişim Tarihi:11.08.2014

Mousa, H. A., Alfirevic, Z. (2007) "Treatment for Primary Postpartum Haemorrhage" Cochrane Database Syst Rev. 24(1): CD003249

Noble, M. A. (2010) "Development and Use of Quality Indicators for Process Improvement and Monitoring of Laboratory Quality; Aproved Guideline". Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), QMS12-A Vol.30 No.24

Nour N. M. (2008) "An Introduction to Maternal Mortality" Reviews in Obstetrics and Gynaecology (1 (2) 77–81)

Okay, A. (2012) Sağlık İletişimi. Derin Yayınları

Ovayolu, N., Bahar, A. (2006) "Hemşirelikte Kalite" Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. (Cilt: 9; Sayı: 1)

Öncü, S. (2011) "Cerrahide Antibiyotik Profilaksisi" Ulusal Cerrahi Dergisi. (27(3): 176-181) Erişim: http://www.ulusalcerrahidergisi.org/text. php3?id=947 Erişim Tarihi:10.07.2013

Özbaş, S. ve diğerleri (2014) "Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi" Erişim: http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/cocuk-ergen/yuksek_riskli-bebek-izlem-rehberi.pdf Erişim Tarihi: 11.05.2014

Özel Hastaneler Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 27.03.2002-24708

Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikler, T.C.Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 13.04.2003-25078; 14.01.2004-25346; 03.03.2004-25391; 28.5.2004-25475; 21.10.2006-26326; 15.02.2008-26788; 23.07.2008-26945; 11.03.2009-27166

Özlü, T. (2005) Kuramsal Metinler, "Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, Çünkü Hastasınız." TİMAŞ Yayınları, İstanbul

Özlü, T. (2005) Hasta Hakları. TİMAŞ Yayınları, İstanbul

Patient Care Check List, New Influenza (H1N1), WHO, 2009

Philips, RL., Dovey SM., Hickner, JS., Graham, D., Johnson, M. (2005) "The AAFP Patient Safety Reporting System; Devolopment and Legal Issues Pertinent to Medical Error Tracking and Analysis" In: Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Vol.3 ,page 34-121). Erişim: http:www.ncbi.nlm.nih.gov/bookself/br.fcgi?booksaps3&partsA4255 Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2010

Plebani, M. et.al. (2013) "Towards Harmonization of Quality Indicators in Laboratory Medicine" Clin Chem Lab Med, (51(1), ss. 187-195)

Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge, T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tarih/Sayı: 2010/73-80

Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilites, WHO, 2004, Regional Office for South-East Asia, New Delhi

"Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage" Royal College of Obstetricians Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline, 2009, (No: 52, ss15-24)

"Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage" The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) Clinical Guidelines. JOGC, 2000

Prevention of Hospital-Acquired Infections: A Practical Guide 2nd edition, WHO, 2002

"Postpartum Hemorrhage" American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 76. (108:4 ss:1039-1047)

Price, C., Christenson, R. (2003) Evidence-Based Laboratory Medicine: From Principles to Outcomes, AACC Press, Washington, DC.

Public Health Focus: Survelliance, Prevention and Control of Nosocomial Infections. CDC,1992, MMWR, (cilt:41, ss:783-7)

Pugh, D. S., (Ed). (1990) Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.

Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) Erişim: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/index.html Erişim Tarihi: 03.01.2015

"Radyasyon Güvenliği Komiteleri Çalışma Usul ve Esasları" Erişim: http://www.taek.gov.tr/belgeler-formlar/rsgd-formlari/usul-esaslar/ Erişim Tarihi:10.07.2013

Radyasyon Güvenliği Tüzüğü, T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 07.09.1985-18861

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 24.03.2000-23999

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 30 Haziran 2010-27600

Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 09.03.2013-28582

Raju, P. S., Lonial, S. C. (2003) "The Impact of Service Quality and Marketing on Financial Performance in the Hospital" Industry: An Empirical Examination. Journal of Retailing and Consumer Services. (Cilt.9(6), ss335-348)

Rampton, G.M., Turnbull, L.J., Doran, J. A. (1999) Human Resource Management Systems: A Practical Approach, (2nd edition) Ontorio: Carswell Thomson Professional Publishing, (ss.25)

Raouf E. Nakhleh, M. D., FCAP and Patrick, L., Fitzgibbons, M. D: FCAP editors. (2012) "Quality Management in Anatomic Pathology:" Promoting Patient Safety Through Systems, Improvement and Error Reduction", CAP, Item number: PUB118.

Recommandations of the International Comission on Radiological Protection, (2007) ICRP puplication 103 Erişim:http://www.icrp.org/docs/ICRP_Publication_103-Annals_of_the_ICRP_37%282-4%29-Free_extract.pdf Erişim Tarihi: 13.11.2014

Renshaw AA. (2009) Prospectiveandretrospectivesecondreviewsandaudits in anatomicpathology. Issues in implementationandinterpretation. Pathol Case Rev.; 14, 57-61

Restuccia, D.J. (2013) Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, (Çev. KAYA, S.)

Robert, J.M et. Al. (2010) Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Klavuz (Çev.T.C.Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü), Ankara

Rootman, I. et.al. (2001) Evaluation in Health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series

Roy, JE, Hunt, JL.(2010) Detectionandclassification of diagnosticdiscrepancies (errors) in surgicalpathology. AdvAnatPathol; 17, 359-365

Rubin, D. L. (2010) Informatics in Radiology: Measuring and Improving Quality in Radiology: Meeting the Challenge with Informatics Erişim: DOI: http://dx.doi.org/10.1148/rg.316105207 Erişim Tarihi: 11.11.2014

Rutala, W. A., Weber, D. J. (2007) Sterilization and Disinfection. Jarvis WR (eds). Bennett and Brachman's Hospital Infections. (5.bs), 20. Bölüm. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists, WHO, 2013

Safe Surgery Save Lives, Safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists, WHO, 2009

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete Tarih/Sayı: 26 Mart 2013-28599

Sağlık Bakanlığına Bağlı Pilot Hastanelerdeki Tıbbi Kayıt ve Hasta Dosyaları Arşiv Sistemlerinin ICD 10 AM Kodlamaları Açısından Değerlendirme Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı 06.06.2007 Tarihli ve 5228 Sayılı Makam Onayı

Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 06.08.2013-28730

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 05 Temmuz 2012-28344

Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, 2012, Ankara

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 01.03.2011 Tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı

Sağlıkta Performans Yönetimi, (1. Baskı) T.C.Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2006, Ankara

Sağlıkta Performans Yönetimi, (2. Baskı) T.C.Sağlık Bakanlığı, SHGM, Sağlıkta, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2007, Ankara

Salihoğlu, Ö., Akkuş, C. H., Hatipoğlu, S. (2011) "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları" Bakırköy Tıp Dergisi, (Cilt7, Sayı2)

Samastı, M. (2008) "Hastanelerde Dezenfeksiyon Kullanım Esasları, Yapılan Hatalar" İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi. (Cilt: 60, ss: 143-168)

Sciacovelli, L. et.al. (2011) "Quality Indicators in Laboratory Medicine: from theory to practice, Preliminary data from the IFCC Working Group Project Laboratory Errors and Patient Safety'' Clin Chem Lab Med. (49(5), ss. 835-844)

Shahangian, S. ve Snyder, S. (2009) "Laboratory Medicine Quality Indicators, A Review of the Literature" Am J Clin Pathol, (131, ss. 418-431)

Sistrom C. L. (2009) "The Appropriateness of İmaging: Comprehensive Conceptual Framework" Radiology. (251(3):ss637-49)

SKS Doküman Yönetim Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2013, Ankara

SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1. Cilt, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, Ankara

SKS Işığında Sağlıkta Kalite 2. Cilt, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, Ankara

SKS Işığında Sağlıkta Kalite 3. Cilt, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, Ankara

SKS ve İlaç Güvenliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, Ankara

Spector, J. M. et al, (2012) "Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program" Plos One (volume:7, issue:5), Erişim:http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0035151&representation=PDF Erişim Tarihi:12.11.2014

Srivastava R. et.al. (2010) "Reflex and Reflective Testing: Efficiency and Effectiveness of Adding on Laboratory Tests", Ann Clin Biochem, (47;223-227)

Starfield, B., Shi, L. (2007) "The Medical Home, Access to Care, and Insurance" Pediatrics, (113(5), ss:1493-8)

Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği (DAS), 2011

Sur, H. (2012) Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları

Sur, H. Palteki, T. (2013) Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevi, (ss 509-519). İstanbul

Süngü, A. (2007) "Ameliyathane Havalandırma Sistemleri IVF ve Genetik Laboratuvar Havalandırma Sistemleri" 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Erişim: http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu- das-2007-yazi.pdf Erişim Tarihi:10.07.2013

Şimşek, Ö. Y. ve diğerleri (2012) "Neredeyse Kaybedilecek (near miss) Obstetrik Hasta Profili, Tedavi Sonuçları ve Maternal Mortalite Değerlendirmesi: Üçüncü Basamak Merkez Deneyimi" Perinatoloji Dergisi 20(1):1-5

Task Force on Guidelines. Society of Critical Care Medicine. Recommendations for Critical Care Unit Design. Crit Care Med., 1988, (16:796-806).

Tatar, M.(Ed). (2012) Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir Anadolu Üniversitesi

Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 14.03.2005-25755

Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara

The Fitness for Purpose of Analytical Methods: A Laboratory Guide to Method Validation and Related Topics: Second Edition, A Focus for Analytical Chemistry in Europe (EURACHEM), 2014 Erişim:https://www.eurachem.org/images/stories/Guides/pdf/MV_guide_2nd_ed_EN.pdf Erişim Tarihi: 15.07.2014

Thompson, B.L., (1998) Yönetim Fonksiyonları. (Çev.Diker, V.G.), Hayat Yayınları, İstanbul

Thompson, M., Ellison, S.L.R. and Wood, R. (2002) "Harmonized Guidelines For Single-Laboratory Validation Of Methods Of Analysis" Pure Appl. Chem., 74, (5) 835 – 855

Thompson, RD., at al. (2012) Guidelines for Intensive Care Unit Design. Crit Care Med (40:1586)

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 22.07.2005-25883

Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik Taslağı Erişim: http://www.medikalplus.com/muhittin-erturk/746-tibbi-cihazlarin-test-kontrol-ve-kalibrasyon-hakkindaki-yonemelik-taslagi.html Erişim Tarihi: 05.12.2014

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 2011-270704

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, Ankara

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yönergesi, Türk Medeni Kanunu, 06.03.2014 tarih ve 9453 sayılı Makam Onayı

Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, 2011, Ankara

Turkey, National Maternal Mortality Study, Hacettepe University, Instute of Population Studies, 2005, Ankara

Türk Dil Kurumu, Erişim: www.tdk.gov.tr Erişim Tarihi:04.01.2015

Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Erişim: http.www.taek.gov.tr, Erişim tarihi: 10.07.2013

Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2010, Ankara

Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi, Türkiye Kan Merkezleri Transfüzyon Derneği, 2011, İstanbul; Çesa Basım Hizmetleri

Usluer, G. ve diğerleri (2006) İzolasyon Önlemleri Kılavuzu, Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, (Cilt: 10, Ek 2)

Uztuğ, F. (Ed). Kurumsal İletişim. Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No 1562

Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004) İşletmelerde Stratejik Yönetim. Literatür Yayınları

Ünal, N. (2001) "Hastane İnfeksiyonları ve Hastane Tasarımı, Yoğun Bakımların Tasarımı". Hastane İnfeksiyonleri Dergisi (5(3), ss:183-194)

Viccellio, A. et.al. (2009) "The Association Between Transfer of Emergency Department Boarders to Inpatient Hallways and Mortality: A 4-Year Experience", Ann Emerg Med. (cilt:54, sayı:4, ss:487-91).

Wayne, P. A. (2008) "Using of Proficiency Testing to İmprove the Clinical Laboratory Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI). Approved Guidelines, 2nd ed. GP27-A2., USA: CLSI.

