



T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Kalite Standartları Diyaliz



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon
Daire Başkanlığı

SKS - Diyaliz

1. Baskı: Ankara, Eylül 2016

ISBN: 978-975-590-630-0

©Yazarlar - Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına aittir. Genel Müdürlüğümüzün 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.

Baskı

Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.

Özveren Sokak No:13/A Kızılay / ANKARA

Tel:0312 229 37 41 - 42

İletişim

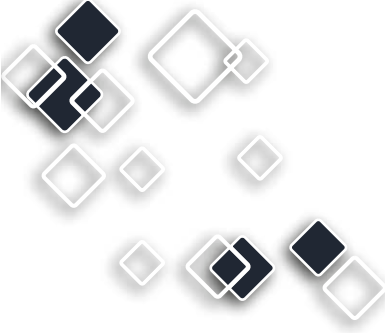
T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

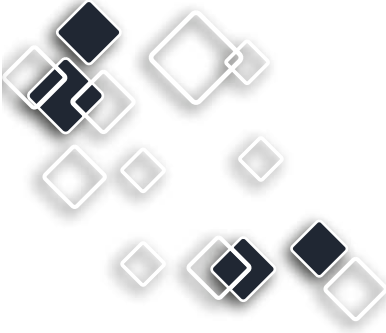
E-posta: skskalite@gmail.com

Web: www.kalite.saglik.gov.tr



Hazırlayanlar

- Nurullah OKUMUŞ, Prof. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Alaattin DİLSİZ, Uzm. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Abdullah ÖZTÜRK, Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Hasan GÜLER, Dr., Sosyal Güvenlik Kurumu
- Dilek TARHAN, Uzm. Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Şerife ENGELOĞLU, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Çağlayan SARIOĞLAN, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Öznur ÖZEN, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Ercan KOCA, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Şuule GÜNDÜZ, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Ayşe AYKANAT, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Gül HAKBİLEN ÜZEL, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Gül ATEŞ, Dt., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı



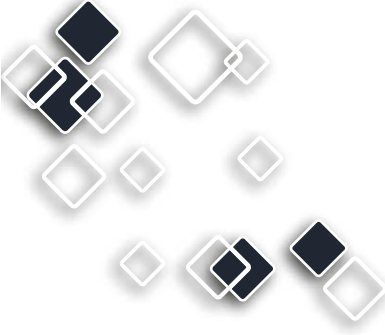
Katkıda Bulunanlar*

- Afsun Ezel ESATOĞLU, Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Ahmet VARIR, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Genel Müdürlüğü
- Ali Naci YILDIZ, Prof. Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Atakan ALTAN, İstanbul Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- Aydın KAPLAN, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Tıbbi Cihaz Denetim Daire Başkanlığı
- Ayfer BAHTİYAR, Ankara Özel Bayındır Hastanesi
- Bilçin TAK MEYDAN, Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
- Çağlayan SARAL, Acıbadem Sağlık Grubu
- Doğan YÜCEL, Doç. Dr., Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
- Fatih TAN, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Denetim Hizmetleri Başkanlığı
- Fevzi ERSOY, Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Gamze Özel KADILAR, Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi
- Gülay YEŞİLTEPE KAÇAR, Medicana International Hospital
- Gülsen YILMAZ, Doç. Dr., Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
- Günay AKSU, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Tıbbi Cihaz Denetim Daire Başkanlığı
- Hanefi ÖZBEK, Doç. Dr., Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Hasan KUŞ, Uz. Dr., Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Havva ÖZTÜRK, Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- İrfan KARAGÖZ, Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Biyomedikal Kalibrasyon Merkezi
- İsmail AĞIRBAŞ, Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Jülide YILDIRIM ÖCAL, Prof. Dr., TED Üniversitesi
- Kutay DEMİRKAN, Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
- Mana SEZDİ, Yrd. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Hastaneleri
- Mecit Can Emre ŞİMŞEKLER, Cambridge Üniversitesi Mühendislik Bölümü
- Mediha BORAN, Doç. Dr., , Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Meltem HALİL, Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Mesut SANCAR, Doç. Dr., Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
- Neşe SALTOĞLU, Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
- Ömer GÜZEL, Uz. Dr., Biruni Laboratuvarları
- Tamer C.İNAL, Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Tevfik ÖZLÜ, Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Tuncay PALTEKİ, Yrd. Doç. Dr., Biruni Üniversitesi, İstanbul
- Tuncer ASUNAKUTLU, Prof. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
- Turgay ARINSOY, Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Yahya LALELİ, Prof. Dr., Düzen Laboratuvarları
- Yeşim ÇETİNKAYA ŞARDAN, Prof. Dr., Özel Ankara Güven Hastanesi

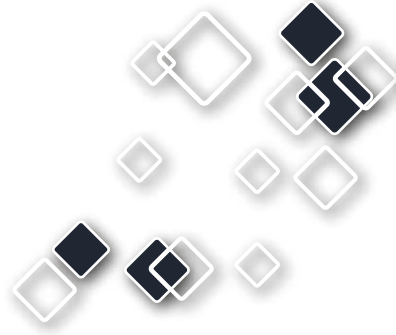
***İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.**



Teşekkür

SKS Diyaliz seti çalışmalarında yer alan farklı statüde diyaliz hizmeti veren tüm kurumlar, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

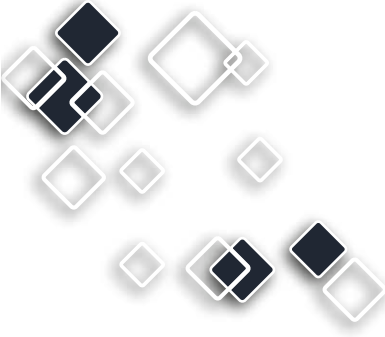
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı



İçindekiler

Hazırlayanlar	iii
Katkıda Bulunanlar	v
Teşekkür	vii
Sunuş	xi
Kısaltmalar	xiii
Tanımlar	2
SKS-Diyaliz	12
Giriş	14
Amaç ve Kapsam	16
Hedefler	17
Yapısal Çerçeve	19
Kodlama Sistematiği	23
SKS-Diyaliz Puanlandırma Sistematiği	25
Standartların ve Göstergelerin Puanlandırılması	25
Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi	26
Kuruluş Kalite Puanının Belirlenmesi	27
TABLolar	30
KURUMSAL HİZMETLER	44
Kurumsal Yapı	47
Kalite Yönetimi	53
Doküman Yönetimi	59

Risk Yönetimi	63
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi.....	67
Acil Durum ve Afet Yönetimi	71
Eğitim Yönetimi	79
Sosyal Sorumluluk.....	83
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	86
Hasta Deneyimi.....	89
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	97
SAĞLIK HİZMETLERİ.....	104
Hasta Bakımı.....	107
İlaç Yönetimi.....	115
Enfeksiyonların Önlenmesi.....	119
Laboratuvar Hizmetleri	127
DESTEK HİZMETLERİ.....	138
Tesis Yönetimi.....	141
Otelcilik Hizmetleri	151
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	159
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	165
Atık Yönetimi	169
Dış Kaynak Kullanımı	173
GÖSTERGE YÖNETİMİ.....	176
Göstergelerin İzlenmesi.....	179
Kalite Göstergeleri	183
EKLER	186
Ek-1 Tanımlayıcı Figürler.....	189
KAYNAKLAR.....	190
İNDEKS.....	198



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 kuruluşlarının 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, kurum ve kuruluş türlerine özgü sağlıkta kalite standartları geliştirilmesi,
- Kurum ve kuruluşların 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.

Yürütülmekte olan sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında Diyaliz Merkezlerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi ve artırılması amacı ile ilk defa 2008 yılında SKS-Hastane Seti (Versiyon 3) içinde 16 standarttan oluşan Diyaliz Hizmetleri Bölümü geliştirilmiştir. 2015 yılında ise Diyaliz Hizmetlerine ilişkin standartlar SKS Hastane Seti (Versiyon 5) içinde 14 standarttan oluşan bir bölüm olarak yer almıştır.

Sağlıkta kalite alanında yapılan çalışmalar ve alınan geri bildirimler neticesinde, ülkemizde Diyaliz Hizmeti sunan ünitelere ve merkezlere yönelik ayrı bir standart setinin hazırlanması gerekliliği gündeme gelmiş ve benzer prensiplerle gerçekleştirilen yoğun çalışmalar sonucunda, SKS Diyaliz Seti hazırlanmış ve siz değerli sağlık hizmeti sunucularının kullanımına sunulmuştur.

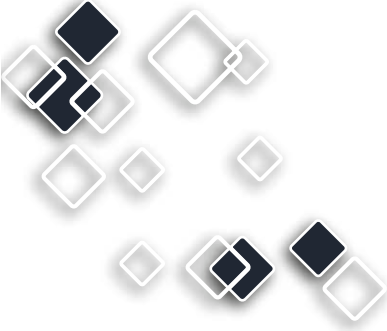
Sağlıkta kalite sürecine ait temel bilgileri içeren SKS Diyaliz Seti, sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için ülkemizde diyaliz hizmeti veren merkez/ünite ve tüm paydaşlar için çok önemli bir rehber niteliği taşımaktadır. Puanlandırma sistemi, standartlar ve değerlendirme ölçütlerine yönelik rehberlik ifadeleri ve eklerde yer alan yardımcı dokümanlar ile birlikte bir bütün oluşturmakta, riskleri minimize eden ve bu yolla risklerin yönetimini sağlayan yapısıyla, kullanıcı dostu ve inovatif bir özellik taşımaktadır.

SKS Diyaliz Seti, Bakanlığımızca hazırlanan, Diyaliz merkezleri ve üniteleri için kalite yönetiminin tüm esaslarını içinde barındıran geniş bir kaynak oluşturarak yöneticiler de dahil olmak üzere tüm kullanıcılar için etkili bir araç olacaktır.

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 Diyaliz Set'in, ulusal ve uluslararası alanda yürütülen sağlık hizmet sunumuna önemli katkılar sağlamasını temenni ederim.

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

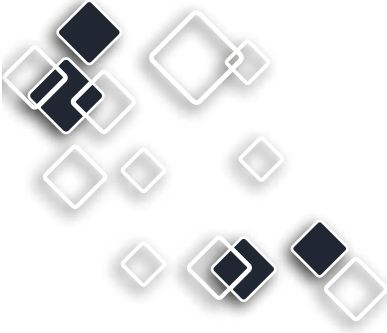


Kısaltmalar

- BYS** : Bilgi Yönetim Sistemi
- DÖF** : Düzeltici Önleyici Faaliyet
- HBTC** : Hasta Başı Test Cihazı
- SKS** : Sağlıkta Kalite Standartları
- UPS** : Uninterruptible Power Supply
- YOTA** : Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

Tanımlar





Tanımlar

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

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.

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

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

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 faydalanan dokümandır.

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

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS): Bakanlıkça, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik ve zamanlilik gibi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik geliştirilen standartların tamamını,

SKS Diyaliz: Yalnızca "Hemodiyaliz" süreçlerine ilişkin Bakanlıkça hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartlarını ifade etmektedir.

Diyaliz Merkezi: Genel olarak, erişkin ve pediatrik diyaliz hastalarına hemodiyaliz yöntemlerinin uygulandığı, ilgili mevzuat kapsamında kurulup işletilen günü birlik tedavi kuruluşunu ifade eder.

Türkiye'de fiili olarak diyaliz hizmeti vermekte olan;

- Kamu Hastaneleri bünyesindeki Diyaliz Üniteleri
- Üniversite Hastaneleri bünyesindeki Diyaliz Üniteleri
- Özel Diyaliz Merkezlerini kapsar.

Diyaliz Reçetesi: Diyaliz Hekimince, her hemodiyaliz hastası için düzenlenen, kuru ağırlık, kan akışı, diyalizat akışı, antikoagülan türü ve miktarı, diyaliz cihazının türü, diyaliz sırasında uygulanan ilaçlar (eritropoetin, intravenöz demir vb.) parametrelerin yer aldığı belgedir.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Düzeltilici-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.

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

Enfeksiyöz Atık: Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, ve diğer patolojik materyal; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, bandaj, flaster, tamponlar ve benzeri atıklar; bakteri ve virüs tutucu hava filtreleridir.

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

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

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

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

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

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

Hasta Bakımı: Hasta bakımı, hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

Hasta Başlı 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.

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

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

Hemodiyaliz: Hemodiyaliz cihazı vasıtasıyla yapay membran kullanılarak diyaliz merkezlerinde veya evde yapılan standart, hemodiafiltrasyon ve diğer alternatif diyaliz yöntemlerini ifade eder

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

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

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

Çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kesici delici alet yaralanması, tesis 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 dizisi.

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

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

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.

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

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

Kontrendikasyon: Belli bir tedavi yönteminin uygulanmasını engelleyici durum ya da hastada gereken tedavi veya müdahalenin uygulanmasına engel durum veya belirtilerin bulunuşu

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.

Kuruluş: Erişkin ve pediatrik diyaliz hastalarına hemodiyaliz ve/veya periton diyalizi yöntemlerinin uygulandığı merkezlerini ifade eder.

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

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

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

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

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

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.

Morbidite: Hastalık halidir.

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

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

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

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.

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

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

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

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

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

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

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

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

Bu kapsamda risk analizi;

- Hastaların maruz kalabileceği tehlikelerin belirlenmesi,

- Tehlikelere maruziyet sıklığı ve etkilenme düzeyinin saptanması,
- Hangi hasta veya hasta gruplarını etkilediğinin değerlendirilmesi işlemlerini kapsamalıdır.

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

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı sosyal ve politik bir süreci temsil eder. Yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri (biyolojik, sosyal, ekonomik, çevresel, yaşam tarzı gibi faktörler) üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir.

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

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 bulundurmaya 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.

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

Tehlikeli Atık: Ünitelerden kaynaklanan, genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atıklar ve basınçlı kaplarıdır.

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

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

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

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

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 eder.

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.

YOTA (Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması) : Ev, okul ve işyerleri gibi halka açık alanlarda, kolon, kiriş, taşıyıcı, duvar, çatı ve temel gibi binaların yapısıyla ilgili taşıyıcı sistemi haricinde binanın içindeki risklerin azaltılması işlemidir.

Olası bir deprem esnasında, yer değiştirme eğilimlerinden dolayı maddi kayıplara, yaralanmalara ve hatta ölümlere neden olabilen, kolay devrilebilecek, kolay kayabilececek eşyalar vb. riskler yapısal olmayan risklere örnek olarak verilebilir.

SKS-Diyaliz



Giriş

Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı; Türkiye'de sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, aynı zamanda etkin, etkili, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde hizmet sunulmasıdır.

Bu amaçtan hareketle, Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) geliştirilmiş, kalitenin sağlanması için sistem, bu standart setini merkeze alacak şekilde kurgulanmıştır. Bu kurgu içinde SKS, ülkedeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına hitap eden ve uygulanması zorunlu olan standart seti olarak varlık bulmuştur. Kurumlar, Bakanlık değerlendiricileri tarafından, bu standart seti baz alınarak değerlendirilir ve karşılığında bir kalite puanı elde ederler.

SKS, 2007 yılından beri aktif olarak kurumlarımızda uygulanmakta ve Bakanlık değerlendiricileri tarafından değerlendirilmektedir.

Sağlıkta kalite çalışmalarının tüm sağlık kurum ve kuruluşlarımızı kapsaması gerekliliğinden hareketle Ve Diyaliz Merkezlerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi amacı ile, ilk defa 2008 yılında, SKS-Hastane Seti (Versiyon III) içinde 16 standarttan oluşan Diyaliz Hizmetleri Bölümü geliştirilmiştir. 2015 yılında ise SKS-Hastane Seti (Versiyon 5) içinde 14 standarttan oluşan bir bölüm olarak yer almıştır.

Sağlıkta Kalite alanında yapılan çalışmalar ve alınan geri bildirimler neticesinde, ülkemizde Diyaliz Hizmeti sunan ünitelere ve merkezlere yönelik ayrı bir standart setinin hazırlanması gerekliliği gündeme gelmiş ve benzer prensiplerle gerçekleştirilen yoğun çalışmalar sonucunda, SKS Diyaliz seti hazırlanmıştır.

