

SKS-Hastane (Sürüm 6.1)

KURUMSAL HİZMETLER

1	Kurumsal Yapı
2	Kalite Yönetimi
3	Doküman Yönetimi
4	Risk Yönetimi
5	Kurumsal Verimlilik
6	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
7	Afet ve Acil Durum Yönetimi
8	Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi
9	Eğitim Yönetimi
10	Sosyal Sorumluluk

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

1	Hasta Deneyimi
2	Hizmete Erişim
3	Yaşam Sonu Hizmetler
4	Sağlıklı Çalışma Yaşamı

SAĞLIK HİZMETLERİ

1	Hasta Bakımı
2	İlaç Yönetimi
3	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
4	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri
5	Transfüzyon Hizmetleri
6	Terapötik Aferez Hizmetleri
7	Radyasyon Güvenliği
8	Acil Servis
9	Ameliyathane
10	Yoğun Bakım Ünitesi
11	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
12	Doğum Hizmetleri
13	Diyaliz Ünitesi
14	Psikiyatri Hizmetleri
15	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri (TRSH)
16	Biyokimya Laboratuvarı
17	Mikrobiyoloji Laboratuvarı
18	Patoloji Laboratuvarı
19	Doku Tipleme Laboratuvarı
20	Kemoterapi Hizmetleri
21	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri
22	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri
23	Palyatif Bakım Kliniği
24	Evde Sağlık Hizmetleri

DESTEK HİZMETLERİ

1	Tesis Yönetimi
2	Otelcilik Hizmetleri
3	Bilgi Yönetim Sistemi
4	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
5	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
6	Atık Yönetimi
7	Dış Kaynak Kullanımı
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
1	Göstergelerin İzlenmesi

Amaç

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KKU01	Hastanenin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir. <u>Rehberlik:</u> Değerler, hastanenin gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.	KKU01.01	Hastane, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	30
		KKU01.02	Misyon, vizyon ve değerler çalışanlar ile paylaşılmalı, konu ile ilgili çalışanlara yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenmelidir.	
KKU02	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	KKU02.01	Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, hastane amaç ve hedefleri belirlenmelidir.	40
			o Hastanenin amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geri bildirimleri dikkate alınmalıdır. o Tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.	
		<u>Rehberlik:</u> İç çevre faktörleri, insan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir. Dış çevre faktörleri, ekonomik çevre, hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.		
KKU02.02	Hastane faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.			
KKU03	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.			30
			Organizasyon yapısı, kurumun misyon, vizyon, amaç ve hedefleri doğrultusunda, kurumsal ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı ve kurum faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.	

KKU04 CEKİRDEK	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	KKU04.01	<p>Rehberlik: Klinik yönetim, sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen bir klinik liderlik varlığında, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmeliği hedefleyen yapı ya da düzendir. Klinik yönetiminin yapı taşları aşağıda tanımlanmıştır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Klinik denetim o Klinik risk yönetimi o Kalite güvencesi o Klinik etkinlik o Kurumsal ve bireysel gelişim 	50
		KKU04.02	<p>Organizasyon yapısı en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkileri gösterecek şekilde tanımlanmalıdır.</p> <p>Organizasyon yapısı ile ilgili asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sorumluluk ve ilişkiler o Dikey ve yatay koordinasyon ve entegrasyon noktaları o Gerekliğinde yetki devrinin nasıl yapılacağı 	
		KKU04.03	Hastane organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren güncel organizasyon şeması oluşturulmalıdır.	
KKU05	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	KKU05.01	<p>Görev tanımları, kapsayıcı ve net, çatışmaya yol açmayacak şekilde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.</p> <p>Görev tanımları asgari aşağıdaki hususları içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 iş ve sorumluluklar o Yetkiler o Sağlık meslekleri için etik ilkeler 	30
		KKU05.02	Görev tanımları, ilgili birimdeki tüm süreçleri kapsayacak şekilde etik ilkeler ve ekip anlayışı içerisinde tanımlanmalıdır.	
		KKU05.03	Görev dağılımında çatışma yaşanması durumunda izlenecek yol tanımlanmalıdır.	
		KKU05.04	Birim ya da kişilere verilen yetki ve sorumluluklar denkliği sağlanmalıdır.	
		KKU05.05	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	
		KKU05.06	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde hastane politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.	
			Klinik yönetim kapsamında hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır:	

KKU06	Klinik yönetim ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	KKU06.01	<ul style="list-style-type: none"> o Klinik süreçlerin denetimi o Klinik risklerin yönetimi o Kalite güvencesi o Klinik etkinlik o Kurumsal ve bireysel gelişim 	40
		KKU06.02	Hastane tarafından belirlenen hasta bakım prosedürleri ve ulusal ya da hastane tarafından kabul edilmiş klinik protokollerin uygulanma durumu denetlenmelidir.	
		KKU06.03	Bakanlıkça belirlenen klinik kalite göstergelerine ilişkin sonuçlar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
		KKU06.04	Kurumsal ve bireysel düzeyde klinik uygulamaların iyileştirilmesine yönelik ihtiyaçlar tespit edilmeli, gerekli eğitim, araştırma ve tecrübe ortamının oluşturulması sağlanmalıdır.	
KKU07	<p style="text-align: center;">Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> 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.</p>	KKU07.01	<p>Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.</p> <p>Hedef kitle tanımlanırken; hastane türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Hedef kitle, hastane içinde ve hastane dışındaki iletişim paydaşlarını (hastane çalışanları, hasta ve yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.</p>	30
		KKU07.02	<p>Kurum içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hastaneyi 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 	
		KKU07.03	<p>Kurum dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hasta ve yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi o Hastane çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi o Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi 	
		KKU07.04	Çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.	
		KKU08.01	Hastanenin web sitesi olmalıdır.	
			Web sitesi etkin bir şekilde yönetilmeli, güncel ve yeterli bilgi içermeli, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır.	

KKU08	Hastanenin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.	KKU08.02 Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır: <ul style="list-style-type: none">o Organizasyon yapısıo Hastane misyon, vizyon ve değerlerio Hastane kalite yönetim birimi ve çalışmalarıo Toplu taşıma seçeneklerini de içerecek şekilde hastaneye ulaşım bilgileri* Şehir dışından (havaalanı, otogar, tren garından) gelen hastalar için hastaneye ulaşım bilgilerio Hastane iletişim bilgilerio Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlaro Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanlarıo Acil sağlık hizmetlerio Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım ya da tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgilero Randevu alma bilgilerio Radyoloji ve laboratuvar tetkik sonuçlarına ulaşım alanıo Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlaro Ziyaret saatleri, ziyaretçilerin ve refakatçilerin uyması gereken kurallaro Koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinliklero Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri	30
--------------	---	---	-----------

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KKY01 ÇEKİRDEK	Hastane kalite politikası oluşturulmalıdır. <u>Rehberlik:</u> Kalite politikası, bir kuruluşun üst yönetimince resmi olarak beyan edilen kalite ile ilgili amaçları ve bu amaçlara uygunluğun sürekli olarak sağlanmasına yönelik taahhüdüdür.	KKY01.01	Üst yönetim, aşağıdaki hususlara yönelik taahhütlerini içeren bir kalite politikası oluşturmalıdır: o Hastanenin amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu o Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi o Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması o Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi	50
		KKY01.02	Hastane kalite politikası üst yönetim tarafından onaylanmalı, yönetimin değişmesi durumunda yeniden gözden geçirilerek taahhüt yenilenmelidir.	
KKY02 ÇEKİRDEK	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	KKY02.01	Kalite yönetimine ilişkin dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmalıdır.	50
		KKY02.02	Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
		KKY02.03	Kalite direktörlüğü oluşturulmalıdır. o Kalite direktörlüğünün çalışma ofisi olmalıdır. o Kalite direktörlüğünde çalışacak personel sayısı, ilgili hastanenin büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir. o Kalite direktörlüğünde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır. o Kalite direktörü belirlenmelidir.	
			KKY02.04	

KKY03 ÇEKİRDEK	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	KKY03.01	Bölüm kalite sorumluları hizmet birimi kapsamında belirlenmelidir.	50
		KKY03.02	Sorumlular, kalite direktörü ile koordineli çalışmalıdır.	
		KKY03.03	Sorumlular bölümlerinde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.	
KKY04 ÇEKİRDEK	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	KKY04.01	SKS'ye ilişkin öz değerlendirmeler, yılda en az iki kez olacak şekilde ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	50
		KKY04.02	Öz değerlendirme öncesinde sürece ilişkin plan yapılmalıdır.	
			o Öz değerlendirme ile ilgili ekip ya da ekipler belirlenmelidir. o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır. o Bölümler öz değerlendirme takvimi hakkında önceden bilgilendirilmelidir. o Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalıdır.	
		KKY04.03	Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.	
KKY04.04	Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
KKY05	Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	KKY05.01	Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30
		KKY05.02	Değerlendirme toplantılarında, kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve kalite süreçleri değerlendirilmelidir.	
		KKY05.03	Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.	
KKY06	Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır.	KKY06.01	Kalite yönetiminin etkinleştirilmesi amacıyla kurulacak komiteler belirlenmelidir.	40
			o Kalite yönetimi kapsamında asgari aşağıda belirtilen komiteler oluşturulmalıdır: * Hasta güvenliği komitesi * Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi * Eğitim komitesi * Tesis güvenliği komitesi	
		KKY06.02	Komitelerde görev alacak kişilerin niteliği ve sayısı, hizmet sunulan alanın büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yönetim tarafından belirlenmelidir.	
			o Her komitede yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır.	
KKY06.03	Komite üyelerinin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir. Rehberlik: SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde ilgili mevzuatlar kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.			
KKY06.04	Komiteler, düzenli aralıklarla yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.			

		KKY06.05	Komiteler, görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarını izlemelidir.	
		KKY06.06	Komiteler, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.	
KKY07 ÇEKİRDEK	Hasta güvenliği komitesi bulunmalıdır.	KKY07.01	Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Hastaların doğru kimliklendirilmesi o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması o İlaç güvenliğinin sağlanması o Radyasyon güvenliğinin sağlanması o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması o Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması o Hasta mahremiyetinin sağlanması o Hastaların güvenli transferi o Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi o Bilgi güvenliğinin sağlanması o Enfeksiyonların önlenmesi o Laboratuvarda hasta güvenliğinin sağlanması 	50
KKY08 ÇEKİRDEK	Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi bulunmalıdır. <u>Rehberlik:</u> Bünyesinde iş sağlığı ve güvenliği kurulu bulunan hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliği alanındaki sorumluluklar bu kurul tarafından yürütülür.	KKY08.01	Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması o Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması o Şiddete maruz kalma risklerinin azaltılması o Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması o Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi 	50
KKY09 ÇEKİRDEK	Eğitim komitesi bulunmalıdır.	KKY09.01	Komite, eğitim faaliyetlerini planlanmalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır. Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> o Sağlıkta kalite standartları eğitimleri o Hizmet içi eğitimler o Uyum eğitimleri o Hastalara yönelik eğitimler 	50
KKY10 ÇEKİRDEK	Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.	KKY10.01	Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi o Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması o Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları o Atık yönetimi çalışmaları o Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planları ve kalibrasyonlarının yapılması o Tehlikeli maddelerin yönetimi 	50
	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.		Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmeli ve bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:	

KKY11	<u>Rehberlik:</u> SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.	KKY11.01	o Toplantı yöneticisi ve katılımcıları o Toplantı gündemi ve süresi o Toplantı yeri ve zamanı	10
		KKY11.02	Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.	
KKY12	Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	KKY12.01	Gerçekleştirilen kalite iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.	30
		KKY12.02	Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
			<u>Rehberlik:</u> Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.	
KKY12.03	Düzeltilici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar hastane tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde kayıt altına alınmalı ve izlenmelidir.			
KKY13	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.			30
KKY14	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	KKY14.01	Tanıtım kartları, standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir.	10
		KKY14.02	<u>Rehberlik:</u> Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.	
		KKY14.02	Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.	

ANA SAYFA	DOKÜMAN YÖNETİMİ			
Amaç	Hastanede; o Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi o Uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi o Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesinin sağlanmasıdır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KDY01	Hastanede kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	KDY01.01	Doküman yönetimi ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:	30
			o Doküman ihtiyacının belirlenmesi o Dokümanların; * Hazırlanması * Kontrolü * Onaylanması * Dağıtılması ve duyurulması * Güncellenmesi * Muhafazası * Kullanımdan kaldırılması * İmhası o Dış kaynaklı dokümanların yönetimi	
			Dokümanların biçimi ve düzeni doküman türü bazında belirlenmeli, hastane hizmet kapsamı içinde oluşturulan tüm dokümanlarda bu biçim ve düzene uygun hareket edilmelidir.	
			o Dış kaynak kullanımı yoluyla sunulan hizmetlere ilişkin dokümanlar da hastane tarafından belirlenen biçim ve düzene uygun olmalı ve hastane adına yayınlanmalıdır.	
			Dokümanların hazırlanması, kontrolü ve onaylanmasından sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.	
			o Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.	
KDY01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü ve onaylanmasından sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.			
KDY01.04	Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.			
KDY01.05	İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.			
KDY02	Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar güncel olmalıdır.	KDY02.01	Dokümanlar hastane tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir.	30
			o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.	
		KDY02.02	Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalı, güncelleme bilgisi doküman listesinde izlenebilir olmalıdır.	
KDY02.03	Güncel dokümanlara ilgili çalışanlar tarafından kolay ulaşılabilmelidir.			
	o Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır. o Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.			

KDY03	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	KDY03.01	Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.	10
		KDY03.02	Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.	
KDY04	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	KDY04.01	Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmelidir.	10
		KDY04.02	Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir.	
			o Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği belirlenmelidir. o Dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır. o Dokümanların takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmelidir.	
		KDY04.03	Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.	
		KDY04.04	Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, görsel olarak uygun şekilde düzenlenmelidir.	
KDY04.05	Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalara yönelik kurallar belirlenmelidir.			
KDY05	Fiziksel ya da elektronik imzalı dokümanların arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.			10

ANA SAYFA	RİSK YÖNETİMİ			
Amaç	Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile hastanede sunulan hizmetlere ilişkin tanımlanan diğer risklerin önlenmesi veya kaynağında mücadele edilerek en az seviyeye indirilmesidir.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KRY01 CEKİRDEK	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	KRY01.01	Hastane risk yönetim kurulu oluşturulmalıdır.	50
		KRY01.02	Hastane risk yönetim kurulunun sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
		KRY01.03	Risk yönetimi çalışmalarının aktif olarak yürütülmesi ve raporlanmasına yönelik görev ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
		KRY01.04	Risk yönetimi çalışmaları, kalite direktörlüğü ve ilgili komitelerle koordineli şekilde yürütülmelidir.	
		KRY01.05	Bölmelerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmelidir.	
KRY02 CEKİRDEK	Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	KRY02.01	Risk yönetimi, çalışanlar ile hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere yönelik asgari aşağıdaki süreçler kapsamında ele alınmalıdır: o Tıbbi süreçler o İdari süreçler o Finansal süreçler o Teknik süreçler o Tesis güvenliği o Çevre güvenliği o Paydaşlarla iletişim	50
		KRY02.02	Risk yönetimi, hastanede karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, radyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.	
		KRY02.03	Risk yönetimine yönelik doküman asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır: o Amaç ve hedefler o Kapsam o Risk analizi yöntemi o İlgili çalışanların görüşlerinin alınması o Tanımlanan risklerin raporlanması o Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti o Gerekli iyileştirme çalışmaları o Çalışanların eğitimi	
		KRY03.01	Risk yönetim planı, asgari aşağıdaki başlıkları içerecek şekilde hazırlanmalıdır: 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 <u>CEKİRDEK</u>	Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	KRY03.02	Riskler, bölüm veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımıyla belirlenmelidir.	50
		KRY03.03	Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) derecelendirilmelidir.	
		KRY03.04	Belirlenen risklere yönelik risk analizleri en az iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir. <u>Rehberlik:</u> Belirlenen aralıklar dışında risk değerlendirmesinin tamamen veya kısmen güncellenmesi gerekliliğine ilişkin örnekler: o Hastanenin taşınması veya binalarda değişiklik yapılması o Hastanede uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanlarda değişiklikler yapılması o İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olayın meydana gelmesi o Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen bir olayın meydana gelmesi o Hasta bakım süreçlerinde meydana gelen önemli değişiklikler o Çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olması o Çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetim sonuçlarına göre gerekli görülmesi o Hastane dışından kaynaklanan ve hastaneyi etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması	
		KRY03.05	Risk yönetim planı ve risk analizleri mesai dışı süreçleri de kapsamalıdır.	
KRY04 <u>CEKİRDEK</u>	Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50		
KRY05	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	30		

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
Amaç	Hastanenin, etkinlik, etkililik, hasta güvenliği, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta odaklılık, uygunluk, hakkaniyet, zamanlılık, süreklilik hedeflerinden ödün vermeden, en az kaynak kullanımı ile hedeflere ulaşmasının sağlanmasıdır.			
Kapsam	Bu bölüm kamu hastanelerinde uygulanır ve değerlendirilir.			
KKV01	Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	KKV01.01	Verimlilik çalışmalarına yönelik sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Verimlilik ile ilgili gerçekleştirilen faaliyetlerin koordinasyonu ve izlenmesi o Veri toplama ve analiz çalışmaları ile iyileştirme faaliyetlerinin koordinasyonu ve izlenmesi o Verimlilik ölçümünde kullanılacak yöntemlerin tanımlanması o Raporların hazırlanması ve üst yönetime sunulması	40
KKV02	Verimlilik ölçümleri bir plan dahilinde gerçekleştirilmelidir.	KKV02.01	Verimlilik ölçümlerine ilişkin plan oluşturulmalıdır. o Ölçüm periyotları alana özgü olarak belirlenmelidir. o Verimlilik ölçümleri plan dahilinde gerçekleştirilmeli, en az yılda bir kez sonuçlar analiz edilmelidir.	30
KKV03	Verimlilik ölçümü yapılacak alanlar ile ölçüm metodları tanımlanmalıdır.	KKV03.01	Asgari aşağıdaki konulara yönelik verimlilik ölçümleri yapılmalıdır: o İlaç o Tıbbi Sarf ve Malzeme o Tetkik ve Teşhis Hizmetleri o İnsan Kaynakları o Enerji Kullanımı o Tesis Kullanımı (klinikler, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, laboratuvarlar ve depolar gibi) o Tıbbi Cihaz o Zaman Yönetimi o Bütçe	30
		KKV03.02	Verimlilik ölçüm ve analizi, istatistiksel analizler, oran analizi, regresyon analizi, veri zarflama analizi gibi güncel bilimsel yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmelidir.	
KKV04	Belirlenen her bir konu başlığı ile ilgili mevcut durum analizi yapılmalıdır.	KKV04.01	Yılda en az bir kez, verimlilik ile ilgili belirlenen her bir konu başlığı için, hastanenin güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerini tanımlamaya yönelik çalışma yapılmalıdır. o Verimliliği azaltan nedenler ve kaynakların gereksiz kullanım durumu tespit edilmelidir. o Mevcut durum analizi sırasında ilgili çalışanlar ve yöneticilerin görüşleri alınmalıdır. o Verimlilik ölçüm sonuçları ve konuyla ilgili elde edilebilen diğer yardımcı veriler de kullanılmalıdır.	30
		KKV04.02	Mevcut durum analizine ilişkin rapor oluşturularak üst yönetime sunulmalıdır.	

KKV05	Verimliliğin artırılmasına yönelik faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.	KKV05.01	Verimlilik ölçümlerine yönelik analiz sonuçları doğrultusunda iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	40
		KKV05.02	Gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetlerinin etkinliği değerlendirilmelidir.	

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Amaç

Hastanede;
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 bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
Kİ001 ÇEKİRDEK	İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır.	Kİ001.01	Sistem, hasta ve çalışanların güvenliğine yönelik ramak kala ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olayı kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. o Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.	50
		Kİ001.02	Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır. Rehberlik: o Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir. o Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi de içerecek şekilde kurgulanabilir. o Ana modüllerin altında ilaç güvenliği, kesici delici alet yaralanmaları gibi alt modüller yer alabilir.	
		Kİ001.03	Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.	
		Kİ001.04	Analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.	
		Kİ001.05	Sistem, bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.	
		Kİ001.06	Bildirim formları, asgari aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir: o Olayın konusu o Olayın gelişim süreci o Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler Rehberlik: "Olayın Konusu" başlığı için bildirim yapan kişinin hata sınıflandırma sistemini kullanarak (olay HSS'de tanımlanmış ise) kodlama yapması istenebilir. "Olayın Gelişim Süreci" başlığı ise bildirim yapan kişinin olayı kendi cümleleri ile anlatmasına izin verecek şekilde düzenlenmelidir.	
		Kİ002	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedebilecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	
			İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitimler tüm hastane çalışanlarını ve asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde planlanmalıdır:	

Kİ003	İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	Kİ003.01	<ul style="list-style-type: none"> 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, uyulması gereken kurallar o Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı o Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi o İstenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta ve hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği 	40
Kİ004 <i>CEKİRDEK</i>	İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	Kİ004.01	Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır.	50
Kİ004.02	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.			
Kİ004.03	Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmeli ve sonuçları izlenmelidir.			
Kİ004.04	Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.			
Kİ005	Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarla geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30		

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KAD01	Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	KAD01.01	Afet ve acil durum yönetimi ekibi tanımlanmalıdır.	30
		KAD01.01	o Ekipte, hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır. o Ekip tarafından düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	
		KAD01.02	Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
KAD02	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	KAD02.01	Risk değerlendirme kapsamı, olası olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım ve tahliye gerektiren olaylar göz önünde bulundurularak belirlenmelidir. Risk değerlendirmesi asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Yangın o Deprem o Sel o Toprak kaymaları o Salgınlar o Terör eylemleri o Göç o Endüstriyel patlama o Radyolojik, nükleer ve kimyasal kazalar o Savaş o Siklon (tayfun, kasırga) o Hortum o Volkanik patlama o Yıldırım düşmesi	30
KAD03	Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.	KAD03.01	Afet ve acil durumlara ilişkin tespit edilen risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Tespit edilen riskler o Koruyucu önlemler o Kontrol o Erken teşhis ve tespit o Triyaj o Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, ambulans hizmetleri, arşiv gibi) o Tesisin tahliyesi o Kullanılacak alternatif alanlar o Kullanılacak malzemelerin temini o Afet ve acil durum malzeme envanteri o İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon	30
		KAD03.02	Afet ve acil durum planı her yıl güncellenmeli ve il düzeyinde gerekli onaylar alınmalıdır.	

KAD04	Hastane acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	KAD04.01	Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	20
		KAD04.02	Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	
		KAD04.03	Acil durum plan krokilerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler o Acil müdahale setinin bulunduğu yerler o Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler o İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında hastane haricindeki kuruluşların irtibat numaraları	
		KAD04.04	Çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendirilmelidir.	
KAD05	Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	KAD05.01	Afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalı, tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermelidir: o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan) o Hastaların güvenli yerlere transferi o Geçici yerleştirme alanları o Personel takviyesi o Trafik akışı ve güvenlik o Hasta izleme sistemleri o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma o Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu	30
		KAD05.02	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır. o Tesis tahliye tatbikatı hastanenin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır. o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.	
		KAD05.03	Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
		KAD05.04	Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.	
KAD06	Hastanede görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir. (Bkz: Eğitim Yönetimi Bölümü)	KAD06.01	Afet ve acil durum eğitimleri asgari aşağıdaki konuları içermelidir: o Temel afet bilinci o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı) o YOTA o KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer Olaylar) o Radyasyondan korunma o Afet ve acil durum triyajı	30
			Depreme yönelik gerçekleştirilen risk değerlendirmesi doğrultusunda yapısal olmayan risklerin azaltılmasına yönelik gerekli çalışmalar yapılmalıdır.	