Westgard, J. O. (1995) "A method Evaluation decision Chart (MEDx Chart) for Judging Method Performance" Clin Lab Sci. (8(5):277-83)

Westgard, J. O et all, (2006) "Statistical Quality Control for Quantitative Measurement Procedure: Principles and Definitions; Approved Guidelines-Third

Edition" Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), C24-A3, Vol. 26 No.25

Wiener-Kronish, J. P., Dorr, H. I. (2008) "Ventilator-Associated Pneumonia: Problems Withdiagnosis and Therapy" Best Pract Res Clin Anaesthesiol. (22(3):437-49)

Williams, SJ., Calnan, M., (1991). Convergence and Divergence: "Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine", (cilt.33 (6), ss707-716)

World Alliance for Patient Safety, World Health Organization, 2009

Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 20.08.2008-2652

Yapı Denetimi Uygulama Yönetmeliği, T.C.Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 05.02.2008-26778

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 16.10.2009-27378

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 29/05/2013-28661

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 11.08.2005-25903

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 25.06.2011-27975

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 13.01.1983-17927

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi, T.C. Sağlık Bakanlığı 06.11.2001 Tarihli ve 10588 Sayılı Makam Onayı

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı 06.06.2007 Tarihli ve 5228 Sayılı Makam Onayı

Yi, M., Yao, G., Bai, Y. (2014) "The Monitoring of Intra-Abdominal Pressure in Critically Ill Patients" Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue. (26(3):175-8)

Zarbo RJ, Mejer FA, Raab SS. (2005) Errordetection in anatomicpathology. ArchPatholLabMed; 129, 1237-1245

Zenciroğlu, D. (2005) "Etilen Oksit ile Sterilizasyon; Nasıl Çalışır? Kullanılan Cihazların Özellikleri Nelerdir? Nasıl Denetlenir?" 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi

İNDEKS

A

Acil VII, VIII, XII, 2, 14, 24, 29, 30, 31, 35, 38, 39, 40, 43, 46, 47, 49, 50, 56, 60, 65, 71, 80, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 134, 147, 150, 153, 161, 165, 166, 170, 172, 173, 176, 203, 211, 214, 215, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 242, 253, 254, 259, 265, 287, 301, 328, 335, 336, 348, 373, 390, 391, 411, 415, 420, 433, 434, 439, 447

Advers 2, 5, 47, 171, 175, 414

Aferez 2, 48, 200, 201

Afet XII, 24, 29, 31, 38, 39, 43, 65, 80, 95, 96, 97, 98, 220, 432

Ağrı 10, 46, 151, 160, 238

Alan X, XV, 3, 6, 8, 10, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 32, 35, 43, 46, 49, 53, 57, 60, 62, 63, 84, 100, 130, 139, 149, 150, 155, 156, 162, 170, 177, 190, 199, 208, 209, 215, 217, 222, 231, 232, 237, 243, 247, 248, 267, 269, 276, 279, 280, 293, 294, 309, 322, 338, 342, 345, 347, 348, 355, 362, 371, 376, 386, 391, 397, 398, 399, 402, 419, 427, 433

Alet 7, 59, 78, 92, 390, 418

Amaç XI, 2, 20, 22, 42, 67, 68, 69, 70, 73, 74, 76, 83, 87, 88, 91, 95, 105, 106, 111, 119, 129, 133, 137, 149, 169, 179, 189, 199, 207, 219, 229, 237, 239, 243, 251, 257, 267, 277, 291, 307, 319, 333, 341, 351, 361, 369, 375, 379, 385, 387, 389, 395

Ambulans 62, 97, 220, 223, 225, 227, 398

Ameliyat 3, 7, 51, 166, 167, 231, 233, 235, 252, 416, 417, 418

Ameliyathane XII, 3, 24, 31, 38, 40, 47, 50, 147, 161, 167, 172, 229, 230, 231, 233, 391, 411, 415, 417, 420, 432, 433, 445

Analitik 3, 4, 368, 420

Analiz III, 3, 8, 27, 43, 53, 54, 55, 56, 59, 89, 92, 93, 94, 140, 184, 279, 280, 285, 289, 290, 293, 294, 299, 303, 304, 309, 316, 317, 321, 322, 326, 328, 329, 386, 387, 388, 428

Anestezi V, VI, 28, 50, 60, 166, 233, 234, 252, 391, 415, 417, 418, 432

Anket 74, 122, 145

Antibiyotik 2, 3, 54, 60, 62, 170, 180, 301, 391, 397, 441

Antisepsi 3, 48, 180, 185, 445

Arşiv XIII, 24, 29, 31, 38, 40, 58, 97, 331, 369, 370, 373, 374, 393, 435, 443, 447

Asgari 2, 10, 68, 70, 71, 80, 88, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 103, 106, 109, 115, 122, 123, 130, 131, 142, 145, 150, 152, 153, 155, 157, 161, 163, 165, 170, 171, 173, 180, 182, 184, 185, 190, 195, 200, 202, 203, 211, 220, 222, 230, 234, 238, 240, 244, 246, 248, 253, 258, 259, 260, 262, 263, 268, 269, 270, 272, 273, 274, 276, 278, 280, 281, 282, 286, 289, 290, 292, 294, 295, 296, 300, 303, 304, 308, 310, 311, 312, 314, 316, 317, 320, 322, 323, 324, 327, 343, 344, 352, 353, 355, 357, 359, 362, 363, 365, 367, 368, 370, 371, 372, 373, 374, 376, 378, 387

Atık XIII, 3, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 24, 29, 31, 38, 40, 58, 80, 180, 216, 227, 331, 339, 375, 376, 377, 378, 433, 442

B

Bağış 48, 115, 200, 201

Bağışçı 200, 201, 202, 203

Bağışıklık 163, 187

Bakım VIII, XII, XIV, 3, 8, 9, 11, 13, 21, 24, 25, 27, 28, 31, 38, 40, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 56, 57, 58, 60, 80, 98, 103, 109, 115, 122, 142, 147, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 160, 161, 162, 163, 164, 167, 172, 183, 184, 190, 193, 194, 195, 199, 214, 225, 234, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 254, 257, 259, 267, 274, 275, 281, 282, 287, 295, 296, 301, 312, 315, 323, 324, 328, 338, 339, 340, 345, 346, 347, 349, 365, 366, 369, 391, 392, 402, 403, 405, 406, 408, 415, 417, 418, 419, 420, 432, 433, 435, 440, 444, 447