SKS Diyaliz seti hazırlanırken, her zaman olduğu gibi uluslararası gelişmeler, ülkemizde sağlıkta kalite altyapısı ile uyum, kuruluşlarda tüm hizmet süreçlerini kapsaması ve amaçsal yorumlamaya uygun bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

Ayrıca hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, kuruluşlarda 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 Diyaliz'in işlevsel ve amaçsal açıdan uyumunun sağlanması, standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla saha çalışması başta olmak üzere bir dizi çalışma yapılmıştır.

Bu çerçevede Başkanlığımızca "SKS Diyaliz Görüş ve Öneri Platformu" oluşturulmuş olup, SKS Diyaliz'e 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 kuruluşlarda anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla farklı illerden, farklı kurum türlerinden ve farklı sektörlerden Değerlendirici ve Kullanıcılardan geri bildirimler alınmıştır.

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

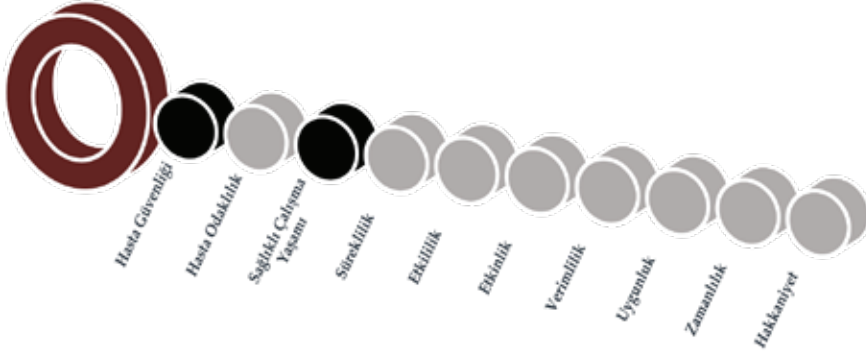
Amaç ve Kapsam

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

SKS Diyaliz, Türkiye'de tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde Diyaliz hizmeti veren kuruluşlara yönelik olarak hazırlanmıştır.

Hedefler

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



Şekil 2. SKS Diyaliz Hedefleri

Kuruluşlarda sunulan Diyaliz hizmetlerinin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

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

İkinci kategoride yer alan hedefler ise kuruluştan 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 kuruluşta 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 Diyaliz hedeflerine ilişkin tanımlara 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 öngörülebilir 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 yararlanması ve kuruluşun **verdiği tüm hizmet süreçlerinin** güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.
- **Uygunluk:** Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
- **Zamanlılık:** 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 Diyaliz, yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, kuruluşun tüm hizmet süreçlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

Bu çerçevede SKS Diyaliz, "Boyut, Bölüm, Standart ve Değerlendirme Ölçütleri ile Rehberlikler"den oluşmaktadır.

Standartlar bölüm bazlı olarak hazırlanmış, daha sonra hizmet sunum süreçleri gözetilerek boyutlandırılmak suretiyle kategorize edilmiştir.

SKS Diyaliz, 5 Boyut, 22 Bölüm, 196 Standart, 421 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 Diyaliz, 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 Diyaliz

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

5 boyutta ele alınmaktadır.

SKS Diyaliz'de yer alan boyutlar; kuruluşlarda sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak kuruluşun ***tamamını kapsayıcı bir perspektifle hazırlanmıştır.*** **SKS Diyaliz** bu özelliği itibarıyla ***tekrarlı standartlar içermemektedir.***

Standartlar ilişkili olduğu tüm hizmet süreçlerinde uygulanır ve değerlendirilir.

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

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

Sağlık Hizmetleri Boyutu; kuruluştta verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS Diyaliz hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

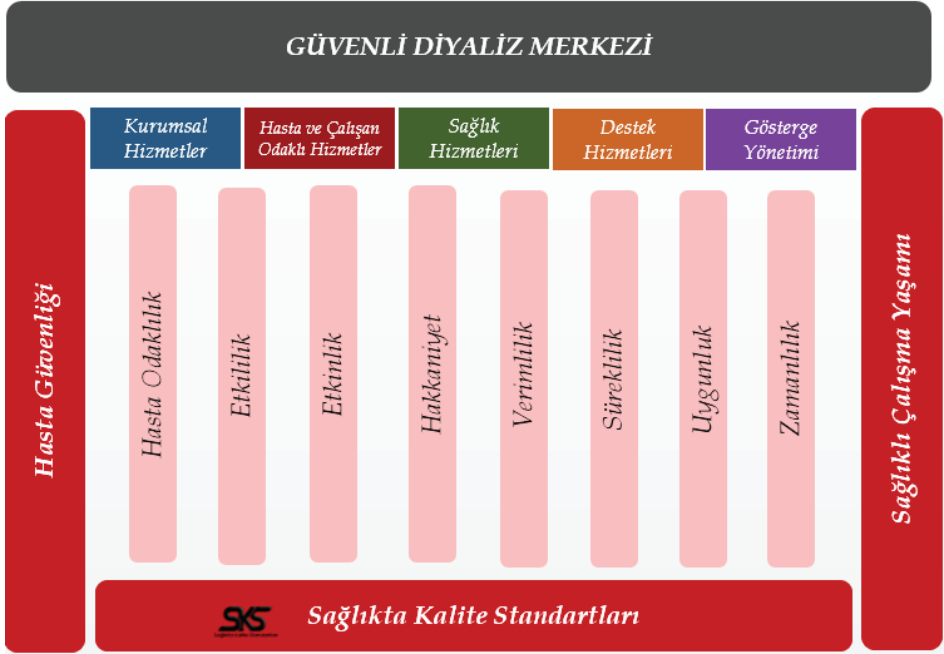
Destek Hizmetler Boyutu; tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

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

Tablo1: SKS-Diyaliz Boyut ve Bölümler Tablosu

SKS Diyaliz	
KURUMSAL HİZMETLER	
Kurumsal Yapı	
Kalite Yönetimi	
Doküman Yönetimi	
Risk Yönetimi	
İstenmeyen Olay Bildirimi	
Acil Durum ve Afet Yönetimi	
Eğitim Yönetimi	
Sosyal Sorumluluk	
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	
Hasta Deneyimi	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
SAĞLIK HİZMETLERİ	
Hasta Bakımı	
İlaç Yönetimi	
Enfeksiyonların Önlenmesi	
Laboratuvar Hizmetleri	
DESTEK HİZMETLERİ	
Tesis Yönetimi	
Otelcilik Hizmetleri	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Atık Yönetimi	
Dış Kaynak Kullanımı	
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
Göstergelerin İzlenmesi	
Kalite Göstergeleri	

SKS Diyaliz, 10 hedef üzerine inşa edilmiş 5 boyuttan oluşmaktadır.



SKS Diyaliz'in temel amacı «Güvenli Diyaliz Merkezi» inşa etmektir.

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 Diyaliz Göstergelerin İzlenmesi Kalite Göstergeleri de kendi içinde ayrı bir kodlama sistematiğine sahiptir.

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

Örnek:

GKH01 Düzeltici/Önleyici (DÖF) Sonuçlandırma Oranı

Harfleri içeren birinci kısım üç harften oluşmaktadır. İlk harf olan «G» Gösterge Yönetimi boyutunun baş harfini ifade etmektedir. İkinci sırada yer alan «K» harfi, bu kodun, Gösterge Yönetimi boyutu içinde yer alan Kalite Göstergeleri bölümüne ait olduğunu işaret etmektedir. Gösterge, Hizmet Kalite Göstergesi ise üçüncü harf «H» şeklinde, Klinik Kalite Göstergesi ise «K» şeklinde ifade edilmektedir.

Tablo 2: SKS-Diyaliz Kodlama Sistematığı

SKS Diyaliz Kodlama Sistematığı	
Boyutlar	Kod
Kurumsal Hizmetler	K
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	H
Sağlık Hizmetleri	S
Destek Hizmetler	D
Gösterge Yönetimi	G
Bölümler	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
İstenmeyen Olay Bildirimi	İO
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD
Eğitim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Bakımı	HB
İlaç Yönetimi	İY
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN
Laboratuvar Hizmetleri	LH
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Atık Yönetimi	AY
Dış Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ
Kalite Göstergeleri	GKH/GKK

Tablo 3: Örnek Kodlama Sistematığı

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KKY01 Çekirdek	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	KKY01.01	Kalite yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşiler yapılar tanımlanmalıdır.	50
		KKY01.02	Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	

SKS-Diyaliz Puanlandırma Sistematığı

Sağlıkta Kalite Standartlarının puanlandırma sistematığı 3 başlıkta ele alınmaktadır:

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

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

Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması

Sağlıkta Kalite Standartları puanlama sistematığı kapsamında 10'luk puanlama sistemi kullanılmaktadır.

Standart ve göstergeler; SKS ve Bakanlık stratejik hedefleri ile uygulamanın emek yoğunluğu göz önünde bulundurularak 10 - 50 puan aralığında puanlandırılmaktadır.

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**)

Standartın karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

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

Örnek						
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan
KKY01 Çekirdek	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	KKY01.01	Kalite yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşiler yapılar tanımlanmalıdır.	50	K →	50
		KKY01.02	Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		KK →	25
					KM →	0

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

Kuruluş 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 kuruluşların değerlendirme dönemlerine göre gelişimleri ortaya konulabilmekte, diğer kuruluşlarla karşılaştırmalar yapılabilmekte ve Bakanlık politikalarına uyum düzeyleri izlenebilmektedir. Ayrıca, puan dağılımı kullanılarak kuruluşlar derecelendirilebilmektedir.

Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

SKS puanlandırma sistematiği, SKS hedefleri açısından kritik öneme sahip ve Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan uygulamalar ile sağlık kurum ve kuruluşlarının teşvik edilmesi istenen uygulamalara yönelik negatif ya da pozitif teşvik unsurları içermektedir.

Bu amaçla kullanılan standart ve göstergeler iki kategoride ele alınmaktadır:

1. **Çekirdek Standart ve Göstergeler:** Sağlık hizmet sunum süreçleri ile SKS hedefleri açısından kritik öneme sahip, Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan standart ve göstergelerdir. Bu standart ve

göstergelerin karşılanmaması durumunda Kuruluş Kalite Puanı doğrudan etkilenir.

- 2. Opsiyonel Standart ve Göstergeler:** Uygulanması zorunlu olmayan standart ve göstergelerdir. Bu standart ve göstergelerin karşılanması durumunda Kuruluş Kalite Puanı pozitif yönde etkilenir.

Bu iki kategoride yer alan standart ve göstergeler kalite puanını aşağıdaki şekilde etkilemektedir:

- Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Kuruluş Kalite Puanı 1 puan düşürülür.
- Kuruluş Kalite Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile;
 - Kuruluş Kalite Puanına, karşılanan her bir opsiyonel standart için 0,5 puan, her bir opsiyonel gösterge için ise 0,25 puan eklenir.
- Kuruluş Kalite Puanı bu kurallar dâhilinde 100'ü geçiyorsa Kalite Puanı 100 kabul edilir.

Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül

Kalite Puanı: $\left[\frac{\text{Değerlendirilen standart ve göstergelerden elde edilen toplam puan}}{\text{Değerlendirme kapsamındaki standart ve göstergelerin toplam puanı} - \text{Değerlendirme dışı bırakılan standart ve göstergelerin toplam puanı}} \right] \times 100 \pm \text{Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar}$

Tablo 4. "Değerlendirme Dışı" kavramının kullanılması ile ilgili kurallar**Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile ilgili Kurallar**

Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, kuruluşun hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.

Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin uygulanmasının işlevsel açıdan anlamlı olmadığı durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.

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.

İlgili bölüm/standart, değerlendirme ölçütü ve/veya göstergenin değerlendirme dışı bırakılma nedeni tam, detaylı ve anlaşılır şekilde değerlendirme raporunda belirtilir.

Tablolar



SKS Diyaliz <i>Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)</i>		
<i>Boyut ve Bölümler</i>	<i>Standart Sayısı</i>	<i>Değerlendirme Ölçütü Sayısı</i>
Kurumsal Hizmetler	50	116
Kurumsal Yapı	8	13
Kalite Yönetimi	8	20
Doküman Yönetimi	5	16
Risk Yönetimi	5	10
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	5	11
Acil Durum ve Afet Yönetimi	10	25
Eğitim Yönetimi	6	16
Sosyal Sorumluluk	3	5
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	25	68
Hasta Deneyimi	13	31
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	12	37
Sağlık Hizmetleri	37	94
Hasta Bakımı	9	26
İlaç Yönetimi	4	10
Enfeksiyonların Önlenmesi	12	20
Laboratuvar Hizmetleri	12	38
Destek Hizmetleri	50	136
Tesis Yönetimi	18	45
Otelcilik Hizmetleri	12	37
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	9	26
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	4	11
Atık Yönetimi	5	13
Dış Kaynak Kullanımı	2	4
Gösterge Yönetimi	34	7
Göstergelerin İzlenmesi	7	7
Kalite Göstergeleri	27	
TOPLAM	196	421

SKS Diyaliz
Sayısal Dağılım Tablosu (Özet)

	<i>Boyutlar</i>	<i>Standart Sayısı</i>	<i>Değerlendirme Ölçütü Sayısı</i>
	<i>Kurumsal Hizmetler</i>	50	116
	<i>Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler</i>	25	68
	<i>Sağlık Hizmetleri</i>	37	94
	<i>Destek Hizmetleri</i>	50	136
	<i>Gösterge Yönetimi</i>	34	7
	<i>Toplam</i>	196	421

SKS Diyaliz Standart Puan Tablosu		
Boyut	Kurumsal Hizmetler	
Bölüm	Kurumsal Yapı	
Kod	Standart	Puan
KKU01 Çekirdek	Kuruluş 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	Kuruluş misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	30
KKU05 Çekirdek	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	30
KKU06	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30
KKU07	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	20
KKU08 Çekirdek	Kuruluşun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	30
Bölüm	Kalite Yönetimi	
KKY01 Çekirdek	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	40
KKY02 Çekirdek	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	50
KKY03 Çekirdek	SKS Diyaliz setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	30
KKY04	Kalite değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30
KKY05	Kalite değerlendirme toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10
KKY06	SKS Diyaliz seti kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30
KKY07	Kuruluş personelinin kalite çalışmaları ile ilgili sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30
KKY08	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10
Bölüm	Doküman Yönetimi	
KDY01	SKS Diyaliz'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30

KDY02	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY03	Panolarası asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY04	Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.	10
KDY05	Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir	10
Bölüm	Risk Yönetimi	
KRY01 Çekirdek	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	40
KRY02 Çekirdek	Kuruluştaki gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KRY03 Çekirdek	Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50
KRY04 Çekirdek	Belirlenen risk düzeylerine göre birim, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KRY05	Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.	30
Bölüm	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
KİO01 Çekirdek	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	50
KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30
KİO03 Çekirdek	Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	40
KİO04 Çekirdek	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KİO05	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 ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30
KAD02	Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	30
KAD03	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	30
KAD04	Kuruluş acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	30

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	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD09 Çekirdek	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD10 Çekirdek	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	30
Bölüm	Eğitim Yönetimi	
KEY01	Kuruluştaki hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	30
KEY02	Çalışanlara eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30
KEY03 Çekirdek	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	50
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30
KEY05	Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30
KEY06 Çekirdek	Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
Bölüm	Sosyal Sorumluluk	
KSS01 Opsiyonel	Kuruluş, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	Puansız
KSS02 Opsiyonel	Hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.	Puansız
KSS03 Opsiyonel	Kuruluş tarafından, sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan programın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi izlenmelidir.	Puansız
Boyut	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	
Bölüm	Hasta Deneyimi	
HHD01	Hastanın diyaliz merkezine uyumunu sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.	10
HHD02	Hasta ile sağlık çalışanları arasında etkili bir iletişim ortamı oluşturulmalıdır.	30
HHD03 Çekirdek	Hasta; teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri hakkında bilgilendirilmelidir.	50

HH04	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	30
HH05	Hastaya bakım süreci ile ilgili gerekli eğitimler verilmelidir.	30
HH06 Çekirdek	Hasta, organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.	50
HH07	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.	10
HH08	Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	10
HH09 Çekirdek	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50
HH10	Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.	10
HH11	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HH12	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HH13	Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30
Bölüm	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
HSÇ01	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HSÇ02	Kuruluşun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10
HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	10
HSÇ04 Opsiyonel	Çalışanlara yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.	Puansız
HSÇ05	Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedeflerini belirlemelidir.	10
HSÇ06 Çekirdek	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
HSÇ07 Çekirdek	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	50
HSÇ08 Çekirdek	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50
HSÇ09	Çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	30
HSÇ10	Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30

HSÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30
Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Bölüm	Hasta Bakımı	
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	30
SHB02	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	50
SHB03 Çekirdek	Hastaların tıbbi takibinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır.	50
SHB04 Çekirdek	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50
SHB05 Çekirdek	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	50
SHB06	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	30
SHB07	Hastaların nütrisyonel durumunun izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB08	Konsültasyon gereken durumlara yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
SHB09	Acil müdahale gerektiren durumlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
Bölüm	İlaç Yönetimi	
SİY01	İlacın yönetimi ile ilgili tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır	30
SİY02 Çekirdek	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir	50
SİY03 Çekirdek	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SİY04	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
Bölüm	Enfeksiyonların Önlenmesi	
SEN01 Çekirdek	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SEN02	Diyaliz ünitesinin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.	30
SEN03 Çekirdek	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50
SEN04 Çekirdek	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	50

SEN05 Çekirdek	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50
SEN06 Çekirdek	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	50
SEN07	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SEN08	Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN09 Çekirdek	Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SEN10 Çekirdek	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı 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	Laboratuvar Hizmetleri	
SLH01	Laboratuvar hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
SLH02 Çekirdek	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler tanımlanmalıdır.	30
SLH03 Çekirdek	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
SLH04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	20
SLH05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
SLH06 Çekirdek	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
SLH07 Çekirdek	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
SLH08	Test sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SLH09	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
SLH10 Çekirdek	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.	50
SLH11	Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	20

SLH12	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
Boyut	Destek Hizmetleri	
Bölüm	Tesis Yönetimi	
DTY01	Diyaliz merkezine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.	20
DTY02	Bina turları yapılmalıdır.	30
DTY03	Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.	30
DTY04	Kuruluşa ve kuruluş içindeki birimlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	20
DTY05	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	30
DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	30
DTY07	Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.	20
DTY08	Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.	10
DTY09 Çekirdek	Kuruluştaki su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.	50
DTY10	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
DTY11	Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
DTY12	Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY13	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY14	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
DTY15	Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
DTY16	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	30
DTY17 Çekirdek	Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DTY18	Hassas tartı sistemi bulunmalıdır.	20
Bölüm	Otelcilik Hizmetleri	
DOH01	Kuruluşun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
DOH02 Çekirdek	Kuruluşun temizliği sağlanmalıdır.	50

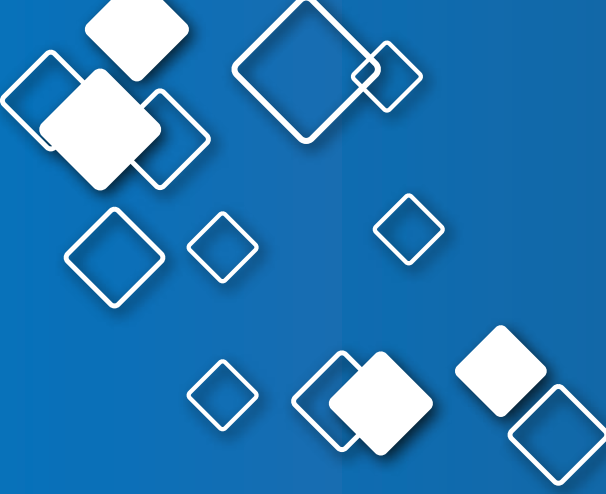
DOH03	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	20
DOH04	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	30
DOH05	Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH06	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
DOH07	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	20
DOH08	Kuruluştaki hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları fiziksel alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
DOH09	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30
DOH10	Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DOH11	Kuruluş bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	30
DOH12	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	30
Bölüm	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
DMC01	Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.	10
DMC02	Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20
DMC03	Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20
DMC04	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	20
DMC05	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	50
Çekirdek		
DMC06	Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.	30
DMC07	Diyaliz makinesi otoklav, jeneratör gibi kullanılması özel teknik ve uzmanlık gerektiren cihazları kullanacak kişilere eğitim verilmelidir.	30
DMC08	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DMC09	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	40
Çekirdek		
Bölüm	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30

DTA02 Çekirdek	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	50
DTA03 Çekirdek	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	30
DTA04	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır	30
Bölüm	Atık Yönetimi	
DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
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 kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30
DDK02	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 iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
GGİ02	Kuruluştaki izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30
GGİ03 Çekirdek	Kuruluştaki 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	Kalite Göstergeleri	

Hizmet Kalite Göstergeleri		
GKH01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet DÖF Sonuçlandırma Oranı	20
GKH02	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	20
GKH03	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	20
GKH04	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	20
GKH05	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	20
GKH06	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı	30
GKH07	Düşen Hasta Oranı	30
GKH08	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	30
GKH09	El Hijyeni Uyumu	30
Klinik Kalite Göstergeleri		
GKK01 Çekirdek	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı	50
GKKK02	Serum Ferritin Düzeyi 100-800 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı	30
GKK03	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı	30
GKK04	Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı	20
GKK05	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,4-9,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	20
GKK06	CaxP düzeyi 55'in Altında Olan Hasta Oranı	20
GKK07 Çekirdek	Ortalama Hemodiyaliz Süresi	50
GKK08	Eritropoetin Kullanım Oranı	20
GKK09	Ortalama Hb Düzeyi 10-13 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	20
GKK10	HBsAg (+) Hasta Oranı	20
GKK11	Anti-HCV (+) Hasta Oranı	20
GKK12	Kalıcı Kateterli Hasta Oranı	20
GKK13	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	30
GKK14	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	30
GKK15	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı	20
GKK16	Mortalite Oranı	20
GKK17 Çekirdek	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı	50
GKK18 Çekirdek	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı	50

KURUMSAL HİZMETLER

Kurumsal Yapı ◆
Kalite Yönetimi ◆
Doküman Yönetimi ◆
Risk Yönetimi ◆
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ◆
Acil Durum ve Afet Yönetimi ◆
Eğitim Yönetimi ◆
Sosyal Sorumluluk ◆



Kurumsal Yapı

Amaç

- o Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve iletişim mekanizmalarının tanımlanması
- o Diyaliz Merkezinin iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması
- o Diyaliz Merkezinde 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
- o Diyaliz Merkezinin temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle kuruluşun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması
- o Diyaliz Merkezinde kurumsal iletişim faaliyetlerinin kuruluş amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KKU01 Kuruluş faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir **Çekirdek** organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKU01.01 Organizasyon yapısı, kuruluşun amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve kuruluş faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.

Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.

KKU01.02 Organizasyon yapısı ile ilgili **asgari** aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

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

KKU01.03 Kuruluş, organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması oluşturmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KKU02 Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Görev tanımları, kapsayıcı ve net bir biçimde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.

Görev tanımları **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:

KKU02.01

- 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 Kuruluş misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.

Çekirdek Rehberlik;
Değerler, kuruluşun gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKU04.01 Kuruluş, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KKU05 Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

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

- o Kuruluşun amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.

KKU05.01 Rehberlik;
o İç Çevre Faktörleri: İnsan kaynakları, finansal durum, büyüklük, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir.
o Dış Çevre Faktörleri: Hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.

KKU05.02 Kuruluş faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kuruluş bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

KKU06 Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

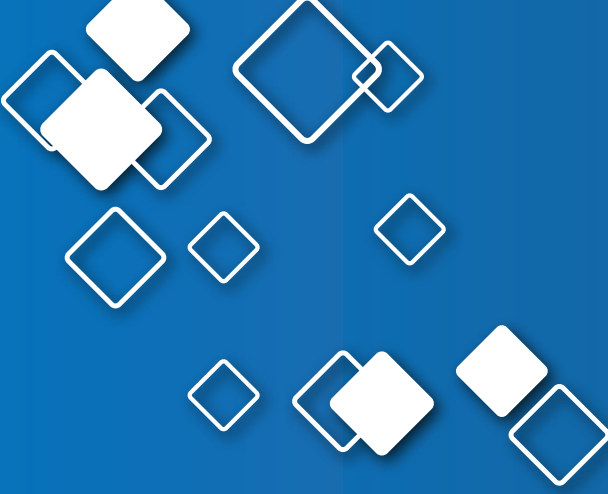
Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.

KKU07	<u>Rehberlik;</u> <i>Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; kuruluşu 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 kuruluş itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.</i>
--------------	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKU07.01	Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır. o Hedef kitle tanımlanırken; kuruluş türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır. <u>Rehberlik;</u> <i>Hedef kitle, kuruluş içinde ve kuruluş dışındaki iletişim paydaşlarını (kuruluş çalışanları, hasta, hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.</i> Kuruluş içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
KKU07.02	- o Kuruluşu oluşturan bölüm ve ögeler 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 Kuruluş dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
KKU07.03	- o Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer sağlık kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi - o Kuruluş çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi - o Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi

Kod	Standart	8
KKU08 Çekirdek	Kuruluşun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KKU08.01	Kuruluşun web sitesi olmalıdır.	
	Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır.	
	Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır:	
KKU08.02	- o Organizasyon yapısı - o Kuruluşun misyon, vizyon ve değerleri - o Kuruluş Kalite Yönetim Birimi ve çalışmaları - o Kuruluşa ulaşım ve iletişim bilgileri - o Kuruluşun hizmet verdiği alanlar - o Hekimlere ait bilgiler - o Başvuru koşullarına ilişkin açıklama - o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar - o (Varsa) Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler - o Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.	



Kalite Yönetimi

Amaç

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

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 kuruluşun 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. "Kalite Yönetim Birimi"nin görev alanı tanımlanmalıdır. Kalite Yönetim Birimi; - o SKS Diyaliz çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır. - o Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir. - o Öz değerlendirmeleri yönetmelidir. - o Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.	
KKY02.03	- 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 Diyaliz çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır. - o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.	

Kod	Standart	3
KKY03 Çekirdek	SKS Diyaliz setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KKY03.01	Öz değerlendirme, kuruluşun büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kez olacak şekilde, kuruluş tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
KKY03.02	Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır. - o Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmelidir. - o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır. - o Öz değerlendirme takvimi hakkında birimler önceden bilgilendirilmelidir. - o Öz değerlendirme tüm SKS Diyaliz bölümlerini kapsamalıdır.	
KKY03.03	Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.	
KKY03.04	Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KKY04 Kalite değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY04.01 Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda kalite değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

KKY04.02 Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilmelidir.

Değerlendirme toplantılarında, hasta güvenliği kapsamında aşağıdaki konular ele alınmalıdır.

- o Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- o İlaç güvenliğinin sağlanması
- o Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- KKY04.03** 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

KKY04.04 Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KKY05 Kalite değerlendirme toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY05.01 Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir.

Bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını
- o Toplantı gündemi ve süresini
- o Toplantı yeri ve zamanını

KKY05.02 Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

KKY06 SKS Diyaliz seti kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY06.01 SKS Diyaliz seti kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.

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

KKY06.02 **Rehberlik;**
Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.

KKY06.03 Düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar kuruluş tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde form vb. bir kayıt sistemi ile izlenmelidir.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

KKY07 Kuruluş personelinin kalite çalışmaları ile ilgili sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

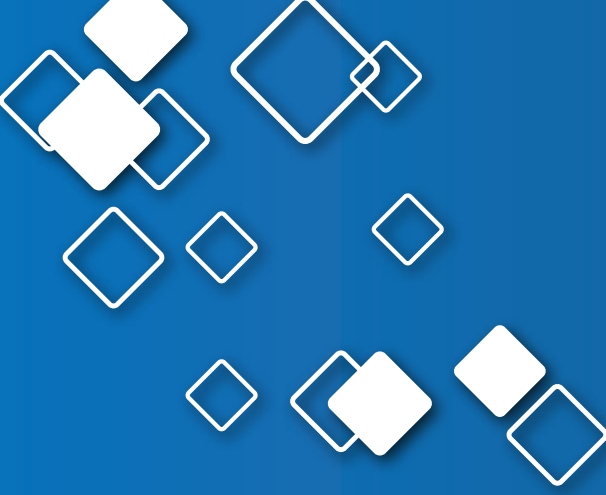
KKY08 Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

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

KKY08.01 **Rehberlik;**
Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.

KKY08.02 Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.



Doküman Yönetimi

Amaç

Diyaliz Merkezinde;

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

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KDY01 SKS Diyaliz'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KDY01.01 Dokümanların formatı belirlenmelidir.

Dokümanlar güncel olmalıdır.

KDY01.02

- o Dokümanlar kuruluş tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir.
- o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.
- o Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalıdır.

KDY01.03 Dokümanlar, ilgili birim tarafından hazırlanmalıdır.

KDY01.04 Dokümanlar Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilmelidir.

KDY01.05 Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.

Hazırlanan dokümanlar çalışanlara duyurulmalı, dokümanların güncel hali kullanım alanlarında bulunmalıdır.

KDY01.06

- o Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır.
- o Dokümanlara ilgili birim tarafından ulaşılabilir.
- o Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.

KDY01.07 Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.

- o Güncellemeler, doküman listesinde izlenebilir.

KDY01.08 İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KDY02 Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.

Rehberlik;

KDY02.01 *Dış Kaynaklı Doküman: Kuruluşun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanan 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.

Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir.

- KDY03.02**
- 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, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.

KDY03.05 Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalar, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

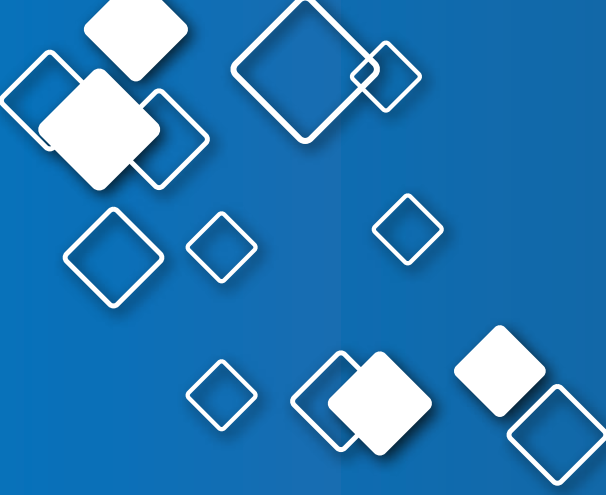
KDY04 Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KDY04.01 Fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış dokümanların muhafaza şekilleri tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KDY05 Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.



Risk Yönetimi

Amaç

Hasta, hasta yakını, çalışan, tesis ve çevre güvenliği kapsamında, Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en alt düzeye indirilmesidir.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KRY01 Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KRY01.01 Risk yönetim çalışmaları Kalite Yönetim Birimi'nin koordinasyonunda yürütülmelidir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KRY02 Kurulusta gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.
Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KRY02.01 Risk yönetimi; hasta ve çalışan güvenliği ile tesis ve çevre güvenliğine ilişkin süreçleri kapsamalıdır.

KRY02.02 Risk yönetimi; kurulusta karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.

Risk yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır.

Doküman **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o Amaç ve hedefler
- o Kapsam
- KRY02.03** 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

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KRY03 Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Risk yönetimine ilişkin süreçleri ve unsurları kapsayacak şekilde bir plan hazırlanmalıdır.

Plan **asgari** aşağıdaki başlıkları içermelidir:

KRY03.01

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

KRY03.02

Riskler, birim, meslek ve/veya süreç bazında, çalışanların katılımıyla belirlenmelidir.

KRY03.03

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

KRY03.04

Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KRY04 Belirlenen risk düzeylerine göre birim, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Çekirdek

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KRY05 Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.

KRY05.01

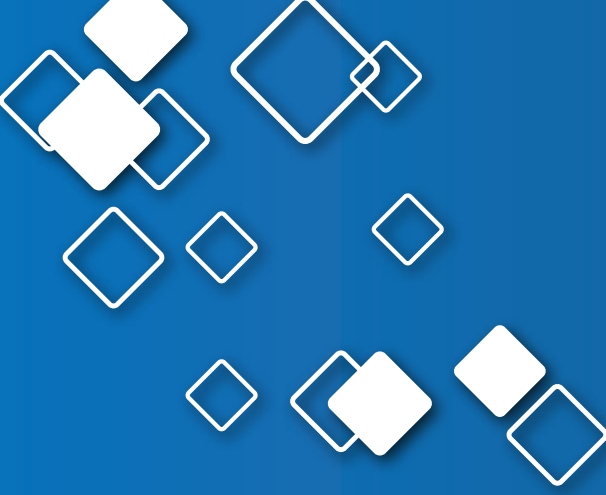
- o Gözden geçirme aralıkları, belirlenen riskler kapsamında tanımlanmalıdır.
- o Risk yönetimi planı kapsamında, risklere yönelik alınan önlemlerin etkinliği izlenebilir olmalıdır.