<p>KAD07 CEKİRDEK</p>	<p>Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.</p>	<p>KAD07.01</p>	<p>Yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır: o Risk içeren tıbbi cihazların sabitlenmesi o Yüksek mobilyaların sabitlenmesi o Oksijen tüplerinin, hastane arabası, sedye, tekerlekli sandalye gibi ekipmanın 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 /veya duvara sabitlenmesi o Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi 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 rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi o Radyoaktif maddelerin zırhlanmış koruyucu kaplarının içinde saklanması o Çalışanlara depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi</p>	<p>50</p>
<p>KAD08</p>	<p>Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Rehberlik: Mavi kod; hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>	<p>KAD08.01 KAD08.02 KAD08.03 KAD08.04 KAD08.05</p>	<p>Mavi kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, mavi kod için 2222 numarası kullanılmalıdır. Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, mavi kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır. Her vardiya için ekipler belirlenmelidir. o Ekipte en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır. o Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. o Mesai saatleri dışında ekip oluşturmak için yeterli personelin bulunmadığı durumlarda acil müdahalenin ne şekilde yapılacağı belirlenmelidir. Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalıdır. o Acil müdahale setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır. Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar kalite direktörlüğüne iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Müdahale edilen kişiye ait bilgiler o Yapılan uygulama o Müdahalenin yeri o Çağrının yapıldığı zaman o Ekibin olay yerine ulaşma zamanı o Müdahalenin sonucu o Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri</p>	<p>30</p>

		<p>KAD08.06 Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef süre tanımlanmalı, gerçekleşen süreler takip edilmelidir.</p> <p>KAD08.07 Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez mavi kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.</p> <p>KAD08.08 Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.</p> <p>KAD08.09 Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.</p> <p>KAD08.10 Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.</p>	
KAD09	<p>Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Pembe kod; hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</p>	<p>KAD09.01 Pembe kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, pembe kod için 3333 numarası kullanılmalıdır.</p> <p>KAD09.02 Pembe kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, pembe kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.</p> <p>KAD09.03 Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar kalite direktörlüğüne iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler o Olayın gerçekleştiği bölüm o Olayın başlangıç-bitiş zamanı o Olayın sonucu ile ilgili bilgiler</p> <p>KAD09.04 Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez pembe kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.</p> <p>KAD09.05 Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.</p> <p>KAD09.06 Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.</p> <p>KAD09.07 Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir.</p>	30
		<p>KAD10.01 Beyaz kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. o Telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, beyaz kod için 1111 numarası kullanılmalıdır.</p> <p>Beyaz kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.</p>	

KAD10	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	KAD10.02	o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.	30
		KAD10.03	Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite direktörlüğüne iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Olayın olduğu tarih ve saat o Olayın olduğu yer o Olayın başlama nedeni o Olayın oluş şekli o Varsa olayda kullanılan cisim o Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri	
		KAD10.04	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez beyaz kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	
		KAD10.05	Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.	
		KAD10.06	Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
		KAD10.07	Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.	
		KAD10.08	Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	
		KAD11	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. <u>Rehberlik:</u> Kırmızı kod; hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.	
KAD11.02	Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.			
KAD11.03	Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite direktörlüğüne iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Yangının çıktığı tarih ve saat o Yangının çıktığı yer o Yangının başlama nedeni o Çevrede oluşan olumsuzluklar o Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri			

		KAD11.04	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	
			o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.	
		KAD11.05	Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.	
		KAD11.06	Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
		KAD11.07	Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	
KAD12 <u>ÇEKİRDEK</u>	Hastane, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.	KAD12.01	Hastanenin yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilmelidir.	50
		KAD12.02	Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
KAD13 <u>ÇEKİRDEK</u>	Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	KAD13.01	Hastane kapasitesi ve kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturulmalı, alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlanmalıdır.	50
		KAD13.02	Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.	
		KAD13.03	Hastane krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.	
		KAD13.04	Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.	
		KAD13.05	Alan veya birimin özelliklerine göre uygun yangın söndürücü kullanılmalıdır.	
		KAD13.06	Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir.	
		KAD13.07	Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.	
		KAD13.08	o Yangın hortumu hasarsız olmalıdır. o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir. o Vanalar kolayca açılmalıdır.	
KAD14 <u>ÇEKİRDEK</u>	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	KAD14.01	Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanmalıdır.	50
		KAD14.02	Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.	
		KAD14.03	Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.	
		KAD14.04	Elektrik aksamının yalıtımı yapılmış olmalıdır.	

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KBRN01 ÇEKİRDEK	KBRN tehlikelerinin yönetimine yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin sorumlular tanımlanmalıdır.	KBRN01.01	Hastanenin verdiği sağlık hizmeti çeşitliliği, bulundurduğu tıbbi cihaz ve donanımı ile çevresel faktörler göz önünde bulundurularak KBRN tehlikeleri tanımlanmalıdır. o Olası KBRN tehlikeleri ile bu tehlikelere yönelik müdahale süreçleri asgari aşağıdaki konularda tanımlanmalıdır: * KBRN arınma alanlarındaki süreçler * Transfer, arındırma, korunma hususlarını içerecek şekilde kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer tehlikelere yönelik müdahale süreçleri * Gerektiğinde kullanılmak üzere belirlenen bekleme alanları * Atıkların yönetimi ve çevre güvenliği * Maruziyetin yeri, zamanı ile etkilenen kişi ve unsurlara yönelik kayıtların tutulmasına yönelik süreçler * KBRN ajanlarından etkilenmiş ancak arındırma işlemi yaptırmak istemeyen kişilerin arındırılması o Tanımlanan süreçler Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ile uyumlu olmalıdır.	50
		KBRN01.02	Süreçlerin tanımlandığı doküman sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalı, ilgili sağlık çalışanları, dokümana nasıl ulaşacakları ve nasıl kullanacakları hakkında bilgilendirilmelidir.	
KBRN02	KBRN arındırma alanları tanımlanmalıdır.	KBRN02.01	KBRN arındırma alanları uygun nitelikte olmalı, gerekli malzeme ve ekipman bulundurulmalıdır.	30
		KBRN02.02	KBRN arındırma alanları, acil servise yakın bir alanda, hastane ortak kullanım ve hastaların yoğun dolaşım alanlarından ayrı olacak şekilde belirlenmelidir.	
		KBRN02.03	KBRN maruziyetine uğramış olan kişiler ile hastaların transferinde görev alanlar, KBRN arındırma alanlarında karşılanmalı, poliklinik, acil servis gibi diğer hasta-hasta yakını trafiğine sokulmamalıdır.	
KBRN03	Maruziyet durumunda sağlık personelinde panik durumu oluşmasını engellemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.	KBRN03.01	KBRN kapsamında görevlendirilen çalışanlara teorik ve uygulamalı olarak asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir: o Arındırma o Triyaj ve planlama o Tıbbi KBRN o Kişisel koruyucu KBRN donanımları ve kullanımı	30

KBRN04	<p>Turuncu kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Turuncu kod; kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik kazalar neticesinde kontamine olarak hastaneye başvuran hastaları en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine etmek ve gerekli tıbbi desteği sağlamak amacıyla oluşturulan kod sistemidir.</p>	KBRN04.01	Turuncu kod yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.	30
		KBRN04.02	<p>Gerçekleştirilen turuncu kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalı, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Biliniyorsa, KBRN bulaşının olduğu yer, tarih ve saat, etken, bulaş nedeni, çevrede oluşan olumsuzluklar o KBRN olayına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri o Hastaneye geliş tarih ve saati 	
		KBRN04.03	<p>Belirlenen tatbikat senaryosu kapsamında; çalışanlar, sağlık kurumunun bulunduğu yerel idari birimlerdeki ilgili unsurların katılımı ile yılda en az iki kez (biri masa başı, biri uygulamalı olmak üzere) turuncu kod tatbikatı yapılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır. o Tatbikat raporu, dış paydaşlar ve iç paydaşlar ile bilgi güvenliği çerçevesinde paylaşılmalıdır. 	
KBRN05	<p>KBRN tehlikeleri yönetim sürecine yönelik tanımlanan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.</p>	KBRN05.01	<p>KBRN kapsamında görevlendirilen çalışanlara cihaz, malzeme ve ekipmanların güvenli kullanımı ile ilgili asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitim verilmelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cihaz, malzeme ve ekipmanların kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Güvenli kullanım kuralları o Cihaz ve ekipmanların bakım ve temizliği o Cihaz, malzeme ve ekipmanların kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği 	30
KBRN06	<p>KBRN tehlikelerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen işlemler ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.</p>	KBRN06.01	<p>KBRN tehlikelerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen tespit, tanı, arındırma, atıkların depolanması, atıkların bertarafı gibi işlemlerin ve bu işlemlerin sonuçlarının kayıt altına alınması ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.</p>	30

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KEY01	Hastanede, hasta, hasta yakını ve çalışan bazında eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.			30
KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	KEY02.01	Eğitim planlarında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Eğitimin amaç ve hedefleri o Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği o Eğitim yöntemi o Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi) o Eğitimin yeri o Eğitimin süresi o Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar o Eğitim için gerekli materyaller o Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri	30
		KEY02.02	Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan revize edilmelidir.	
		KEY02.03	Yapılan revizyon, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.	
KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	KEY03.01	Göreve yeni başlayan her çalışana, genel uyum eğitimi ve bölüm uyum eğitimi verilmelidir. o Genel ve bölüm uyum eğitimlerine ilişkin konular, hastanenin türü, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.	40
		KEY03.02	Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.	
		KEY03.03	Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır. o Rehber, hastanenin belirlediği kurallar çerçevesinde meslek bazında hazırlanmalıdır.	
		KEY03.04	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.	
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	KEY04.01	Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmelidir.	30
		KEY04.02	Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir.	
		KEY04.03	Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.	
		KEY04.04	Personele, çalıştığı birim bazında SKS'ye ilişkin süreçleri kapsayacak şekilde eğitim verilmelidir.	

		KEY04.05	Verilen eğitimlere ilişkin kayıtlara personel dosyasından ulaşılabilir.	
		KEY04.06	İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
KEY05	Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	KEY05.01	Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılacak yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir: o Ön test-son test o Öz değerlendirmeler o Gözlemler o Kişilerle yapılan görüşmeler o Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler o Anketler o Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kayıt görmüş ölçekler gibi)	30
KEY06 <u>ÇEKİRDEK</u>	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	KEY06.01	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. o Eğitimlerin, hangi konularda, hangi hasta grubuna, hangi sıklıkla, kimler tarafından verileceği ve nasıl kayıt altına alınacağı tanımlanmalıdır.	50
		KEY06.02	Hasta ve hasta yakınlarına, tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik asgari aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir: o Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları o Hastalığın seyri o Hasta düşmelerinin önlenmesi o Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar o Hasta tarafından kullanılacak bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı o El hijyeni, beslenme ve diyet, mobilizasyon ve egzersiz o Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi o Taburculuk sonrası bakım	
		KEY06.03	Hastalara verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.	

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KSS01	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	KSS01.01	Hastane hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun yapısı ve sağlık dokusu ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır. Rehberlik: Sağlık sorunlarının araştırılması kapsamında aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılabilir: 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	30
		KSS01.02	Hedef popülasyona yönelik sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında en az iki program uygulanmalıdır. Rehberlik: Standart kapsamında geliştirilecek programlar aşağıdaki konu başlıklarında ya da bunlara benzer konularda oluşturulabilir: o Sigara ile mücadele o Obezite ile mücadele o Toplumun dış sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması o Toplumun ruh sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması o Hastaları işe girme konusunda güçlendirme ve teşvik o Hastaların ürettikleri ürünlerin satışa sunulduğu sosyal etkinlikler o Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler o Organ bağışının teşviki o Kanserde erken teşhisin önemi o Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme o Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi o Uzun dönem yatan hastaların psikolojik, sosyal ve kültürel gelişimlerinin teşviki o Anne sütü ile beslenmenin teşviki o Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri o Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği	
KSS02	Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	KSS02.01	Program sonuçları hastane tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşılma derecesi belirlenmelidir. o Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	30
KSS03 OPSİYONEL	Uzun süreli yatışı söz konusu olan çocuk hastaların ilköğretim seviyesindeki eğitimlerinin kurum içinde sürdürülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.			40

Amaç	Sağlık hizmeti sunumunda temel hasta hakları esas alınarak tüm süreçlerde hasta katılımının sağlanması, hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanın özenle hizmet almasının temin edilmesidir.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
HHD01 <i>ÇEKİRDEK</i>	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.	HHD01.01	Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirme süreci ve sürece ilişkin kurallar belirlenmelidir.	50
		HHD01.02	Hasta ve hasta yakını, hastanın genel durumu, teşhis, tedavi süreci, bakım uygulamalarının seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale ve takip süreci hakkında bilgilendirilmelidir.	
		HHD01.03	Hasta ve hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi ve takip sürecinde dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği sağlık personeli ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır. (Bkz: Eğitim Yönetimi, KEY06)	
			Hasta ve hasta yakını, hasta hakları ve sorumlulukları hakkında asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir.	

		<p>HHD01.04</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mahremiyet hakkı o İtibar ve saygı görme hakkı o Hastaya ait bilgilerin gizliliğinin sağlanması hakkı o Hasta güvenliği ve emniyeti hakkı o Sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme ve hasta rızasının alınması hakkı o Tedaviyi reddetme hakkı o Hasta sorumlulukları 	
		<p>HHD01.05</p> <p>Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.</p>	
<p>HHD02 <u>ÇEKİRDEK</u></p>	<p>Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.</p>	<p>HHD02.01</p> <p>Tanı, tedavi ve taburculuk sonrası süreçlerdeki tüm karar alma aşamalarına hasta ve yakınlarının katılımı sağlanmalıdır.</p>	<p>50</p>
		<p>HHD02.02</p> <p>Hastaların; bakım sürecinde kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.</p>	
		<p>HHD02.03</p> <p>Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği tıbbi uygulamalara ve mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri değerlendirilmelidir.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.</p>	
		<p>HHD03.01</p> <p>Hasta hakları uygulamalarından sorumlu bir birim bulunmalıdır.</p>	

HHD03	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	HHD03.02	Birim çalışmalarına yönelik sorumlu veya sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
		HHD03.03	Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenleme (birime doğrudan başvuru, internet veya görüş, öneri ve şikayet kutuları aracılığı ile başvuru vb.) yapılmalıdır.	
		HHD03.04	Birime yapılan başvurular ve hasta hakları kapsamındaki şikayetlerin değerlendirilmesi, incelenmesi, zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmalıdır.	
				30

HHD04	Hasta ve yakınlarının hastane bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	HHD04.01	Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
			o Hastalar görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin internet üzerinden bildirim yapabilmelidirler.
		HHD04.02	Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
			o Görüş, öneri ve şikayetlerini, ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.
		HHD04.03	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.
			o Hasta ve yakınlarına ait görüş ve öneriler ile hasta hakları kapsamı dışında kalan şikayetler kalite direktörlüğü tarafından değerlendirilmelidir. o Hasta hakları kapsamına giren şikayetler hasta hakları uygulamalarından sorumlu birim tarafından 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 hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.

HHD05	Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır.	HHD05.01	Hasta deneyimi anketi asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.	50
			o Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.	

<p><u>ÇEKİRDEK</u></p>	<p>(Bkz: Anket Uygulama Rehberi)</p>	<p>HHD05.02</p>	<p>Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.</p> <p>o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.</p>	<p>50</p>
<p>HHD06</p> <p><u>ÇEKİRDEK</u></p>	<p>Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.</p>	<p>HHD06.01</p>	<p>İşlem öncesi hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.</p>	<p>50</p>
<p>HHD06.02</p>	<p>Yatarak tedavi edilmek üzere kuruma kabul edilen veya ayaktan ilk kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecine gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.</p>	<p>HHD06.03</p>	<p>Cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan bileşeni kullanımı, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve işleme özel rızası alınmalıdır.</p>	<p>50</p>
<p>HHD06.03</p>	<p>Hastanın işleme özel olarak bilgilendirilmesine yönelik oluşturulan rıza belgesinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar o İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, unvanı, imzası ve tarih bilgisi o Hastanın adı, soyadı, imzası ve tarih bilgisi 	<p>50</p>		

		HHD06.04	Bilinci açık olmayan hastalar, çocuk hastalar, zihinsel engelli hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetisine sahip olmayan hastalar ile acil müdahale gerektiren hastalara yönelik bilgilendirme ve rıza süreçleri tanımlanmalıdır.	
		HHD06.05	Engellilerin engel durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli düzenleme yapılmalıdır.	
HHD07 <u>ÇEKİRDEK</u>	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	HHD07.01	Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.	50
		HHD07.02	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.	
		HHD07.03	Hastanın bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır. o Bilgi mahremiyeti, hastanın psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel durumuna yönelik hususları da kapsamalıdır. o Hastaya yönelik tıbbi değerlendirmeler ve yapılan uygulamalara ait bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır. o Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir. o Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır. o Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.	
		HHD07.04	Tüm hastane çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.	

HHD08	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	HHD08.01	Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.	20
		HHD08.02	Hastanede görev yapan hekimler ve ihtisas alanları tanıtılmalıdır.	
HHD09	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.			30
HHD10	Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.	HHD10.01	Hasta, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarını inceleyebilmeli, istediğinde belgelerin (yapılan işlemler, tahliller ya da kendisine ait özel bilgiler vb) kopyasına ulaşabilmelidir.	20
		HHD10.02	Tıbbi kayıtların hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılacağı belirlenmelidir.	
HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	HHD11.01	Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir.	30
		HHD11.02	Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, hasta ziyaretlerine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.	
		HHD11.03	Çocuk hastaların kardeş ve arkadaşları tarafından ziyaret edilebilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	HHD12.01	Refakatçi politikası belirlenmelidir.	20
		HHD12.02	Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, refakatçi uygulamasına ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.	
	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır. <i>Rehberlik;</i>	HHD13.01	Sosyal hizmet sunumuna yönelik sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
		HHD13.02	Gerçekleştirilecek sosyal hizmet uygulamaları planlanmalıdır.	

HHD13	Tıbbi sosyal hizmet sunumu; ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko- sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasını ifade etmektedir.	HHD13.03	Yatan hastalardan gerekli görülenler, sosyal destek ihtiyacı açısından sosyal hizmet uzmanlarınca değerlendirilmelidir.
		HHD13.04	Hastanın talebine bağlı verilecek sosyal hizmetler tanımlanmalıdır.
		HHD13.05	Gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları kayıt altına alınmalıdır.
			20

HHD14	Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.	HHD14.01	Hizmete yönelik reddin geçerli olarak kabul edilebilmesine ilişkin koşullar tanımlanmalıdır. o Hizmete yönelik reddin geçerli kabul edilebilmesi için asgari aşağıdaki koşulların sağlanması gereklidir: * Etki altında kalmadan kendi isteği ile karar verme durumu * Kişinin hizmet almama durumunda yaşayacağı olası sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi * Reddin sunulacak hizmet ile doğrudan ilişkili olması * Kişinin verdiği kararın sonuçlarını değerlendirebilecek kapasite ve bilinç düzeyine sahip olması	20
		HHD14.02	Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanmadığı hallerde, hastanın yasal vekilinin yazılı onayı varsa hizmet sunumu gerçekleştirilmelidir.	
		HHD14.03	Hizmetin reddedilmesi durumunda asgari aşağıdaki hususlar kayıt altına alınmalıdır: o Reddin sebebi o Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanma durumu o Hastanın ya da yasal vekilinin redde ilişkin yazılı beyanı	

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
HHE01	<p>Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere hastanede karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.</p> <p>Rehberlik: Hastanenin hizmet verdiği hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak hastaneden hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır.</p>	HHE01.01	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır. o Bu birimde çalışacak olan personel sayıları, günlük ortalama poliklinik sayısı gibi faktörler çerçevesinde önceden belirlenmelidir.	30
		HHE01.02	Birimde sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman (hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) bulunmalıdır.	
		HHE01.03	Birimde çalışanların kıyafetleri, hastanedeki diğer çalışanlardan ayırt edici şekilde farklı olmalıdır. (Örneğin, aynı kıyafetin üzerinde ayırt edici farklı bir fular, şapka, baskı bulunması gibi)	
		HHE01.04	Birimde çalışanlara, yılda en az bir kez, hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim verilmelidir.	
			Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır: o Hasta memnuniyeti o Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar o İletişim becerileri	
HHE02	<p>Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.</p>	HHE02.01	Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.	20
		HHE02.02	Birimde, ilgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunmalıdır.	
		HHE02.03	Birimde çalışanlara hizmet sunum süreçlerine ilişkin yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	
Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır: o Hasta memnuniyeti o Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar o İletişim becerileri				
HHE03	<p>Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.</p>	HHE03.01	Hastaların muayene olacağı zaman aralığı belirlenmelidir.	30
		HHE03.02	Hasta ne kadar bekleyeceği ve muayene zaman aralığı konusunda önceden bilgilendirilmelidir.	
HHE04		HHE04.01	Randevu ve sonuç verme süreleri hastane tarafından belirlenmelidir. o Randevu ve sonuç verme süreleri belirlenirken, hastanenin koşulları, istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.	
			Acil tetkik istemlerine yönelik maksimum randevu ve sonuç verme süreleri tanımlanmalıdır.	

HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	HHE04.02	<ul style="list-style-type: none"> o Acil tetkik istemlerinde hasta bazında aciliyet durumunun tanımlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. o Tanımlanan düzenleme doğrultusunda klinisyen tarafından tetkik isteminin aciliyet derecesi (çok acil, acil, muhtemel acil ve normal gibi) belirtilmelidir. o Acil istem yapılan hasta sayısı ve ünite ya da laboratuvar kapasitesi göz önünde bulundurularak, gerekirse tetkik sorumlusu uzman hekim (radyolog, laboratuvar hekimi gibi) tarafından gerekirse triyaj yapılmalıdır. 	30
		HHE04.03	Hasta veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
		HHE04.04	Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.	
			o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	HHE05.01	Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırmaları sağlanmalıdır.	30
		HHE05.02	Yaşlı, engelli ve sağlık hizmet alanlarına ulaşmaları için yardıma ihtiyacı olan hastalara destek sağlanmalıdır.	
		HHE05.03	Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		HHE05.04	Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanmalıdır.	

ANA SAYFA				
YAŞAM SONU HİZMETLER				
Amaç	Cenaze ve yakınına saygı ve özen çerçevesinde, zamanında, etkin ve güvenli hizmet sunmaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
HYS01	Yaşam sonu hizmetlere yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	HYS01.01	Hastanede sunulan yaşam sonu hizmetlerine ilişkin asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Cenazenin; * İlgili birimden çıkışının yapılması * Morga taşınması * Morga kabul ve bekleme süreci * Morgdan çıkışı o Adli süreçlerin işleyişi o Morg fiziki koşullarının sağlanması ve izlenmesi o Morg alanına giriş ve çıkış kuralları o Özel durumlarda sağlık personelinin cenazeye erişimi ile ilgili yetkilendirilmesi o Cenaze kimlik doğrulama süreçleri o Morg personelinin güvenliğinin sağlanması o Cenaze yakınlarının bilgilendirilmesi ve gerektiğinde desteklenmesi o Cenaze ve yakınlarının farklı kültürel ve manevi değerlerinin varlığı durumunda izlenecek süreçler o Sahibi olmayan cenazelerle ilgili izlenmesi gerekli süreç o Ölü doğan bebekler, düşük materyali, ampute edilmiş organlar gibi hususların varlığında izlenecek yol	30
HYS02	Yaşam sonu hizmetler kapsamında cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.			30
HYS03	Morga teslim edilmeden önce ve taşınması sırasında cenazenin mahremiyet ve güvenliği sağlanmalıdır.			30
HYS04	Cenazenin taşınması ve muhafazasına yönelik gerekli fiziki düzenleme yapılmalıdır.	HYS04.01	Morg çıkışı, hastanenin ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.	30
		HYS04.02	Hastanenin yapısı ve hizmet sunulan hasta profili dikkate alınarak, ihtiyaç duyulan sayıda soğuk hava düzenine sahip çelik, paket tipi, çalışır durumda cenaze muhafaza dolabı bulunmalıdır. o Cenaze muhafaza dolaplarının ısı takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
		HYS04.03	Cenazenin üzerinde, dolapta ve cenaze taşıma ekipmanında cenazenin kimlik bilgileri bulunmalıdır.	
		HYS04.04	Bebek cenazesinde kullanılan taşıyıcılar cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğe sahip olmalıdır.	
HYS05	Morg işleyişine yönelik süreçler izlenebilir olmalıdır.	HYS05.01	Morg işleyişi kapsamında gerçekleştirilen tüm işlemler kayıt altına alınmalı ve arşivlenmelidir.	30
		HYS06.01	Cenaze yıkama yerinde sıcak su sistemi bulunmalıdır.	

HYS06	Morg süreçleri enfeksiyonların önlenmesi açısından düzenlenmelidir.	HYS06.02	Cenazenin muhafaza edildiği ve yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.	30
		HYS06.03	Morg personeline enfeksiyonlardan korunma ve iletişim becerileri eğitimi verilmelidir.	
HYS07	Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır.	HYS07.01	Bekleme alanı hasta yakınlarının oturarak beklemelerini sağlayacak tasarımda olmalıdır.	30
		HYS07.02	Bekleme alanı temiz ve düzenli olmalıdır.	
		HYS07.03	Bekleme alanında cenaze yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
HYS08	Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir.	HYS08.01	Cenaze kimlik bilgileri, resmi kimlik belgeleri aracılığı ile ve yakınlarının sözlü ve yazılı onayı alınarak doğrulanmalı ve hasta yakınlarına doğrulanarak teslim edilmelidir.	30

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
HSÇ01	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	HSÇ01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.	30
		HSÇ01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.	
HSÇ02	İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, hastane personel temin planı oluşturulmalıdır.	HSÇ02.01	Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.	10
		HSÇ02.02	Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.	
		HSÇ02.03	İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde hangi bilgi ve belgelerin gerektiği, değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.	
HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	HSÇ03.01	İhtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmelidir.	20
		HSÇ03.02	İşe alım süreçleri ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan edilmelidir.	
			o İlkelerin Bakanlık genel politikaları ve modern insan kaynakları yönetimi prensiplerine uygun olmasına dikkat edilmelidir.	
		HSÇ03.03	Personel, hastane ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak ilgili birimlerde istihdam edilmelidir.	
HSÇ03.04	Hastanede gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş kişilerce sunulmalıdır.			
	o İşe yeni başlayan çalışanların çalışma alanlarına yönelik diploma ve yetki belgeleri (sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) doğrulanmalıdır. o Daha önce diploması doğrulanmış ve halihazırda görevli olan çalışanların çalışma alanına yönelik yetki belgeleri, belgenin geçerlilik süresine göre düzenli aralıklarla doğrulanmalıdır.			
HSÇ04 <i>OPSİYONEL</i>	Sağlık çalışanlarının performanslarını ölçmeye yönelik kriterler belirlenmelidir.	HSÇ04.01	Doktorlar, hemşireler ve klinik bakım sürecinde yer alan diğer sağlık çalışanlarının klinik başarı düzeylerinin ölçülmesine yönelik performans kriterleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	40
			o Performans kriterleri birim sorumluları ile birlikte belirlenmelidir. o Performans kriterleri belirlenirken çalışanların iş tanımları, hizmet sunum alanları, meslek grupları gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.	