Balon 2, 165, 239, 242, 245, 249, 253

Bası 51, 60, 63, 151, 238, 241, 391, 398

Belirsizlik 285, 299, 326

Bertaraf 6, 10, 47, 170, 178, 216, 378

Beslenme 51, 109, 113, 151, 154, 159, 238, 244, 248, 262

Beyaz 43, 59, 102, 156, 390

Bildirim 43, 55, 58, 92, 93, 94, 121, 157, 288, 289, 301, 302, 303, 316, 366, 409, 414

Bilgi III, IX, XII, XIV, XVI, 3, 4, 7, 9, 24, 29, 31, 38, 40, 44, 51, 52, 57, 58, 61, 70, 71, 77, 92, 93, 113, 124, 125, 130, 135, 138, 142, 151, 167, 182, 195, 225, 235, 255, 282, 288, 290, 296, 302, 304, 316, 317, 324, 327, 329, 331, 337, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 358, 369, 371, 372, 377, 387, 393, 413, 421, 436

Bilgisayar 4, 130, 357

Bina 44, 56, 80, 97, 104, 334, 335, 439

Biyokimya VI, VIII, IX, XII, 24, 25, 28, 31, 38, 40, 53, 147, 277, 278, 279, 392

Boyut 21, 22, 24, 30, 38, 41, 42, 44, 46, 56, 59

Bölüm XIII, 4, 9, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 70, 71, 73, 75, 76, 84, 88, 89, 101, 107, 108, 138, 140, 141, 142, 153, 157, 158, 181, 203, 208, 277, 280, 294, 310, 311, 322, 342, 353, 355, 357, 365, 372, 377, 383, 386, 389, 390, 403, 406, 427, 439, 443

C-Ç

Cenaze 45, 133, 134, 135

Cerrahi VI, VII, VIII, XIII, XV, XVI, XVII, 3, 4, 7, 8, 11, 27, 28, 47, 50, 51, 60, 62, 63, 77, 92, 166, 167, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 391, 397, 398, 410, 415, 416, 417, 418, 419, 424, 427, 428, 433, 437, 441

Cihaz V, VI, XIII, 24, 29, 31, 38, 40, 48, 50, 53, 54, 55, 58, 77, 194, 195, 196, 209, 221, 230, 282, 287, 290, 296, 301, 304, 312, 315, 324, 328, 331, 355, 361, 362, 363, 365, 366, 368, 417, 422

Çalışan XII, 7, 8, 22, 24, 31, 32, 38, 39, 41, 42, 44, 46, 49, 58, 59, 74, 78, 87, 88, 92, 106, 116, 137, 140, 144, 145, 194, 214, 215,

226, 229, 230, 318, 336, 341, 356, 358, 359, 360, 361, 377, 390, 434, 437, 444

Çevre V, 3, 56, 69, 87, 88, 337, 375

Çocuk V, VIII, 2, 28, 95, 101, 143, 158, 165, 170, 183, 213, 241, 255, 263, 271, 338, 347, 402, 403, 433, 435

D

Danışma 45, 50, 130, 222

Değer 5, 10, 11, 288, 289, 302, 303, 387

Değerlendirme XV, 4, 6, 10, 11, 18, 19, 21, 22, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 42, 53, 54, 55, 59, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 130, 131, 132, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 252, 253, 254, 255, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 290, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 304, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 370, 371, 372, 373, 374, 376, 377, 378, 380, 381, 386, 387, 402, 403, 406, 428, 432, 443

Depo 172, 216, 355, 364

Destek XII, 14, 22, 23, 24, 31, 38, 39, 40, 41, 46, 56, 57, 67, 102, 127, 141, 159, 180, 259, 330, 358, 360

Dezenfeksiyon 4, 48, 180, 185, 186, 192, 197, 227, 230, 231, 263, 376, 414, 440, 444, 445, 447

Dış XIII, 4, 5, 7, 9, 15, 24, 29, 31, 38, 40, 43, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 69, 70, 85, 240, 246, 263, 281, 284, 295, 298, 311, 314, 323, 325, 331, 360, 379, 380, 381, 392, 393, 422, 427, 432, 440

Dış Kalite 4, 53, 54, 55, 60, 61, 281, 284, 295, 298, 314, 323, 325, 392, 393, 422

Dislokasyon 61, 396

Diş V, 28, 113, 209, 411, 432, 435

Diyaliz XII, 5, 24, 25, 31, 38, 40, 52, 147, 161, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 392, 435

Doğum VII, VIII, IX, XII, XIII, XV, 24, 31, 38, 40, 52, 60, 147, 156, 234, 251, 252, 253, 254, 255, 372, 392, 425, 435

Doküman XI, XV, 5, 15, 24, 29, 30,

31, 38, 39, 43, 65, 83, 84, 85, 88, 109, 115, 150, 155, 157, 161, 190, 200, 220, 230, 238, 244, 258, 268, 281, 295, 308, 311, 323, 352, 362, 367, 370, 376, 386, 444

Donanım IV, 71, 174, 213, 214, 357, 358, 359

Donör 327

Dosya 15, 282, 296, 324, 370, 372, 435, 437, 441

Dozimetre 214

Düşme XIII, 46, 151, 157, 158, 238, 334, 402, 403, 405, 406, 408, 423

Düzeltici XVI, 5, 75, 81, 94, 100, 101, 102, 103, 132, 141, 280, 294, 310, 322, 368

E

Eczane 4, 170, 172, 173, 355, 411

Eğitim V, VI, VII, VIII, IX, XII, XIV, 9, 14, 24, 29, 31, 38, 39, 42, 43, 44, 48, 49, 52, 58, 62, 65, 70, 74, 77, 78, 79, 80, 93, 98, 101, 102, 103, 105, 106, 108, 109, 112, 113, 124, 130, 131, 138, 142, 155, 159, 161, 174, 175, 182, 186, 187, 197, 200, 212, 215, 222, 234, 248, 251, 255, 259, 274, 276, 279, 280, 281, 282, 283, 289, 293, 294, 295, 296, 297, 303, 308, 309, 310, 312, 313, 321, 322, 323, 324, 325, 343, 346, 354, 355, 364, 367, 368, 372, 377, 378, 390, 397, 403, 406, 433, 440, 445