Rehberlik:

- o Alınan önlemlerin sürekliliğini sağlamak için düzenli aralıklarla iyileştirme faaliyetlerine yönelik takip çalışmaları yapılabilir.

KRY05.02

Risk analizleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.



İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Amaç

Diyaliz Merkezi'nde;

o Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak

o Bu olayları izlemek

o Bildirimlerin sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
KİO01 Çekirdek	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KİO01.01	İstenmeyen Olay Bildirim 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. 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, Kesici Delici Alet Yaralanmaları" gibi. Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.	
KİO01.03	Bildirim formları, asgari aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir: • Olayın konusu • Olayın içeriği • Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler	
KİO01.04	Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.	
KİO01.05	Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.	

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KİO02 Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KİO02.01 Bildirim sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KİO03 Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.
Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KİO03.01 İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitimler tüm kuruluş çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır.

Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
- o Sistemin yapısı
- o Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
- o Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
- o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar
- o Bildirimin yapılma şekli ve uyulması gereken kurallar
- o Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı
- o Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin genel bilgi

Kod	Standart	4
KİO04 Çekirdek	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
KİO04.01	Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır.
KİO04.02	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.
KİO04.03	Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.
KİO04.04	Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	5
KİO05	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

- o Diyaliz Merkezinde karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı gibi acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararın en alt düzeye düşürülmesi
- o Diyaliz Merkezinde karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması
- o Diyaliz Merkezinde görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KAD01 Acil durum ve afet yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KAD01.01 Acil durum ve afet yönetimi ile ilgili düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

KAD01.02 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
-----	----------------------

Risk değerlendirmesi doğa ve insan kaynaklı afetlere göre yapılmalıdır.

Risk değerlendirmesi asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o Yangın
- o Deprem
- o Sel
- KAD02.01** o Toprak kaymaları
- o Salgınlar
- o Terör eylemleri
- o Göç
- o Endüstriyel patlama
- o Nükleer ve kimyasal kazalar
- o Savaş

Kod	Standart	3
KAD03	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	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 Triaaj - o Kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, 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	
KAD03.01	Acil durum ve afet planı güncel olmalıdır.	
KAD03.02	o Plan kuruluş tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmeli ve revize edilmelidir.	
Kod	Standart	4
KAD04	Kuruluş acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kuruluş 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:	
KAD04.01	- 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 Diyaliz Merkezi haricindeki kuruluşların irtibat numaraları	
KAD04.02	Acil durum plan krokilerine yönelik çalışanlar bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	5
KAD05	Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Acil durum ve afetlere yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalıdır.	
	Tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermelidir:	
	- o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan) - o Hastaların güvenli yerlere transferi - o Geçici yerleştirme alanları	
KAD05.01	- o Mesai saatleri dışında nöbetçilerin yetkilendirilmesi - o Trafik akışı ve güvenlik - o Hasta izleme sistemleri - o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma - o Alternatif elektrik, su, ısıtma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu	
	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.	
KAD05.02	- o Tesis tahliye tatbikatı merkezin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini 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	
	Çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilmelidir.	
	Eğitimler asgari aşağıdaki konu başlıklarını kapsamalıdır:	
KAD06.01	- o Temel afet bilinci - o Yangın söndürücüler ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı) - o YOTA - o Acil Durum ve Afet Triyajı	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

KAD07

Çekirdek

Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Birinci ve ikinci deprem bölgesinde bulunan kuruluşlar "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, kuruluş araçlarının ve 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
KAD08	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. <u>Rehberlik:</u> <i>Kırmızı kod; kuruluşta 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.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KAD08.01	Kuruluşta, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır. - o Kuruluşun tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunmalı, sistemin bakım ve kontrolleri 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.	
KAD08.02	Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. - o Sorumlular, kuruluşun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kuruluş 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.	
KAD08.03	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 iletilmelidir	
KAD08.04	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır. - o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. - o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.	
KAD08.05	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
KAD08.06	Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	9
-----	----------	---

KAD09

Çekirdek

Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KAD09.01

Kuruluş krokilerinde yangın söndürücülerini gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.

KAD09.02

Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.

KAD09.03

Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.

KAD09.04

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

Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

KAD09.05

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

Kod	Standart	10
-----	----------	----

KAD10

Çekirdek

Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KAD10.01

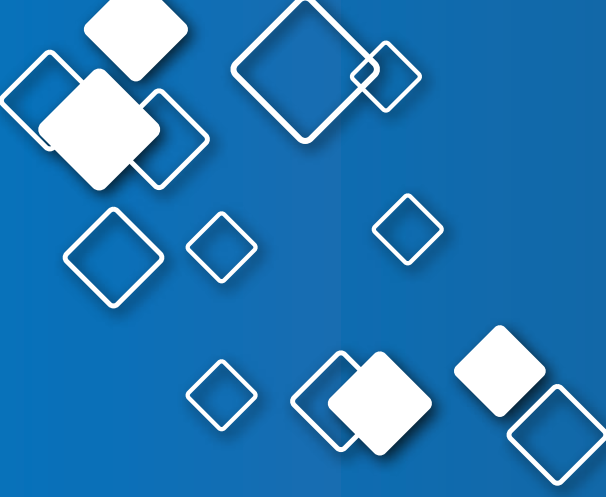
Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.

KAD10.02

Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.

KAD10.03

Elektrik aksamının yalıtımları olmalıdır.



Eğitim Yönetimi

Amaç

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

Kod	Standart	1
KEY01	Kuruluştta, hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	
Kod	Standart	2
KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	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	
KEY02.01	- 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	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	
Çekirdek		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Göreve yeni başlayan her çalışana; genel uyum eğitimi ve birim uyum eğitimi verilmelidir.	
KEY03.01	o Genel ve birim uyum eğitimlerine ilişkin konular, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.	
KEY03.02	Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.	
KEY03.03	Genel ve birim uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.	
KEY03.04	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, birime özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir.

Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.

KEY04.03 o Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir.

KEY04.04 Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.

KEY04.05 İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KEY05 Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

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

KEY05.01 o Ön test-son test
o Öz değerlendirmeler
o Gözlemler
o Kişilerle yapılan görüşmeler
o Birim sorumluları ile yapılan değerlendirmeler
o Anketler
o Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)

Kod	Standart	6
KEY06 Çekirdek	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik doküman bulunmalıdır.	
	Eğitim dokümanları aşağıdaki konuları kapsamalıdır:	
KEY06.01	- o Hangi konularda eğitim verileceği - o Hangi sıklıkla verileceği - o Kimler tarafından verileceği - o Nasıl kayıt altına alınacağı	
	Hasta, hasta yakınlarına diyaliz tedavisi süreçlerine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.	
	Hasta/hasta yakınlarına diyaliz tedavisi süreçlerine yönelik <u>asgari</u> aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir:	
KEY06.02	- o (Varsa) 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 Gerektiğinde doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi	
KEY06.03	Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.	

Sosyal Sorumluluk

Amaç

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

Kod	Standart	1
KSS01 Opsiyonel	Kuruluş, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kuruluş hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusundaki farklılıklar ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır.	
	<u>Rehberlik;</u> <i>Sağlık sorunlarının araştırılması kapsamında aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılabilir:</i> - 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	
KSS01.02	Kuruluş, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KSS02 Hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Kuruluş, sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler kapsamında bir program uygulamalıdır.

Rehberlik:

Standart kapsamında geliştirilecek program aşağıdaki konu başlıklarında ya da bunlara benzer konularda oluşturulabilir:

- o Toplumun böbrek sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması*
- o Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler*
- o Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme*
- o Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi*
- o Doku ve organ nakline yönelik bilgilendirme ve işbirliği*
- o Sigara ile mücadele*
- o Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği*
- o Yaşlı ve engelli hastalarının diyaliz uygulamaları*
- o Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların diyaliz uygulamaları*

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KSS03 Kuruluş tarafından, sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan programın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi izlenmelidir.

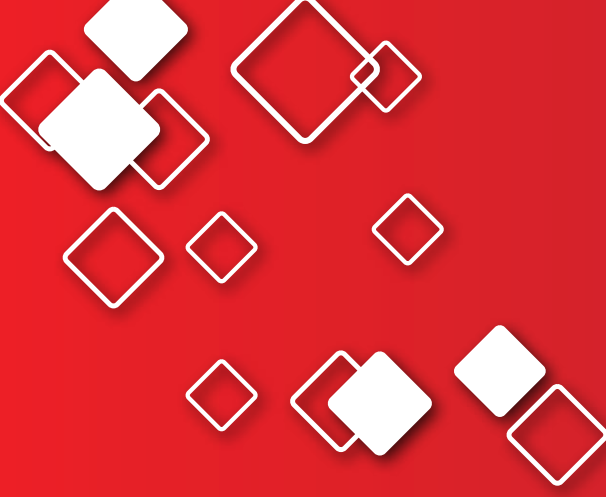
Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KSS03.01 Program sonuçları kuruluş tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.

KSS03.02 Değerlendirme sonuçlarına göre, program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

Hasta Deneyimi ◆
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ◆



Hasta Deneyimi

Amaç

Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetlere hasta perspektifinden bakılarak, temel hasta haklarının ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile hizmet alınan tüm süreçlerde; hem hasta, hem de hasta yakınının saygı görmeleri ve özenle hizmet almalarının temin edilmesidir.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

HHD01 Hastanın diyaliz merkezine uyumunu sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HHD01.01 Hasta ve hasta yakınları, hastanın merkeze kabulünde, sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri, hasta hakları ve sorumlulukları gibi konularda bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

HHD02 Hasta ile sağlık çalışanları arasında etkili bir iletişim ortamı oluşturulmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HHD02.01 Hastaya hizmet verecek olan birim çalışanları hasta ve hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.

HHD02.02 Hasta ve 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.

HHD02.03 Çalışanlara, hasta memnuniyeti, hasta hakları ve iletişim becerilerine ilişkin eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	3
HHD03 Çekirdek	Hasta, teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
HHD03.01	Hasta veya hasta yakını, kuruluş tarafından belirlenen kurallar doğrultusunda, teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri hakkında bilgilendirilmeli, bilgilendirme sırasında sade ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.	
	Hasta veya hasta yakını <u>asgari</u> aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: - o Hastanın genel durumu - o Tedavi süreci	
HHD03.02	- o Bakım uygulamalarının seyri - o Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale - o Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler	
HHD03.03	Hasta veya hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.	
HHD03.04	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.	

Kod	Standart	4
HHD04	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
HHD04.01	Hasta, her türlü tıbbi müdahale öncesinde, işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmelidir.	
	Bilgilendirme sonrası yazılı olarak hastanın rızası alınmalıdır.	
	<u>Rehberlik:</u> <i>Hemodiyaliz seansları gibi sürekli tekrarlanan işlemler için hasta rızasının bir kez alınması yeterlidir.</i>	
	<i>Rıza Formu <u>asgari</u> aşağıdaki bilgileri içermelidir:</i>	
HHD04.02	- 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	
HHD04.03	Engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	

Kod	Standart	5
-----	----------	---

HHD05 Hastaya bakım süreci ile ilgili gerekli eğitimler verilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmeli, eğitim içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenmelidir.

Rehberlik:

Eğitim konuları için aşağıdaki örnekler verilebilir:

- o El hijyeni*
- o Enfeksiyonların önlenmesi*
- HHD05.01 *o Hasta düşmeleri*
- o Hastalığının seyri*
- o İlaçların kullanımı*
- o Fistül bakımı*
- o Bakım süreci ile ilgili uyması gereken kurallar*
- o Beslenmede dikkat etmesi gereken hususlar*
- o Kurallara uymaması durumunda oluşabilecek riskler*
- o Acil bir durumda ilgili hekime başvurma süreci*

HHD05.02 Verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

HHD06 Hasta, organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda **Çekirdek** bilgilendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HHD06.01 Talep eden hastalar için organ ve doku nakli merkezleri ile koordinasyon sağlanmalıdır.

HHD06.02 Hastanın iletişim bilgilerinin güncel olması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

HHD07 Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.

Kod	Standart	8
HHD08	Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHD08.01	Hasta, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtları inceleyebilmeli, istediğinde ilgili belgelerin kopyasına ulaşabilmelidir. o Hasta, söz konusu bilgi ve belgelere, hizmet alımı sırasında ya da sonrasında ulaşabilmelidir.
HHD08.02	Tıbbi kayıtların, hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılacağı belirlenmelidir.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

HHD09	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	
-------	---	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHD09.01	Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik ve sosyal mahremiyet ile bilgi mahremiyeti dikkate alınmalıdır.
HHD09.02	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.
HHD09.03	Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir. o Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir. o Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.
HHD09.04	Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır. Rehberlik: <i>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 tercihi 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.</i>
HHD09.05	Tüm kuruluş çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

HHD10 Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

HHD11 Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HHD11.01 Refakatçi politikası belirlenerek, hasta ve hasta yakınları ile paylaşılmıştır.

HHD11.02 Çocuk hastalar, madde bağımlıları, hamileler gibi özellikli hasta gruplarında refakatçi uygulaması ile ilgili gerekli düzenlemeler tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	12
-----	----------	----

HHD12 Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HHD12.01 Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

HHD12.02 Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kuruluş ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini ne şekilde iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

- o Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü 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.
- HHD12.03**
 - o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmıştır.
 - 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	13
HHD13	Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır. (<i>Bkz. Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi</i>)	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
HHD13.01	Hasta geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.	
HHD13.02	Anketler asgari belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.	
HHD13.03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.	
HHD13.04	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.	

Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Amaç

Diyaliz Merkezlerine çalışan perspektifinden bakılarak, sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve alt yapısının sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

HSÇ01 İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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 Kuruluşun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HSÇ02.01 Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.

HSÇ02.02 Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.

HSÇ02.03 İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde talep edilecek olan bilgi ve belgeler ile değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

HSÇ03 Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

İşe alım ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan edilmelidir.

HSÇ03.01 o İlkelerin Bakanlık genel politikaları ve modern insan kaynakları yönetimi prensiplerine uygun olmasına dikkat edilmelidir.

HSÇ03.02 Personel, kuruluş ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak ilgili birimlerde istihdam edilmelidir.

HSÇ03.03 Kurulusta gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş (diploma, sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) kişilerce sunulmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

HSÇ04

Opsiyonel

Çalışanlara yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Çalışanların başarı düzeylerinin ölçülmesine yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.

HSÇ04.01

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

Kuruluş tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.

HSÇ04.04

Çalışan performansını artırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

HSÇ05

Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HSÇ05.01

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

HSÇ05.02

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

HSÇ05.03

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

Kod	Standart	6
HSÇ06 Çekirdek	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Kuruluş ve birim bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
HSÇ06.01	o Risk değerlendirmesi; çalışanların kuruluştaki karşılaşabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır. <u>(Bkz. Risk Yönetimi Bölümü)</u>	
HSC06.02	Kuruluş ve birim bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	
HSC06.03	Çalışanların güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır. <u>(Bkz. Olay Bildirim Sistemi Bölümü)</u> o Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
HSÇ06.04	Çalışanlara, istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti sağlanmalıdır.	
HSÇ06.05	Çalışanlara yönelik şiddet riski veya girişimi varlığında, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

HSÇ07

Çekirdek

Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

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

Kod	Standart	8
-----	----------	---

HSÇ08

Çekirdek

Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HSÇ08.01	Birim 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 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 beklentileri de dikkate alınarak, fiziksel koşullar, kullanılan malzeme ve cihazlar ile çalışma süreçleri hakkında iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. - 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 teşvik edilmesine ve motivasyonunun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Kod	Standart	10
HSÇ10	Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	

Kod	Standart	11
-----	----------	----

HSÇ11 Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HSÇ.11.01 Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

HSÇ11.02 Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kuruluş ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.

HSÇ11.03 Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

- 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 geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.
(*Bkz. Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi*)

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HSÇ12.01 Çalışan geri bildirim 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.