		HSÇ04.02	Çalışanlar, performans kriterleri hakkında bilgilendirilmelidir.		
		HSÇ04.03	Performans ölçümlerine göre gerektiğinde çalışan performansını artırmaya yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.		
HSÇ05	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	HSÇ05.01	Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.	40	
		HSÇ05.02	Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe, zaman ve fiziki koşullar gibi gereklilikler belirlenmelidir.		
		HSÇ05.03	Hedeflere ilişkin üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılmalıdır.		
HSÇ06 ÇEKİRDEK	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	HSÇ06.01	Hastane ve bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50	
			o Risk değerlendirmesi; çalışanların hastanede karşılaşılabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır. o Risk değerlendirmesi mesai dışı hizmet ve süreçleri de kapsamalıdır. o Çalışan güvenliği açısından bölüm ve hastane bazında asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır: • Enfeksiyonların önlenmesi • Sağlık taramaları ve bağışıklama • Kimyasal madde güvenliği • Radyasyon güvenliği • Gıda güvenliği • Gürültü • Aydınlatma • Tesis kaynaklı riskler • Ergonomik faktörler • Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi • Mobbingin önlenmesi • Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi • İş yükünün neden olduğu olumsuz unsurlar • Stres yönetimi (Bkz: Risk Yönetimi Bölümü)		
			HSÇ06.02		Hastane ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
			HSÇ06.03		Çalışanların güvenliğini tehdit eden, ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır. (Bkz: İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bölümü)
					o Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
HSÇ06.04	Çalışanların, istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır.				
			Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi tarafından hazırlanmalı ve takip edilmelidir.		

HSÇ07 ÇEKİRDEK	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	HSÇ07.01	<p>o Program, ilgili birim uzman hekimi, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, hemşire gibi uzmanların görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.</p> <p>o Program oluşturulurken bölüm bazında belirlenen riskler dikkate alınmalıdır.</p> <p>o Program, bölüm bazında yapılacak sağlık taramalarının, kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığını içermelidir.</p>	50
		HSÇ07.02	<p>Programın uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesine ilişkin süreçler ve uygun olmayan sonuçlar elde edildiğinde izlenmesi gereken yol tanımlanmalıdır.</p> <p>o Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.</p>	
		HSÇ07.03	<p>Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.</p> <p>o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.</p>	
		HSÇ07.04	<p>Sağlık tarama sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.</p>	
HSÇ08 ÇEKİRDEK	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	HSÇ08.01	<p>Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske, önlük, biyogüvenlik kabini, kilitli enjektör, yüz maskesi, kurşun önlük, kulaklık vb.) belirlenmelidir.</p>	50
		HSÇ08.02	<p>Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.</p>	
		HSÇ08.03	<p>Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.</p>	
HSÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	HSÇ09.01	<p>Çalışma ortamına yönelik fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.</p> <p>o Çalışanların beklentileri de dikkate alınarak, fiziksel koşullar, kullandıkları malzeme ve cihazlar ile çalışma süreçleri hakkında iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.</p> <p>o Çalışanlar için dinlenme alanları bulunmalıdır.</p> <p>o Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolapları bulunmalıdır.</p>	40
		HSÇ09.02	<p>Çalışanların, dini inançlarına yönelik ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.</p>	
		HSÇ09.03	<p>Çalışanların mesleki gelişiminin teşvik edilmesine ve motivasyonunun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.</p> <p>o Çalışanlar için okuma ve spor alanları, kreş, çocuk kulübü gibi fiziksel ve sosyal imkanlar sağlanmalıdır.</p> <p>o Kişisel gelişim eğitimleri, mesleki eğitim aktiviteleri gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik etkinlikler düzenlenmelidir.</p>	
HSÇ10	Personelin sağlık durumlarına ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	HSÇ10.01	<p>Engelli ve kronik hastalığı olan personelin ihtiyacına yönelik düzenlemeler (ulaşım, diyet, uygun çalışma ortamı gibi) yapılmalıdır.</p> <p>Gebe ve emziren çalışanların çalışma alanları ve koşulları tanımlanmalı, tanımlama doğrultusunda uygulama gerçekleştirilmelidir.</p>	30

HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	HSÇ11.01	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30
			Rehberlik: Çalışanlar görüş, öneri ve şikayetlerini intranet, telefon, internet ya da kağıt ortamında bildirebilirler.	
		HSÇ11.02	Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.	
		HSÇ11.03	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir. o Değerlendirmelerde, kalite direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalıdır. o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Gerektiğinde, görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana geri bildirimde bulunulmalıdır.	
HSÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır. (Bkz: Anket Uygulama Rehberi)	HSÇ12.01	Çalışan geri bildirim anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.	30
			o Anketler Bakanlık tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır.	
		HSÇ12.02	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.	

Amaç	Hastaneden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SHB01	<p>Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta, yatan ve acil hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Hasta bakımı, hastaların hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren süreçte tüm sağlık meslek grupları tarafından hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır.</p>	SHB01.01	<p>Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 bakım planında değişiklikler yapılması o Bakım sürecinde hastanın güvenliğinin sağlanması o Hastanın bakım sürecine katılımının sağlanması <p>(Bkz: Hasta Deneyimi Bölümü)</p>	30
SHB02	<p>Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı ve tedaviye yönelik plan hastane tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>(Bkz: Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü)</p>			30
SHB03 ÇEKİRDEK	<p>Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.</p>	SHB03.01	<p>Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>(Bkz: Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü)</p>	50
		SHB03.02	<p>Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Aşağıda, klinik risk değerlendirme uygulamalarına örnekler verilmiştir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi o Bası ülseri risk değerlendirmesi o Düşme riski değerlendirmesi o Ağrı şiddeti değerlendirmesi o Bilinç düzeyi takibi o Beslenme durumunun değerlendirilmesi o Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi o Kateter bakımı ve takibi o Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi o Ağız bakımı ve takibi 	
SHB04 ÇEKİRDEK	<p>Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.</p>	SHB04.01	<p>Bakım planı, hastanın bakım ihtiyaçları dikkate alınarak yatısından itibaren en geç 8 saat içinde hazırlanmalıdır.</p>	50
		SHB04.02	<p>Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalı ve planın aynı alanda izlenebilmesi sağlanmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Hastaya bakım veren ilgili disiplinlerin (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog vb.) bakım planını aynı alanda izleyebilmeleri açısından elektronik ortamda hazırlanması tercih edilir.</p>	
		SHB04.03	<p>Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hastanın bakım ihtiyaçları o Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler o Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi 	

		SHB04.04	Hasta bakım planlarında uluslararası ortak terminoloji (ICD 10, NANDA, NIC, NOC vb.) kullanılmalıdır.	
		SHB04.05	Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalıdır. o Bakım planında yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.	
SHB05	Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar belirlenmelidir.	SHB05.01	Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içermelidir: o Kateter ve tüplerin doğru kullanımı o Sağlık çalışanlarının belirlenen kurallar ve hasta devri sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda bilgilendirilmesi o Klinik dışı personel, hastalar ve ailelerin söz konusu cihazlarla ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmesi	30
		SHB05.02	Sağlık çalışanlarını bilgilendirmek amacıyla hastalara takılan yüksek riskli kateterlere (arteriyel, epidural, intratekal gibi) yönelik uyarıcı işaretleme yapılmalıdır.	
SHB06	Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SHB06.01	Ayaktan ve yatan hastalarda ağrı varlığı sorgulanmalıdır. o Ağrı olması durumunda VAS (vizuel analog skala), numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile ağrı şiddeti değerlendirilmelidir. o Ayaktan hastalarda ağrı şiddeti değerlendirmesi, hastanenin belirleyeceği branşlarda ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.	40
		SHB06.02	Hastalarda ağrı takibi yapılmalı ve ağrı kontrolüne yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		SHB06.03	Kullanılan ağrı değerlendirme ölçüm aracının önerdiği yeniden değerlendirme sıklığına göre takip yapılmalıdır.	
		SHB06.04	Ağrı takibinde tespit edilen bulgular ve gerçekleştirilen tüm uygulamalar bakım planına kaydedilmeli ve izlenmelidir.	
SHB07 CEKİRDEK	Hastaların tıbbi beslenme sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SHB07.01	Tıbbi beslenmeye yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Hekim ve diyetisyen tarafından hastanın beslenme durumu, beslenmeye yönelik risk ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesi o Tıbbi beslenme sorununun tanımlanması o Tıbbi beslenme tedavisi hedeflerinin saptanması o Tıbbi beslenme tedavisinin düzenlenmesi ve izlemesi	50
		SHB07.02	Hastaların tıbbi beslenme tedavisine yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere ekip kurulmalı, ekibin sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
		SHB07.03	Hastaların beslenme riskleri değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. o Beslenme risk değerlendirmesi yatan hastaların tamamında, ayaktan hastalarda ise hastanenin belirleyeceği branşlar ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.	
		SHB07.04	Risk değerlendirme sonrası hastanın ihtiyacına göre belirlenen tıbbi beslenme tedavisi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
		SHB07.05	Hastanın taburculuk sonrası süreçte tıbbi beslenme tedavisinin sürdürülmesini sağlamaya yönelik düzenleme (eğitim, izlem sürecinin tanımlanması, beslenme ekipmanlarının kullanımı hakkında bilgilendirme vb.) yapılmalıdır.	
SHB08 CEKİRDEK	Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacına yönelik düzenleme	SHB08.01	Risk değerlendirmesi sonucunda, tıbbi beslenme destek (nütrisyonel destek) ihtiyacı tespit edilen hastaların bakımı ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
		SHB08.02	Malnütrisyon veya malnütrisyon riski tanımlanan hastalar için gerekli tıbbi beslenme desteği sağlanmalıdır.	

	bulunmalıdır.	SHB08.03	Hastaya özel beslenme solüsyonlarının aseptik koşullarda hazırlanması sağlanmalıdır.	
		SHB08.04	Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	
SHB09 CEKİRDEK	Basınç yarasının kontrolü ve önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	SHB09.01	Basınç yarası açısından risk değerlendirmesi yapılması gereken hasta grupları belirlenmelidir.	50
		SHB09.02	Hastalar, basınç yarası riski açısından kanıt dayalı ölçekler (Braden, Norton, Waterlow vb.) ile değerlendirilmelidir	
		SHB09.03	Risk düzeyine göre basınç yarasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalı ve bakım planına kaydedilmelidir.	
SHB10	Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SHB10.01	Konsültasyonların süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	30
		SHB10.02	Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		SHB10.03	Konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.	
		SHB10.04	Konsültasyon süreci, hastanın sorumlu hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.	
SHB11	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	SHB11.01	Bölmeler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir. o Acil müdahale setinde asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: • Laringskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için) • Balon-valf-maske sistemi • Değişik boylarda maske • Oksijen hortumu ve maskeleri • Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları) • Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp) • Kişisel koruyucu ekipman o Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. o Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, hastane tarafından belirlenmelidir.	30
		SHB11.02	Acil müdahale seti sağlık hizmeti sunum alanlarında ihtiyaç duyulduğunda sağlanabilir olmalıdır.	
		SHB11.03	Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.	
		SHB11.04	İlaç ve malzemelerin miat takibi ve fiziki kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
SHB12 CEKİRDEK	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SHB12.01	Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar tanımlanmalıdır.	50
		SHB12.02	Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.	
		SHB12.03	Anestezi öncesi gereken açlık süresine uyumun sağlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalı, hastaların planlanandan uzun süre aç kalmasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		SHB12.04	Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan bileşenlerine yönelik planlama yapılmalıdır.	
		SHB12.05	Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası yazılı olarak alınmalıdır.	
		SHB12.06	Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.	

		SHB12.07	Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.	
		SHB12.08	Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	
		SHB12.09	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü doldurulmalıdır. (Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi) (Bkz: Ek-4 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)	
		SHB12.10	Cerrahi işlem öncesinde cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi, cerrahi işlemi yapacak ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden önce yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi, hastane tarafından belirlenen usulde ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.	
SHB13	Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır. Rehberlik: Bu standart cerrahi işlem sonrasında hasta izleminin yapıldığı tüm alanları kapsar.	SHB13.01	Hastaların cerrahi işlem sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	40
		SHB13.02	Cerrahi uygulama sırasında ve sonrasında hastanın hipotermiden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
		SHB13.03	Hasta postoperatif dönemde muhtemel riskler ve komplikasyonlar açısından yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.	
		SHB13.04	Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.	
SHB14	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SHB14.01	Ameliyathane dışında sedasyon uygulanan alanlar belirlenmelidir.	30
		SHB14.02	Ameliyathane dışında yapılacak olan sedasyon uygulamaları ve bunlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	
SHB15 ÇEKİRDEK	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	SHB15.01	Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç, kan ve kan bileşeni uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama yöntemleri ile doğrulanmalıdır.	50
		SHB15.02	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Yatan ve ayakta hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı o Kimlik doğrulama aracının kullanımına ilişkin kurallar o Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği	
		SHB15.03	Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	
		SHB16.01	Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
			Yatan hastalarda kimlik tanımlayıcısı olarak bileklik ya da kol bandı kullanılmalıdır.	

<p>SHB16</p>	<p>Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.</p> <p>Rehberlik: Kullanılacak kimlik tanımlayıcısı, hastanın cinsiyeti, alerjik durumu, hastaneye kabul şekli (ayaktan, yatan hasta), psikiyatri hastası olup olmaması gibi durumlar göz önünde bulundurularak belirlenir.</p>	<p>SHB016.02</p>	<p>o Yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalıdır.</p> <p>o Bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır.</p> <p>o Bileklikler üzerinde yer alan bilgiler okunaklı olmalıdır.</p> <p>o Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli bileklik kullanılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılmalıdır. • Annedeki beyaz bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen bileklik ile değiştirilmelidir. • Bebeğin bilekliğinde en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. 	<p>30</p>
<p>SHB17</p>	<p>Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.</p>	<p>SHB17.01</p>	<p>Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:</p> <p>o Hangi hastalara ya da hasta gruplarına risk değerlendirmesi yapılacağı (Diyaliz hastaları, ayaktan kemoterapi alan hastalar, düşme riskini arttıran parenteral ilaç kullanılan hastalar, acil servis müşahade hastaları gibi yatışı yapılmayan hasta gruplarına da risk değerlendirmesi yapılabilir)</p> <p>o Yatan hastalar, evde sağlık hizmetleri kapsamında takip edilen hastalar ve belirlenen hasta gruplarında risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi)</p> <p>o Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta veya hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi)</p> <p>o Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi)</p> <p>o Hasta transferi sırasında ne tür önlemler alınacağı</p>	<p>30</p>
<p>SHB18 ÇEKİRDEK</p>	<p>Hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.</p>	<p>SHB18.01</p>	<p>Yatan hastalar ve kurum tarafından belirlenen ayaktan hasta gruplarında düşme riski değerlendirme ölçeği kullanılmalıdır.</p> <p>Rehberlik: İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) Morse, Hendrich II, gibi ulusal ve uluslar arası skorlama ölçekleri bu ölçeklere örnek olarak verilebilir.</p> <p>(Bkz: Ek-1 İtali II ve Harizmi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçekleri)</p>	<p>50</p>
<p>SHB19 ÇEKİRDEK</p>	<p>Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.</p>	<p>SHB19.01</p> <p>SHB19.02</p> <p>SHB19.03</p> <p>SHB19.04</p> <p>SHB19.05</p>	<p>Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve hastane bazında önlemler alınmalıdır.</p> <p>Düşme riski yüksek olan hastalar, düşme riski yüksek hasta figürü ile tanımlanmalıdır.</p> <p>(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)</p> <p>Düşme risk düzeyinin yüksek olduğu durumlarda hasta ve hasta yakını düşme riski ile düşmenin önlenmesine yönelik tedbirler hakkında bilgilendirilmelidir.</p> <p>Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim yapılmalıdır.</p> <p>Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.</p>	<p>50</p>
		<p>SHB20.01</p>	<p>Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan yatan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar durum hakkında bilgilendirilmelidir.</p>	

SHB20	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SHB20.02	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan yatan hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.	30
		SHB20.03	İlaçla kısıtlama ile ilgili asgari kurallar tanımlanmalıdır.	
		SHB20.04	Fiziksel kısıtlama aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. o Fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir. o Fiziksel kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, planda; • Uygulamanın başladığı tarih ve saat, • Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, • Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. o Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.	
SHB21	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	SHB21.01	Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	30
		SHB21.02	Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin minimum içeriği hastane tarafından belirlenmelidir.	
SHB22 <i>CEKİRDEK</i>	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	SHB22.01	Hastaların güvenli transferine yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Hastaların bölümlere transferi o Hastaların hastane dışına transferi o Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferi o Özellikle hastaların (yenidoğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastaları gibi) transferi o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar o Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması	50
		SHB22.02	Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye, transport küvöz, yenidoğan arabası gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır. o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.	
		SHB22.03	Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.	
		SHB22.04	Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.	
		SHB22.05	İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.	
		SHB23	Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Rehberlik: Bu standart palyatif bakım kliniği dışındaki palyatif bakım gerektiren hastalara yönelik hizmet süreçlerini kapsar.	
SHB23.02	Palyatif bakım hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. o Palyatif bakım gerektiren hastanın yatışı süresince gerekli bakım hizmetini alması sağlanmalıdır.			
SHB23.03	Palyatif bakım gerektiren hastaların, palyatif bakım hizmeti almasına yönelik gerekli planlama, koordinasyon ve yönlendirme yapılmalıdır.			
SHB24	Hastane çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır. Rehberlik: Çalışanlar, hasta ve hasta yakınına kendini tanıtır, olumlu bir iletişim ortamı oluşturmak amacıyla, uygun ses tonu, uygun beden dili, mesleki terimlerden uzak uygun sözcük seçimi ile anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterir.		Hasta ve yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin asgari aşağıdaki hususlar açısından bilgilendirilmelidir.	30

SHB25	Yatan hastanın ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	SHB25.01	<ul style="list-style-type: none">o Hasta yatağı ve eşyaların kullanımıo Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatlerio Hasta ve yakınının uyması gereken kurallaro Hasta hakları ve sorumluluklarıo Ziyaret saatleri ve kurallarıo Hekim vizitlerio Hemşire çağrı sistemi kullanımıo Bölüm çalışanlarına erişimo Tuvalet-banyo kullanımıo Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar	20
SHB26	Yanık tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Rehberlik: Yanık tedavi birimi (yanık odası, yanık ünitesi veya yanık merkezi) bulunan sağlık kuruluşlarında değerlendirilir.	SHB26.01	Yanıklı hasta bakımına yönelik süreçler ilgili birimin Bakanlıkça tanımlanan rolü kapsamında asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none">o Hasta kabul kriterleri ve yanık vakasının özelliğine göre hasta bakım süreçlerinin tanımlanmasıo Hastaların psikososyal rehabilitasyonuo Hasta sevk, nakil ve taburculuk süreçlerio Yanık tedavi hizmetlerinin kesintisiz sağlanması	50
ÇEKİRDEK		SHB26.02	Yanık tedavi biriminin rolü kapsamında uygun fiziki şartlar sağlanmalı, gerekli personel, cihaz ve donanım bulundurulmalıdır.	

ANA SAYFA				
İLAÇ YÖNETİMİ				
Amaç	Hastanede ilacın dahil olduğu tüm süreçlerde etkin yönetimini sağlamak, hasta ve çalışana yönelik riskleri en aza indirmektir.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SİY01	İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	SİY01.01	Hastanede ilaç yönetiminden sorumlu bir ekip bulunmalıdır. o Ekip üyeleri, ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar arasından belirlenmelidir.	30
		SİY01.02	Ekibin sorumlulukları tanımlanmalı ve asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi o Hastane formülerinin hazırlanması ve formüler ile ilgili gerekli güncellemelerin yapılması o Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması o "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanması	
SİY02	<p>Hastane formüleri oluşturulmalıdır.</p> <p>Rehberlik:</p> <p>o Hastane formüleri, doktor ve eczacılar için referans niteliğinde olan, sağlık problemlerinin tedavisinde en etkin, güvenilir ve ekonomik ilaçların listesiyle birlikte reçete yazımı için gerekli temel ilaç bilgilerini içeren kaynaktır.</p> <p>o Formülerde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> Her ilacın akılcı kullanımına ait özet farmakolojik ve terapötik bilgiler Eczane çalışma saatleri, çalışma saati dışındaki zamanlarda yapılan hizmet sunum şekli (ilaç isteğinin nasıl yapılacağı, kayıtların nasıl tutulacağı gibi) İlaç tedavisiyle ilgili konular (çocuk dozlarının nasıl hesaplanacağı, acil durumlarda kullanılan ilaçların doz tabloları, sık kullanılan kısaltmalar, klinik açıdan önem taşıyan ilaç etkileşimleri, ilaç zehirlenmelerinde acil tedavi ilkeleri gibi) İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhası ve uygun şartlarda bertaraf edilmesi 			40
SİY03	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SİY03.01	İlaç yönetimi ile ilgili hastaneye özgü kurallar asgari aşağıdaki süreçleri içerecek şekilde belirlenmelidir: o İlaçların temini o İlaçların muhafazası o İlaç istemleri o İlaçların hazırlanması o İlaçların transferi o İlaç uygulamaları o Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü o Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası o İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü o Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü o Advers etki bildirimleri o İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler o Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci o TPN solüsyonlarının temin, hazırlama, saklama ve uygulama süreçleri o Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri o Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçleri o İlaç atıklarının yönetimi	30

<p>SIY04</p> <p>CEKİRDEK</p>	<p>İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.</p> <p><i>Rehberlik:</i></p> <p>İlaçlar için depolama alanları; eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını (yoğun bakım, doğumhane, acil servis, ameliyathane gibi) kapsamaktadır.</p>	<p>SIY04.01</p> <p>İlaçlar uygun niteliklere sahip depolama alanlarında muhafaza edilmelidir.</p>	<p>50</p>
		<p>SIY04.02</p> <p>Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.</p>	
		<p>SIY04.03</p> <p>İlaçlar, hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanmalıdır.</p> <p>o İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır.</p> <p>o İlacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.</p> <p>o Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır.</p> <p>o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.</p>	
		<p>SIY04.04</p> <p>Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.</p>	
		<p>SIY04.05</p> <p>İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.</p>	
		<p>SIY04.06</p> <p>Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.</p> <p>o Elektrik kesilmesi, cihaz arızası gibi durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.</p>	
		<p>SIY04.07</p> <p>İlaçların stok ve miat takibi yapılmalıdır.</p> <p>o İlaçların stok ve miat takibi SBYS üzerinden yapılmalıdır.</p> <p>o İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmelidir.</p> <p>o Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri SBYS'de takip edilmelidir.</p> <p>o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda SBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.</p> <p>o Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik SBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.</p> <p>o İlaç miatları düzenli aralıklarla randomize olarak manuel yöntemlerle de kontrol edilmelidir.</p>	
		<p>SIY04.08</p> <p>Bozulan veya miadı geçen ilaçlar imha edilmek üzere ayrı bir alanda saklanmalıdır.</p>	
		<p>SIY04.09</p> <p>İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.</p>	
		<p>SIY05.01</p> <p>İlaç istem süreci, sürece yönelik kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmalıdır.</p> <p>Tedavi planı hekim tarafından günlük olarak yapılmalı ve onaylanmalıdır.</p>	

SİY05 CEKİRDEK	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	SİY05.02	o Günlük olarak hazırlanması mümkün ya da etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmeli, söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. o Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır. o Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza bulunmalıdır. SBYS'de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.	50
		SİY05.03	Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda verilmiş süresini içermelidir.	
		SİY05.04	Tedavi planı, SBYS eczane modülünde de görülebilmelidir.	
		SİY05.05	Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmelidir.	
			o İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır. o Liste dışındaki kısaltmaların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
		SİY05.06	Sözel istem uygulanması gereken durumlarda uyulması gereken kurallar asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde belirlenmelidir:	
o Hangi durumlarda sözel istem uygulanabileceği o Sözel istem ile uygulanamayacak ilaçlar (örneğin, yüksek riskli ilaçlar sözel istem ile uygulanamaz) o Sözel istem yapılması ve istemin uygulanması durumunda dikkat edilecek hususlar o Sözel istemlerin en fazla kaç saat içerisinde yazılı hale getirilmesi gerektiği				
SİY06	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SİY06.01	İlaçların eczaneden çıkışına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
		SİY06.02	İlaçlar eczanede birim dozlara bölünerek ve her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmelidir.	
			o İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer almalıdır. o Birden fazla bölünmüş ambalaj (kesilmiş blister tabletler gibi) içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde paketlenme ve etiketleme yapılmalıdır. * Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz, uygulama saati, uygulama yolu ve miat bilgileri bulunmalıdır.	
SİY06.03	Hazırlama esnasında özel teknik, ekipman veya uzmanlık gerektiren (kemoterapi ilaçları gibi) ilaçlar, alanında uzman kişi tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir.			
SİY07	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SİY07.01	İlacın güvenli transferi için gerekli ekipman bulunmalıdır.	30
		SİY07.02	Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.	
		SİY07.03	Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.	
			Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.	