Ekip 75, 96, 164, 170, 222, 334, 418

Ekipman 2, 8, 46, 51, 52, 104, 130, 142, 161, 165, 174, 186, 190, 227, 240, 242, 246, 249, 253, 269, 345, 349, 376, 417

El Hijyeni 5, 27, 47, 48, 59, 109, 154, 180, 182, 184, 248, 391, 413, 414

Endikasyon 5, 184

Endoskopi 26, 197

Enfeksiyon III, VIII, IX, 2, 3, 5, 13, 32, 33, 47, 63, 180, 181, 185, 187, 239, 398, 399, 447

Engelli 45, 46, 56, 132, 143, 259, 336

Envanter 5, 367

Erişim XII, 24, 29, 31, 38, 39, 45, 117, 129, 262, 352, 371, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446

Etilen Oksit 196, 433, 436, 447

Etki 2, 15, 47, 171, 175, 357, 414, 428

Etkililik 20, 21, 67, 73, 83, 87, 95, 105, 111, 137, 189, 219, 229, 237, 243, 277, 291, 307, 319, 379, 385, 389, 395

Etkinlik 20, 21, 67, 73, 83, 87, 95, 105, 107, 108, 137, 149, 169, 189, 192, 199, 207, 219, 229, 237, 243, 251, 257, 267, 277, 291, 307, 319, 333, 351, 361, 379, 385, 389, 395

F

Faaliyet XVI, 5, 81, 88, 139, 280, 294, 310, 322, 368

Farmakovijilans XVII, 5, 47, 175

Fibrinolitik 61, 396

Format 85

Formüler 170

G

Görev 18, 27, 32, 33, 42, 43, 52, 53, 67, 68, 74, 77, 78, 79, 80, 81,

88, 96, 98, 125, 127, 138, 170, 180, 226, 259, 276, 279, 293, 321, 350, 362, 439

Görüntüleme XVII, 49, 211, 212, 213, 417

Görüş XIV, 18, 19, 43, 44, 46, 92, 94, 121, 144, 182, 286, 300, 314, 327

Gösterge XIII, XV, 6, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 59, 382, 387, 390, 396

Gözlem 50, 53, 184, 221, 224, 261, 270, 273, 414

Güvenli XIII, XIV, XV, 21, 25, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 77, 98, 137, 161, 162, 166, 167, 174, 175, 200, 202, 204, 222, 224, 233, 234, 242, 249, 253, 254, 282, 296, 312, 324, 333, 337, 338, 339, 341, 344, 347, 351, 352, 361, 362, 364, 366, 367, 369, 391, 392, 424, 425, 437

Güvenlik XII, 7, 24, 29, 31, 38, 39, 43, 45, 48, 57, 65, 74, 91, 92, 93, 94, 98, 134, 157, 178, 182, 191, 196, 221, 226, 234, 270, 346, 350, 359, 360, 379, 409, 436, 439

H

Hakkaniyet 20, 21, 111, 119, 129, 133, 149, 199, 229, 237, 243, 251, 257, 267, 385, 389, 395

Hasta XII, XIV, XVI, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 22, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 69, 70, 73, 74, 77, 81, 87, 88, 91, 92, 95, 97, 98, 105, 106, 109, 111, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 147, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 171, 174, 177, 179, 183, 184, 185, 189, 195, 199, 200, 205, 207, 208, 211, 213, 215, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 244, 245, 246, 251, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 283, 284, 286, 287, 288, 291, 297, 298, 300, 301, 302, 307, 310, 313, 314, 315, 319, 325, 327, 328, 333, 334, 336, 338, 341, 343, 347, 348, 349, 350, 351, 355, 361, 368, 370, 372, 373, 374, 375, 377, 379, 381, 385, 386, 389, 390, 391, 392, 393, 395, 396, 397, 398, 399, 402, 403, 405, 406, 408, 410, 411, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 422, 432, 434, 435, 437, 440, 441, 443, 445

Hastane II, X, XI, XV, XVI, 2, 6, 7, 10, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 56, 57, 61, 68, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 87, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 112, 113, 114, 121, 122, 124, 129, 130, 134, 137, 140, 141, 143, 144, 151, 156, 157, 161, 163, 165, 166, 170, 180, 181, 186, 200, 204, 208, 215, 220, 222, 225, 226, 227, 277, 286, 287, 300, 301, 314, 315, 327, 328, 329, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 346, 348, 350, 352, 355, 356, 359, 366, 370, 379, 393, 405, 432, 433, 434, 435, 437, 439, 440, 444, 445, 446

Hata XIII, 51, 54, 55, 56, 57, 171, 178, 235, 290, 305, 318, 329, 353, 409, 410, 411, 415

Havalandırma 50, 51, 56, 180, 186, 191, 210, 221, 232, 240, 246, 252, 265, 269, 274, 318, 338, 346, 347, 348, 349, 445

Hedef 6, 7, 9, 13, 25, 44, 70, 101, 113, 387

Hekim VII, 14, 44, 100, 122, 125, 127, 142, 151, 153, 158, 161, 162, 166, 173, 200, 201, 203, 205, 260, 262, 271, 279, 293, 309, 321, 411, 415

Hizmet VI, XV, 6, 8, 10, 14, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 32, 35, 42, 44, 45, 46, 52, 53, 56, 57, 69, 70, 71, 76, 79, 81, 88, 97, 107, 108, 111, 112, 119, 121, 125, 127, 130, 131, 133, 134, 140, 144, 149, 150, 152, 153, 155, 158, 162, 163, 170, 183, 185, 202, 221, 223, 237, 259, 268, 269, 276, 335, 336, 347, 349, 355, 358, 359, 366, 380, 389, 395, 437, 446

I-İ

İç VIII, 7, 53, 54, 55, 57, 60, 61, 69, 263, 281, 283, 295, 297, 323, 325, 360, 392, 393, 422

İlaç V, VI, XII, XV, XVI, 2, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 24, 31, 38, 39, 47, 50, 59, 62, 77, 92, 99, 100, 147, 151, 155, 165, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 217, 220, 221, 227, 230, 242, 259, 260, 390, 397, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 432, 438, 439, 444