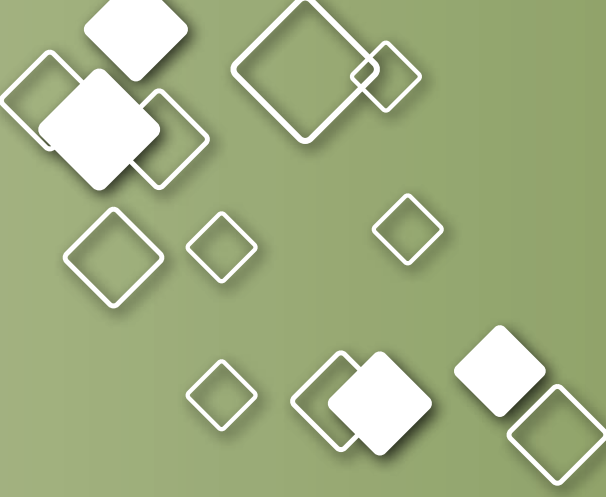
SAĞLIK HİZMETLERİ

Hasta Bakımı ◆

İlaç Yönetimi ◆

Enfeksiyonların Önlenmesi ◆

Laboratuvar Hizmetleri ◆



Hasta Bakımı

Amaç

Diyaliz Merkezinden 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.

Kod	Standart	1
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. <i>Rehberlik;</i> <i>Hasta bakımı, hastaların Diyaliz Merkezine kabulünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.</i>	
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 - o Acil diyaliz uygulanmasına ilişkin süreçler - o Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler	

Kod	Standart	2
SHB02	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB02.01	Diyaliz Merkezine kabul edilen hastanın bakım ihtiyaçları; hastaya bakım verecek ilgili sağlık çalışanları tarafından belirlenmelidir.	
SHB02.02	Hastaların bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.	
SHB02.03	Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda, ilgili hekim tarafından Diyaliz reçetesi oluşturulmalıdır. Diyaliz reçetesi <u>asgari</u> aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Diyaliz tedavi süresi ve sıklığı o Kuru ağırlık o Kan akım hızı o Diyalizat bileşimi ve akım hızı o Diyalizer seçimi o Diyaliz seti seçimi o Antikoagülasyon türü ve miktarı o Varsa diyaliz sırasında uygulanan ilaç tedavileri	
SHB02.04	Bakım sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler tıbbi kayıtlara eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse tedavi planı güncellenmelidir. o Tıbbi kayıtlarda yapılan güncellemeler, ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.	

Kod	Standart	3
SHB03 Çekirdek	Hastaların tıbbi takibinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB03.01	Tüm hastalar ayda en az bir defa ilgili uzman hekim tarafından değerlendirilmelidir.	
	<u>Rehberlik:</u> <i>Aylık değerlendirme, ilgili diyaliz değerlendirmesinin yanı sıra hastanın diğer tıbbi problemlerinin değerlendirmesini de kapsamaktadır.</i> <i>Değerlendirme kayıtları <u>asgari</u> aşağıdaki bilgileri içermelidir:</i>	
SHB03.02	- 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	4
-----	----------	---

Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

Rehberlik:

SHB04

Çekirdek

Kimlik doğrulama, kuruluştaki bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

Hastalara yapılan kayıt işlemleri ile tanı ve tedaviye yönelik işlemlerde kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin doküman bulunmalıdır.

Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir:

SHB04.01

- o 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

SHB04.02

Kimlik doğrulamasının hangi işlemde, nasıl ve hangi araçlarla gerçekleştirileceği belirlenmelidir.

SHB04.03

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

Kod	Standart	5
-----	----------	---

SHB05

Çekirdek

Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik doküman bulunmalıdır.

Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir:

SHB05.01

- o Düşme risk faktörleri
- o Risk faktörlerinin ne şekilde belirleneceği
- 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)

SHB05.02

Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve kuruluş bazlı önlemler alınmalıdır.

SHB05.03

Hasta, hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.

SHB05.04

Gerçekleşen düşme olayları olay bildirim sistemine bildirilmelidir.

SHB05.05

Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

SHB06

Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hastaların güvenli transferine yönelik doküman bulunmalıdır.

Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir:

SHB06.01

- o Hasta transferinin gerekebileceği durumlar
- o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
- o Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
- o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması

SHB06.02

Gerektiğinde kullanılmak üzere transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.

- o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.

SHB06.03

Transfer konusunda görevli çalışana hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

SHB07 Hastaların nütrisyonel durumunun izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB07.01 Hastaların, nütrisyonel durumunun izlenmesi ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

SHB07.02 Hastalara, nütrisyonel risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

SHB07.03 Malnütrisyonla olan veya nütrisyonel risk saptanan hastalar, beslenme konusunda detaylı olarak bilgilendirilmeli, gerekli ise beslenme desteğinin sağlanabileceği kurumlara yönlendirilmelidir.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

SHB08 Konsültasyon gereken durumlara yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB08.01 Konsültasyon gerekliliği durumunda sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SHB08.02 Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

SHB08.03 Konsültasyon işleminin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

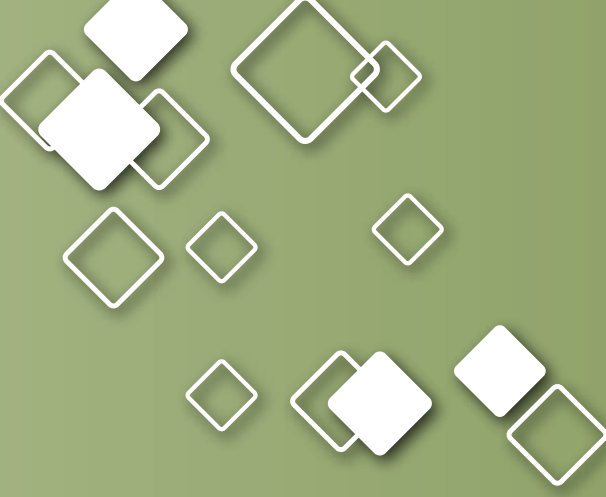
SHB09 Acil müdahale gerektiren durumlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB09.01 Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.

- SHB09.02**
- 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
 - Defibrilatör



İlaç Yönetimi

Amaç

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

Kod	Standart	1
-----	----------	---

SiY01 İlaçın yönetimi ile ilgili tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

İlaç yönetimi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar, kuruluşa özgü olarak belirlenmelidir.

İlaç yönetimi ile ilgili **asgari** aşağıdaki süreçlere yönelik kurallar belirlenmelidir:

SiY01.01

- o İlaçların temini
- o İlaçların muhafazası
- o İlaç istemleri
- o İlaçların hazırlanması
- o İlaç uygulamaları
- o Tehlikeli ilaçlar ve hata durumunda müdahale yöntemleri
- o Advers etki bildirimleri
- o İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler

Kod	Standart	2
-----	----------	---

SiY02
Çekirdek İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SiY02.01 İlaç istem süreci, istemle ilgili kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmalıdır.

SiY02.02 Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda verilme süresini içermelidir.

SiY02.03 Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmeli ve istem süreçlerinde etkin uygulanmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

SiY03 İlaçların güvenli
Çekirdek uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.

SiY03.01 o Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır.

İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.

SiY03.02 o Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.

SiY03.03 İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı kuruluş tarafından tanımlanmalıdır.

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

SiY03.04 o Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir.

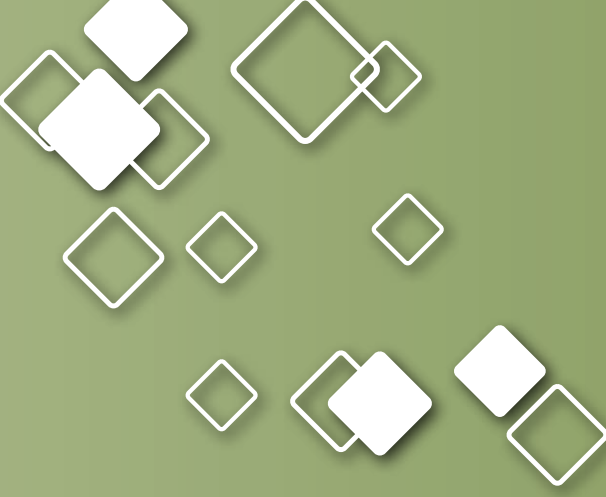
Kod	Standart	4
-----	----------	---

SiY04 İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SiY04.01 İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

SiY04.02 İlaç hataları ve ramak kala olaylar olay bildirim sistemi kapsamında bildirilmelidir.



Enfeksiyonların Önlenmesi

Amaç

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

Kod	Standart	1
-----	----------	---

SEN01

Çekirdek

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Rehberlik;

SEN01.01

Hastane dışında faaliyet gösteren Diyaliz Merkezleri tarafından, enfeksiyonların önlenmesine yönelik merkez çalışmalarını kontrol etmek ve düzenlemek amacı ile il içinde görevli bir Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından danışmanlık hizmeti alınabilir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

SEN02

Diyaliz ünitesinin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program, diyaliz ünitesinin sunduğu hizmetleri ve ünite bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.

Programın kapsamı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

SEN02.01

- o Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
- o El hijyeni
- o Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal süveyans ve kontrol sistemine bildirilmesi
- o İzolasyon önlemleri
- o Hastalar için gerekli aşıların yapılması ve belirlenen hastalıklara yönelik antikor düzeylerinin düzenli olarak takibi
- o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- o Çalışanların mesleki enfeksiyonu

Kod	Standart	3
-----	----------	---

SEN03 Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir.

- SEN03.01**
- 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

Kod	Standart	4
-----	----------	---

SEN04 El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda, çalışanın kolay ulaşabileceği şekilde, alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.

- SEN04.01** **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.*

Kod	Standart	5
SEN05 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 tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır. - o Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir. - o Epidemik şüphesi ya da riski olduğu durumlarda gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır.	
SEN05.01	<u>Rehberlik:</u> 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	6
SEN06 Çekirdek	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Enfekte ya da kolonize hastalara yönelik alınması gereken izolasyon önlemlerinin ne zaman ve nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.	
SEN06.01	- o İzolasyon önlemleri ile ilgili kabul görmüş ulusal ve uluslar arası rehberler esas alınmalıdır. - o Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ve diyaliz makineleri ayrılmalı ve tanımlanmalıdır. - o HBsAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmelidir.	
	Enfekte veya kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır.	
SEN06.02	- o İzolasyon yöntemi ile ilgili Bakanlıkça belirlenen tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır: • Solunum izolasyonunda sarı yaprak • Damlacık izolasyonunda mavi çiçek • Temas izolasyonunda kırmızı yıldız - o Enfeksiyon Hastalıkları uzmanının kararı doğrultusunda, izolasyon yönteminin adı ve uygulama şekli, tanımlayıcı figürler için kullanılan görsellerle birlikte kullanılabilir. <u>(Ek: Tanımlayıcı Figürler)</u>	
SEN06.03	İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	7
SEN07	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
	Kurallar asgari aşağıdaki hususları içermelidir:
SEN07.01	- o Uygulama zamanı - o Uygulama kapsamı - o Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal - o Uygulamaların etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç

Kod	Standart	8
SEN08	Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SEN08.01	Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmelidir.	
SEN08.02	Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.	
SEN08.03	Dezenfektanların bulunduğu konteynırların kapakları kapalı olmalıdır.	
SEN08.04	Dezenfektanların hazırlandığı konteynırların üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.	
SEN08.05	Dezenfektanların kullanımı hakkında uygulayıcılara eğitim verilmelidir.	
SEN08.06	Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.	

Kod	Standart	9
-----	----------	---

SEN09 Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır.
Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SEN09.01 Her diyaliz seansı sonrasında, diyaliz makinelerinin iç ve dış dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır.

Dezenfeksiyon işleminin geriye dönük izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SEN09.02 Kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- o Dezenfeksiyon işlemi yapan görevlinin adı, soyadı, imzası
- o İşlemin yapıldığı tarih/saat, işlem süresi
- o İşlemden kullanılan dezenfektanın kimyasal adı

Kod	Standart	10
-----	----------	----

SEN10 Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
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.

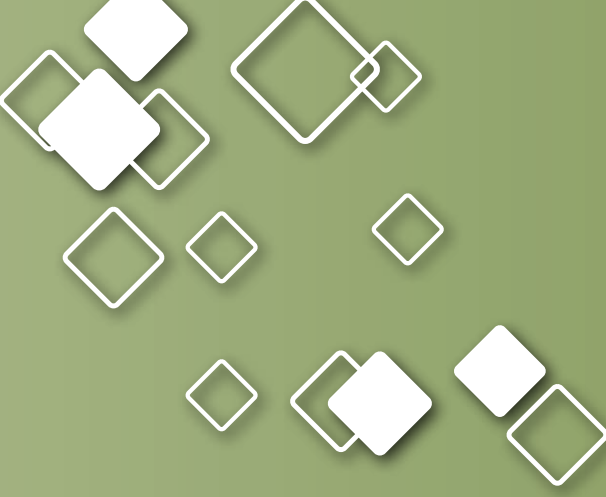
SEN10.03 Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır.

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.



Laboratuvar Hizmetleri

Amaç

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

Kod	Standart	1
SLH01	Laboratuvar hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SLH01.01	Laboratuvarda çalışan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır. Testrehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgileri içermelidir: - o Laboratuvarda çalışan 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	
SLH01.02	Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.	
SLH01.03	İlgili sağlık çalışanları, rehber nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	

Kod	Standart	2
SLH02 Çekirdek	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler tanımlanmalıdır. Rehberlik; <i>Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar.</i> <i>Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, Laboratuvar kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SLH02.01	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.	
SLH02.02	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 İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. - o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.	
SLH02.03	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. - o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi, 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.	
SLH02.04	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	3
SLH03	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	
Çekirdek		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.	
SLH03.01	o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.	
	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.	
SLH03.02	o Kayıtlarda asgari ; tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.	
SLH03.03	Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.	
SLH03.04	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.	
	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	
SLH03.05	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.	
SLH03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.	
SLH03.07	Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	4
SLH04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Testlerin çalışılma sürecine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:	
SLH04.01	- 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	
SLH04.02	İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.	
SLH04.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	5
SLH05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Laboratuvarda bulunan her test cihazı için dosya oluşturulmalıdır. Dosyada asgari aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır:	
SLH05.01	- 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	
SLH05.02	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
	Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmelidir.	
	Eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:	
SLH05.03	- 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
-----	----------	---

Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.

SLH06

Çekirdek

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
SLH06.01	İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
SLH06.02	İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma aralıkları, test prospektüsü ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
SLH06.03	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.
SLH06.04	İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

SLH07 Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SLH07.01 Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SLH07.02 Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SLH07.03 Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SLH07.04 Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Standart	8
SLH08	Test sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Test sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.	
	Test sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:	
SLH08.01	- o Kuruluş adı - o Testin yapıldığı laboratuvarın adı - o Hastanın adı ve soyadı - o İstemi yapan hekimin adı ve 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	
SLH08.02	Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır. <u>Rehberlik:</u> <i>Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.</i>	

Kod	Standart	9
SLH09	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Test sonuç verme süreleri laboratuvar koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.	
SLH09.01	<u>Rehberlik:</u> <i>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.</i> Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
SLH09.02	- o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı kuruluş tarafından belirlenmelidir. - o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

Kod	Standart	10
SLH10 Çekirdek	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
	- o Panik değerler ile ilgili kurallarda; • Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı • İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği	
SLH10.01	• 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.	
SLH10.02	Panik değer tespiti durumunda çalışanı uyarıcı bir düzenleme bulunmalıdır.	
SLH10.03	Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.	
	Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır.	
	Kayıtta asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:	
	- o Hastanın; • Adı soyadı • Protokol numarası	
SLH10.04	• 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	
SLH10.05	Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	11
-----	----------	----

SLH11 Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.

Kod	Standart	12
-----	----------	----

SLH12 Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

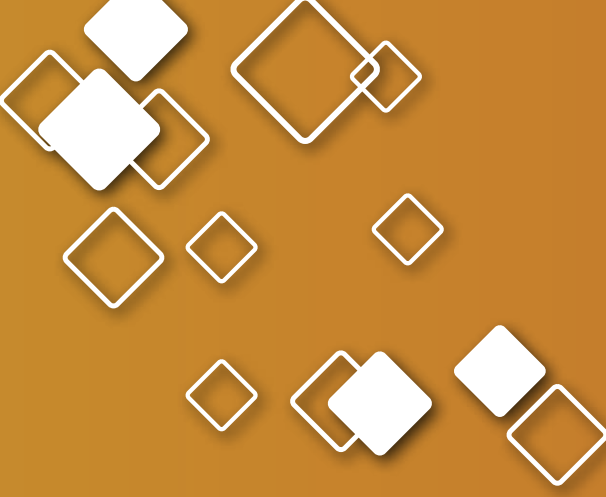
Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- o Hastanın adı ve soyadı
- o Hastanın yaşı
- o Hastanın cinsiyeti
- o Protokol numarası
- o İstem tarih ve saati
- o İstemi yapan hekimin adı ve soyadı, bölümü
- SLH12.01 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 ve soyadı

DESTEK HİZMETLERİ

Tesis Yönetimi ◆
Otelcilik Hizmetleri ◆
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 kuruluş fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır.