SİY08 CEKİRDEK	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SİY08.01	o Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır.	50
		SİY08.02	İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır. o Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.	
		SİY08.03	İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı hastane tarafından tanımlanmalıdır.	
		SİY08.04	İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalıdır o Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir. o Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirimi (farmakovijilans) sağlanmalıdır.	
SİY09	Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	SİY09.01	Advers etki bildirimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	40
		SİY09.02	Farmakovijilans sorumlusu ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
		SİY09.03	Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmiş Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TUFAM)'ne bildirilmelidir.	
		SİY09.04	Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.	
		SİY09.05	Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler en geç 15 gün içinde TUFAM'a bildirilmelidir.	
SİY10	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır. Rehberlik: Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir: <ul style="list-style-type: none"> • Acil Pediatrik İlaçlar • Görünüşü Benzer İlaçlar • Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar <ul style="list-style-type: none"> • Psikotrop İlaçlar • Narkotik İlaçlar • Işıktan Korunması Gereken İlaçlar <ul style="list-style-type: none"> • Yüksek Riskli İlaçlar • Hazırlanması Özel Teknik/Teçhizat/Uzmanlık Gerektiren İlaçlar <ul style="list-style-type: none"> • Konsantre Elektrolitler • Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar <ul style="list-style-type: none"> • Sitotoksik İlaçlar 	SİY10.01	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalıdır.	30
		SİY10.02	Listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.	
		SİY10.03	Acil pediatrik ilaçların, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçların ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılmalıdır.	
		SİY10.04	Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılmalıdır (renkli etiketleme gibi).	
		SİY11.01	Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır. o Narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazasına yönelik istisnalar tanımlanmalı, gerekli ek önlemler alınmalıdır.	
			Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.	

SIY11	Narkotik ve psiko trop ila çlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SIY11.02	o Devir teslim kayıtlarında; • İlacın hangi hastaya ne sıklıkta ve dozda kullanıldığı • İlacın kullanıldığı tarih • İlacı kimin uyguladığı • Kime ne miktarda ilaç teslim edildiği • Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır. o Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ila çlar için tutanak tutulmalıdır.	30
		SIY11.03	Miadı geçmiş ya da bozulmuş, kullanımı risk oluşturan vb. nedenlerle imha edilen narkotik ve psiko trop ila çlar kayıt altına alınmalıdır.	
SIY12	Hastanın beraberinde getirdiği ila çların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	SIY12.01	Hastanın beraberinde getirdiği ila çlar, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilerek teslim alınmalı ve dosyasına kaydedilmelidir.	30
		SIY12.02	Hastaların yanında getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ila çların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar hastane tarafından belirlenmelidir. Rehberlik: Hastaların yanında getirdiği ila çların sa ğlık personeli tarafından teslim alınması ve yine sa ğlık personeli gözetiminde uygulanması hasta güvenli ği açısından önerilen yoldur.	
SIY13	Eczaneye iade edilen ila çlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SIY13.01	Eczaneye iade edilen ila çların teslimine ilişkin süreç belirlenmelidir.	10
		SIY13.02	İade edilen ila çların kayıtları tutulmalıdır.	
SIY14	İla ç yönetimi süreçlerinin izlenebilirli ği sa ğlanmalıdır.	SIY14.01	İla ç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirli ği ve süreklili ği sa ğlanmalıdır.	30
		SIY14.02	İla ç hataları ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildirilmelidir.	
SIY15	İla ç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ila çların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SIY15.01	İla ç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ila çların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
		SIY15.02	İmha edilen ila çlara ilişkin kayıtlar (ila ç adı, miktarı, imha nedeni, yöntemi, birimi, tarihi, kim tarafından gerçekleştirildiği vb.) tutulmalıdır.	

ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ

Amaç	Ulusal ve uluslararası kanıta dayalı bilimsel yayınlar ile güncel mevzuat çerçevesinde; hasta ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları önlemek, tespit etmek ve kontrol altına almaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SEN01 <i>ÇEKİRDEK</i>	Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.	SEN01.01	Enfeksiyon kontrol komitesinde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.	50
		SEN01.02	Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
SEN02	Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program bulunmalıdır.	SEN02.01	<p>Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program, hastanenin sunduğu hizmetleri ve hastane bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.</p> <p>Program asgari aşağıdaki konuları içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none">o Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesio Sürveyanso El hijyenio İzolasyon önlemlerio Enfeksiyon kontrol demetlerio Hastanede mevcut olan özellikli alanlarda enfeksiyon kontrolü (diyaliz, yoğun bakım, kemik iliği nakil ünitesi, immünsüpresif hasta odaları, izolasyon odaları, parenteral nutrisyon ünitesi vb.)o Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal bildirim sistemine kaydedilmesio Akılcı antibiyotik kullanımıo Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsio Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık taramaları ile bağışıklama işlemlerinin tanımlanmasıo Hava ve su kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemlerio Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesio Olağanüstü durumlara (salgınlar, nadir görülen enfeksiyonlar vb.) yönelik planlamaların yapılmasıo Çamaşırhane, mutfak, morg, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi <p><u>Rehberlik:</u> Program, hastanenin enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik politikalarını belirlemek, işleyiş ile ilgili ana süreçleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla oluşturulmaktadır. Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi, tüm süreçleri bizzat yürütmekle değil, programa ilişkin politikaları ve sorumlulukları tanımlamakla görevlidir. Enfeksiyonlarla mücadeleyle yönelik faaliyetler, hastanede her birim ve her sağlık çalışanının sorumluluğundadır.</p>	30
		SEN03.01	Sürveyans kapsamı ve içeriği asgari Bakanlıkça tanımlanan kriterler ve rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.	

SEN03	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SEN03.02	Sürveyans sonuçları ulusal sürveyans sistemine ulusal standartlara uygun şekilde kaydedilmelidir.	30
		SEN03.03	Hastane enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporları hazırlanmalıdır.	
			o Sürveyans raporları en az ulusal sürveyans sisteminde belirlendiği şekilde ve sıklıkta oluşturulmalıdır.	
		SEN03.04	Sürveyans raporları enfeksiyon kontrol komitesince değerlendirilmeli, üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılmalıdır.	
		SEN03.05	Sürveyans sonuçlarına göre iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	
SEN04 ÇEKİRDEK	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetleri oluşturulmalıdır.	SEN04.01	<p>Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amacıyla aşağıdaki başlıklarda enfeksiyon kontrol demetleri oluşturulmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ventilatör ilişkili pnömoni (VIP) o Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE) o Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE) <p>Rehberlik: Enfeksiyon kontrol demetleri, yararı kanıtlanmış enfeksiyon önlemlerinin tek tek uygulanması yerine klinik duruma göre birlikte demet halinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmış kontrol listeleridir. Bu önlemler birlikte uygulandığında sinerji oluşturmakta ve enfeksiyonların önlenmesine yönelik çalışmaların etkinliğini artırmaktadır. Kontrol demetlerine tam uyum sağlanması ve her hasta için yedi gün 24 saat uygulanabilir ve denetlenebilir olması önemlidir. Bütün demet uygulamalarında temel prensipler; invaziv aletlerin gereksiz kullanılmaması, günlük tıbbi uygulamalar sırasında el hijyeni, asepsi ve antisepsi kurallarına uyum, invaziv araç kullanımının en kısa sürede sonlandırılması olarak görülmektedir.</p>	50
		SEN04.02	Kontrol demetleri, Bakanlık tarafından yayımlanan kurallar doğrultusunda uygulanmalıdır.	
SEN05	Sağlık çalışanlarının enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetlerine uyum düzeyi izlenmelidir.	SEN05.01	Uyum düzeyleri, yoğun bakım bazında her bir kontrol demeti için ayrı ayrı izlenmelidir.	30
		SEN05.02	Uyum düzeyleri analiz edilmeli ve gerekli görülen iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
SEN06	Hastane el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.	SEN06.01	<p>Hastane el hijyeni politikası asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El hijyeninin tanımı ve genel kapsamı o El hijyeninin hastane için önemi o El hijyeni ile ilgili genel hastane hedefleri o Yöneticiler ve çalışanların el hijyeni ile ilgili temel sorumlulukları o Sürekli iyileştirme stratejisi o El hijyeni ile ilgili prosedürlere atıflar 	30

		SEN06.02	Hastane el hijyeni politikası, stratejik hedeflerde ve hastane uygulamalarında izlenebilir olmalıdır.	
		SEN06.03	Belirlenen politika doğrultusunda el hijyenine yönelik stratejilerin belirlenmesi, uygulamaların izlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla el hijyeni koordinatörü belirlenmelidir.	
SEN07 ÇEKİRDEK	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	SEN07.01	<p>Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir.</p> <p>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.</p> <p>o El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanları asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El hijyeninin önemi • El hijyeni endikasyonları • El hijyeni sağlama yöntemleri • Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar • El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler • "El Hijyeni için 5 Endikasyon" yaklaşımının simülasyonları • Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri 	50
		SEN07.02	<p>Sağlık çalışanlarının el hijyenini etkin uygulamasına yönelik teşvik edici çalışmalar yapılmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Aşağıdaki çalışmalar el hijyeni açısından teşvik edici uygulamalara örnek olarak verilebilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bilgi sistemleri üzerinden uyarıcı mesajlar gönderilmesi * Başarılı çalışanların ödüllendirilmesi * Konuya ilişkin özel etkinliklerin düzenlenmesi * Çalışanların el hijyeni malzemeleri ve konu ile ilgili yaşadıkları sorunlar hakkında görüş ve önerilerinin alınması * El hijyeni gözlem sonuçlarının ilgili çalışanlarla paylaşılması * Verilerin ve sonuçların ulusal ve uluslararası konferanslarda sunulması gibi. 	
SEN08	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.	SEN08.01	<p>Sağlık hizmeti sunumu sırasında çalışanın kolay erişebileceği şekilde eldiven ve el antiseptiği bulunmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> o El antiseptiği, ilgili hasta bakım alanının özelliğine göre; her yatak başında, iki yatak arasında veya hasta bakımı sırasında çalışanın kolay ulaşmasının mümkün olduğu bir konumda bulunabilir. o Hizmet verilen hasta popülasyonu açısından risk taşıması nedeni ile, çocuk klinikleri ile psikiyatri kliniklerinde, bakım alanında el antiseptik kutularının bulundurulmaması, sağlık çalışanlarının cepte taşınabilen el antiseptikleri kullanması önerilmektedir.</p>	40
		SEN08.02	El yıkama alanlarında el hijyenini uygun şekilde sağlamaya yönelik altyapı ve ekipman (sıvı/köpük el sabunu, kağıt havlu, pedallı/sensörlü çöp kovası vb.) bulunmalıdır.	
		SEN08.03	El hijyeni ürünlerinin birim bazında uygun yerde ve yeterli şekilde bulunma durumu düzenli aralıklarla kontrol edilmeli ve kaydedilmelidir.	

SEN09	Personelin el hijyeni bilinci ve uygulama düzeyi ölçülmelidir.	SEN09.01	Ulusal ve uluslararası geçerliliği olan ölçekler ile personelin el hijyeni bilinci ve el hijyeni uygulama düzeyi en az yılda bir kez ölçülmelidir.	40
		SEN09.02	İdari ve teknik personel dışında, hastaya hizmet sunumunda görev alan tüm personel ölçek uygulamasına dahil edilmelidir.	
		SEN09.03	Ölçüm sonucuna göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler yapılmalıdır.	
SEN10 ÇEKİRDEK	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	SEN10.01	<p>"5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu" ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılmalıdır.</p> <p>Gözlemler, asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gözlemler, bir yıllık süreç içinde tüm hasta bakım alanlarını kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir. o Yoğun bakımlardaki gözlemler, her üç aylık dönemde, tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır. o Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir. o Epidemiyoloji şüphesi ya da riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır. o Gözlemciler konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır. <p>Rehberlik: DSÖ önerileri kapsamında, sağlık çalışanı tarafından el hijyeni uygulanması gereken "5 Endikasyon" aşağıda belirtilmiştir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hasta ile temas öncesi o Aseptik işlemler öncesi o Vücut sıvılarının bulaşma riski sonrası o Hasta ile temas sonrası o Hasta çevresi ile temas sonrası 	50
		SEN10.02	El hijyeni gözlem sonuçları yönetim ve ilgili birimlerle paylaşılmalı, çalışanlar birimlerine ait gözlem sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.	
		SEN11.01	<p>Enfekte ya da kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.</p> <p>o Enfekte ya da kolonize hastaların yönetiminde kullanılacak olan izolasyon önlemleri belirlenirken kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.</p> <p>Enfekte veya kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır.</p>	

SEN11 CEKİRDEK	İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	SEN11.02	<p>o İzolasyon yöntemi ilgili Bakanlıkça belirlenen tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solunum izolasyonunda sarı yaprak• Damlacık izolasyonunda mavi çiçek• Temas izolasyonunda kırmızı yıldız <p>o Enfeksiyon kontrol komitesinin kararı doğrultusunda, izolasyon yönteminin adı ve uygulama şekli, tanımlayıcı figürler için kullanılan görsellerle birlikte kullanılabilir.</p> <p>(Bkz: Ek-2 Tanımlayıcı Figürler)</p>	50
		SEN11.03	İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı figürler, hastanın transferi de dahil olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde uygulanmalıdır.	
		SEN11.04	İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.	
SEN12 CEKİRDEK	<p>Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.</p> <p><i>Rehberlik:</i></p> <p>Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir.</p> <p>Bu önlemler, enfeksiyon ajanı ile temas öncesi, temas sırası, temas sonrasında yapılması gereken uygulamaları kapsar.</p>	SEN12.01	Mesleki enfeksiyonlara yönelik sağlık taramaları birimlerdeki risk düzeylerine göre yapılmalı, bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı bağışıklama sağlanmalıdır.	50
		SEN12.02	Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri) alınmalıdır.	
		SEN12.03	Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır.	
SEN13	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	SEN13.01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik eğitim ihtiyaçları, hastanenin hizmet içi eğitimler ile ilgili belirlediği kurallar çerçevesinde birim ve meslek bazında tanımlanmalıdır.	30
SEN14	Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.			40

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SDS01 CEKİRDEK	Hastane temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SDS01.01	Hastane alanları ile zemin ve yüzeylerinin (kapı ve yatak kolları, yatak kontrol panelleri, elektrik düğmeleri, cihazların yüzeyleri, duvar, tavan ve raflar gibi) temizlik ve dezenfeksiyon açısından risk düzeyleri belirlenmelidir.	50
		SDS01.02	Belirlenen riskler doğrultusunda, hastanenin tüm alanlarını kapsayan temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalı, plan aşağıdaki konuları içermelidir:	
			o Alan ve yüzey bazında; • Risk düzeyi • Kullanılacak temizlik ve dezenfeksiyon malzemesi ve ekipmanları • Temizlik ve dezenfeksiyon sıklığı ve kuralları • Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kim tarafından yapılacağı o Halı, perde, döşeme gibi malzemelere yönelik temizlik yöntemi ve sıklığı o Haşerelerle mücadele yöntemleri ve sıklığı	
		SDS01.03	Kullanılan temizlik ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalı, kuralların uygulanma durumu kontrol edilmelidir.	
		SDS01.04	Kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasına yönelik temizlik ve dezenfeksiyon kuralları tanımlanmalıdır.	
		SDS01.05	Hastane alan, zemin ve yüzeylerinin temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerine yönelik belirlenen kuralların uygunluğu enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmış olmalıdır.	
		SDS01.06	Temizlik hizmetlerinde görevli personele yönelik asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitim verilmelidir:	
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 Kişisel koruyucu ekipman kullanımı o Temizlik malzemelerine maruz kalma (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar o Temizlik ve dezenfeksiyonun etkinliğini bozan yapısal sorunlar ve bu sorunlar hakkında sorumlulara bilgi verilmesi gerekliliği				
		SDS02.01	Temizlik ve dezenfeksiyonun kontrolüne ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı, kontrol yöntemi ve aralıkları belirlenmelidir.	

SDS02	Hastanede gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.	SDS02.02	Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri ile hastanede gerçekleştirilen dezenfeksiyon işlemleri düzenli bir şekilde kontrol edilmelidir.	40
		SDS02.03	Temizlik ve dezenfeksiyon planına uygun olacak şekilde, kullanım alanlarında gerekli malzeme ve ekipmanın bulunma durumu kontrol edilmelidir.	
SDS03	Hastanede kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.	SDS03.01	Hastanede kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon risk düzeylerine göre en az üç grupta (kritik, yarı kritik ve kritik olmayan gibi) tanımlanmalıdır.	30
		SDS03.02	Risk düzeylerine göre uygulanması gereken dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemleri tanımlanmalıdır. Rehberlik: Yarı kritik tıbbi cihazlar için yüksek düzey dezenfeksiyon yöntemi yeterli kabul edilmekle birlikte, herhangi bir sterilizasyon yöntemi ile steril edilmesi mümkün olan tıbbi cihazlarda sterilizasyon işlemi uygulanması tercih edilir.	
SDS04	Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	SDS04.01	Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.	40
		SDS04.02	Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon düzeyi, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.	
		SDS04.03	Dezenfektanların bulunduğu kap ya da konteynerlerin kapakları kapalı olmalıdır.	
		SDS04.04	Dezenfektanların hazırlandığı kap ya da konteynerlerin üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.	
		SDS04.05	Dezenfektanlar üretici firmanın önerdiği konsantrasyon ve temas süresine uygun şekilde kullanılmalı, temas süresi takip edilmelidir.	
		SDS04.06	İlgili çalışanlara dezenfektanların kullanımı hakkında eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir: o Dezenfektan etkinliğinin sağlanması için dikkat edilecek hususlar o Gerekli kişisel koruyucu ekipmanın kullanımı o Havalandırma koşulları o Kaza durumunda yapılacaklar o Dezenfeksiyon etkinliğini bozan durumların bildirim o Dezenfektanların saklanma koşulları	
		SDS04.07	Dezenfektanlar uygun şekilde bertaraf edilmelidir. Rehberlik: Dezenfektanların bertaraf süreci, ulusal ve uluslararası rehberler, üretici firma önerileri ve güncel mevzuat dikkate alınarak belirlenir.	
		SDS04.08	Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.	
		SDS05.01	Yüksek düzey dezenfektanların hazırlanması, uygulanması, kontrolü ve bertarafına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	
		SDS05.02	Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve bu alanlarda uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.	

<p>SDS05</p> <p>CEKİRDEK</p>	<p>Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır.</p>	<p>SDS05.03</p>	<p>Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu (MEK) indikatörlerle belirlenen sıklıkta kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>o Yüksek düzey dezenfeksiyon amacıyla kullanılan dezefektana yönelik uygun MEK testi yapılmalıdır.</p> <p>o Test materyali dezenfektanla uyumlu olmalı, "pH ölçer" bu amaçla kullanılmamalıdır.</p> <p>o Kontrol sıklığı, solüsyonun kullanım sıklığı ve süresi dikkate alınarak hastane tarafından belirlenmelidir.</p> <p>o Test sonucu olumsuz çıktığında veya dezenfektanın kullanım süresi dolduğunda, solüsyon kullanılmamalı ve üzerine ekleme yapılmamalıdır.</p>	<p>50</p>
<p>SDS06</p>	<p>Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.</p>	<p>SDS06.01</p>	<p>Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve süreçlerin işleyişine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:</p> <p>o Sterilizasyon ünitesinde yer alan fiziki alanlar</p> <p>o Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları</p> <p>o Aletlerin;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Üniteye transferi • Yıkama • Hazırlık ve kontrol alanına taşınması • Sayımı ve kontrolü • Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması • Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması <p>o Yıkama, paketlenme ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü</p> <p>o Yıkama, paketlenme ve sterilizasyon sürecinde kullanılan cihazlarının günlük temizliği ve düzenli aralıklarla bakımı</p> <p>o Hizmetin aksamasına neden olan durumların varlığında (elektrik kesintisi, su kesintisi, cihaz arızaları gibi) izlenmesi gereken yol</p> <p>o Sterilizasyon hizmet alımı söz konusu ise kontrollerin kapsamı, kontrol aralıkları ve sorumlusu</p> <p>o Ödünç set ve malzemelerin sterilizasyon süreci</p> <p>o Tekrar kullanılabilen malzemelerin kullanım koşulları</p> <p>o Olağanüstü durumlarda (afetler, tesis kaynaklı sorunlar, cihaz gaz kaçakları gibi) sterilizasyon hizmetleri ile ilgili alınacak önlemler</p>	<p>30</p>
<p>SDS07</p>	<p>Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.</p>	<p>SDS07.01</p> <p>SDS07.02</p> <p>SDS07.03</p> <p>SDS07.04</p> <p>SDS07.05</p>	<p>Sterilizasyon ünitesinde kirli ve temiz alanlar ile steril depolama ve destek alanları tanımlanmalıdır.</p> <p>Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.</p> <p>o Steril depolama alanında sıcaklık 22°C'yi, nem %60'ı aşmamalıdır.</p> <p>o Çalışma alanlarında sıcaklık 18-25°C, nem % 35-70 olmalıdır.</p> <p>Steril depolama alanına giriş kontrollü olmalı, steril olmayan malzeme ve tıbbi cihazlar bu alanda bulunmamalıdır.</p> <p>Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.</p> <p>Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril depolama alanından kirli alana doğru olmalıdır.</p> <p>o Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır.</p> <p>o Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır.</p> <p>o Havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalıdır.</p>	<p>40</p>

		<p>SDS07.06</p> <p>Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler, sterilizasyon süreçlerinin güvenlik ve etkinliğinin sürdürülmesini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.</p> <p>o Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemlerin rutin kontrolleri, yetkin teknik personel tarafından yapılmalıdır.</p> <p>o Sterilizasyon ünitesinde yıkama dezenfektörlerinin son durulama suyu, termal dezenfeksiyonda kullanılan su ve buhar sterilizatörlerde kullanılan su demineralize olmalıdır.</p> <p>o Demineralize suyun kalitesini ölçmeye yönelik süreçler ve kontrol aralıkları tanımlanmalıdır.</p> <p>* Suyun iletkenliği her gün ölçülmeli ve kaydedilmelidir.</p> <p>o Mikrobiyolojik kontaminasyonun engellenmesi için demineralize suyun büyük oranlarda depolanmasından kaçınılmalı, suyun sıcaklığı kontrol edilmeli ve depolama alanı düzenli olarak temizlenmelidir.</p> <p>o Çalışma alanlarının özelliğine göre gerekli aydınlatma düzeyleri (ayrıntılı muayene bölümü 100-200 mum, evye alanları 50-100 mum gibi) belirlenmelidir.</p>	
		<p>SDS07.07</p> <p>Kirli, temiz ve steril depolama alanları arasındaki geçiş noktalarında el hijyenini sağalmaya yönelik ekipman (lavabo, sıvı sabun, el antiseptiği gibi) bulunmalıdır.</p>	
SDS08	Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkaması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	<p>SDS08.01</p> <p>Sterilize edilecek malzemelerin teslim alınması, yıkanması ve yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.</p> <p>SDS08.02</p> <p>Kirli malzemeler sayımı yapılarak teslim alınmalı, malzemenin adı, sayısı, geldiği birim, geliş tarihi ve saati, teslim eden ve alan kişilerin bilgileri kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>SDS08.03</p> <p>Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu olmalıdır.</p> <p>SDS08.04</p> <p>Yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin süreç asgari aşağıdaki kontrol basamaklarını içermelidir:</p> <p>o Yıkama cihazlarının döngü raporları her yıkama sonrasında değerlendirilmelidir. Çıktı alınmayan cihazlarda harici fiziksel kontrol yöntemleri uygulanmalıdır.</p> <p>o Fiziksel çıktuların kontrolüne ek olarak aşağıdaki kontrollerden biri en az haftada bir kez uygulanmalıdır:</p> <p>* Sıcaklık zaman parametrelerini gösteren elektronik kontrol sistemleri</p> <p>* Yıkama indikatörleri ile kontrol</p> <p>o En az iki haftada bir kez protein kalıntı testleri yapılmalıdır.</p> <p>o En az altı ayda bir kez demineralize suyun kimyasal ve mikrobiyolojik kontrolü yapılmalıdır.</p> <p>o Yıkama kontrolü, kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.</p> <p>SDS08.05</p> <p>Yıkama alanları ve cihazlarının bakım ve temizliği ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.</p>	40
		<p>SDS09.01</p> <p>Paketlemeye ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.</p> <p>SDS09.02</p> <p>Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim alınmalıdır.</p> <p>SDS09.03</p> <p>Paket içeriği, temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılmalıdır.</p> <p>Paketleme işlemi temiz alanda gerçekleştirilmelidir.</p>	