İletişim II, IV, 7, 9, 42, 46, 67, 70, 71, 77, 97, 98, 102, 103, 120, 121, 130, 131, 135, 153, 175, 222, 226, 276, 282, 296, 324, 343, 355, 358, 359, 412, 428, 446

İmha 43, 60, 86, 200, 206, 367, 391

İndikatör 190, 193, 195

İnme 63, 223, 398, 399

İnternet 121

İntraoperatif 7, 55, 311, 427

İstatistik III, VI

İstem 13, 49, 173, 200, 203, 213, 271, 279, 290, 293, 304, 309, 317, 321, 412

İstihdam 139

İzlem 157, 252, 254, 255, 433, 441

İzlenebilirlik 48, 195, 221

İzolasyon 7, 48, 180, 185, 187, 239, 245, 446

K

Kalibrasyon VII, 7, 80, 193, 195, 281, 282, 295, 296, 323, 324, 365, 366, 368, 417, 446

Kalite II, III, IV, XI, XIV, XV, 4, 5, 7, 10, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 38, 39, 42, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 65, 71, 73, 74, 75, 76, 79, 83, 84, 88, 100, 101, 102, 103, 105, 121, 140, 141, 144, 195, 258, 281, 282, 283, 284, 287, 295, 296, 297, 298, 301, 308, 313, 314, 315, 323, 324, 325, 328, 334, 344, 368, 379, 386, 389, 390, 392, 393, 395, 402, 406, 409, 422, 427, 432, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 444

Kamu III, V, VI, VIII, 7, 20, 70, 138, 139, 434, 440

Kan 2, 5, 6, 7, 13, 14, 48, 49, 59, 60, 61, 62, 78, 155, 166, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 260,

355, 390, 391, 392, 393, 396, 397, 408, 416, 417, 418, 420, 428, 439, 446

Kantitatif 8, 53, 54, 55, 285, 299, 326

Kayıt XIII, 14, 24, 29, 31, 40, 45, 46, 50, 58, 81, 84, 101, 107, 108, 109, 127, 131, 132, 134, 141, 151, 152, 154, 162, 167, 175, 186, 194, 195, 202, 203, 204, 205, 206, 214, 215, 216, 217, 222, 254, 255, 265, 273, 274, 279, 280, 284, 293, 294, 298, 301, 309, 310, 311, 313, 317, 322, 325, 331, 336, 351, 352, 353, 355, 356, 358, 359, 360, 366, 368, 369, 370, 393, 414, 421, 427, 443, 447

Kaynak XIII, XV, 4, 21, 24, 29, 31, 38, 40, 58, 59, 108, 331, 379, 380, 381

Kaza 2, 49, 141, 215, 338, 376, 378

Kırmızı 44, 103, 156, 185, 222, 337, 423

Kısıtlama 8, 162, 268

Kimlik 8, 45, 46, 48, 134, 135, 155, 156, 174, 200, 201, 205, 261, 279, 293, 309, 321, 365

Kişisel 2, 4, 6, 8, 46, 57, 102, 103, 124, 142, 143, 161, 165, 225, 227, 269, 347, 348, 349, 351

Klinik III, VII, VIII, IX, XIII, XV, 11, 15, 24, 28, 30, 31, 32, 38, 40, 46, 54, 60, 61, 97, 98, 151, 156, 163, 170, 175, 224, 237, 238, 243, 244, 268, 277, 279, 280, 284, 285, 288, 293, 294, 298, 299, 302, 304, 309, 310, 314, 321, 322, 326, 355, 383, 386, 392, 395, 410, 411, 415, 416, 420, 435, 439, 440

Kod 31, 32, 33, 42, 43, 44, 59, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 130, 131, 132, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 252, 253, 254, 255, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 370, 371, 372, 373, 374, 376, 377, 378, 380, 381, 386, 387, 388, 390, 396, 409, 410, 411, 412, 415, 416, 420, 421

Komite 42, 77, 78, 79, 80, 81

Konsültasyon 7, 46, 50, 55, 162, 220, 224, 268, 311, 427, 428

Koroner XVI, 28, 61, 396

Koruyucu 2, 4, 8, 11, 13, 46, 55, 97, 142, 165, 172, 187, 196, 213, 214, 227, 248, 318, 345, 349, 364

Kök 8, 89, 94, 284, 298, 325

Kurumsal X, XI, 9, 10, 13, 18, 19, 22, 24, 27, 29, 30, 31, 38, 39, 41, 42, 64, 65, 67, 69, 70, 74, 76, 215, 446

Kültürel 13, 45, 112, 113, 124, 125, 134

L

Laboratuvar XVII, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 260, 262, 277, 278, 279, 282, 283, 284, 286, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 296, 297, 298, 300, 302, 303, 304, 305, 307, 308, 309, 312, 313, 314, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 324, 325, 327, 329, 355, 367, 392, 420, 422, 445

M

Mahremiyet 4, 6, 9, 11, 13, 45, 134

Malzeme XIII, 4, 9, 10, 24, 29, 31, 38, 40, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 58, 97, 99, 104, 143, 165, 172, 183, 186, 192, 195, 220, 221, 227, 230, 240, 246, 259, 282, 296, 312, 324, 331, 345, 349, 355, 361, 362, 363, 364, 416, 421, 422

Manevi 45, 125, 134

Manyetik XVII, 15, 49, 211

Maske 2, 165, 239, 242, 245, 249, 253, 345

Mavi 43, 59, 100, 101, 156, 185, 390, 423

Medikal XVII, 50, 56, 61, 233, 262, 337, 339, 396

Memnuniyet XV, 35, 46, 59, 122, 145, 390

Metot 9, 53, 54, 55, 284, 285, 298, 299, 326

Miat 100, 165, 172, 174, 177, 203, 227, 282, 296, 312, 324, 412

Mikrobiyoloji III, V, VI, VII, VIII, IX, XII, XV, 15, 24, 26, 28, 29, 31, 38, 40, 54, 147, 202, 205, 277, 291, 292, 293, 304, 392