Kod	Standart	1
DTY01	Diyaliz merkezine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel alanlar, hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır.	
	Diyaliz ünitesinde asgari aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır:	
DTY01.01	- 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)	
	Hasta giyinme odaları kadın ve erkek hastalar için ayrı olmalıdır.	
DTY01.02	o Hasta giyinme odalarında hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.	
	Hastalar için tuvalet ve lavabo bulunmalıdır.	
DTY01.03	- o Tuvaletler kadın ve erkek hastalar için ayrı olmalıdır. - o Engelli kişilerin yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır.	
DTY01.04	Diyaliz ünitesi, sağlık çalışanının hastaları sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.	

Kod	Standart	2
-----	----------	---

DTY02 Bina turları yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Bina turlarını yapmak üzere bir ekip oluşturulmalıdır.

- DTY02.01
- o Ekipte kuruluş yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.
 - o Ekip, kuruluşun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır.

DTY02.02 Bina turları en az üç ayda bir yapılmalıdır.

DTY02.03 Bina turlarında kuruluştaki fiziksel durum ile ilgili aksaklıklar tespit edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

DTY03 Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY03.01 Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Rehberlik:

Aşağıda, tesis kaynaklı düşme risklerini önlemeye yönelik çalışmalara örnekler verilmiştir:

- DTY03.02
- 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

DTY03.03 Tesis kaynaklı düşme olayları kalite yönetim birimine bildirilmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

DTY04 Kuruluşa ve kuruluş içindeki birimlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY04.01 Kuruluş dışında, kuruluşa ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.

Kuruluş krokileri bulunmalıdır.

DTY04.02

- o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır.
- o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat krokileri bulunmalıdır.

DTY04.03 Okunabilir ve işlevsel nitelikte yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

DTY05 Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.

DTY05.01

- o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.
- o Levhalar, kuruluşun her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.
- o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.

Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

DTY05.02

- o Kuruluş 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	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.

Kuruluşa ve kuruluş içindeki birimlere ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

Rehberlik:

DTY06.02 Yaşlı ve engelli kişilerin kuruluş içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için yapılan uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir:

o Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel vb..

DTY06.03 Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin kuruluştan tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

DTY07 Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Ulaşım hizmeti için araç tahsis edilmelidir.

DTY07.01

- o Araçta yeterli ısıtma ve havalandırma sistemi olmalıdır.
- o Aracın temizliği, bakımı yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- o Araçta yangın tüpü bulunmalıdır.
- o Hastaların araca rahat çıkıp inebilmesini kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
- o Ulaşımı sağlayan pediatrik hastalara yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

DTY08 Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY08.01 Otopark alanına araçların giriş-çıkışının düzenli bir şekilde sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

DTY09 Kuruluştaki su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY09.01 Su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesine yönelik alternatif kaynaklar ile kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

DTY10 Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY10.01 Düzenli aralıklarla asansör bakımları yapılmalıdır.

Asansörlerin yıllık kontrolleri yapılmalıdır.

DTY10.02

- o Yıllık kontrole ilişkin kontrol raporları bulunmalıdır.
- o Asansörde, yıllık kontrol sonucuna ilişkin renkli (kırmızı, sarı, yeşil) bilgi etiketi bulunmalıdır.

DTY10.03 Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

DTY11 Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY11.01 Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

DTY11.02 Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılmalıdır.

Kod	Standart	12
-----	----------	----

DTY12 Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY12.01 Kuruluş trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

DTY12.02 Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

DTY12.03 Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.

DTY12.04 Prizler sabitlenmiş olmalıdır.

DTY12.05 Çocuk hastaların hizmet aldığı bölümlerdeki tüm prizlerde priz koruması olmalıdır.

DTY12.06 Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.

Kod	Standart	13
-----	----------	----

DTY13 Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Su depoları, insan sağlığı açısından güvenilir bir malzemeden yapılmış olmalıdır.

DTY13.01 **Rehberlik:**
Su depoları çelik veya betondan yapılabilir. Beton yapıdaki su depolarının yüzeyinin kolay temizlenebilir özellikte ve sızdırmaz olmasına dikkat edilmelidir.

Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmalıdır.

DTY13.02 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.

DTY13.03 Haftalık klor ölçümleri yapılmalıdır.

DTY13.04 Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından kuruluş tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmelidir.

Kod	Standart	14
-----	----------	----

DTY14 Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY14.01 Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

Kod	Standart	15
-----	----------	----

DTY15 Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY15.01 Taşınabilir gaz konteynırları dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz konteynırları zincirlenmiş ya da uygun biçimde sabitlenmiş olmalıdır.

DTY15.02 Üretici firma tarafından kuruluşa teslim edilen sıkıştırılmış gaz konteynırlarının sertifikası bulunmalıdır.

DTY15.03 Sıkıştırılmış gaz konteynırları doluluk, sızdırmazlık gibi konulara yönelik kontrolleri yapılmalıdır.

Kod	Standart	16
-----	----------	----

DTY16 Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.

Kod	Standart	17
-----	----------	----

DTY17 Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik **Çekirdek** düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY17.01 Saf suyun elde edilmesine yönelik su arıtma sistemi kurulmalıdır.
Üretilen saf su için günlük kontroller yapılmalıdır.

Rehberlik:

Saf su için aşağıdaki günlük kontroller yapılmaktadır:

DTY17.02

- o Saf su iletkenliği*
- o Su sertliği*
- o Klor miktar*
- o Asitlik-alkalilik (saf su-ham su) özelliği*

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:

DTY17.03

- 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.*

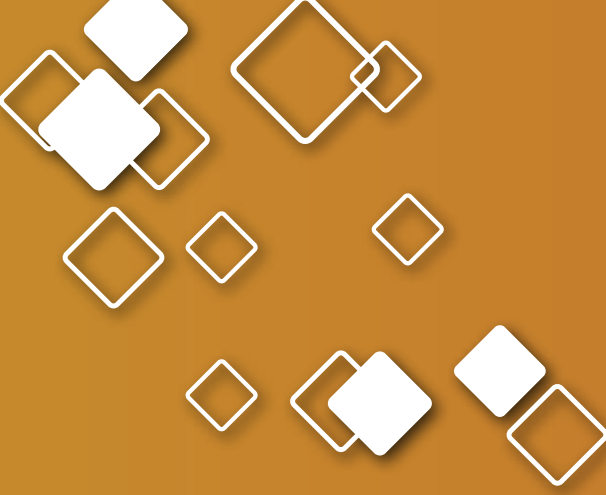
Kod	Standart	18
-----	----------	----

DTY18 Hassas tartı sistemi bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTY18.01 Tartı, tekerlekli sandalyenin çıkabileceği şekilde olmalıdır.

DTY18.02 Bebek ve çocuk hastalar için uygun tartı ve boyölçer bulundurulmalıdır.



Otelcilik Hizmetleri

Amaç

- o Diyaliz Merkezinin tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini arttırmak
- o Hasta/hasta yakınlarının kuruluştaki bulundukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak moral ve motivasyonlarını yüksek tutmak
- o Diyaliz Merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini etkin ve etkili şekilde sağlamaktır.

Kod	Standart	1
DOH01	Kuruluşun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DOH01.01	Kuruluşun tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyonların önlenmesi açısından risk düzeyleri belirlenmelidir. Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
DOH01.02	<u>Rehberlik:</u> <i>Temizlik kurallarının belirlenmesine yönelik olarak gerçekleştirilecek risk analizi, sunulan hizmetin ve ortamın özelliğine göre bölüm veya alan bazında yapılabilir.</i>	
DOH01.03	Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
Kod	Standart	2
DOH02	Kuruluşun temizliği sağlanmalıdır.	
Çekirdek		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DOH02.01	Kuruluşun tüm alanlarını kapsayan temizlik planı bulunmalıdır. Plan asgari aşağıdaki konuları içermelidir: • 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 Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.	
DOH02.03	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 Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Yiyeceklerin güvenli tedarikine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Bu kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:

- o Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler
- DOH04.01** o Kalite kontrol kriterleri
- o Tedarikçinin kabulü
- o Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler

Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır.

- DOH04.02** 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 Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.

- DOH05.01**
- o Yiyeceklerin hazırlandığı alanlar, gıda depolama alanları ve kirli malzemenin yıkandığı alanlardan ayrılmalıdır.
 - o Tüm çalışanlar; maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.
 - o Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan malzeme ve ekipman temiz olmalıdır.

DOH05.02 Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanlara, gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi verilmelidir.

DOH05.03 Hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

DOH06 Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DOH06.01 Kurulusta kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, ayrıştırılması, taşınması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.

- DOH06.02**
- o Konteynırlar ile taşıma yapan kuruluşlarda;
 - Konteynırların temizliği günlük olarak yapılmalıdır.
 - Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.
 - o Otomatik sistem ile taşıma yapan kuruluşlarda, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.

DOH06.03 Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.

DOH06.04 İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

DOH07 Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DOH07.01 Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.

DOH07.02 Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

DOH07.03 Çamaşırhanede çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

DOH07.04 Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

DOH08 Kuruluştaki hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları fiziksel alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DOH08.01 Kuruluştaki hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

DOH08.02 Kuruluştaki hastaların kişisel eşyalarını koymalarına yönelik kilitli dolap bulunmalıdır.

DOH08.03 Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik kolçaklı olmalıdır.

DOH08.04 Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

DOH08.05 Hasta ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar belirlenmelidir.

o Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.

DOH08.06 Hasta ve hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

DOH09 Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

HBsAg (+) hastalar için ayrılan odalarda yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

DOH09.01 Rehberlik;
Tüm hastalar için yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunması önerilmektedir.

DOH09.02 Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

DOH09.03 Hasta ve hasta yakınlarına çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

DOH10 Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DOH10.01 Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.

DOH10.02 Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.

Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır.

DOH10.03

- 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 olması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

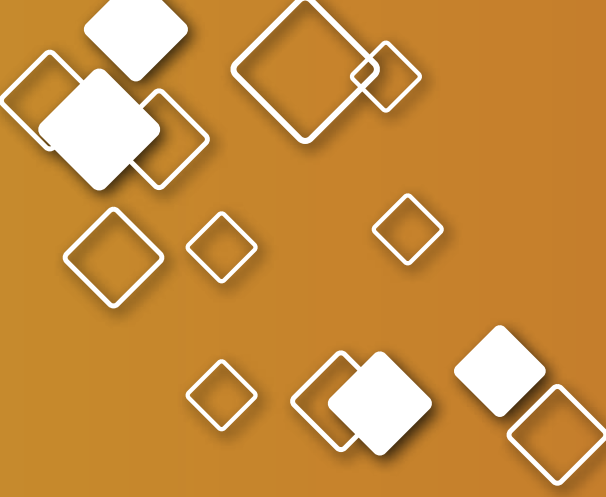
DOH11 Kuruluş bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DOH11.01 Bekleme alanlarında, hasta potansiyeli göz önünde bulundurularak yeterli oturma imkanı sağlanmalıdır.

DOH11.02 Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

Kod	Standart	12
DOH12	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DOH12.01	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik kurallar tanımlanmalıdır. - o Kuruluş genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. - o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.	



Malzeme ve Cihaz Yönetimi

Amaç

Diyaliz Merkezinde sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların temini ile bu malzeme ve cihazların güvenli, verimli ve etkin kullanımını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
DMC01	Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	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	
DMC01.01	- 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 Kuruluş bazında bulundurulması gereken malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

Malzeme ve cihazların teminine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Malzeme ve cihaz temini ile ilgili asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- DMC02.02**
- 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
-----	----------------------

Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve dokümanite edilmelidir.

- DMC03.01**
- o Depoda bulunan malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır.
 - o Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.
 - o İstiflemeye 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.

DMC03.02 Depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.

DMC03.03 Depolarda transfer esnasında olabilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır.

DMC03.04 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 envanteri bulunmalıdır.

Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı bulunmalıdır.

Cihaz kimlik kartı üzerinde **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- o Cihazın adı
- DMC04.02** o Seri numarası
- o Markası
- o Demirbaş numarası
- o Bulunduğu birim

Kod	Standart	5
-----	----------	---

DMC05 Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları bir plan dahilinde yapılmalıdır.

- DMC05.01** o Cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla; firma önerileri, kuruluş ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.

Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır.

- DMC05.02** o Cihazların etiketi üzerinde aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
 - Kalibrasyonu yapan firmanın adı
 - Kalibrasyon tarihi
 - Geçerlilik süresi
 - Sertifika numarası
- o Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.

Kalibrasyonu kısmi geçen veya geçemeyen cihazlarla ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmelidir.

- DMC05.03** 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 arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DMC06.01 Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.

DMC06.02 Arıza durumunda cihaz üzerinde arızalı cihaz etiketi bulunmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

DMC07 Diyaliz makinesi otoklav, jeneratör gibi kullanılması özel teknik ve uzmanlık gerektiren cihazları kullanacak kişilere eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

DMC08 Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır.

Dokümanda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- DMC08.01**
- o Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması
 - o Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler

Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır.

Envanter asgari aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır:
Tehlikeli maddenin;

- DMC08.02**
- o İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs.), kullanım şekli ve miadı
 - o Saklama koşulları
 - o Etkileşime girdiği maddeler
 - o Temas halinde yapılacaklar
 - o Kullanıldığı ve depolandığı yerler
 - o Taşıma şekli
 - o İmha yöntemleri
 - 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	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) güvenli kullanımı	
Çekirdek	sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DMC09.01	HBTC'nin kullanımına yönelik 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.	
	HBTC'yi kullanacak çalışanlara eğitim verilmelidir.	
	Eğitim asgari aşağıdaki konularda kapsamalıdır:	
DMC09.06	- o Çalışılacak testlerin analiz öncesi, analitik ve analiz sonrası 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.

Kod	Standart	1
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
DTA01.01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem kurulmalıdır.	
	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin doküman bulunmalıdır.	
	Doküman asgari aşağıdaki konuları içermelidir:	
	o Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği	
DTA01.02	o Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları	
	o Standart hasta dosyası planı ve içeriği	
	o Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması	
	o Arşiv hizmetlerinin işleyişi	
Kod	Standart	2
DTA02	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	
Çekirdek		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	
	Kurallar asgari aşağıdaki hususları içermelidir:	
DTA02.01	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	3
-----	----------	---

DTA03 Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTA03.01 Hastaların tıbbi kayıtlarında, kuruluşa her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılmalıdır.

DTA03.02 Hastaların klinik durumuna ilişkin tüm tıbbi kayıtları belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

DTA03.03 Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır.

Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır.

- DTA03.04**
- o Hasta dosyasında hastanın;
 - Adı-soyadı
 - 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.

DTA03.05 Hasta dosyaları içerik, kayıtların tam ve tutarlı olması gibi hususlar açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

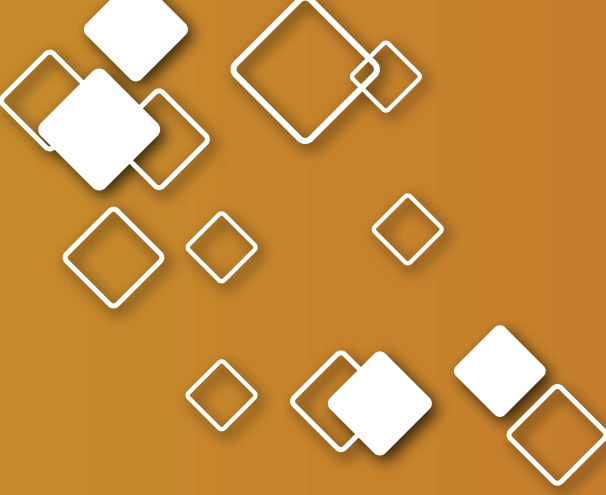
DTA04 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DTA04.01 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

DTA04.02 Hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.

DTA04.03 Arşiv, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.