<p>SDS09</p>	<p>Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.</p>	<p>SDS09.04</p>	<p>o Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.</p>	<p>40</p>
		<p>SDS09.05</p>	<p>Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyonun etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazasını sağlamalıdır.</p>	
		<p>SDS09.06</p>	<p>Paketlerin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanmalı, sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkışık yükleme yapılmamalıdır.</p>	
<p>SDS10</p> <p><u>CEKİRDEK</u></p>	<p>Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır.</p>	<p>SDS10.01</p>	<p>Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler (parametrik validasyon, biyolojik validasyon, rutin kimyasal ve biyolojik indikatör kullanımı gibi) tanımlanmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u></p> <p>o Validasyona yönelik yeterli testleri rutin olarak en az yılda bir kez yapılır. Ayrıca aşağıdaki durumlarda da yeterli testleri tekrarlanır:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sterilizatörde sensör değişimi gibi büyük onarımlar * Sterilizasyon sürecinde değişiklik (vakum derinliğinin artırılması, ön vakum sayısında değişiklik vb.) * Yükte veya yükleme biçiminde değişiklik (yeterlik testlerinde kullanılan referans yüke göre) * Paketleme malzemesi veya yönteminde değişiklik (tek kullanımlık paketleme malzemesinden konteynera geçiş vb.) <p>o Parametrik validasyon yöntemine karar verilmiş ve en az yılda bir kez parametrik validasyon yapılmakta ise ürün teslimi için kimyasal ya da biyolojik kontrol sonuçları zorunlu değildir. Rutin fiziksel kontrol sonuçlarına göre (Bowie-Dick testi, vakum kaçak testi ve döngü grafikleri) ürün teslimi yapılabilir.</p> <p>o Biyolojik validasyon yapılmış ise döngüler biyolojik indikatörle izlenir.Yeterlik testlerinin tekrarını gerektiren yukarıdaki durumlarda üç kez negatif biyolojik indikatör sonucu alındıktan sonra sterilizatör kullanıma açılır .</p>	<p>50</p>
		<p>SDS10.02</p>	<p>Sterilizatörlerin kurulum ve işletim yeterliliği üretici firma tarafından kanıtlanmış olmalıdır.</p>	
		<p>SDS10.03</p>	<p>Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.</p>	
		<p>SDS10.04</p>	<p>İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.</p>	
		<p>SDS10.05</p>	<p>Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde paket içi kimyasal indikatör uygulaması tanımlanmış ise, her pakete paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u></p> <p>Aşağıdaki koşullar sağlanmak kaydı ile içinde en fazla 5 lümensiz alet veya 10 spanç/ped bulunan sterilizasyon paketlerinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Buhar sterilizatörün düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonunun yapılması * Bowie-Dick testi ve vakum kaçak test sonuçlarının olumlu olması * Bu tür paketlerin bulunduğu döngülerde yük kontrol testlerinin her döngüde yapılması ve olumlu olması 	
			<p>Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, uygulama asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir:</p>	

		SDS10.06	<p>o Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı aşağıdaki şekildedir:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Buharlı basınç sterilizasyonunda, parametrik ürün teslimi yapılmıyorsa en az haftada bir kez ve implant içeren her yükte * Etilenoksit sterilizasyonunda her döngüde * Formaldehit sterilizasyonunda her döngüde * H₂O₂ sterilizasyonunda her döngüde <p>o Biyolojik indikatör kullanıldığında;</p> <ul style="list-style-type: none"> * Cihazların ilk kurulum çevrimleri ve büyük onarımlarından sonra arka arkaya üç negatif sonuç alındıktan sonra kullanım başlatılmalıdır. * Biyolojik indikatör sonucu kayıt altına alınmalıdır. * İndikatörün her farklı üretim serisi için bir pozitif kontrol testi yapılmalıdır. * Biyolojik indikatör sonucunun pozitif olması durumunda son negatif sonuçtan itibaren teslim edilen malzemeler geri çağrılmalı, tekrar steril edilmeli, malzemeler hastalara kullanılmış ise ilgili hastalar enfeksiyon kontrol komitesince izlenmelidir. Cihazın bakım kontrolleri yapılmalı,kullanımına üç negatif biyolojik kontrol sonrasında izin verilmelidir. * Biyolojik indikatör inkübatörü belirlenen aralıklarda ve gerektiğinde kalibre edilmelidir. 	
SDS11	Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	SDS11.01	Basınçlı buhar otoklavlarının periyodik bakımı üretici firma önerileri doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.	40
		SDS11.02	<p>Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılmalıdır.</p> <p>o Vakum kaçağı 1 milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalıdır.</p> <p>o 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalıdır.</p> <p>o Vakum kaçağı 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.</p> <p>o Vakum kaçak test sonuçları izlenebilir olmalıdır.</p>	
		SDS11.03	Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie-Dick testi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
SDS12	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	SDS12.01	<p>Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.</p> <p>o Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır.</p> <p>o Steril malzeme depolarında malzeme rafları yerden en az 30 cm yukarıda, en üst rafa malzeme konduktan sonra tavana mesafesi en az 50 cm olacak şekilde, hava sirkülasyonu için duvardan en az 5 cm önde olmalıdır.</p> <p>o Steril depolama rafları kolay temizlenebilir olmalı, depolanan ürünün etrafındaki havanın serbest dolaşımına izin vermelidir.</p>	40
		SDS12.02	Steril depodan çıkan malzemeler, paketi açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemelidir.	
		SDS12.03	Steril malzemelerin üzerinde, sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır.	
		SDS12.04	Steril malzemelerin raf ömrü, paketleme kat sayısı, paketleme gereçleri, diğer koruyucu etkenler (kapalı kutu, toz örtüsü, taşıma arabası gibi), depolama yeri gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.	

SDS13	Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır.	SDS13.01	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında (malzemenin teslim alınması, yıkanması, paketlenmesi, sterilize edilmesi, depolanması, kullanım alanına transferi); zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.	40	
			o Sterilizasyon işlemi ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilir: <ul style="list-style-type: none"> * Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri * Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü * Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları * Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiği * Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları * Cihaz döngü kayıtları * Cihaza ilişkin test sonuçları (vakum kaçak testi, Bowie-Dick testi gibi) * Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiği * Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığı * Varsa diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar 		
			SDS13.02		Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgiler hasta dosyasında da bulunmalı, hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığı kaydedilmelidir.
			o Hastaya kullanılan malzemelerin kayıtlarına geriye dönük olarak ulaşılabilir.		
SDS14 CEKİRDEK	Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	SDS14.01	Etilen oksit sterilizatörü ayrı bir bölümde yer almalı, giriş kapısı üzerinde gerekli uyarıcı semboller bulunmalı ve odaya giriş sınırlandırılmalıdır.	50	
		SDS14.02	Etilen oksit sterilizasyon odasında saatte en az 20 kez taze hava değişimi olmalı, basınç çevre alanlardan daha düşük tutulmalıdır. Basınç farkı sesli ve görüntülü uyarı sistemleri ile sürekli izlenmelidir.		
		SDS14.03	Cihaz %100 etilen oksit ile çalışmalı, kartuş elle aktive edilmemeli, cihaz içerisinde otomatik olarak hazneye dolmalıdır.		
		SDS14.04	Kartuşlar özel bir kapalı metal konteynerde saklanmalıdır.		
		SDS14.05	Ortamdaki gazı tespit edebilen uyarı sistemi bulunmalıdır.		
		SDS14.06	Alarm durumunda kullanılmak üzere, sterilizasyon ünitesi girişinde gaz maskesi ve koruyucu giysi bulunmalıdır.		
		SDS14.07	Etilen oksit sterilizatörü ile steril edilen malzemeler uygun süre ile havalandırılmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> o Malzemeler; <ul style="list-style-type: none"> * Cihazın kendi kazanı içerisinde en az 8-10 saat * Cihaz dışında ise malzemenin yapısı, kullanım amacı, lümen inceliği, lümen uzunluğu, vücutta bırakılacak olması gibi kriterler göz önünde bulundurularak ilaveten 12 saatten iki haftaya kadar havalandırılmalıdır. 		
		Etilen oksit sterilizatörüne ait atık gazlar bağımsız bir bacadan çevre güvenliğini sağlayacak şekilde tahliye edilmelidir.			

		SDS14.08	<u>Rehberlik:</u> Atık gazı nötralize edebilen cihazların varlığında bağımsız bir bacaya ihtiyaç yoktur. Bu durumda düzenli aralıklarla atık gazın etilen oksit içeriği ölçülmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.	
SDS15 <u>CEKİRDEK</u>	Hastanede kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SDS15.01	Endoskopik cihazların ön işlem, temizleme, durulama, yüksek düzey dezenfeksiyon, son durulama, kurulama ve saklama aşamalarına yönelik kurallar ulusal ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda tanımlanmalıdır.	50
		SDS15.02	Endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyonunun etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	
			o Endoskopi ünitelerinde dezenfeksiyon işlemi için ayrılmış bir oda bulunmalıdır. o Odanın havası saatte 7-15 kez değiştirilmelidir. o Biri yıkama amaçlı kullanılmak üzere en az iki adet eviye bulunmalıdır. Ayrıca, elle dezenfeksiyonda sadece durulama için kullanılan ayrı bir eviye de olmalıdır. o Eviyenin yapıldığı malzeme kimyasallara dayanıklı olmalı ve kolay temizlenebilmelidir. o Eviye, bir endoskopi kordonlarıyla birlikte, zarar görmeden tam olarak alabilecek kadar büyük olmalıdır (en az 42 cm). o Eviyeye sıcak ve soğuk su akışı olmalıdır. o El yıkama için ayrı bir lavabo bulunmalıdır.	
		SDS15.03	Kullanılan yüksek düzey dezenfektanın Minimum Etkin Konsantrasyonu (MEK) kontrol edilmelidir.	
		SDS15.04	Dezenfektörler ile yapılacak olan endoskop dezenfeksiyonunda, dezenfeksiyon işlemine kadar olan temizleme basamaklarının tamamı uygulandıktan sonra endoskop dezenfektöre yerleştirilmelidir.	
			o Dezenfektör döngüsü tamamlanmadan endoskop çıkarılmamalı, elle yapılan dezenfeksiyonda olduğu gibi kurulama ve saklama basamaklarının uygun şekilde tamamlanması sağlanmalıdır.	
SDS15.05	Endoskoplar kurumaları için düşey pozisyonda asılmalı, kurutulduktan sonra temiz olarak muhafaza edilmelidir.			
SDS15.06	Endoskopik cihazların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerini gerçekleştiren personel konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.			

TRANSFÜZYON HİZMETLERİ				
Amaç	Transfüzyon hizmetlerinin bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunun sağlanarak sunulmasıdır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
STH01	Transfüzyon hizmet süreçleri ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	STH01.01	Transfüzyon hizmet süreçleri ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	20
			<ul style="list-style-type: none">o Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonuna ilişkin sorumluluklaro Kan ve kan bileşenlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallaro Kullanılan testlerin kalite kontrollerio Kan ve kan bileşeni istem sürecio Transfüzyon öncesinde, işlem ile ilgili hasta rızasının alınmasıo Transfüzyon öncesinde, hasta adına hazırlanmış kan ya da kan bileşenine ait bilgilerin kontrol edilmesio Hasta kimliğinin doğrulanmasıo Transfüzyon süresince hastaların izlenmesio Transfüzyon reaksiyonu durumunda yapılması gerekenlero Pediatrik kullanım için kan ürünlerinin hazırlanmasıo Klinik acil durumlarda transfüzyon uygulamalarıo Potansiyel bulaştırıcı bağışların (HIV, HCV veya HBV) tespiti, bildirimi ve izlenmesio İade edilen ürünlerin iade kabul şartlarıo Kan ve kan bileşenlerine ilişkin iade ve ret kriterlerio Kan ve kan bileşenlerinin imha usul ve esaslarıo Ekipmanların kullanımı, temizlenmesi, bakımı ve kalibrasyonu	
STH02	Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	STH02.01	Bağış süreci ile ilgili kurallar ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30
		STH02.02	Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi hekim tarafından yapılmalı ve imza altına alınmalıdır.	
			o Bağışçı değerlendirmesi, mahremiyete uygun bir ortamda yapılmalıdır.	
		STH02.03	Bağışçıya bağış sürecinin her aşaması ile ilgili bilgilendirme yapılmalı ve kendi rızası ile bağışta bulunduğu dair imzası alınmalıdır.	
		STH02.04	Kan bağışı ve aferez işlemi bir hekim gözetimi ve denetiminde yapılmalı ve bağışçı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir.	
		STH02.05	Aferez cihazları eğitim almış personel tarafından kullanılmalıdır.	
		STH02.06	Kan alma koltukları pozisyon verilebilen nitelikte olmalıdır.	
STH02.07	Bağışçıya ilişkin kalıcı ve geçici ret kriterleri belirlenmelidir			
	<ul style="list-style-type: none">o Kabul edilen ve reddedilen bağışçılara yönelik kayıtlar tutulmalıdır.o Bağışın reddedildiği durumlarda kişiler konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.			

STH03 <u>CEKİRDEK</u>	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli bir şekilde hazırlanması sağlanmalıdır.	STH03.01	Bağışçıdan alınan kan için çalışılacak testler tanımlanmalıdır. Bağışçıdan alınan kan için; o ABO-Rh tayini o Hbs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV ve Sifilis (VDRL) testleri çalışılmalıdır. o ABO-Rh tayini için asgari tüp yöntemi kullanılmalıdır. o Hbs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV testlerinde asgari mikroelisa yöntemi kullanılmalıdır. EIA (enzyme immunoassay) veya CLIA (chemiluminescence immunoassay) SOR o Mikrobiyolojik testlerin pozitif olması durumunda doğrulama testleri çalışılmalıdır. o Doğrulama testlerinde pozitif sonuçların varlığı halinde bağışçı bilgilendirilmeli ve yapılması gereken işlemler hususunda yönlendirilmelidir.	50
		STH03.02	Kan ve kan bileşeni etiketi üzerindeki bilgiler doğru ve eksiksiz olmalıdır.	
		STH03.03	Kan ve kan bileşeni etiketinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Bileşenin adı • Ürünün internasyonal numarası (ISBT No) • Hizmet biriminin adı • ABO kan grubu, Rh D Grubu • Alınma ve son kullanma tarihi • Mikrobiyoloji test sonuçları • Depolama sıcaklığı • Antikoagülan ve ek solüsyonların ismi, bileşimi ve hacmi	
		STH03.04	Çapraz karşılaştırma testleri çalışılmalıdır.	
		STH03.05	Kan bileşenlerinin hazırlanması, filtre edilmesi, ışınlanması, yıkanması gibi ek işlemler ile ilgili aşamalar kayıt altına alınmalıdır.	
STH04 <u>CEKİRDEK</u>	Kan ve kan bileşenleri uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	STH04.01	Saklama koşulları, tüm saklama süresince kan bileşenlerinin optimal canlılık ve işlevlerini korumak üzere tasarlanmalıdır.	50
		STH04.02	Kan dolapları, dondurucu ve çalkalayıcıların sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. o Uygun sıcaklık koşullarının sağlanmadığı durumlara yönelik uyarı sistemleri bulunmalıdır.	
		STH04.03	Kan ve kan bileşenlerinin miat takipleri yapılmalıdır.	
		STH04.04	Kan ve kan bileşenleri için kritik stok seviyesi belirlenmelidir.	
		STH04.05	Bağışçı ve alıcıya ait şahit numuneler en az iki ayrı kapta, -30°C'nin altında ve en az 18 ay süre ile saklanmalıdır.	
			Planlı işlemler öncesinde ve acil durumlarda kan ve kan bileşenlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.	

STH05	Kan ve kan bileşenleri istem süreçleri tanımlanmalıdır.	STH05.01	İstem formunda asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir: o Hastanın; • Adı ve soyadı • Doğum tarihi • Cinsiyeti • Protokol numarası • Tedavi gördüğü bölüm ve oda numarası • Kan grubu • Tanısı • Transfüzyon endikasyonu o Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı o Hazırlanacak olan kan veya kan bileşeninin kan grubu o Hazırlanacak kan veya kan bileşeninin türü ve miktarı o İstem tarihi o Kanın kullanılacağı zaman o Hastanın gebelik, transfüzyon ve transfüzyon reaksiyonu öyküsü (bir uyumsuzluk saptanması durumunda, sorunun çözümünde yardımcı bilgiler) o Ek işlem gerekliliği (ışınlama, filtrasyon, yıkama vb.) o Hekim kaşesi ve imzası	30
		STH05.02	Tüm kan ve kan bileşeni istemleri elektronik olarak yapılmalıdır.	
		STH05.03	Kan istem formu üzerindeki tüm ayrıntılar kurallara uygun ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır.	
STH06	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.	STH06.01	Kan ve kan bileşenlerinin hastane içi/dışı transferi, saklama ısısını muhafaza edecek şekilde transfer kapları kullanılarak yapılmalıdır. o Transfer sırasında uygun ısının muhafaza edildiği izlenebilir olmalıdır.	30
		STH06.02	Kan ve kan bileşenlerinin transferi, konu ile ilgili eğitim almış personel tarafından yapılmalıdır.	
		STH06.03	Transfer kapları kolay temizlenebilir nitelikte olmalıdır.	
		STH06.04	Kan ve kan bileşenlerinin transfüzyon merkezinden çıkış saati kayıt altına alınmalıdır.	
STH07 ÇEKİRDEK	Transfüzyon sürecinde hasta güvenliği sağlanmalıdır.	STH07.01	Kan ve kan bileşenleri istemi hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.	50
		STH07.02	Kan ve kan bileşenlerinin ilgili birim tarafından teslim alınma saati kayıt altına alınmalıdır.	
		STH07.03	Hastanın kan ve kan bileşenine ait aşağıdaki bilgileri, transfüzyon öncesi iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmelidir: o Hastanın kan grubu-bölüme gelen kanın kan grubu o Mikrobiyoloji testlerinin çalışılmış ve sonuçlarının negatif olduğunu gösterir etiketin varlığı o Kan ve kan bileşeninin alınma ve son kullanma tarihleri o Tedavi planına yazılan ürün ile servise gelen ürünün aynı olup olmadığı o Torbadan sızma olup olmadığı o Ürün renginde değişiklik, içerisinde pıhtı/partikül varlığı o Çapraz karşılaştırma testinin uygunluğu o Ürünün ISBT numarası o Depolama sıcaklığı	
		STH07.04	Transfüzyona başlamadan önce hastanın kimlik doğrulaması yapılmalıdır.	
		STH07.05	Transfüzyonun ilk 15 dakikası yavaş yapılmalı ve transfüzyon süresince hastanın vital bulguları izlenmelidir.	
		STH07.06	Transfüzyona dair kayıtlar tutulmalıdır.	

STH08	Transfüzyona bağı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.	STH08.01	Transfüzyon reaksiyonlarının yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	40
		STH08.02	Transfüzyona bağı olarak reaksiyon gelişmiş ise, gerekli tıbbi müdahale yapılmalıdır.	
		STH08.03	Transfüzyon reaksiyonu ve tıbbi müdahaleye ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	
		STH08.04	Transfüzyon reaksiyonuna ilişkin transfüzyon merkezi ile iletişime geçilmelidir.	
STH09	Kan ve kan bileşenlerinin imhasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	STH09.01	Kan ve kan bileşenleri ile numunelerin imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	20
		STH09.02	Saklama ve transfer koşullarının sağlanmadığı tespit edilen ürünler kayıt edilerek alınmalı ve belirlenen imha usul ve esaslarına göre imha edilmelidir.	
		STH09.03	İmha edilen kan ve kan bileşenlerine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	

Amaç	Radyasyon içeren teşhis ve tedavi hizmetlerinde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyona maruz kalma durumlarını azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SRG01	<p>Radyasyon güvenliği komitesi kurulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.</p> <p>Rehberlik: Komite kurulması zorunluluğu bulunmayan hastanelerde radyasyon güvenliği sorumlusu ve sorumlulukları tanımlanır.</p>	SRG01.01	<p>Radyasyon güvenliği komitesinin asgari sorumluluk alanları şunlardır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Denetimli ve gözetimli alanların belirlenmesi o Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve toplumun radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınması o Çevresel radyasyon ölçümleri o Radyasyon cihazları ya da kaynaklarının bakım ve kalibrasyonu o Radyasyon kaynakları ile ilgili kazalar ve acil durumlar o Tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin üst yönetime raporlanması ve izlenmesi 	40
SRG02	<p>Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.</p> <p>Rehberlik: Hastanelerde radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Nükleer tıp üniteleri o Radyoterapi üniteleri o Radyoloji üniteleri o Anjiyografi ünitesi o Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler o Diş röntgen üniteleri o ESWL (taş kırma) üniteleri o ERCP ünitesi o HSG (Histerosalpingografi) 	SRG02.01	<p>Radyasyon alanları tanımlanarak radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alan olarak sınıflandırılmalıdır.</p> <p>Rehberlik: o İlgili alanda radyasyon ölçümü yapılarak elde edilen sonuca göre alan tanımlaması yapılabilir. o Alan tanımlaması yapılırken özellik arz eden durumlarda sabit bir tanımlama yerine değişken bir tanımlama kullanılabilir. Örneğin; Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler cihaz kullanıldığı zamanlarda denetimli alan olarak kabul edilebilirken, cihazın kullanılmadığı zamanlarda radyasyon alanı olarak nitelendirilmeyebilir.</p>	30
		SRG02.02	Denetimli alanlara giriş ve çıkışlar kontrollü olmalıdır.	
		SRG02.03	Gözetimli alanlarda ortam radyasyon seviyelerini takip etmek amacıyla düzenli aralıklarla radyasyon ölçümleri yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.	
		SRG02.04	Radyasyon alanlarında gerekli güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	
SRG03	<p>Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.</p>	SRG03.01	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik yetkili kurum ya da kuruluşlarca oluşturulmuş lisans belgesi bulunmalıdır.	
		SRG03.02	Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.	
		SRG03.03	Radyasyon alanlarında hasta ve çalışanları uyarıya yönelik araçlar (radyasyon uyarı işaretleri, ışıklı levha vb.) kullanılmalıdır.	
ÇEKİRDEK		SRG03.04	Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.	50

		SRG03.05	Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında bulunmalı, tetkik yapılacak hastaların denetimli alana geçişinin kontrollü bir şekilde yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
		SRG03.06	Skopi kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. o Skopi cihazı bulunan ameliyathanelerde, cihazın aktif kullanıldığı süreçte çalışanları uyarmaya yönelik, kurum tarafından belirlenen bir işaret veya tanımlama kullanılmalıdır.	
SRG04	Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemlerinin, yapıldığı alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SRG04.01	Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi sonrası hastanın istirahat edebilmesi, gerekirse izlenebilmesine yönelik alanlar düzenlenmelidir.	40
		SRG04.02	Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi uygulayan sağlık personeli KPR (Kardiyoloji Pulmoner Resüsitasyon) ve allerjik reaksiyonlar ile ilgili eğitim almış olmalıdır.	
		SRG04.03	Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme alanlarında, kolay ulaşılabilir şekilde acil müdahale seti bulunmalıdır. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	
SRG05	Yüksek manyetik alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SRG05.01	Yüksek manyetik alanlara yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Vücudunda MRG ile uyumlu olmayan kalp pili, metalik kalp kapağı, stent, kohear implant, elektrikli infüzyon pompası gibi maddeler bulunan hasta, hasta yakını ve çalışanlar MRG odasına alınmamalıdır. o MRG odasına girişlerde hasta üzerinde ya da yanında bozuk para, metal cihaz, eşya gibi maddeler bulunmamalıdır. o MRG odasında MRG ile uyumlu olmayan oksijen tüpü, defibrilatör, monitör, sedye gibi araçlar bulunmamalıdır.	40
		SRG05.02	Yüksek manyetik alanlara giriş kuralları konusunda hastane personeline eğitim verilmelidir. o Temizlik ve hasta taşıma işlerinde çalışan personel de eğitime dahil edilmelidir.	
		SRG05.03	Hastaların MRG çekimleri sırasında gürültüden rahatsız olmalarını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
SRG06	Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konfor ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	SRG06.01	Hastalara ait hazırlanma odası ya da kabini bulunmalıdır.	30
		SRG06.02	Hastalara ait değerli eşyaların korunmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
		SRG06.03	Hastaların kullanımına uygun temiz örtü, önlük gibi malzeme bulunmalıdır.	
		SRG06.04	Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.	
SRG07	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır.	SRG07.01	Çekim protokollerinde, işlemin türüne göre, hasta kilosu, yaşı vb. değişkenler dikkate alınarak radyasyon dozu, çekim süresi, görüntü açısı gibi parametreler belirlenmelidir. Çalışanlara çekim protokolleri ile ilgili eğitim verilmelidir.	50

ÇEKİRDEK		SRG07.02	o Çekim protokolünü otomatik belirleyen cihazların varlığı durumunda da kullanıcılara, çekim protokollerinin amacı, önemi, temel prensipleri, kullanılan cihazın teknik özellikleri ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında eğitim verilmelidir.	
SRG08	Hasta ve hasta yakınının, özellikli radyolojik tetkik ve girişimler ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SRG08.01	Hasta ve hasta yakınının, özellikli radyolojik tetkik ve girişimler öncesi ve sonrası süreçleri kapsayacak şekilde bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
		SRG08.02	Hazırlık gerektiren özellikli radyolojik tetkik ve girişimlere (anjyografi, ESWL, IVP vb.) yönelik bilgilendirmenin etkin şekilde sağlanabilmesi amacıyla işleme özel bilgilendirici doküman oluşturulmalıdır.	
SRG09 ÇEKİRDEK	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	SRG09.01	Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalıdır. o Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucularının kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir. o Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular (radyasyon koruyucu önlük, tiroit koruyucu, gonad koruyucu, kurşun eşdeğerli gözlük gibi) bulunmalıdır.	50
		SRG09.02	Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.	
		SRG09.03	Radyasyon koruyucularının kontrollerine yönelik süreç tanımlanmalıdır. o Radyasyon koruyuculara yönelik kontrollerin hangi yöntemle, kim tarafından ve asgari hangi dozda yapılacağı belirlenmelidir. o Radyasyon koruyucularının kontrolleri en az yılda bir kez ve gerektiğinde yapılmalı, kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır. o Rutin dışı kontrollerin hangi durumlarda yapılması gerektiği belirlenmelidir.	
		SRG09.04	Doğru hastaya doğru işlemin (doğru ilaç ve doz, doğru malzeme, doğru yöntem vb.) uygulanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
		SRG09.05	Gebe ve gebelik potansiyeli olan hastalara yönelik dikkat edilmesi gereken kurallar belirlenmelidir. o Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır. o Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılmalıdır.	
		SRG09.06	Çocuk hastalara yönelik çekimlerde dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenmeli, maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.	
SRG10 ÇEKİRDEK	Radyasyon yayan cihazlar ile yapılan girişimsel işlemlerde hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre izlenmelidir.	SRG10.01	Hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre kaydedilmelidir.	50
		SRG10.02	İşlem bazında maruziyet sürelerine yönelik hedef değerler belirlenmeli ve dönemsel olarak izlenmelidir.	
		SRG10.03	Ortalama süre hedef değerinin üzerinde ise gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

SRG11 ÇEKİRDEK	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	SRG11.01	Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır. o Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.	50
		SRG11.02	Denetimli alanlarda çalışan kişiler ile yıllık tüm vücut dozu 6 mSv'in üzerinde olma olasılığı olan kişiler (skopi cihazı çalışırken ameliyathanede bulunan kişiler gibi) için elektronik dozimetre kullanılmalı, giriş çıkış zamanları ve bu süre içerisinde kullandıkları dozimetre sonuçları kayıt altına alınmalıdır.	
			o Dozimetreler kullanan kişinin ismine kayıtlı olmalıdır. o Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için; • Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu kayıt altına alınmalıdır. • Yıllık toplam radyasyon dozu hesaplanmalıdır. • Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır. o Dozimetre sonuçları değerlendirilerek gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
SRG12 ÇEKİRDEK	Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.			50
SRG13	Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarına yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.	SRG13.01	Radyasyonla ilgili kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumlarında alınması gereken bölgesel ve kurumsal önlemler ile müdahale yöntemleri ve müdahale ekibi belirlenmelidir.	40
		SRG13.02	Radyasyonla ilgili gerçekleşen kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumları ve müdahale şekli kayıt altına alınmalıdır.	
SRG14	Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.			30
SRG15	Radyoaktif kaynakların bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp gibi) kaynağın güvenliğini sağlamaya ve güvenli kullanımına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			40
SRG16 ÇEKİRDEK	Nükleer tıp uygulamalarına özgü uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	SRG16.01	Hasta ve yakınlarına yönelik bekleme alanları, radyasyon alanının dışında olmalıdır.	50
		SRG16.02	Radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır.	
			o Radyoaktif madde alan hastaların; * Kullandıkları alanlarda uygun zırhlama yapılmış olmalıdır. * Kullandıkları lavabo ve tuvaletler bağımsız olmalıdır. * Radyoaktif madde alan hastaların çıkışları, normal hastane giriş çıkışından bağımsız olmalıdır. o Acil durumlarda dekontaminasyon uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
SRG16.03	Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda çeker ocak sistemi bulunmalı ve bu alanların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.			