Misyon 10, 13, 42, 69, 71

Morbidite 112, 428, 429

Morg 45, 134, 135, 180

Mortalite 51, 60, 61, 112, 241, 247, 391, 392, 396, 445

Muayene 14, 57, 124, 131, 132, 151, 220, 221, 260, 349, 433

Muhafaza 4, 43, 48, 49, 86, 134, 135, 143, 177, 194, 197, 200, 203, 204, 233, 234, 248, 345, 362, 364, 370, 412

Müdahale 2, 14, 44, 47, 49, 61, 95, 97, 100, 101, 103, 121, 122, 123, 144, 165, 174, 206, 211, 215, 220, 221, 223, 253, 265, 348, 359, 362, 393

N

Narkotik 10, 47, 176, 177, 408, 412

Nem 50, 172, 191, 231, 240, 246, 346, 358, 364, 373, 412

Numune VIII, 3, 60, 61, 278, 279, 280, 288, 290, 292, 293, 294, 302, 304, 320, 321, 322, 336, 392, 393, 420, 421, 433

Nükleer VI, VII, VIII, XVI, 12, 27, 28, 49, 96, 98, 209, 215, 216, 217

Nütrisyon 10, 159, 238, 244

O-Ö

Oksijen 2, 50, 99, 165, 211, 233, 242, 247, 248, 249, 436

Operasyon 62, 63, 151, 397, 399

Organ 11, 44, 52, 113, 115, 234, 262, 429

Organizasyon 9, 10, 27, 42, 67, 68, 69, 71, 97

Otelcilik XII, 10, 24, 29, 31, 38, 40, 56, 331, 341

Otoklav 56, 193, 340

Ölçüm 10, 53, 54, 55, 62, 216, 285, 299, 318, 326, 385, 397

Ölüm 61, 396

Öneri 19, 44, 46, 121, 144

Özellikli 10, 46, 71, 126, 161, 163, 329, 402, 405, 427

P

Palyatif 11, 47, 164

Panik 11, 53, 54, 55, 288, 289, 302, 303, 308, 316, 335, 422

Patoloji VII, VIII, IX, XII, XIII, 24, 28, 31, 38, 40, 54, 55, 147, 277, 307, 308, 309, 313, 314, 393, 421, 427, 428, 434, 438

Pembe 43, 59, 101, 156, 390

Performans 11, 45, 140, 232, 434, 435, 443, 444

Personel 45, 59, 74, 107, 108, 121, 130, 138, 139, 144, 172, 191, 200, 204, 217, 221, 222, 231, 242, 249, 318, 336, 345, 355, 364, 380, 390, 411, 415, 420

Plan 11, 15, 43, 88, 97, 106, 108, 224, 273, 343, 365, 441

Poliklinik 4, 45, 130, 131, 132, 355, 372, 411, 415, 420, 441

Preoperatif 11, 166, 432

Program 44, 48, 113, 114, 142, 180, 193, 437, 440, 444

Psikiyatri VI, VIII, XII, 24, 28, 31, 38, 40, 52, 53, 98, 147, 156, 161, 183, 267, 268, 269, 276

Psikotrop 11, 47, 176, 177, 412

R

Radyasyon XII, 7, 12, 15, 24, 27, 28, 31, 38, 40, 49, 77, 147, 207, 208, 209, 210, 213, 214, 215, 216, 217, 391, 442, 444

Radyoaktif XVI, 12, 27, 49, 97, 98, 215, 216, 217, 377, 442

Radyoloji VII, VIII, IX, 4, 28, 49, 209, 213, 214, 355, 434

Rapor 286, 300, 314, 327, 355, 409, 422, 427, 428

Raporlama XII, 24, 29, 31, 38, 39, 43, 65, 74, 91, 92, 93, 94, 157, 178, 308, 315, 316, 327, 409

Reaksiyon 206

Refakatçi 126

Rehabilitasyon VI, VII, 53, 238, 267, 269, 270, 272

Rehber XV, 12, 15, 107

Rehberlik XV, 22, 67, 68, 69, 70, 78, 81, 85, 88, 89, 92, 100, 101, 102, 103, 107, 108, 112, 113, 114, 124, 127, 130, 138, 139, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 158, 160, 163, 164, 167, 170, 172, 176, 177, 182, 183, 184, 187, 193, 194, 202, 205, 208, 209, 210, 211, 213, 217, 221, 223, 224, 231, 232, 235, 239, 241, 242, 247, 249, 253, 255, 258, 262, 264, 270, 271, 273, 279, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 293, 297, 298, 299, 300,

301, 302, 309, 313, 314, 315, 318, 321, 325, 326, 327, 328, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 342, 352, 353, 366, 370, 387

Revizyon II, 12, 62, 106, 397

Rıza 12, 15, 123, 271

Risk XII, 11, 12, 21, 24, 27, 29, 31, 38, 39, 43, 46, 65, 74, 87, 88, 89, 96, 141, 151, 157, 158, 159, 166, 183, 220, 241, 247, 334, 342, 343, 353, 402, 403, 406, 409, 432, 438

S

Sağlık II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, XII, XIV, XV, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 41, 44, 45, 46, 48, 50, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 67, 69, 71, 77, 78, 100, 111, 112, 121, 124, 132, 137, 139, 142, 146, 150, 151, 152, 153, 155, 159, 161, 165, 166, 170, 177, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 187, 200, 205, 207, 211, 219, 220, 222, 224, 226, 229, 259, 261, 267, 270, 271, 273, 276, 278, 279, 292, 293, 309, 320, 347, 361, 378, 390, 395, 403, 406, 409, 416, 419, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 443, 444, 445, 446, 447

Saklama 124, 203, 204, 206, 344, 367

Servis XII, 2, 24, 31, 38, 40, 49, 50, 98, 147, 161, 172, 214, 219, 220, 221, 224, 226, 391, 411, 415, 420, 434, 447

Sevk 50, 51, 60, 220, 225, 238, 242, 244, 249, 271, 391

Sıcaklık 50, 172, 191, 203, 231, 240, 246, 282, 296, 312, 324, 344, 346, 358, 364, 373, 412