Atık Yönetimi

Amaç

Diyaliz Merkezinde atıkların, oluşumundan nihai bertarafını gerçekleştirmek üzere yetkili kuruluşa teslimine kadar geçen süreçte, insan ve çevre sağlığına zarar vermesini önlemektir.

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 Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

- DAY02.01** Oluşan atıklar, birim bazında kategorize edilmeli ve birimde 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** 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 Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personele eğitim verilmelidir.

DAY03.04 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 Kuruluşun 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 kuruluşa teslim edilmelidir.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

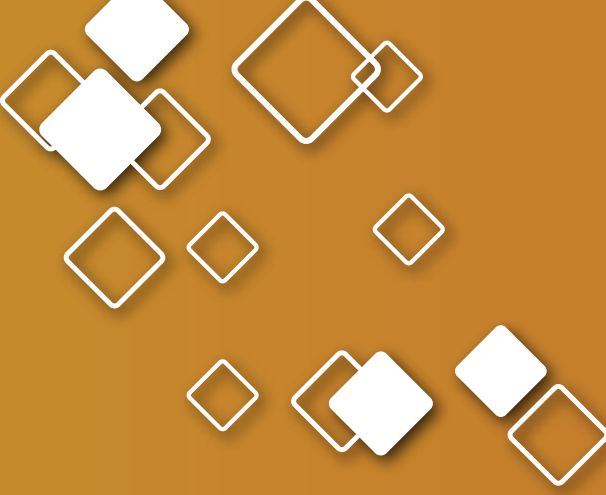
DAY05 Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sağlık çalışanlarına atık yönetimi konusunda verilecek eğitimler planlanmalıdır.

Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

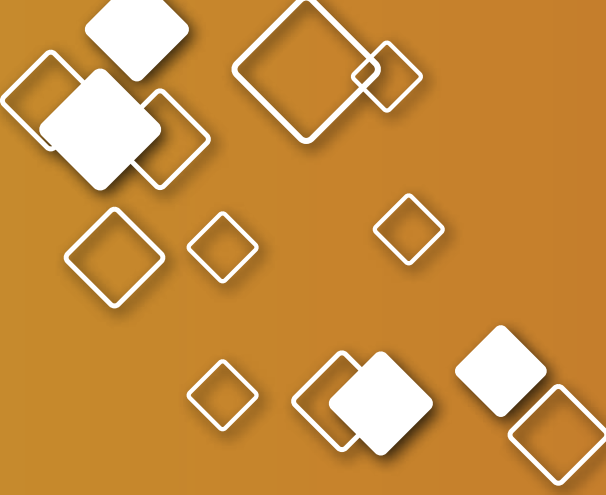
- DAY05.01**
- o Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması
 - o Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması
 - o Yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar
 - o Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler



Dış Kaynak Kullanımı

Amaç

Diyaliz Merkezi tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin kuruluşun temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve Sağlıkta Kalite Standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasını sağlamaktır.



Kod	Standart	1
-----	----------	---

DDK01 Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DDK01.01 Dış hizmet sağlayıcısının kuruluşa sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı, kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir.

DDK01.02 Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmeli, hizmetle ilgili süreçler açık ve detaylı şekilde tanımlanmalıdır.

DDK01.03 Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

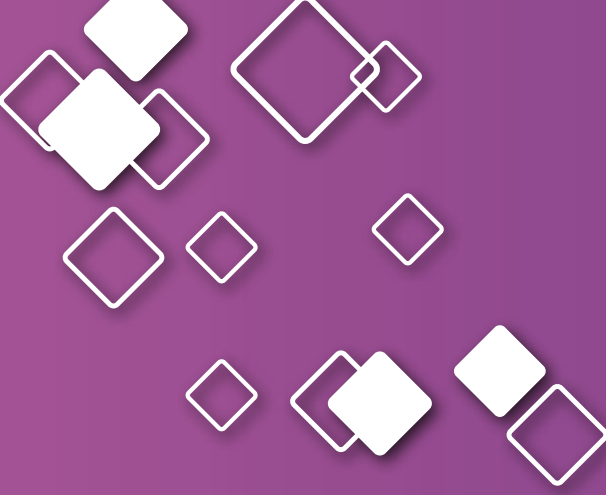
DDK02 Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

DDK02.01 Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin, Hasta ve çalışanların güvenliğini sağlayacak şekilde sunumuna yönelik kontroller düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

GÖSTERGE YÖNETİMİ

Göstergelerin İzlenmesi ◆
Kalite Göstergeleri ◆



Göstergelerin İzlenmesi

Amaç

Diyaliz hizmetleri kapsamında sunulan hizmetin performansını izlemek suretiyle kalitenin sürekli iyileştirilmesine katkı sağlamaktır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

GGi01 Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

GGi01.01 Kuruluşta izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.

GGi01.02 Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

GGi01.03 Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

GGi02 Kuruluşta izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

GGi02.01 Kuruluşun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS'de yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

GGi03 Kuruluşta izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.

Çekirdek

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Kuruluşta 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
- GGi03.01**
 - 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
-----	----------	---

GGi04 Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

GGi04.01 Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.

Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

GGi04.02 o Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

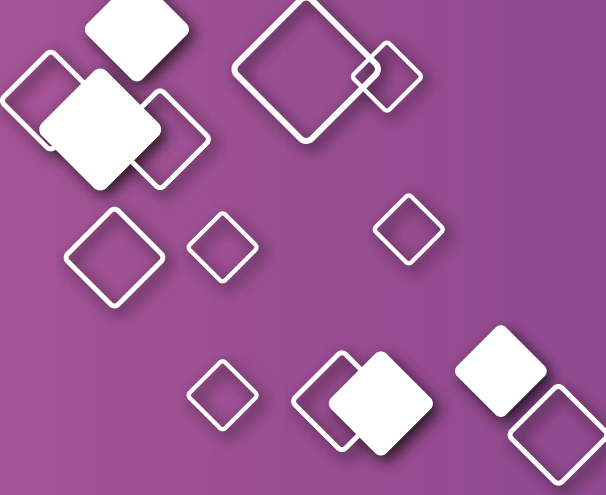
GGi05 Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

GGi06 Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

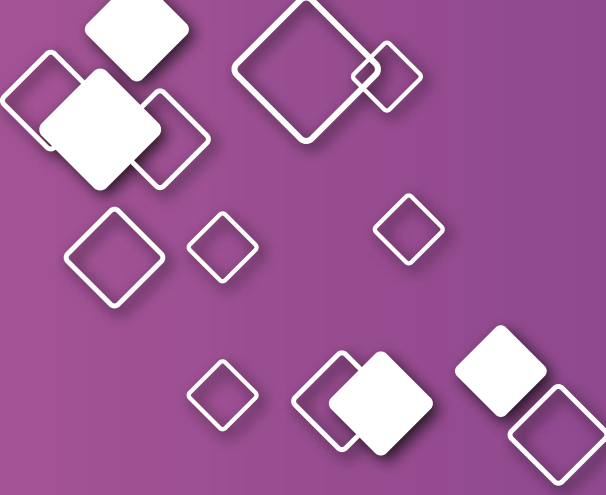
GGi07 Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına gönderilmelidir.



Kalite Göstergeleri

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.



Gösterge Kodu	Gösterge
---------------	----------

Hizmet Kalite Göstergeleri

GKH01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet DÖF Sonuçlandırma Oranı
GKH02	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GKH03	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
GKH04	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GKH05	Kesici-Delici Alet Yaralanma Oranı
GKH06	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı
GKH07	Düşen Hasta Oranı
GKH08	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı
GKH09	El Hijyeni Uyumu

Klinik Kalite Göstergeleri

GKK01	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı
GKK02	Serum Ferritin Düzeyi 100-800 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı
GKK03	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı
GKK04	Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
GKK05	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,4-9,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
GKK06	CaxP düzeyi 55'in Altında Olan Hasta Oranı
GKK07	Ortalama Hemodiyaliz Süresi
GKK08	Eritropoetin Kullanım Oranı
GKK09	Ortalama Hb Düzeyi 10-13 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
GKK10	HBsAg (+) Hasta Oranı
GKK11	Anti-HCV (+) Hasta Oranı
GKK12	Kalıcı Kateterli Hasta Oranı
GKK13	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
GKK14	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
GKK15	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı
GKK16	Mortalite Oranı
GKK17	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı
GKK18	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı

Ekler



EK – 1

TANIMLAYICI FİĞÜRLER

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)**

Ortak **nokta hastayı** etrafındaki **yapraklar ise damlacıkları** temsilen kullanılmıştır.

**Kırmızı Yıldız (Temas İzolasyonu)**

- Yıldızın **beş köşesi**, **elin beş parmağını** temsil etmektedir.
- **Kırmızı** rengi ise, **ateşe temasın** sakıncaları ile **hastayla temasın** sakıncaları arasındaki bağdan yola çıkarak kullanılmıştır.



Kaynaklar



Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). National Healthcare Disparities Report, Chapter 3.

Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. (1994).

Arslandoğlu, A. (2009). Yönetimde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Aştı, T. (2003). Bakım Teknolojisinde Yenilikler, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı.

Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik. (2008). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26927, 05 Temmuz 2008.

Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik. (2010). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26 Mart 2010-27533.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2009). Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australia.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). National Safety and Quality Health Service Standards.

Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik. (2005). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 22 Mart 2005-25763.

Bozkurt, Ö. ve diğerleri. (2008). Kamu Yönetimi Sözlüğü.

Caldwell C. (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, (Çev. Akınhay, O.). İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.

CİBAHI Accreditation (Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions, KSA). <http://www.cbahi.org/apps/en/home.aspx> Erişim Tarihi: 01.06.2016.

Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi.(2012). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı:14 Mayıs 2012-951.99/6665.

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.(2013). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 15 Mayıs 2013-28648.

Çetinkaya, R., Uyanık, A., Keleş, M., Kiki, İ. ve Odabaş. A.R. (2004)., The Relationship Between Hemodialysis Adequacy And C-Reactive Protein Levels In Chronic Hemodialysis Patients, Eurasian J Med; ss .36: 31-34

Demir, H. ve Okan, T. (2009). "Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma". (c. 10, ss. 57-72). İstanbul: Doğu Üniversitesi Dergisi.

Department of Health. (2006). "Care Homes for Older People" National Minimum Standards (3rd Edition). London.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik.(1988). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 16 Mayıs 1988-19816.

Devlet Memurları Kanunu. (1965). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 23 Temmuz 1965- 12056.

Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği. (2011). Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi.

Diyaliz Hizmetleri Hakkında Yönetmelik.(2010) T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 18 Haziran 2010-27615,.

Duranay. M.,Özdemir. Ö., Güler. S., Ecemiş. Z. (2004).,Hemodiyaliz Hastalarının Nutrisyonel Parametrelerle Değerlendirilmesi, Nefroloji Dergisi; 13 (1): ss.16-20

Eren, E. (2013). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Eren Beta Yayınları.

Ertem, G. (2003). Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir.

Gıda Hijyeni Yönetmeliği.(2011). T. C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 17 Aralık 2011 - 281457.

Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Denetimi ve Kontrolüne Dair Yönetmelik,.(2012).T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26 Eylül 2012- 27009.

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 01 Ağustos 1998-23420.

Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2014). T.C. Resmi Gazete, 08 Mayıs 2014-28994.

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.C. Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 06 Nisan 2011-27897.

Şeneş. M., Kazan. N., Duranay. M., Şeker. R., Zengi. O., Öztürk. H., Yücel. D., (2005). Hemodiyalizin Albümin ve Serbest Tiroksin Düzeyleri Üzerine Etkisi. Turkish Journal of Biochemistry, 30 (4); 310-316.

Hillman, B. J., Amis, E. S. ve Neiman, H. L. (2004). "The Future Quality and Safety of Medical Imaging: Proceedings of The Third Annual" ACR FORUM. J Am Coll Radiol, 1(1): ss. 33-9.

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.

İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun. (2004). Resmi Gazete, 7 Ocak 2004-5038.

ISO 31000. (2009). Risk Management-Principles and Guidelines.

ISO 9001. (2008). Quality management systems-Requirements.

İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik. (2014). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 15 Nisan 2014-28973.

İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. (2012). Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29 Aralık 2012-28512,

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği. (2012). Resmî Gazete, 29 Aralık 2012-28545.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 30 Haziran 2012-28339.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik. (2013). Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 18 Ocak 2013-28532.

İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 29 Aralık 2012-28512.

İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. (2013). Resmî Gazete, 29 Mart 2013-28602.

İzzettin, F. V, Sancar, M., Acar, Sancar, A. ve Apikoğlu-Rabuş, Ş. (2013). Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. (ss: 845-862)

Japan Council for Quality Health Care. Erişim: 3 Haziran 2016, <http://www.en.jcqhc.or.jp/>

Joint Commission International. (2011). "Joint Commission International Accreditation Standards" for Hospitals. (4th Edition).

Laboratory Quality Management System,.(2011) Handbook, WHO.

Laboratory Assesment Tool. (2012). WHO.

National Institute of Standards and Technology - Department of Commerce - Baldrige Performance Excellence Program. (2011-2012). Health Care Criteria for Performance Excellence.

National Kidney Foundation. KDOQI. (2015). Clinical Practice Guideline For Hemodialysis Adequacy.

National Kidney Foundation. KDOQ. (2002). For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification.

NIOSH. (1988). Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers. Washington, DC: NIOSH Publication.

OECD. (2009). "Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009"Health Working Papers. No. 47. <https://www.oecd.org/els/health-systems/44192992.pdf> Erişim: 3 Haziran 2016,

OECD. (2011). "Health at a Glance" OECD Indicators. OECD Publishing.

- Okay, A. (2012). Sağlık İletişimi. Derin Yayınları.
- Ovayolu, N. ve Bahar, A. (2006). Hemşirelikte Kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1).
- Özlü, T. (2005). Hasta Hakları. İstanbul: TİMAŞ Yayınları.
- Özlü, T. (2005). Kuramsal Metinler "Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, Çünkü Hastasınız.". İstanbul: TİMAŞ Yayınları.
- Philips, R.L., Dovey S.M., Hickner, J.S., Graham, D. ve Johnson, M. (2005). "The AAFP Patient Safety Reporting System; Development and Legal Issues Pertinent to Medical Error Tracking and Analysis" In: Advances in Patient Safety: From Research to Implementation, Vol (3) , Page:34-121.
- Pugh, D. S., (Ed). (1990). Organization Theory: Selected Readings. Harmondsworth: Penguin.
- Qmentum International. (2010-2011). Accreditation Canada Standards.
- Quality Home Care UK Limited, Care Quality Commission. <http://www.cqc.org.uk/location/1-116936875> Erişim: 03 Mayıs 2016,
- Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Erişim: 01 Haziran 2016, <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/index.html>
- Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2013). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 09 Mart 2013-28582.
- Rampton, G.M., Turnbull, L.J. ve Doran, J. A. (1999). Human Resource Management Systems: A Practical Approach. (2nd edition). Ontario: Carswell Thomson Professional Publishing.
- Recommendations of Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2003). Guidelines for Environmental Infection Control in HealthCare Facilities.
- Restuccia, D.J. (2013). Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek. (Çev. S. Kaya,).
- Robert, J.M et. Al. (2010). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Kılavuz (Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü,). Ankara.
- Rootman, I. et.al. (2001). Evaluation in Health-Promotion Principles and Perspectives. WHO Regional Publications, European Series.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. (2013). 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. 5228, 06 Haziran 2007.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (1987). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 15 Mayıs 1987-3359.

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2015). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 27 Haziran 2015-29399.

Sistrom C. L. (2009). "The Appropriateness of Imaging: Comprehensive Conceptual Framework" Radiology, 251(3), (ss: 637-49).

Starfield, B. ve Shi, L. (2007). "The Medical Home, Access to Care, and Insurance" Pediatrics, 113(5), ss: 1493-8.

Süleymanlar. G., TND Ulusal Kayıt Bilgilerine Göre Diyaliz Kalite Göstergeleri ve USRDS, DOPPS Verileri ile Karşılaştırılması. www.tsn.org.tr Erişim: 01 Haziran 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2007). Sağlıkta Performans Yönetimi. (2. bs.). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS Işığında Sağlıkta Kalite (c.1-3). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ve İlaç Güvenliği. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2013). SKS Doküman Yönetim Sistemi. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2014). Kalite İndikatörleri ve SİYÖS. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). SKS-Hastane (Versiyon-5) Seti. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. (2011). Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi. Ankara.