SRG17 ÇEKİRDEK	Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.	SRG17.01	Radyoaktif maddenin bölüme giriş kaydı yapılmalı ve giriş yapıldığı andaki radyoaktivite düzeyi ölçülüp kayıt altına alınmalıdır.	50
		SRG17.02	Radyoaktif madde kullanım alanlarında kurşun zırlı radyoaktif atık kapları bulunmalı, radyoaktif madde ile kontamine olmuş atıklar bu kaplara atılmalıdır.	
		SRG17.03	Radyoaktif madde kullanımından oluşan katı ve sıvı atıklar depolanmalıdır. o Atıkların depo giriş ve çıkış radyasyon ölçümleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır. o Ölçüm sonucuna göre tahliyesine karar verilen atıklar uygun şekilde bertaraf edilmelidir.	
SRG18 ÇEKİRDEK	Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SRG18.01	Tedavi ya da tanı amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandıkları alanlar ve alanlara yönelik giriş ve çıkış kuralları tanımlanmalıdır. o Kontaminasyon alanına yönelik radyasyon uyarı işaretleri bulunmalıdır.	50
		SRG18.02	Nükleer tıp uygulamalarında rutin olarak çevresel radyasyon ve kontaminasyon (doz hızı) ölçümleri yapıp, kayıt altına alınmalıdır. Rehberlik: Çevresel radyasyon ölçümleri, alan monitörleri kullanılarak, personel kontaminasyonu ise kontaminasyon dedektörleri ile ölçülmektedir.	
		SRG18.03	Radyoaktif madde alan hastalarla ilgili aşağıda yer alan kayıtlar tutulmalıdır: o Hastalara verilen aktivite miktarı o Taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı	
		SRG18.04	Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.	
		SRG18.05	Radyoaktif ilaç kullanan hasta ve yakınlarına yönelik, çevrede ve ailelerinde bulunan kişilerin radyasyondan korunması için dikkat etmeleri gereken hususlar hakkında bilgilendirici doküman hazırlanmalıdır. o Hastadan, çevresinde bulunan kişilerin güvenliğini sağlayacağına dair yazılı taahhüt alınmalıdır.	

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	
SAS01	Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SAS01.01	Acil sağlık hizmetine yönelik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman asgari aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır: o Acil servisin yapısal düzenlemesi o Acil servise hasta kabul süreci o Triyaj uygulaması o Muayene, müdahale, tanı ve konsültasyon süreçleri o Müşahade süreci o İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi o Sevk, yatış ve taburcu süreçleri o Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi o Zehirlenme vakaları o Adli vakalar o Afet ve acil durum yönetimi o Acil sağlık hizmeti kapsamında diğer kurum ve kuruluşlar ile koordinasyon süreçleri o Acil serviste risk yönetimi o KBRN tehdit ve tehlikelere karşı alınacak önlemler, maruz kalan hastalara yönelik uygulamalar.	30	
SAS02	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	SAS02.01	Hastane yerleşkesinde acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı işaret ve levhalar bulunmalıdır.	30	
SAS02.02	Acil servis giriş tabelası hastane dışından görülebilir olmalıdır.	SAS02.03	İkinci ve üçüncü seviye acil servislerde ambulans girişi ile ayakta hasta girişleri ayrı olmalıdır.		
SAS02.04	Ambulans girişleri araçların rahatlıkla yaklaşabileceği, manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.	SAS02.05	Olumsuz hava koşullarından etkilenmeyi önlemek için girişlerin üstü kapalı olmalıdır.		
SAS02.06	Acil servis girişi aydınlatılmış olmalıdır.				
SAS03	Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SAS03.01	Acil servis hizmet sunum alanları (muayene alanı, müdahale alanı, gözlem ünitesi gibi) belirlenmelidir. o Acil servislerin fiziksel yapısı güvenlik, izlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir.		30
SAS03.02	Acil servis alanları hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşımalıdır.	SAS03.03	Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun bekleme alanı bulunmalıdır.		
SAS03.04	Çalışanlar için giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.				

SAS04	Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.	SAS04.01	Bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmeli ve ilgili alanlarda bulundurulmalıdır.	30
		SAS04.02	İlaç, malzeme ve cihazların sürekliliği sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.	
SAS05	Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.	SAS05.01	Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.	40
		SAS05.02	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunulmalıdır.	
		SAS05.03	Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır.	
		SAS05.04	Karşılama, danışma, yönlendirme, kayıt ve hasta taşıma hizmeti verecek personel; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu ve özelliği göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.	
		SAS05.05	Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		SAS05.06	Bu birimlerde çalışanlar, diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.	
		SAS05.07	Birim çalışanlarına yılda en az bir kez eğitim verilmelidir. o Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır: • Hasta memnuniyeti • Hasta hakları • İletişim becerileri	
SAS06	Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SAS06.01	Acil serviste, hastaların aciliyet durumlarına ve öncelikli tedavi ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapılmalıdır. o Müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik planlama yapılmalıdır. o Öncelik sıralaması renklerle tanımlanmalı, tanımlamada en az üç renk kullanılmalıdır.	40
		SAS06.02	Triyaj uygulaması bir sağlık çalışanı tarafından yapılmalıdır.	
		SAS06.03	Triyaj uygulaması için mahremiyete uygun yeterli alan ayrılmalıdır.	
		SAS06.04	Hastaların aciliyet durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda ilgili alana transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmelidir.	
SAS07 CEKİRDEK	Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalı ve SBYS üzerinden takip edilebilmelidir.	SAS07.01	Hasta profili ve kurum öncelikleri dikkate alınarak acil serviste hizmet verilen kritik hasta grupları belirlenmelidir. Rehberlik: Kritik hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir: o Akut miyokard enfarktüsü o Solunum arresti o Kardiyak arrest o İnme o Travma o Psikiyatrik aciller o Zehirlenme o İntihar girişimi o Onkolojik aciller	50

		SAS07.02	Belirlenen hasta grupları için acil serviste uygulanması gereken, tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.	
		SAS07.03	Kritik vakalarda müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik olarak planlama yapılmalıdır.	
		SAS07.04	Acil servise ambulans aracılığıyla gelen hastalara müdahaleye ilişkin planlama bulunmalıdır.	
SAS08	Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SAS08.01	Acil servislerde konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalıdır.	30
		SAS08.02	Düzenli aralıklarla, acil servis sorumluları ve hasta konsülte edilen klinik sorumlularının katıldığı toplantılar düzenlenmelidir. Rehberlik: Bu toplantıların amacı, konsültasyon işlemleri ile konsültasyon sonrası yatış işlemlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlamaktır. Toplantılarda, acil serviste konsültasyonu istenen hastalara yönelik vaka sunumları ve tartışmaları yapılır. Süreçlerin daha etkin şekilde sürdürülmesine yönelik gerekli görülen iyileştirmeler için kararlar alınır.	
		SAS08.03	Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.	
SAS09 ÇEKİRDEK	Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.	SAS09.01	Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır.	50
		SAS09.02	Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır.	
		SAS09.03	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
		SAS09.04	Hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşmasını sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
SAS10	Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.	SAS10.01	Hasta ve hastaya ait numunelerin güvenli şekilde transferi ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	20
		SAS10.02	Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi, hastane personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.	
SAS11	Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SAS11.01	Yatış, sevk ve taburculuk işlemleri, hastane tarafından oluşturulan prosedür çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.	30
		SAS11.02	Yatış ve sevk durumunda, hastaya ait kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler, hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.	
		SAS11.03	Yatış ve sevk işlemlerinde, acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleleri içeren kayıtların bir nüshası hasta ile birlikte nakledilmelidir.	
		SAS11.04	Sevk öncesinde, sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır.	
		SAS11.05	Hastanın sevk ambulans ile yapılmalıdır.	

		SAS11.06	Acil servisten taburcu edilen hasta ve yakınlarına taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgi verilmelidir.	
SAS12 ÇEKİRDEK	Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	SAS12.01	Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği açısından riskler tespit edilmeli ve bu riskleri önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır. o Acil serviste 24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır. o Genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. o Kameraların yerleşim noktaları, hasta ve çalışan mahremiyeti dikkate alınarak belirlenmelidir.	50
		SAS12.02	Acil servis çalışanlarına iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kriz yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.	
SAS13	Acil servis ilgili personeline KPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.	SAS13.01	Acil serviste görev yapan ve KPR eğitimi alması gereken sağlık çalışanları belirlenmeli ve bu çalışanlara yılda en az bir kez KPR eğitimi verilmelidir.	30
SAS14	Hastane dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	SAS14.01	Hastaların, hastane dışına ambulans ya da hasta nakil aracı ile nakledilme ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
		SAS14.02	Hasta nakli amacıyla kullanılan ambulans ya da nakil araçlarının uygunluğu sağlanmalıdır.	
		SAS14.03	o Ambulans ya da hasta nakil aracında bulunması gereken ilaç, tıbbi cihaz ve malzemeler tanımlanmalıdır. o Ambulans ya da hasta nakil aracında; * İlaç, malzeme ve cihazların listesi hazırlanmalıdır. * İlaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve stok durumu günlük olarak takip edilmelidir. * İlaç ve malzemelerin miat takipleri yapılmalıdır. * Tıbbi ekipman çalışır durumda olmalı ve düzenli aralıklarla kalibrasyonları yapılmalıdır. * Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır. * Tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır. * Sedye kızakları ve emniyet kemerinin günlük kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. * Kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.	

Amaç	Ameliyathane koşullarının ve cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokolüne uygunluğunun sağlanmasıdır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SAH01.01	<p>Ameliyathane süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">o Alanlarına göre ameliyathanede uyulması gereken kurallaro Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamalaro Hastanın;* Ameliyathaneye nakli ve kabulü* Operasyon öncesi hazırlığı* Operasyon süreci* Postoperatif süreçte izlemi* Ameliyathaneden kliniğe devredilmesi ve naklio Cerrahi öncesi hazırlanma kuralları (cerrahi el yıkama, giyinme, cihaz, ekipman, malzeme ve ilaçların hazırlığı gibi)o Ameliyathanede;* Hasta ve çalışan güvenliği* Tesis güvenliği* Radyasyon güvenliği* İlaç, malzeme ve cihaz yönetimi* Temizlik ve dezenfeksiyon kuralları	20
SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SAH02.01	<p>Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none">o Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.	40
		SAH02.02	<p>Ameliyathane alanları en az üç farklı (steril, temiz, serbest alan gibi) kategoride ele alınmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none">o Ameliyathane yapılanması ve işleyişinde kirli ve temiz malzeme trafiğinin ayrı olmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, alan bazında uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır. <p>Rehberlik: Alanlar, ilgili mekanda gerçekleştirilen fiziksel aktiviteler ve kurallarla tanımlanmaktadır. Serbest alan, ameliyathaneye hasta, personel ve ekipman girişinin kontrollü olarak sağlandığı bölümdür. Bu bölgede ameliyathane dışı kıyafete izin verilmektedir ve trafik sınırlı değildir. Temiz alan cerrahi bölümün çevresel destek alanlarını içerir. Temiz ve steril malzeme ve cihazlar için depolama alanları, steril alanlara giden koridorlar burada tanımlanır. Bu alandaki trafik yetkili personel ve hastalarla sınırlıdır. Personel cerrahi kıyafet giyer, saçlar ve yüz kılları örtülür. Steril alan ameliyat odalarını içerir. Cerrahi kıyafet giyilmesi, saç ve yüz kıllarının örtülmesi gereklidir. Açık steril malzemenin veya temizlenmiş kişilerin bulunduğu yerlerde maske takılır. El yıkama-ovalama alanları (scrub), ameliyathane yapısına göre temiz ya da steril alan olarak tanımlanabilmektedir. El yıkama-ovalama alanından steril alana geçişte arada farklı bir fiziksel alan bulunmaz.</p>	

		SAH02.03	Ameliyat odası duvar, tavan ve zeminleri kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir özellikte olmalı, duvar birleşim noktaları düzgün ve köşesiz olmalıdır.	
SAH03	Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	SAH03.01	Ameliyat türüne ve özelliğine göre ameliyat odasında bulunması gereken sıcaklık ve nem değerleri belirlenmelidir. o Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır. o Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23 °C olmalıdır, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 °C arasında ayarlanabilmelidir. o Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.	30
		SAH03.02	Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem kontrolleri gerçekleştirilmelidir.	
SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SAH04.01	Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır. o Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan serbest alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı). o Laminer hava akımı şartlarında gerçekleştirilmesi gereken operasyonlar belirlenmelidir. o Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan operasyonlar laminer hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.	40
		SAH04.02	Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.	
		SAH04.03	Havalandırma sistemlerinin performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır: o HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi) o Hava debisi ve hava hızı ölçümü o Alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti o Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme) o Partikül ölçümü	
		SAH04.04	Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.	
SAH05	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SAH05.01	Ameliyat odalarında tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmelidir.	40
		SAH05.02	Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirlenmelidir.	
		SAH05.03	Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
SAH06	Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.	SAH06.01	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki gösterge panelinden tıbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.	30
		SAH06.02	Anestezi cihazına entegre olan yedek medikal gaz tüplerinin kontrolü yapılmalıdır.	
		SAH07.01	Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlardan önce cerrahi bölge işaretlemesi yapılma durumu kontrol edilmelidir.	

SAH07 ÇEKİRDEK	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	SAH07.02	Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlarda GCKL kullanılmalıdır. o GCKL'nin kullanılmasının zorunlu olduğu durumlarda, listenin klinikten ayrılmadan önceki aşaması uygulanmamış ise hasta ameliyathaneye kabul edilmemelidir. o GCKL ameliyathanede liste sorumlusu tarafından "anestezi verilmeden önce", "ameliyat kesisinden önce" ve hasta "ameliyattan çıkmadan önce" uygulanmalıdır. (Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi) (Bkz: Ek-4 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi) <u>Rehberlik:</u> Liste sorumlusu; o Liste basamaklarının uygulanma durumunun ekip tarafından kontrol edildiğini ve onaylandığını teyit eder. o Genellikle sirküle (serbest) hemşire olmakla birlikte hastane tarafından belirlenir. Liste sorumlusunun, listede yer alan eylemlerin gerçekleştirilmesi ile ilgili sorumluluğu bulunmamaktadır.	50
		SAH07.03	Güvenli cerrahi kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.	
SAH08 ÇEKİRDEK	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	SAH08.01	Hasta preoperatif süreçte anestezi yöntemi ve premedikasyon ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir.	50
		SAH08.02	Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik anestezi güvenlik kontrol listesi kullanılmalıdır. (Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)	
		SAH08.03	Anestezi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.	
SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	SAH09.01	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar (ameliyat notu, operasyona ilişkin kritik hususlar, anestezi formu, hastaya ait bilgiler gibi) bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığını sağlayacak şekilde tutulmalıdır.	40
		SAH09.02	Ameliyat notu hasta ameliyathaneden ayrılmadan önce yazılmalıdır.	
		SAH09.03	Gerçekleştirilen işlemler, öngörülme durumlar, operasyon ekibinde yer alan üyeler, operasyon başlangıç ve bitiş saatleri ile operasyon sonrası öneriler kayıt altına alınmalıdır.	
		SAH09.04	Doku örneği alınması durumunda nereden ve ne kadar alındığı kayıt altına alınmalıdır.	
SAH10 ÇEKİRDEK	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SAH10.01	Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan dokular uygun örnek kabına alınmalı, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmeli ve uygun şekilde transfer edilmelidir. Etikette aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hasta adı-soyadı o TC kimlik/protokol numarası o Doğum tarihi o Cinsiyet o Örnek alınan organ/bölge o Örneğin alınış şekli	50
		SAH10.02	Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	

		SAH10.03	İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	
SAH11	Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	SAH11.01	Bilgilendirme hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde yapılmalıdır.	20
		SAH11.02	Hasta yakınları görsel araçlardan nasıl yararlanılacağı hakkında bilgilendirilmelidir.	

Amaç	Yoğun bakım hizmeti alan hasta grupları ve bu gruplara hizmet verilen bölümlere özgü bakım uygulamalarının, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardize edilerek mümkün olan en iyi klinik sonuçlara ulaşılmasıdır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SYB01	Yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SYB01.01	Yoğun bakım ünitesinde genel işleyiş ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none">o Hasta kabulüo Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesio Bakımın planlanması ve izlenmesio Hasta transferio Taburculuko Kurum dışı sevk prosedürüo Yoğun bakıma giriş-çıkış kurallarıo Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar	30
		SYB01.02	Klinik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none">o Monitörizasyono Ventilatördeki hasta izlemio Sedasyon ve analjezi uygulamasıo Hastayı ventilatörden ayırmao Risk değerlendirme ölçekleri (basınç ülseri, düşme, beslenme, ağrı, bilinç gibi) ile hastaların takibio Basınç ülseri takibio Nutrisyon takibio Skorlama sistemlerinin kullanımı:<ul style="list-style-type: none">* Prognostik (hastalık şiddeti) değerlendirme skorları* Organ yetmezliği tanımlama skorları* Travma değerlendirme skorları gibio Sepsis ve organ yetmezliği tanı kriterlerio Sepsis ve organ yetmezliğinin değerlendirilmesi ve izlenmesio İnvaziv işlemlero Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüo Rehabilitasyon sürecio Terminal dönem hasta takibi	
SYB02	Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	SYB02.01	Zemin, tavan ve duvarlar pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.	40
		SYB02.02	Yoğun bakım ünitesi, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.	
		SYB02.03	Bakanlıkça belirlenen nitelik ve nicelik esaslarına uygun olacak şekilde izolasyon odaları bulunmalıdır.	
		SYB02.04	Hasta yakınları için bilgilendirme, bekleme ve görüşme amacıyla kullanılan bir oda bulunmalıdır. o Oda, yoğun bakımdan kolay ulaşılacak bir konumda, gerekli hallerde organ verici yakınlarının da misafir edilebileceği büyüklük ve konfora sahip olmalıdır.	

		SYB02.05	Malzeme ve ilaçların uygun koşullarda muhafaza edileceği bir depo alanı bulunmalıdır. (Bkz: İlaç Yönetimi Bölümü, SİY04)	
		SYB02.06	İlaç ve infüzyon hazırlama alanı bulunmalıdır.	
		SYB02.07	Kirli malzeme ve cihazlar ile atıkların geçici muhafazası, hasta bakım, ilaç hazırlama ve malzeme alanlarından uzakta konumlandırılmalıdır.	
SYB03	Her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	SYB03.01	Hasta başı panelinde, yoğun bakımın seviyesine uygun şekilde basınçlı hava çıkışı, oksijen çıkışı, vakum sistemi ve elektrik paneli bulunmalıdır.	30
		SYB03.02	Her ventilatörlü yatak başında bir adet balon-valf-maske sistemi bulunmalıdır.	
		SYB03.03	Tüm prizler, kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.	
		SYB03.04	Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kaydedilmelidir.	
SYB04 ÇEKİRDEK	Hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	SYB04.01	Mahremiyetin sağlanması amacıyla gerçekleştirilecek uygulamalar ve uygulamalara yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
		SYB04.02	o Çalışanlar tanımlanan uygulamalar ve kurallar hakkında bilgilendirilmelidir. Mahremiyeti sağlamaya yönelik gerektiğinde kullanılmak üzere yataklar arası ayırma düzeneği bulunmalıdır.	
		SYB04.03	Kullanılan ayırma düzeneğinin temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili süreç tanımlanmalı, düzeneğin sürekli temiz olması sağlanmalıdır.	
SYB05	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SYB05.01	Tüm yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır. o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır. o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır. o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller, düzenli olarak yapılmalıdır. o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır. o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.	40
		SYB05.02	Üçüncü ve dördüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde en az %90 filtrasyon sağlayan hepa filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır.	
		SYB05.03	Yoğun bakım odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. o Yoğun bakım odasının sıcaklığı 22-26 °C arasında, bağıl nem oranı %30-60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.	
SYB06	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	SYB06.01	Yoğun bakım ünitesinde uygun sayı ve nitelikte lavabo, sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.	30
		SYB06.02	Her hasta bakım alanında kolay ulaşılabilecek mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.	