Sıvı 13, 216, 240, 246, 248, 348, 349

Sistematik 13, 199, 354, 369, 409

Skopi 28, 209, 210, 213, 214

Skorlama 158, 238, 241, 244, 247

Sorumlu 28, 120, 170, 279, 288, 293, 302, 309, 316, 321, 359, 386, 387

Sorumluluk XII, 9, 11, 24, 31, 39, 42, 44, 65, 67, 68, 71, 81, 97, 100, 101, 102, 103, 111, 114, 439

Sosyal XII, 12, 13, 14, 24, 31, 39, 44, 45, 46, 53, 65, 71, 111, 112, 113, 114, 124, 127, 143, 151, 267, 271, 276, 440, 446

Steril 3, 13, 48, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 231, 232, 253, 418

Sterilizasyon XII, 4, 13, 24, 31, 38, 39, 48, 147, 180, 185, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 227, 258, 414, 434, 440, 445, 447

Stok 9, 10, 100, 165, 172, 203, 227, 363, 412

Sunucu 57, 356, 357, 358, 359

Süreç 3, 9, 21, 23, 27, 43, 55, 88, 89, 166, 178, 184, 185, 219, 279, 280, 289, 293, 294, 303, 309, 310, 311, 316, 321, 322, 371, 420, 434

Süreklilik 20, 21, 57, 67, 111, 114, 119, 129, 169, 189, 277, 291, 307, 319, 333, 350, 351, 369, 385, 389, 395

Sürveyans 13, 54, 180, 181, 304, 446

T

Taburcu 217, 220, 225, 255, 276, 373

Tarama 78, 142

Tedavi VI, VII, XVI, 2, 3, 5, 9, 14, 15, 21, 26, 44, 45, 46, 50, 53, 57,

61, 63, 70, 109, 122, 124, 127, 132, 142, 151, 152, 155, 156, 162, 170, 173, 175, 187, 203, 205, 217, 222, 223, 225, 259, 260, 267, 268, 274, 350, 372, 396, 398, 412, 428, 429, 435, 445, 447

Temiz 3, 57, 135, 191, 192, 197, 212, 231, 232, 259, 272, 345, 346, 348, 349

Tesis XII, 7, 13, 24, 28, 29, 31, 38, 40, 42, 43, 56, 80, 87, 88, 98, 180, 230, 331, 333, 334

Test XVI, 3, 4, 6, 9, 12, 53, 54, 55, 56, 58, 61, 107, 108, 155, 195, 202, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 313, 314, 317, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 356, 367, 368, 396, 421, 422, 446

Teşhis 2, 14, 21, 44, 45, 50, 97, 122, 124, 132, 225, 373

Teşvik 18, 27, 44, 47, 111, 113, 143, 182, 267, 272, 276

Tıbbi III, V, VI, VII, VIII, IX, XIII, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 21, 23, 24, 29, 31, 40, 44, 45, 48, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 71, 77, 80, 95, 97, 99, 109, 122, 123, 124, 125, 127, 141, 201, 206, 213, 224, 225, 227, 233, 235, 238, 239, 244, 245, 247, 248, 252, 258, 261, 262, 268, 290, 305, 318, 329, 331, 347, 349, 351, 356, 362, 364, 365, 366, 369, 370, 371, 372, 377, 393, 409, 417, 420, 433, 438, 443, 445, 446, 447

Toplantı 80

Toplum X, XVII, 12, 14, 113, 268, 276, 433, 446

Transfer 161, 204, 206, 242, 249, 279, 293, 309, 321, 364, 413, 416, 418, 419, 420, 421, 446

Transfüzyon XII, 7, 14, 24, 31, 38, 40, 48, 49, 77, 147, 199, 200, 203, 204, 205, 206, 391, 439, 446

Triyaj 14, 35, 50, 220, 222

U-Ü

Uygulanabilirlik 19

Uygunluk 19, 20, 21, 111, 129, 149, 169, 199, 237, 243, 251, 257, 267, 277, 280, 282, 291, 294, 296, 307, 310, 312, 319, 322, 324, 361, 385, 389, 395, 418

Uyum 4, 6, 18, 21, 33, 44, 61, 68, 79, 107, 379, 393

Ünite 6, 202, 240, 246, 258, 274

Üniversite 20, 138, 139

V

Vaka 61, 222, 224, 374, 396

Validasyon 284, 298, 326

Veri 6, 15, 44, 59, 114, 121, 125, 144, 354, 356, 386, 387

Verifikasyon 284, 298, 326

Veritabanı 57, 356, 359

Vizyon 15, 42, 69, 71, 409

Vücut 5, 7, 8, 11, 59, 62, 78, 184, 290, 304, 314, 317, 390, 397

W

Web II, 71, 92

Y

Yangın 15, 44, 95, 96, 97, 98, 103, 104, 265, 270, 373, 447

Yaşlı 45, 56, 132, 336

Yatak 183, 239, 245, 252, 347, 405

Yedekleme 316, 356

Yenidoğan XII, 24, 38, 40, 51, 52, 60, 147, 161, 243, 244, 245, 246, 249, 255, 392, 444

Yetki 9, 27, 32, 33, 42, 43, 67, 68, 74, 81, 88, 96, 138, 139, 180, 352, 372, 413, 439

Yoğun Bakım VIII, XII, 24, 25, 27, 28, 31, 38, 40, 49, 51, 60, 98, 115, 147, 161, 167, 172, 214, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 244, 245, 246, 249, 391, 392, 402, 415, 420, 432, 440, 444, 447

Yönetim XII, XVI, 3, 4, 5, 9, 10, 22, 24, 27, 29, 38, 40, 42, 43, 45, 57, 61, 68, 70, 71, 73, 74, 75, 84, 86, 88, 100, 101, 102, 103, 115, 121, 138, 140, 144, 170, 181, 254, 288, 290, 302, 304, 317, 327, 329, 331, 334, 351, 352, 353, 354, 355, 357, 358, 386, 387, 393, 434, 435, 444, 445, 446

Z

Zırhlama 15, 210, 215

Ziyaret 71, 153, 269

Symbols

5 Endikasyon 184