Tatar, M.(Ed). (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir Anadolu Üniversitesi. Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 14 Mart 2005-25755.

Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara.

Thompson, B.L., (1998). Yönetim Fonksiyonları. (Çev. V.G. Diker,), İstanbul: Hayat Yayınları.

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005). T.C. Resmi Gazete, 22 Temmuz 2005-25883.

Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik. (2015). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 25 Haziran 2015-29397.

Türk Tabipleri Birliği. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Uztuğ, F. (Ed). Kurumsal İletişim. Eskişehir Anadolu Üniversitesi.

Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim. Literatür Yayınları.

World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary.

World Health Organization. (2004). Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities, , Regional Office for South-East Asia New Delhi.

World Health Organization. (2005). Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to Action.

World Health Organization. (2008). Core Components for Infection Prevention and Control Programmes. Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care.

World Health Organization. (2009). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care.

World Health Organization. (2009). World Alliance for Patient Safety.

World Health Organization. (2013). Exploring Patient Participation in Reducing Health-Care-Related Safety Risks.

Indeks



Index

Symbols

5 Endikasyon 122

A

Acil 21, 24, 32, 45

Advers 116, 197

Afet x, 21, 24, 32, 35, 36, 45, 71, 72, 73, 74

Alan xi, 4, 5, 6, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 28, 29

Alet 6, 43, 68, 185

Amaç 2, 5, 8, 10, 14, 15, 16, 19, 26, 27, 34

Analitik 3, 164

Analiz 7, 9, 64, 65, 68, 69, 70, 185

Anestezi 11

Anket 37, 38, 54, 81, 96, 103

Antisepsi 2, 39, 120, 124, 193

Arşiv 35, 39, 41, 42, 61, 73, 137, 139, 165, 166, 167, 193, 195

Asgari 8, 48, 50, 51, 56, 64, 65, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 82, 91, 92, 96, 101, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 120, 121, 122, 124, 125, 128, 130, 131, 134, 136, 137, 142, 152, 153, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 170, 171, 180

Atık 4, 6, 8, 10, 21, 24, 32

B

Bağışıklık 125

Bakım 36, 37, 38, 40, 41, 90, 91, 93, 94, 101, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 121, 131, 135, 142, 145, 146, 147, 148, 156, 160, 162, 164, 165

Balon 113

Bertaraf 4, 8, 10, 42, 169, 170, 171

Beslenme 82, 85, 93, 110, 113

Bildirim xii, 14, 15, 21, 24, 32

Bilgi 36, 37, 38, 39, 42, 50, 51, 55, 56, 61, 68, 69, 70, 73, 76, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 98, 99, 101, 103, 109, 110, 111, 117, 121, 123, 125, 128, 129, 131, 134, 135, 136, 137, 146, 156, 160, 162, 163, 165, 166, 167, 180, 181, 196

Bina 11, 36, 40, 73, 77, 143, 144

Bölüm vi, xii, 6, 7, 14, 19, 20, 21, 23, 24, 29, 32

Boyut 19, 20, 21, 22, 23, 24, 33, 34, 36, 38, 40, 42, 171

C

Çalışan xi, 3, 5, 6, 8, 9, 14, 18, 20, 21, 24, 32, 33, 36, 37, 38, 39

Çekirdek 27, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 48, 49, 51, 54, 55, 64, 65, 68, 69, 70, 74, 75, 77, 80, 82, 91, 94, 100, 101, 110, 111, 112, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 125, 129, 130, 132, 133, 136, 146, 149, 152, 153, 154, 157, 162, 163, 164, 166, 167, 170, 180

Çevre v, xi, 4, 6, 8, 10, 49, 63, 64, 76, 112, 122, 169

Cihaz 39, 41, 56, 73, 75, 82, 102, 113, 131, 135, 137, 139, 159, 160, 161, 162, 163, 164

Çocuk 95, 113, 147, 149

D

Danışma 120

Değer 34, 43, 164, 180

Değerlendirme xi, xii, 3, 8, 10, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 33, 34, 35, 39, 42, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 64, 65, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 84, 85, 90,

91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 170, 171, 175, 180, 181

Deneyim x, 21, 24, 32, 36, 87

Depo 4, 7, 8, 10, 40, 41, 42, 75, 77, 142, 147, 153, 154, 161, 163, 170, 171, 192

Destek x, 19, 20, 21, 24, 32, 40, 142

Dezenfeksiyon 2, 39, 120, 124, 125, 153, 155, 160, 170, 193

Diyaliz viii, ix, xii, 3, 4, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41

Dış x, 3, 5, 7, 21, 29, 32, 35, 39, 42, 49, 50, 60, 125, 128, 131, 133, 139, 173, 175, 192

Dış Kalite 3, 39, 131, 133

Doküman ix, xii, 3, 4, 7, 9, 21, 23, 24, 32, 34, 35, 45, 54, 59, 60, 61, 64, 81, 82, 108, 111, 112, 131, 160, 161, 163, 166, 170, 180

Dosya 42, 80, 82, 131, 164, 166, 167, 195

Düşme 5, 38, 40, 56, 93, 112, 143, 189

Düzeltilici xiii, 4, 23, 43, 57, 70, 76, 100, 130, 164, 185

E

Eğitim v, vi, xi, 5, 7, 21, 24, 32

Ekip 55, 143

Ekipman 6, 8, 37, 39, 73, 77, 82, 101, 112, 113, 124, 131, 152, 154, 170, 175

El Hijyeni 4, 38, 39, 43, 82, 93, 120, 121, 122, 185

Endikasyon 4, 7, 121, 122

Enfeksiyon 2, 4, 6, 21, 24, 32, 38, 39, 56, 93, 105, 119, 120, 123, 125, 185

Engelli 37, 40, 85, 92, 102, 142, 145

Envanter 73, 162, 163, 164

Erişim 42, 60, 110, 166, 167, 192, 194, 195, 196

Etki 90, 91, 116

Etkililik 3, 17, 18

Etkinlik 3, 17, 18, 36, 81

F

Faaliyet xi, xiii, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 18, 20, 34, 36, 39, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 57, 60, 65, 70, 76, 79, 85, 98, 99, 100, 120, 125, 130, 133, 164, 175, 181, 185

Format 60, 134

G

Görev 15, 25, 27, 34, 35, 47, 48, 54, 64, 71, 72, 80, 98, 129, 160, 194

Görüş xi, 15, 35, 37, 51, 64, 68, 70, 95, 103, 134

Gösterge ix, x, 5, 19, 20, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 33, 42, 43, 177, 179, 180, 181, 183

Gözlem 81, 122

Güvenli xi, 2, 22, 38, 40, 41, 131, 141, 146, 147, 151, 153, 159, 160, 161, 162, 163, 164

Güvenlik iii, 74, 121, 145, 155, 157

H

Hakkaniyet 14, 17, 18, 195

Hasta 49, 50, 54, 56, 57, 63, 64, 67, 68, 73, 74, 75, 79, 80, 82, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 105, 107, 108, 111, 112, 113, 119, 121, 122, 123,

127, 132, 133, 135, 142, 143, 151,
152, 155, 156, 157, 164, 166, 167,
175, 192, 193, 195, 196

Hata 43, 116, 117, 185

Havalandırma 40, 145, 146, 155, 156

Hedef xi, 5, 7, 10, 17, 22, 36, 50, 85, 180

Hekim 4, 9, 51, 92, 101, 109, 110, 129,
134, 136, 137

Hemodiyaliz 3, 4, 5, 7, 43, 92, 185, 193

Hizmet 99, 100, 103, 105, 107, 111, 120,
121, 125, 127, 128, 142, 144, 145,
147, 159, 162, 175, 183

I

İlaç v, vi, x, 4, 5, 7, 21, 24, 32, 38, 43, 56,
68, 105, 115, 116, 117, 142, 185,
194, 196

İletişim ii, 7, 47, 50, 51, 195, 196

İmha 163

İstem 129, 134, 137

İzolasyon 6, 39, 120, 123, 189

K

Kalibrasyon vi, 6, 41, 131, 160, 162, 164,
196

Kalite 27, 34, 39, 42, 43, 95, 99, 100, 129,
131, 132, 133, 135, 143, 153, 164,
173, 177, 179, 180, 181, 183

Kamu v, 3, 5, 16, 49, 50, 192

Kayıt x, 21, 24, 37, 41, 42, 56, 57, 60, 72,
74, 76, 80, 82, 93, 94, 100, 109,
110, 111, 117, 125, 129, 130, 131,
132, 136, 137, 139, 145, 157, 163,
164, 166, 167, 195, 196

Kaynak x, xii, 3, 18, 21, 24, 32, 35, 37, 39,
40, 42, 49, 56, 60, 64, 72, 81, 98,
125, 143, 146, 173, 175, 181

Kaza 40, 72, 147, 148, 152, 170, 171

Kimlik 6, 56, 111, 129, 162

Kişisel 4, 6, 37, 76, 94, 101, 102, 113, 155,
156

Kırmızı 36, 76, 123, 146, 189

Kod 23, 24, 25, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56,
57, 60, 61, 64, 65, 68, 69, 70, 72,
73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 84,
85, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98,
99, 100, 101, 102, 103, 108, 109,
110, 111, 112, 113, 116, 117, 120,
121, 122, 123, 124, 125, 128, 129,
130, 131, 132, 133, 134, 135, 136,
137, 143, 144, 145, 146, 147, 148,
149, 152, 153, 154, 155, 156, 157,
160, 161, 162, 163, 164, 166, 167,
170, 171, 175, 180, 181, 185

Kök 7, 65, 70, 133

Komite 81

Konsültasyon 38, 113

Koruyucu 6, 9, 37, 73, 101, 113, 125, 154,
161

Kroki 35, 73, 77, 144

Kültürel 10, 37, 84, 94, 95

Kurumsal viii, 7, 8, 10, 15, 19, 20, 21, 23,
24, 32, 33, 34

L

Laboratuvar vi, x, 3, 5, 9, 21, 24, 32, 39,
43, 56, 105, 110, 127, 128, 129,
130, 131, 132, 133, 134, 135, 136,
137, 185

M

Mahremiyet 4, 8, 9, 10, 37, 42, 56, 91, 94,
166

Malzeme 6, 7, 8, 21, 24, 32, 38, 39, 41, 73,
75, 77, 102, 113, 121, 123, 124,
131, 139, 142, 147, 152, 154, 155,
156, 159, 160, 161

Manevi 37, 95

Maske 113, 154

Mavi 123, 189

Medikal 40, 146, 148

Memnuniyet 14, 20, 54, 89, 90, 107, 151, 193

Merkez vi, xii, 3, 5, 7, 14, 22, 36, 37, 40, 47, 59, 63, 67, 71, 73, 79, 83, 89, 90, 93, 97, 107, 108, 115, 119, 120, 142, 146, 151, 159, 169, 173

Miat 131

Mikrobiyoloji 43, 185

Mikroorganizma 2, 6, 10

Misyon 8, 10, 34, 49, 51

Morbidite 8, 84

Mortalite 43, 84, 185

Muayene 40, 94, 109, 110, 148

Muhafaza 35, 41, 61, 102, 116, 155, 160, 161, 165, 166

N

Nem 155, 161

Nükleer 72

Numune 128, 129, 130, 132, 133, 134, 136, 137

Nütrisyon 38, 113, 193

O

Öçüm 5, 99, 147, 161

Oksijen 75, 113

Öneri xii, 15, 35, 37, 68, 70, 92, 95, 103, 122, 134

Opsiyonel 28, 36, 37, 84, 85, 99

Organ 4, 37, 93

Organizasyon 7, 8, 34, 47, 48, 49, 51, 73, 74, 76

Otelcilik x, 8, 21, 24, 32, 40, 139, 151

Otoklav 40, 41, 148, 163

Özellikli 8, 95

P

Panel 155

Panik 9, 39, 136, 142, 144

Patoloji 4, 11, 132

Performans xi, 3, 5, 20, 37, 99, 179, 193, 195, 196

Personel 5, 9, 34, 37, 41, 43, 53, 54, 57, 71, 75, 80, 95, 98, 103, 122, 129, 130, 145, 156, 160, 161, 170, 171, 175, 185

Plan 9, 18, 34, 35, 36, 42, 43, 49, 53, 55, 65, 69, 73, 74, 80, 81, 91, 98, 100, 108, 116, 121, 142, 152, 161, 162, 185, 195

Program xi, 3, 16, 36, 38, 84, 85, 101, 120, 133, 152, 194

R

Radyoaktif 73, 170, 195

Rapor 29, 39, 64, 68, 69, 70, 74, 76, 128, 134, 146, 195

Raporlama 68, 69

Reaksiyon 117

Reçete 4, 109

Refakatçi 37, 95

Rehberlik xii, 19, 47, 49, 50, 57, 60, 65, 68, 76, 81, 84, 85, 92, 93, 94, 108, 110, 111, 120, 121, 122, 125, 129, 132, 134, 135, 143, 145, 147, 149, 152, 156

Revizyon 9, 80, 131

Risk xi, xii, 6, 9, 11, 18, 21, 32

Rıza 9, 37, 92, 93

S

Sağlık 36, 37, 38, 39, 41, 42, 98, 99, 101, 108, 109, 111, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 142, 156, 159, 173

Saklama 8, 94, 153, 163

Seans 92, 125

Servis 136

sistematiik 76, 165

Sıcaklık 131, 153, 155, 161

Sıvı 3, 4, 6, 43, 122, 149, 156, 185

Sorumlu 7, 8, 21, 24, 25, 32

sosyal 10, 83, 85, 94, 102, 109

Sosyal iii, 21, 24, 32, 36, 45, 51, 84

Standart i, ix, xi, xii, xiii, 3, 4, 5, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 42, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 64, 65, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 84, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 170, 171, 175, 180, 181

Sterilizasyon 10, 39, 120, 124, 193

Stok 7, 8, 153, 161

Sunucu xii

Süreç xii, 7, 8, 14, 15, 18, 19, 20, 27

Süreklilik 3, 17, 18

T

Tarama 37, 43, 101, 125, 185

Tartı 40, 149

Tedavi 3, 4, 5, 7, 8, 11, 18, 36, 82, 91, 94, 101, 108, 109, 110, 111, 116, 117, 125, 142

Temiz 2, 4, 6, 8, 41

Teşhis 11, 36, 73, 91, 94

Tesis x, 5, 6, 8, 11, 21, 24, 32, 36, 40, 63, 64, 73, 74, 77, 139, 143, 147

Test 3, 5, 9, 81, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 185, 196

Teşvik 10, 15, 27, 36, 83, 84, 85, 102, 121

Tıbbi v, vi, x, 5, 6, 9, 11, 18, 20, 21, 24, 32, 37, 38, 41, 42, 139, 155, 156, 160, 162, 165, 166, 167, 170

Toplantı 34, 56, 72

Toplum viii, 5, 8, 10, 49, 83, 84, 85, 94, 196

Transfer 38, 41, 56, 74, 112, 128, 129, 144, 160, 161

Triaj 73

U

Ünite xii, 3, 4, 10, 11, 14, 38, 40, 120, 142, 149

Uygulanabilirlik 15

Uygunluk 15, 17, 18, 130, 131

Uyum 5, 14, 17, 27, 36, 39, 43, 48, 80, 81, 90, 122, 173, 185

V

Veri 4, 15, 42, 84, 93, 95, 103, 180, 181

Veritabanı 42

Vizyon 10, 11, 34, 49, 51

Vücut 3, 4, 6, 43, 122, 137, 185

W

Web ii, 51, 68

Y

Yangın 11, 36, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 145

Yaşlı 40, 85, 145

Yatak 94, 121, 155, 156

Yetki 7, 11, 25, 27, 34, 35, 47, 48, 54, 57,
64, 72, 98, 117, 129, 166, 167,
169, 171, 194

Yönetim ix, x, xiii, 5, 7, 8, 10, 11, 19, 20,
21, 23, 24, 25, 32, 33, 34, 35, 36,
38, 40, 41, 42, 45, 48, 50, 51, 53,
54, 55, 59, 60, 64, 65, 72, 73, 74,
76, 85, 95, 96, 99, 100, 103, 115,
116, 117, 119, 137, 139, 143, 160,
169, 170, 171, 181, 192, 194, 196

Z

Zaman 9, 10, 14, 39, 43, 55, 56, 65, 76,
80, 82, 95, 99, 101, 103, 108, 109,
112, 117, 123, 124, 130, 136, 165,
166, 185