SYB07	Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.	SYB07.01	Ünitenin gürültü düzeyi aralıklı olarak ölçülmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	40
		SYB07.02	Gürültü ölçümü en az yılda bir kez yapılmalı, ayrıca ünite dışı çevresel unsurlar veya üniteye personel, cihaz, kuvöz kapasitesi gibi hususlarda değişiklik olması durumunda tekrarlanmalıdır. o Ölçüm, gürültü düzeyinin yüksek olabileceği gün ve saatleri de içerecek şekilde, farklı zamanlarda, kalibre edilmiş cihazlarla yapılmalıdır.	
SYB08 CEKİRDEK	Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. Rehberlik: İkinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.	SYB08.01	Hastalar, uluslararası kabul görmüş skorlama sistemleri ile prognostik (hastalık şiddeti) açıdan değerlendirilmelidir. Rehberlik: Hastalık şiddeti skorlaması için yetişkinlerde APACHE, SAPS; çocuk yoğun bakımlarında PRISM; KVC hastalarına EuroSCORE; yanık hastalarına ABSI (Yanık Şiddeti Skoru) skorlaması gibi sistemler kullanılabilir.	50
		SYB08.02	Hastalık şiddeti skorlama sonuçlarına göre yoğun bakım hastalarının tahmini mortalite oranı belirlenmelidir.	
		SYB08.03	Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.	
SYB09 CEKİRDEK	Hastalar, sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir. Rehberlik: İkinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.	SYB09.01	Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesi amacıyla kullanılacak skorlama sistemleri (SOFA, MODS, LODS vb.) tanımlanmalıdır.	50
		SYB09.02	Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalı ve değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.	
SYB10 CEKİRDEK	Hastaların transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	SYB10.01	Yoğun bakım hastalarının transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir. Rehberlik: Hastanın kliniği ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir. Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir: o Transport ventilatörü o Transport monitörü o Transport sedyesi o Oksijen tüpü o Entübasyon seti o Balon-valf-maske sistemi o Acil ilaç çantası	50
SYB11	Yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.			20
SYB12	Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	SYB12.01	Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.	30
			Çocuk yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	

<p>SYB13 <i>OPSİYONEL</i></p>	<p>Çocuk hastalara hizmet verilen yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır.</p>	<p>SYB13.01</p>	<p>o Aile merkezli bakımın ilkeleri o Aile merkezli bakım kapsamına dahil edilecek hasta ve ailesine ilişkin kriterler o Sağlık çalışanlarının modele uyumunun nasıl sağlanacağı o Ailelerin modele uyumunun nasıl sağlanacağı o Ailelerin konaklama ihtiyacının nasıl karşılanacağı o Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin sorunların nasıl takip edileceği o Ailenin sorumlulukları ve dikkat edeceği hususlar</p> <p><u>Rehberlik:</u> Aile merkezli bakım, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır. Çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül bakım yaklaşımıdır.</p>	<p>40</p>
-----------------------------------	--	-----------------	---	-----------

Amaç

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SYD01	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	SYD01.01	<p>Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde genel işleyiş ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">o Yoğun bakıma giriş-çıkış kurallarıo Hasta kabulüo Hasta tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesio Bakımın planlanması ve izlenmesio Hastanın transferio Taburculuko Kurum dışı sevk prosedürüo Annenin üniteye kabulüo Ziyaretçilerin uyması gereken kurallaro Ünite ve bebeklerin emniyetinin sağlanması	30
		SYD01.02	<p>Klinik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">o Monitörizasyono Ventilatördeki hastanın izlemio Hastayı ventilatörden ayırmao Risk değerlendirme ölçekleri (basınç ülseri, düşme, beslenme, ağrı, bilinç gibi) ile hastaların değerlendirmesio Basınç ülseri takibio Nutrisyon takibio Skolama sistemlerinin kullanımı:<ul style="list-style-type: none">* Prognostik (hastalık şiddeti) değerlendirme skorları* Organ yetmezliği tanımlama skorları* Travma değerlendirme skorları gibio Sepsis ve organ yetmezliği tanı kriterlerio Sepsis ve organ yetmezliğinin değerlendirilmesi ve izlenmesio İnvaziv işlemlero Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü gibio Palyatif bakım hastası olarak kabul edilmiş bebeklere yönelik bakım süreçleri	

SYD02	Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri tanımlanmalıdır.	SYD02.01	Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri ile ilgili süreçler, ulusal veya uluslararası güncel rehberler doğrultusunda belirlenmelidir. Bu süreçler asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	30
			<ul style="list-style-type: none"> o Yenidoğanın; * Yaşamsal bulgularının değerlendirilmesi ve stabilizasyonu * Doğumdan sonraki ilk otuz dakika içinde anne sütünü almaya başlamasının sağlanması o Yenidoğanda; * Hipoterminin önlenmesi * K vitamini uygulanması * Göz, göbek, cilt ve ağız bakımının yapılması o Anne eğitimi o Emzirme desteği ve eğitimi o Taburculuk eğitimi ve sık karşılaşılan sorunlarla ilgili aile bilgilendirmesinin yapılması o Topuk kanı örneği gönderilmesi o Tarama testleri ile ilgili gerekli işlem ve yönlendirmelerin yapılması 	
SYD03	Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	SYD03.01	Zemin, tavan ve duvarlar pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.	40
		SYD03.02	Yoğun bakım ünitesi, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.	
		SYD03.03	Bakanlıkça belirlenen nitelik ve nicelik esaslarına uygun olacak şekilde izolasyon odaları bulunmalıdır.	
		SYD03.04	Hasta yakınları için bilgilendirme, bekleme ve görüşme amacıyla kullanılan bir oda bulunmalıdır.	
			o Oda, yoğun bakımdan kolay ulaşılabilecek bir konumda, yeterli büyüklük ve konfora sahip olmalıdır.	
		SYD03.05	Malzeme ve ilaçların uygun koşullarda muhafaza edileceği bir depo alanı bulunmalıdır. (Bkz: İlaç Yönetimi Bölümü, SİY04)	
		SYD03.06	İlaç ve infüzyon hazırlama alanı bulunmalıdır.	
SYD03.07	Kirli malzeme ve cihazlar ile atıkların geçici muhafazası, hasta bakım, ilaç hazırlama ve malzeme alanlarından uzakta konumlandırılmalıdır.			

SYD04	Her kuvöz için tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	SYD04.01	Hasta başı panelinde, yoğun bakımın seviyesine uygun şekilde basınçlı hava çıkışı, oksijen çıkışı, vakum sistemi ve elektrik sistemi bulunmalıdır.	30
		SYD04.02	Her ventilatörlü kuvöze ait balon-valf-maske sistemi ve T-parça canlandırıcı bulunmalıdır.	
		SYD04.03	Tüm prizler, kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.	
		SYD04.04	Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kaydedilmelidir.	
SYD05	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SYD05.01	Tüm yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır. o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır. o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır. o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller, düzenli olarak yapılmalıdır. o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır. o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.	30
		SYD05.02	Üçüncü ve dördüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde en az %90 filtrasyon sağlayan hepa filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır.	
		SYD05.03	Yoğun bakım odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. o Yoğun bakım odasının sıcaklığı 22-26°C arasında, bağıl nem oranı %30-60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.	
SYD06	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	SYD06.01	Yoğun bakım ünitesinde uygun sayı ve nitelikte lavabo, sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.	30
		SYD06.02	Her hasta bakım alanında, kolay ulaşılabilecek mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.	
			Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	

<p>SYD07</p> <p>OPSİYONEL</p>	<p>Yenidoğan yoğun bakımda aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır.</p>	<p>SYD07.01</p>	<p>o Aile merkezli bakımın ilkeleri o Aile merkezli bakım kapsamına dahil edilecek bebek ve ailesine ilişkin kriterler o Sağlık çalışanlarının modele uyumunun nasıl sağlanacağı o Ailelerin modele uyumunun nasıl sağlanacağı o Ailelerin konaklama ihtiyacının nasıl karşılanacağı o Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin sorunların nasıl takip edileceği o Ailenin sorumlulukları ve dikkat edeceği hususlar</p> <p><u>Rehberlik:</u> Aile merkezli bakım, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır. Çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül bakım yaklaşımıdır.</p>	<p>40</p>
<p>SYD08</p>	<p>Anne-bebek uyum odası bulunmalıdır.</p>	<p>SYD08.01</p> <p>SYD08.02</p> <p>SYD08.03</p> <p>SYD08.04</p> <p>SYD08.05</p> <p>SYD08.06</p>	<p>Anne-bebek uyum odasına kabul kriterleri tanımlanmalıdır.</p> <p>Anne ve bebeğin uyum odasına alınma kararı hekim tarafından verilmeli, hasta dosyasına kaydedilmelidir.</p> <p>Oda tefrişatı annenin sürekli kalabilmesine uygun olmalıdır.</p> <p>Bebek yatağı ve tıbbi teçhizat için yeterli alan ayrılmalıdır.</p> <p>Yeterli sayıda elektrik prizi, basınçlı hava, oksijen ve vakum çıkışı bulunmalıdır.</p> <p>Odada lavabo ve tuvalet bulunmalıdır.</p>	<p>30</p>
<p>SYD09</p>	<p>Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.</p>	<p>SYD09.01</p> <p>SYD09.02</p>	<p>Ünitenin gürültü düzeyi aralıklı olarak ölçülmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.</p> <p>Gürültü ölçümü en az yılda bir kez yapılmalı, ayrıca ünite dışı çevresel unsurlar veya üniteye personel, cihaz, kuvöz kapasitesi gibi hususlarda değişiklik olması durumunda tekrarlanmalıdır.</p> <p>o Ölçüm, gürültü düzeyinin yüksek olabileceği gün ve saatleri de içerecek şekilde, farklı zamanlarda, kalibre edilmiş cihazlarla yapılmalıdır.</p>	<p>40</p>
			<p>Bebekler, uluslararası kabul görmüş skorlama sistemleri ile prognostik (hastalık şiddeti) açıdan değerlendirilmelidir.</p>	

SYD10 ÇEKİRDEK	Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. Rehberlik: İkinci, üçüncü ve dördüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.	SYD10.01	Rehberlik: Yeni doğanlar için Score for Neonatal Acute Physiology- Perinatal Extension-II (SNAP-PE-II) ve Clinical Risk Index for Babies (CRIB) gibi skorlama sistemleri kullanılabilir.	50
		SYD10.02	Hastalık şiddeti skorlama sonuçlarına göre hastaların tahmini mortalite oranı belirlenmelidir.	
		SYD10.03	Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.	
SYD11 ÇEKİRDEK	Bebekler sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir. Rehberlik: İkinci, üçüncü ve dördüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.	SYD11.01	Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesi amacıyla kullanılacak skorlama sistemleri (SOFA, MODS, LODS vb.) tanımlanmalıdır.	50
		SYD11.02	Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalı ve değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.	
SYD12 ÇEKİRDEK	Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.	SYD12.01	Fototerapi alan bebeklerde ısı monitörizasyonu yapılmalıdır.	50
		SYD12.02	Farklı boyutlarda fototerapi göz bandı bulunmalıdır.	
		SYD12.03	Röntgen çekiminde gonad koruyucu kullanılmalıdır.	
		SYD12.04	Oksijen tedavisinde kuvöz içi oksijen konsantrasyonu kontrol edilmelidir.	
		SYD12.05	Kuvözlerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.	
SYD13 ÇEKİRDEK	Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SYD13.01	Bebeklerin beslenme durumu düzenli aralıklarla izlenmelidir.	50
		SYD13.02	Bebeklerin anne sütü ile beslenmesine yönelik annelere eğitim verilmelidir.	
		SYD13.03	Anne sütü ile beslenme sırasında, annenin konforu ve mahremiyeti ile hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	
		SYD13.04	Besin hazırlamak için ayrı bir alan bulunmalıdır.	
		SYD13.05	Bebeklerin beslenmesinde kullanılan araç ve kaplar, beslenme amacıyla kullanım için uygun niteliklere sahip olmalıdır. o Beslenme amacıyla tekrar kullanılan araç ve kaplar uygun şekilde dezenfekte edilmelidir.	

		SYD13.06	Besinlerin uygun sıcaklıkta muhafaza edilmesi sağlanmalıdır.	
SYD14 <u>CEKİRDEK</u>	Bebeklerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.	SYD14.01	<p>Bebeklerin transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Bebegin klinigi ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir. Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir:</p> <ul style="list-style-type: none">o Ventilatörlü transport kuvözüo Transport monitörüo Oksijen tüpü ve hava tüpüo Oksijen ile hava karıştırıcıo İnfüzyon pompasıo Taşınabilir aspirasyon aletio Entübasyon setio Balon-valf-maske sistemi (tercihen T-parça canlandırıcı)	50
SYD15	Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.			20
SYD16	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	SYD16.01	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.	30

Amaç		Doğum eyleminin bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde gerçekleştirmesi ile anne ve bebeğe hasta güvenliği ilkeleri doğrultusunda gerekli bakım, yönlendirme ve eğitim hizmetlerinin sunulmasıdır.		
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SDH01	Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır.	SDH01.01	Doğum öncesi izlem ve doğum eylemi tek kişilik odalarda yapılmalıdır. o Doğum öncesi izlem odaları oda içinde doğum yaptırılabilen tasarımda olmalıdır.	30
		SDH01.02	Doğum öncesi izlem, doğum sırası ve doğum sonrası bakım odalarında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
		SDH01.03	Doğum eyleminin gerçekleştirildiği alanlarda, duvar, tavan ve zeminler, temizlik ve dezenfeksiyona uygun özellikte olmalı, uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.	
		SDH01.04	Doğum eyleminin gerçekleştirildiği odalardaki aydınlatma sistemi, yeterli aydınlatmayı sağlayacak ve gerektiğinde loş ortam oluşturabilecek şekilde düzenlenmelidir.	
		SDH01.05	Gürültü düzeyinin azaltılması için gerekli tedbirler (monitör ve çağrı sistemlerinin sesinin kısılması, yüksek sesle konuşulmaması gibi) alınmalıdır.	
		SDH01.06	Vajinal doğumda sedasyon veya anestezi altında müdahale gerekmesi durumunda, müdahalelerin ameliyathane dışında hangi alanda yapılacağı tanımlanmalı ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilmiş olmalıdır.	
SDH02	Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.	SDH02.01	Doğum süreci için gerekli ekipman ve sayısı belirlenmelidir. o Doğumun gerçekleştiği serviste asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: * Acil müdahale seti * Defibrilatör * Forseps * Vakum * Dirsek üzerine kadar çıkan ve kavite kontrolü için kullanılan kalın steril eldivenler * Bumm küret * Kanama durdurucu balon * Farklı ebatlarda elastik kompresyon çorapları o Her vajinal doğum ve sezaryen odasında asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: * Bebek ısıtıcısı * Bebek aspiratörü ve puar * Laringoskop seti * Farklı ebatlarda entübasyon tüpü * Uygun boyutta balon-valf maske sistemi ve T-Parça canlandırıcı sistem * Oksijen ile hava karıştırıcı * Nabız oksimetre cihazı ve probu	30
		SDH02.02	Vajinal doğumun gerçekleştirildiği odalarda, gebenin her türlü doğum pozisyonunu (dik pozisyonlar, çömelleme, litotomi gibi) alabileceği doğum yatağı ve doğum aparatları (asılma aparatları, egzersiz topu gibi) bulunmalıdır.	

		SDH02.03	İhtiyaç durumunda kolay ulaşılabilecek şekilde transport kuvvüzü bulunmalıdır. o Transport kuvvüzü dahili olarak şarj edilebilen bataryaya sahip olmalı ve harici batarya ile çalışabilmelidir. o Transport kuvvüzünün oksijen ile hava karıştırıcısına uygun şekilde bağlanmış oksijen ve hava tüpü bulunmalıdır. o Ulaşılabilir alanda, her bir tüp için yedek tüpler bulunmalıdır.	
		SDH02.04	Ekipmanların teknik kontrolleri yapılmalı ve çalışır durumda olmalıdır.	
SDH03 ÇEKİRDEK	Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SDH03.01	Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir. o Doğum eyleminde Bakanlıkça yayımlanan “ Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi ”ne göre izlem yapılmalıdır. o Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, partograf kayıtları hasta dosyalarında bulunmalıdır. o Doğum sonrası süreçte annenin takibi Bakanlıkça yayımlanan “ Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi ”ne göre yapılmalı, izlem kayıt altına alınmalıdır.	50
		SDH03.02	Komplike vakalarda doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerin izlemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
		SDH03.03	Sunni olarak servikal açıklık sağlanması gereken durumlar tanımlanmalıdır. o Servikal açıklık sağlamak için kullanılacak mekanik (servikal olgunlaştırıcı kateter, foley kateter gibi) ve farmakolojik yöntemler tanımlanmalıdır.	
		SDH03.04	Gebeler venöz tromboemboli riski açısından değerlendirilmeli, risk varlığında gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır.	
		SDH03.05	Doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal desteğin bire bir olarak sağlanması ve gebelerin bu desteğe kolaylıkla ulaşabilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte personel bulundurulmalıdır. o Çalışanlara, doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal destek sağlanmasına yönelik eğitim verilmelidir. o Her primipar gebe için en az bir ebe tanımlanmalıdır.	
		SDH03.06	Doğum servisinde görev alan tüm sağlık çalışanları, postpartum kanama ve doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimine yönelik eğitim almalıdır.	
		SDH03.07	Doğum süreci başlayan gebeye uygulanacak ilaçsız ağrıyla mücadele yöntemleri tanımlanmalıdır. o Ağrıyla mücadele yöntemleri konusunda doğumda görev alan tüm sağlık çalışanları eğitim almış olmalıdır.	
		SDH04	Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi kullanılmalıdır.	
SDH04.02	Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi hasta dosyasında bulunmalıdır.			

SDH05 CEKİRDEK	Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SDH05.01	Yenidoğanın takibi ve kontrolleri belirlenmiş kurallar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. o Yenidoğan bebek, Bakanlıkça yayımlanan " Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri " doğrultusunda izlenmeli, izlem kayıt altına alınmalıdır. o İzlem aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır: • Doğum anı ve doğumun hemen sonrası • Bebek stabilize olduktan sonra • Bebek ve anne hastaneden ayrılmadan önce	50
		SDH05.02	Anneye emzirme ve bebek bakımı konularında eğitim verilmelidir.	
		SDH05.03	Taburcu sonrası bebeğin takibi (yenidoğan tarama testleri, periyodik muayeneler ve bağışıklama programı gibi) hakkında aile bilgilendirilmelidir.	
SDH06	Doğum sürecinde gebe yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	SDH06.01	Bilgilendirme mahremiyeti sağlayacak şekilde yapılmalıdır.	20
		SDH06.02	Gebe yakınları görsel araçlardan nasıl yararlanılacağı hakkında bilgilendirilmelidir.	
SDH07	Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir.	SDH07.01	Gebe ve yakınlarına verilecek olan eğitime ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	40
		SDH07.02	Hastaneye başvuran gebeler ile hastane dışından katılım sağlayacak olan gebelerin nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.	
		SDH07.03	Gebelere verilecek eğitimin içeriği, süresi, sıklığı ve eğitim vermeye yetkili kişilerin nitelikleri gebe gruplarına göre tanımlanmalıdır.	
		SDH07.04	Eğitim alan gebelerin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığı (vajinal doğum, sezaryen, ölü doğum vs.) izlenmelidir.	
		SDH07.05	Gebe ve ailesinin eğitim öncesi ve sonrası doğuma yönelik tercihleri karşılaştırılmalıdır.	

Amaç	Hastanelerde biyokimya alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SBL01	Biyokimya hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	SBL01.01	Biyokimya laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır. Test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir: o Laboratuvarında çalışılan testler o Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği o Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar o Numune alımı ile ilgili kurallar o Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar o Test çalışma yöntemi o Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler o Gerekli ise testlere özel açıklamalar	30
		SBL01.02	Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.	
		SBL01.03	İlgili sağlık çalışanları, rehberine nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	
SBL02 CEKİRDEK	Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. Rehberlik: Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar. Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, Biyokimya laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.	SBL02.01	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. 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.	50
		SBL02.02	Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır: o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.	
		SBL02.03	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.	

		SBL02.04	Laboratuvara kabul edilen numunelerin analiz öncesi saklanacağı yer ve koşullar tanımlanmalıdır.	
		SBL02.05	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	
SBL03 CEKİRDEK	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	SBL03.01	Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir. o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.	50
		SBL03.02	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda asgari; * Tarih ve saat * Numuneleri gönderen bölüm * Kim tarafından kabul veya reddedildiği * Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır. o Bu bilgiler SBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.	
		SBL03.03	Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.	
		SBL03.04	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.	
		SBL03.05	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS'de yer almalıdır. o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.	
		SBL03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.	
		SBL03.07	Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.	
SBL04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	SBL04.01	Testlerin çalışılma sürecine yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içeren doküman bulunmalıdır. 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 Akılcı laboratuvar uygulamaları o Sonuçların onaylanması	30
		SBL04.02	İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.	
		SBL04.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	
			Laboratuvarda bulunan her test cihazı için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır:	

SBL05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	SBL05.01	<ul style="list-style-type: none"> o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları (kalibrasyon planları, kabul kriterleri, kalibrasyon aralığı ve sonuç belgeleri gibi) o Varsa kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi) o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları 	30
		SBL05.02	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
		SBL05.03	<p>Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	
SBL06 ÇEKİRDEK	<p>Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.</p> <p>Rehberlik:</p> <p>İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.</p>	SBL06.01	<p>Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.</p> <p>o Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre tüm testler için uygulanacak iç kalite kontrol yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, kullanım aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.</p>	50
		SBL06.02	İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.	
		SBL06.03	İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma aralıkları, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.	
		SBL06.04	İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.	
		SBL06.05	İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.	
		SBL07	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	
SBL07.02	Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
SBL07.03	Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.			
SBL07.04	Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
ÇEKİRDEK				

		SBL07.05	Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.	
SBL08 <i>OPSİYONEL</i>	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.	SBL08.01	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılacak testler ve uygulamaya ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. Rehberlik: Metot validasyonu ve verifikasyonu; Laboratuvarında uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamanın koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür. Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir.	40
		SBL08.02	Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanılmadığı durumlarda validasyon uygulanmalıdır.	
SBL09 <i>OPSİYONEL</i>	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir. Rehberlik: Ölçüm Belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.	SBL09.01	Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.	40
		SBL09.02	Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.	
SBL10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SBL10.01	Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir. Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hastane/laboratuvar adı o Testin yapıldığı laboratuvarın adı o Hastanın adı, soyadı o İstemi yapan hekimin adı, soyadı o İstemin yapıldığı tarih ve saat o Numunenin ve testin adı o Numunenin alındığı tarih ve saat o Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat o Sonuç değerinin birimi o Referans aralığı/değeri ya da karar sınırları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat	30
		SBL10.02	Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır. Rehberlik: Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.	
SBL11	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	SBL11.01	Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözönüne alınarak acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir. Rehberlik: Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.	30

			<p>Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.</p> <p>SBL11.02</p> <p>o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı hastane tarafından belirlenmelidir.</p> <p>Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.</p> <p>o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.</p>	
<p>SBL12</p> <p>ÇEKİRDEK</p>	<p>Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirim sağlanmalıdır.</p> <p>Rehberlik:</p> <p>Panik/kritik değer, bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri tıbbi, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.</p>	<p>SBL12.01</p> <p>Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.</p> <p>o Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ilişkin;</p> <p>* Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı</p> <p>* İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği</p> <p>* Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı</p> <p>* Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği</p> <p>* Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.</p>	<p>50</p>	
		<p>SBL12.02</p> <p>Panik değerler SBYS üzerinde tanımlanmalıdır.</p> <p>Rehberlik:</p> <p>Otomatize sistemler ile manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerin de bu kapsamda ele alınarak SBYS üzerinde tanımlanması gereklidir.</p>		
		<p>SBL12.03</p> <p>Panik değer tespiti durumunda SBYS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem bulunmalıdır.</p> <p>o Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.</p> <p>o Klinisyenin gördüğü ekranda da, panik değere yönelik bir uyarıcı (farklı bir renk veya şekil gibi) düzenlenmelidir.</p>		
		<p>SBL12.04</p> <p>Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.</p>		
		<p>SBL12.05</p> <p>Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Panik değer bildirim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:</p> <p>o Hastanın;</p> <p>* Adı soyadı</p> <p>* Protokol numarası</p> <p>* Servisi</p> <p>* Testin adı</p> <p>o Panik değer sonucu</p> <p>o Test sonucunun çıktığı tarih ve saat</p> <p>o Bildirimi yapan kişi</p> <p>o Bildirim yapılan kişi</p> <p>o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat</p> <p>o Bildirimin hangi yolla yapıldığı</p>		
		<p>SBL12.06</p> <p>Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirim ile ilgili eğitim verilmelidir.</p>		
<p>SBL13</p>	<p>Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.</p>	<p>20</p>		

SBL14	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SBL14.01	Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.	30
			<p>Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşı o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü o Numune türü o Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi o Numunenin; <ul style="list-style-type: none"> * Alındığı tarih ve saat * Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem o Varsa test tekrarı ve sonuçları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat o Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı 	
SBL15	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.	SBL15.01	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS ^{TR}) göre kodlanmalıdır. (Bkz: Ek-3 Hata Sınıflandırma Sistemleri - Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)	30
		SBL15.02	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
		SBL15.03	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar ulusal güvenlik raporlama sistemine gönderilmelidir.	

Amaçlar	Hastanelerde mikrobiyoloji alanında sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SML01	Mikrobiyoloji hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	SML01.01	Mikrobiyoloji laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır. Test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir: o Laboratuvarında çalışılan testler o Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği o Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar o Numune alımı ile ilgili kurallar o Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar o Test çalışma yöntemi o Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler o Gerekli ise testlere özel açıklamalar	30
		SML01.02	Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.	
		SML01.03	İlgili sağlık çalışanları, rehberine nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	
SML02 CEKİRDEK	Mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. Rehberlik: Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar. Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, mikrobiyoloji laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.	SML02.01	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. 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.	50
		SML02.02	Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.	
		SML02.03	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.	

		SML02.04	Laboratuvara kabul edilen numunelerin analiz öncesi saklanacağı yer ve koşullar tanımlanmalıdır.	
		SML02.05	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	
SML03 ÇEKİRDEK	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	SML03.01	Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir. o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.	50
		SML03.02	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda asgari; * Tarih ve saat * Numuneleri gönderen bölüm * Kim tarafından kabul veya reddedildiği * Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır. o Bu bilgiler SBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.	
		SML03.03	Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.	
		SML03.04	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.	
		SML03.05	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS'de yer almalıdır. o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.	
		SML03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.	
		SML03.07	Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.	
SML04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	SML04.01	Testlerin çalışılma sürecine yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içeren doküman bulunmalıdır. 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 Akılcı laboratuvar uygulamaları o Sonuçların onaylanması	30
		SML04.02	İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.	
		SML04.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	
			Laboratuvarda bulunan her test cihazı için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır:	

SML05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	SML05.01	<ul style="list-style-type: none"> o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları (kalibrasyon planları, kabul kriterleri, kalibrasyon aralığı ve sonuç belgeleri gibi) o Varsa kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi) o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları 	30
		SML05.02	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
		SML05.03	<p>Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	
SML06 <i>CEKİRDEK</i>	<p>Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.</p>	SML06.01	<p>Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.</p> <p>o Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne (seroloji, kültür ve tanımlama testleri, mikroskopi, immunfloresan antikor testleri, kalitatif ve semikantitatif testler gibi) göre tüm testler için uygulanacak iç kalite kontrol yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, kullanım aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.</p>	50
		SML06.02	İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.	
		SML06.03	İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.	
		SML06.04	İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.	
		SML06.05	İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.	
SML07 <i>CEKİRDEK</i>	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	SML07.01	<p>Laboratuvar testlerinin dış kalite değerlendirme süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.</p> <p>o Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne (seroloji, kültür ve tanımlama testleri, mikroskopi, immunfloresan antikor testleri, kalitatif ve semikantitatif testler gibi) göre gerekli testler için uygulanacak dış kalite değerlendirme yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, program kapsamında değerlendirme aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.</p>	50
		SML07.02	Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
		SML07.03	Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.	

		SML07.04	Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
		SML07.05	Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.	
SML08 OPSİYONEL	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.	SML08.01	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılacak testler ve uygulamaya ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. Rehberlik: Metot validasyonu ve verifikasyonu; Laboratuvarda uygulanan test metodlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamanın koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür. Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir.	40
		SML08.02	Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanılmadığı durumlarda validasyon uygulanmalıdır.	
SML09 OPSİYONEL	Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir. Rehberlik: Ölçüm belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.	SML09.01	Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.	40
		SML09.02	Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.	
SML10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SML10.01	Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir. Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hastane / laboratuvar adı o Testin yapıldığı laboratuvarın adı o Hastanın adı, soyadı o İstemi yapan hekimin adı, soyadı o İstem 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 değer birimi o Referans aralığı/değeri ya da karar sınırları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat	30
		SML10.02	Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır. Rehberlik: Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.	
SML11	Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının hızlı bildirimine yönelik düzenleme	SML11.01	Antibiyotik duyarlılık testlerinin bildirimine yönelik kurallar belirlenmelidir.	
		SML11.02	Çalışılan tüm antibiyotik duyarlılık test sonuçları SBYS üzerinde kayıt edilmelidir.	50

CEKİRDEK	Kısıtlı bildirimde yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SML11.03	Hasta sonuç raporu kısıtlı bildirim uygulamasına göre hazırlanmalıdır.	30
		SML11.04	Bildirimi kısıtlanan antibiyotik duyarlılık test sonuçlarına kimler tarafından ulaşılabileceği belirlenmelidir.	
SML12	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	SML12.01	Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir. Rehberlik: Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.	30
		SML12.02	Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı hastane tarafından belirlenmelidir. o Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	
SML13	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirim sağlanmalıdır. Rehberlik: Panik/kritik değer, bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri tanısı, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.	SML13.01	Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. o Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ilişkin; * Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı * İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği * Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı * Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği * Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.	50
CEKİRDEK		SML13.02	Panik değerler SBYS üzerinde tanımlanmalıdır. Rehberlik: Otomatize sistemler ile manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerin de bu kapsamda ele alınarak SBYS üzerinde tanımlanması gereklidir.	
		SML13.03	Panik değer tespiti durumunda SBYS üzerinde çalışanını uyarıcı sistem bulunmalıdır. o Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir. o Klinisyenin gördüğü ekranda da, panik değere yönelik bir uyarıcı (farklı bir renk veya şekil gibi) düzenlenmelidir.	
		SML13.04	Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.	

		SML13.05	Panik değer bildirimine ilişkin s¼reç izlenebilir olmalıdır. Panik değer bildirim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Hastanın; * Adı soyadı * Protokol numarası * Servisi * Testin adı o Panik değer sonucu o Test sonucunun çıktığı tarih ve saat o Bildirimi yapan kişi o Bildirim yapılan kişi o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat o Bildirimin hangi yolla yapıldığı	
		SML13.06	Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.	
SML14	Test s¼reci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyog¼venlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine y¼nelik kurallar belirlenmelidir.			20
SML15	Laboratuvar testleri ile ilgili s¼relerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SML15.01	Alınan numunenin ve testin, analiz ¼ncesi, analiz ve analiz sonrası s¼relerde izlenebilir olması sağlanmalıdır. Laboratuvar bilgi y¼netim sisteminde test s¼reci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır: o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşi o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı-soyadı, b¼l¼m¼ o Numune t¼r¼ o Gerekliyse numunenin alındığı v¼cut b¼lęesi o Numunenin; * Alındığı tarih ve saat * Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Testin çalışıldığı cihaz veya y¼ntem o Varsa test tekrarı ve sonuçları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat o Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı	30
SML16	Laboratuvar s¼relerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.	SML16.01	Laboratuvar s¼relerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS ^{TR}) g¼re kodlanmalıdır. (Bkz: Ek-3 Hata Sınıflandırma Sistemleri - Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)	30
		SML16.02	Laboratuvar s¼relerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
		SML16.03	Laboratuvar s¼relerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar ulusal g¼venlik raporlama sistemine g¼nderilmelidir.	

Amaç	Hastanelerde patoloji alanında sunulan hizmetlere ilişkin tüm süreçlerde, hasta güvenliğini sağlamak ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamı sağlamaktır.				
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	
SPL01	Patoloji laboratuvarı çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	SPL01.01	Patoloji laboratuvarı çalışma süreçleri asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	30	
			<ul style="list-style-type: none"> o Laboratuvar genel çalışma esasları o Numune gönderen birimlerin ve merkezlerin tanımı o Patoloji istem sürecine ilişkin kurallar o Özel biyopsiler için dikkat edilecek hususlar o Numunenin uygun şekilde tespiti ve transferi o Numune kabul ve ret kriterleri o Raporlamada kullanılan ulusal ve uluslararası standartlar o Laboratuvar dışındaki kritik süreçler ile ilgili genel bilgiler o Makroskobik değerlendirme o Her tür numune için, makroskopik olarak nasıl değerlendirileceği ve nereden, ne kadar örnekleme yapılacağı ile ilgili kurallar o Mikroskobik değerlendirme o Sitolojik materyalin alınması, hazırlanması ve transferi ile ilgili yöntemler ve kurallar o Sitolojik materyal ile temas eden personelin uyması gereken güvenlik kuralları o Rutin dışında uygulanan yöntemlerin (immünohistokimya, histokimya, immünofloresan, moleküler teknikler, elektron mikroskopi gibi) nasıl yapılacağı o Kalite kontrol çalışmaları o Raporlama ile ilgili süreçler ve kurallar * Kanser tanı patoloji raporlarının yazılması (Kanser tanısı verilen tüm hastaların raporlarında yer alması gereken tüm parametreleri içeren bir şablon olmalıdır.) o Raporlama süreleri o Panik tanı kriterleri ve bildirimi o Sonuçların hastaya ve hekime ulaştırılması o Blok, preparat ve raporların arşivlenmesi 		
			SPL01.02		Çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda ilgili dokümanlar revize edilmelidir.
			SPL01.03		Hazırlanan doküman ve gerçekleştirilen revizyonlar hakkında çalışanlara en az yılda bir kez eğitim verilmelidir.
SPL02	<p>Patoloji laboratuvarı ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.</p> <p>Rehberlik: Analiz öncesi süreç; klinisyen isteminden, numunenin laboratuvara kabulüne kadar geçen süreci kapsar. Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, patoloji laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.</p> <p>CEKİRDEK</p>	SPL02.01	Patolojik incelemeye ilişkin istemlerin yapılması hakkında kurallar tanımlanmalıdır.	50	
		SPL02.02	Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır.		
		SPL02.03	Patoloji isteminde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Hasta adı soyadı o Dosya numarası ve/veya barkod numarası o Hasta doğum tarihi veya yaşı o Sorumlu klinisyen hekimin ismi o Kısa klinik öykü o Önemli tetkik sonuçları o Varsa önceki patoloji sonuçları 		
		SPL02.04	Numune alımı ve transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler, belirlenmiş zaman çizelgesi içinde laboratuvara gönderilmeli, mesai saatini aşan numuneler uygun koşullarda saklanmalıdır. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için transferde görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir. o Sorumlu klinisyen hekimler, özel biyopsilerin gönderim koşulları hakkında bilgilendirilmelidir. 		
		SPL02.05	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, etiketleme gibi) ve bu aşamalarda doğrulamamın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.		
SPL03.01			Numune kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.		
			o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.		

SPL03 CEKİRDEK	Numunelerin laboratuvara kabulüne yönelik kurallar belirlenmelidir.	SPL03.02	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda asgari; * Tarih ve saat * Numuneleri gönderen bölüm * Kim tarafından kabul veya reddedildiği * Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır. o Bu bilgiler SBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.	50
		SPL03.03	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.	
		SPL03.04	Numunelerin laboratuvara kabulü için numune kabul birimi/alanı bulunmalıdır.	
		SPL03.05	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS'de yer almalıdır. o Gerekliğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır. o Kabul kriterlerine uymayan numuneler reddedilmeden önce sorunun giderilmesine çalışılmalı, kesin ret kriteri olan durumlar dışında, numune sorumlu patoloji hekimi tarafından değerlendirilerek ve kayıt altına alınarak hasta yararına suboptimal koşullarda incelemeye alınmalıdır.	
		SPL03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.	
SPL04 CEKİRDEK	İntraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	SPL04.01	İntraoperatif konsültasyon süreci ile ilgili asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalıdır: o Frozen cihazının günlük bakım ve kontrolü o Numunelerin transferi o Numune kabul ve ret kriterleri o Dondurma işlemi o Kesme ve boyama ile ilgili işlemler o Sonuç hakkında bilgilendirme	50
		SPL04.02	Frozen cihazının günlük bakım ve kontrolü ile ilgili sorumlular belirlenmeli, gerçekleştirilen bakım ve kontroller kayıt altına alınmalıdır.	
		SPL04.03	Sonuç hakkında bilgilendirmenin, belirlenen kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesi ve anında kayıt altına alınması sağlanmalıdır.	
		SPL04.04	Sonuç verme süreleri izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. o İntraoperatif konsültasyonların %90'ı laboratuvara geldikten sonra 20 dakika içerisinde rapor edilmelidir.	
		SPL04.05	Kalıcı kesit değerlendirmesini içeren biyopsi raporuna intraoperatif konsültasyon (frozen section) sonucu da dahil edilmelidir.	
		SPL04.06	İntraoperatif konsültasyon (frozen section) kesitleri, preparat arşivinde olguya ait kalıcı kesitler ile birlikte saklanmalıdır.	
SPL05	Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.	SPL05.01	Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Konsültasyon istemi o Dış konsültasyonda numunenin transferi o Konsültasyon sonucunun raporlanması	30
		SPL05.02	Konsültasyon istemleri ve sonuç bildirim tanımlanmış standart formlar ile yapılmalıdır.	
		SPL05.03	Önemli ve özellikli kanser tanı olguların, ayrıca bölüm içi en az bir farklı patoloj tarafından değerlendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		SPL05.04	Bölüm dışı konsültasyon sonucu ek rapor olarak düzenlenmelidir.	
		SPL05.05	Dış konsültasyon için gönderilecek olan arşivdeki materyal, gönderilmeden önce yeniden değerlendirilmeli ve konsültasyon formu ile birlikte iletilmelidir.	
		SPL05.06	Bölüm dışı konsültasyon sonuçları ile laboratuvar sonuçları karşılaştırılmalı, ikisi arasında uyumsuzluk varsa yeniden değerlendirme yapılarak nedenleri araştırılmalıdır.	
		SPL06.01	Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir. o Cihaz ve malzemelerin kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Malzeme stok takibi o Güvenli kullanım kuralları o Cihazların bakım ve temizliği o Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği Doku takip solüsyonları ve su banyolarının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	

SPL06	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. (Bkz: Malzeme ve Cihaz Yönetimi Bölümü)	SPL06.02	o Doku takip solüsyonları, laboratuvarın yoğunluğuna göre kesit kalitesi, doku tespiti gibi kalite kontrolleri yapılarak düzenli aralıklar ile değiştirilmelidir. o Solüsyon değişiminden sorumlu kişiler tanımlanmalıdır. o Su banyosunun su değişimi ve temizliği asgari günde bir kez yapılmalıdır. o Yapılan su ve solüsyon değişimleri kayıt altına alınmalıdır. o Sorumlular, su solüsyon değişimi ile ilgili eğitim almış olmalıdır.	30
		SPL06.03	Laboratuvarda bulunan her cihaz için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır: o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları o Cihaz bakım formları o Arıza bildirim formları o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları	
		SPL06.04	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
SPL07 CEKİRDEK	Patolojik inceleme süreçlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. Rehberlik: Kalite kontrol çalışmaları patoloji uzmanı sorumluluğunda laboratuvar sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.	SPL07.01	Patolojik numuneler düzenli aralıklarla, kesit kalitesi, doku tespiti, doku takibi, kesit kalınlığı, bıçak izi, boyama kalitesi gibi süreçler açısından örneklem üzerinden sorumlu teknisyen/tekniker tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır. o Teknisyen tarafından yapılan değerlendirme uzman hekim tarafından kontrol edilmeli ve onaylanmalıdır. Özel teknikler ile çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. o Histokimyasal, immünohistokimyasal, FISH ve moleküler patoloji testlerinde her çalışmada pozitif ve negatif kalite kontrol çalışması yapılmalıdır. o Histokimya ve immünohistokimyasal boyamada önceden pozitif olduğu saptanmış kesitler aynı boyama sırasında veya internal kontrol dokusu içeren örnekler pozitif kontrol olarak kullanılabilir. o İmmünohistokimyasal boyamada ayrıca tek bir negatif kontrol lamı da aynı seansta boyanmalıdır. o Kontrol kesitleri arşivlenerek saklanmalıdır.	50
		SPL07.02	Kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.	
		SPL07.03	Kalite kontrol yöntemi ve çalışma periyodu, ulusal ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.	
		SPL07.04	Kalite kontrol süreci hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	
		SPL07.05		
		SPL07.06		
SPL08 OPSİYONEL	Tam ve rapor yeterliliğinin izlenmesi amacıyla, seçilen olguların yeniden değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SPL08.01	Olgu örneklem seçimi ve seçilen olguların yeniden değerlendirilmesi ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	40
		SPL08.02	Bir önceki takvim yılında raporlanan olgulardan bilimsel kurallar çerçevesinde örneklem seçilerek, yılda bir kez yeniden değerlendirme yapılmalıdır. Rehberlik: Yeniden değerlendirmenin kurum dışı uzman ya da uzmanlar tarafından yapılması tercih edilir.	
		SPL08.03	Yeniden değerlendirmede tespit edilen uyumsuzluklara yönelik izlenmesi gereken süreç tanımlanmalıdır.	
SPL09	Olguların klinikopatolojik olarak değerlendirilmesi amacıyla disiplinler arası toplantılar düzenlenmelidir.	SPL09.01	Düzenli aralıklarla, ilgili patoloji uzmanları ve klinik uzmanlarının katılımı ile disiplinler arası konye toplantıları gerçekleştirilmelidir.	40
		SPL09.02	Tartışılacak olgular, toplantı gündem ve katılımcılarının belirlenmesi ve toplantı kararlarının raporlanması gibi süreçler tanımlanmalıdır.	
		SPL09.03	Toplantı raporları üst yönetime sunulmalıdır.	
			Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.	

SPL10	<p>Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.</p> <p>Rehberlik: Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınmalıdır. Rapor formatı, gerektiğinde gelen örneğe ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.</p>	SPL10.01	<p>o Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hastane / laboratuvar adı * İncelemenin yapıldığı laboratuvarın adı * Hastanın adı, soyadı * İstemi yapan hekimin adı, soyadı * İstemin yapıldığı tarih ve saat * Numunenin türü * Numunenin alındığı vücut bölgesi * Numunenin alındığı tarih ve saat * Klinisyenin ön tanısı * Sonucun yorumu açısından önemli hastaya ait klinik bilgiler * Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat * Varsa kasete yazılan numara * Materyalden kaç parça ve blok alındığı * İnceleme sonucu 	30
		SPL10.02	Hasta sonuç raporlarında kısaltma kullanılmamalıdır.	
		SPL10.03	Taniya ulaşmada yardımcı yöntemler kullanıldıysa, bunların sonucu ve yorumu patoloji raporuna eklenmelidir.	
		SPL10.04	Her tür kanser tanılı hastanın patoloji raporunda, prognoz ve tedaviye yönelik klinik olarak anlamlı patolojik inceleme ile elde edilebilen tüm parametreler bulunmalıdır.	
SPL11	<p>Sonuç verme süreleri belirlenmelidir.</p>	SPL11.01	<p>Sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözeticilerle belirlenmelidir.</p> <p>Rehberlik: o 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. o İmmünohistokimya, histokimya, dekalsifikasyon, yeni parça alma, yeni kesit durumları dışında, numunelerin %80'i için raporlama süresinin 10 günü aşmaması hedeflenmelidir. Yukarıdaki ek uygulamalardan herhangi birinin olduğu durumlarda raporlama süresine her uygulama için bir gün eklenmelidir.</p>	30
		SPL11.02	Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
		SPL11.03	Herhangi bir nedenle sonuç verme süresinde gecikme söz konusu olduğunda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	
		SPL11.04	Düzenli aralıklarla sonuç verme süreleri ölçülmeli, değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
SPL12 ÇEKİRDEK	<p>Panik tanı bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</p>	SPL12.01	Panik tanılar ve panik tanı bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	50
		SPL12.02	Panik tanı tespit edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmeli, bilginin verildiğine dair teyit alınmalıdır.	
		SPL12.03	<p>Panik tanı bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalı, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hastanın; <ul style="list-style-type: none"> * Adı soyadı * Protokol numarası * Servisi o Panik tanı sonucu o Bildirimi yapan kişi o Bildirim yapılan kişi o Bildirim yapıldığı tarih ve saat o Bildirimin hangi yolla yapıldığı 	
SPL13 ÇEKİRDEK	<p>Laboratuvar arşivleme süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.</p>	SPL13.01	<p>İşlemi tamamlanmış analiz numuneleri (bloklar, lamalar gibi) ile raporlar ve elektronik kayıtların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Bloklar en az 20 yıl o Lamalar en az 10 yıl o Raporlar süresiz o Elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır. o Bloklar 25°C üzerine çıkmayan sıcaklıkta saklanmalıdır. o Hastaya ait kalan dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az bir ay saklanmalıdır. o Sitolojik yaymalardan tanısız olmayanların (kandan ibaret olanlar gibi) arşivlenmesi gerekli değildir. 	50
		SPL13.02	Arşivlemeye ilişkin pratik ve izlenebilir bir yöntem uygulanmalıdır.	

SPL14	Patolojik numunenin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SPL14.01	Alınan numunenin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır. Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır: o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşı o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı, soyadı, bölümü o Numune türü o Numunenin alındığı vücut bölgesi o Numunenin; * Alındığı tarih ve saat * Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Sonucun raporlandığı tarih ve saat o Raporlayan patoloj ya da patolojların adı soyadı	30
		SPL14.02	Hastaya ait tüm belgeler, preparatlar, bloklar ve kalan doku numuneleri, numunenin kime ait olduğunu belirten, silinmeyecek ve karışmayacak şekilde yazı, etiket veya tercihen barkod ile işaretlenmelidir.	
SPL15 <u>CEKİRDEK</u>	Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.	SPL15.01	Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelerin arındırılmasına yönelik havalandırma sistemi bulunmalıdır.	50
		SPL15.02	Kimyasallar ile çalışanların, gerekli kişisel koruyucu donanımı (koruyucu gözlük, eldiven, önlük, burnu kapalı ayakkabı) kullanmaları sağlanmalıdır.	
		SPL15.03	Laboratuvar havasının formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmelidir.	
			o Ölçüm solunum düzeyinde yapılmalıdır.	
			o <u>Formaldehit için:</u> * Makroskopi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm) * Makroskopi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm) * Formaldehit çözümü hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm) * Doku takip solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) o <u>Ksilen için:</u> * Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) * Doku takip solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) * Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) * Kapama sonrası lamları değerlendiren patoloj için (15 dakikalık ölçüm)	
		SPL15.04	Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra ölçüm tekrarlanmalıdır.	
		SPL15.05	Laboratuvarın fiziki koşulları, işleyişi, personel veya kullanılan cihaz ve malzemelerde değişiklik olduğu takdirde, yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü yapılmalı, değişiklik olmaması durumunda ölçüm üç yılda bir tekrarlanmalıdır.	
SPL15.06	Kimyasal maddelerin atılması ile ilgili süreçler ve kurallar tanımlanmalıdır.			
SPL16	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir.	SPL16.01	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSS™) göre kodlanmalıdır. (Bkz: Ek-3 Hata Sınıflandırma Sistemleri-Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi)	30
		SPL16.02	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
		SPL16.03	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar ulusal güvenlik raporlama sistemine gönderilmelidir.	
		SPL16.04	Klinik sonuçlara yönelik tespit edilen uygunsuzluklar, hastaya etkisi açısından aşağıdaki başlıklarda kategorize edilerek incelenmelidir: o Hastaya etkisi yok o Minimal etki o Minor zarar * Tanı gecikmesi * Gereksiz tanınal girişimlere neden olma (kan analizi, radyolojik tetkik gibi) * Tedavide gecikmeye neden olma * Morbiditeye neden olmayan gereksiz tedavi uygulanması o Orta derecede zarar * Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tanınal girişimlere neden olma * Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma o Majör zarar * Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kayı oluşturan gereksiz tanınal girişimlere neden olma * Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kayı oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma	

	SPL16.05	Düzenli aralıklarla, kategorize edilen uygunsuzlukların giderilmesine yönelik labortauvar bünyesinde değerlendirme yapılmalı, gerekli iyileştirme çalışmaları belirlenmelidir.
		Major zarar söz konusu olduğunda en kısa zamanda kök neden analizi gerçekleştirilerek gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
Amaç	Kemoterapi hizmetlerinin kalitesini sağlamaya yönelik uygun fiziki koşulların ve teknik alt yapının oluşturulması, bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonun sağlanması ve kemoterapi alacak hastalarda kullanılacak olan kemoterapi ilaçlarının hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve atıklarının yok edilmesi sırasında bu ilaçlara maruz kalabilecek sağlık çalışanlarının ve çevrenin korunması için önlemler almaktır.			
SKT01	Kemoterapi hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. <u>Rehberlik:</u> Kemoterapi hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanırken, kanıta dayalı bilimsel çalışmalar doğrultusunda ve kurumun kendi özgün koşullarını yansıtabilecek şekilde hareket edilmesi gerekmektedir.	SKT01.01	<p>Kemoterapi hizmetleri ile ilgili asgari aşağıdaki süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none">o Hastanın tedavi planının hazırlanmasıo Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasıo Hastanın kemoterapi ünitesine kabulüne, eğitimine ve taburculuk sürecine ilişkin kurallaro Hastanın ve kemoterapi ilaçlarının hazırlanması sürecio Kemoterapi ilaçlarının uygulama sürecio Hastaların tıbbi takibinin yapılmasıo Olası komplikasyonların izlenmesio Hasta güvenliğinin sağlanmasıo Çalışan güvenliğinin sağlanmasıo Kemoterapi ilaçlarının depolama, saklama, transfer ve hazırlama süreçlerio Atıkların toplanması, taşınması, depolanması ve imhasına yönelik düzenlemelero Personelin sürekli hizmet içi eğitimine yönelik süreçler	30
SKT02	Kemoterapi ilaçlarının hazırlandığı alanlarda uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	SKT02.01	<p>İlaç hazırlama alanlarında asgari aşağıda belirtilen fiziksel koşullar sağlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">o İlaç hazırlama odası giriş ve çıkışları kontrollü olmalı, yetkisi olmayan kişilerin girişi engellenmelidir.o İlaçlar negatif basınçlı havalandırma sistemine sahip kabinlerde hazırlanmalıdır.o Kuruluşun hasta potansiyeli ve personel kapasitesine göre, yarı veya tam otomatik ilaç hazırlama sistemi veya manuel kullanım için Sınıf II Tip B2 biyogüvenlik kabini bulunmalıdır.o İlaç hazırlama cihazları ve biyogüvenlik kabinlerinin kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.o Antineoplastik ilaçla kontamine olmuş materyaller tehlikeli atık olarak ayrı toplanmalı; tehlikeli atık kutuları, sert ve dayanıklı materyalden üretilmiş olmalı, kelepçeli kapakları bulunmalıdır.o Tehlikeli atıklar, biyogüvenlik kabininden çıkarılmadan önce sızdırmaz şekilde paketlenmeli ve uyarıcı işaretlerle etiketlenmelidir.o Tehlikeli atıkların üniteden transferi esnasında atık kutusunun ağzı kapatılmalı, kelepçesi takılmalı ve uyarıcı işaretlerle etiketlenmelidir.o İlaçlar özelliklerine göre uygun nitelikte taşıma kapları ile nakledilmelidir.o Yeterli sayıda ve özellikte kişisel koruyucu malzeme bulundurulmalı (kemoterapi eldiveni, kemoterapi önlüğü, maske, bone, galoş, emici örtü gibi) ve ulaşılabilir olmalıdır.o Oda sıcaklığı 18-22°C arasında olacak şekilde kontrol altında tutulmalıdır. <p><u>Rehberlik:</u> İlaç nakli için ilaçların özelliklerine göre özel kapaklı, sarsılmayı engelleyici, ısıyı sabit tutabilen, koruyucu taşıma ekipmanlarının kullanılması uygundur.</p>	40

		<p>SKT02.02 Biyogüvenlik kabinlerinin baca çıkışları hastane iklimlendirme sistemi çıkışından bağımsız olarak hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve personelin güvenliğine zarar vermeyecek şekilde yapılmalıdır.</p> <p>SKT02.03 Biyogüvenlik kabinlerinin kalibrasyonu ve kontrolü belirlenen zaman aralıklarında yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>SKT02.04 Kemoterapi ilaçlarının depolama, saklama, transfer ve hazırlanmalarına yönelik güvenlik önlemleri belirlenmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.</p>	
<p>SKT03 ÇEKİRDEK</p>	<p>İlaç hazırlama süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.</p>	<p>SKT03.01 İlaç hazırlama öncesi hasta kimliği, kemoterapi tedavi şemasına göre ilaçların türü, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ile tanı ve tedavi uygunluğu kontrol edilmelidir.</p> <p>o Hastaya uygulanmak üzere hazırlanan ilacın üzerinde asgari hastanın adı soyadı, kimlik numarası protokol numarası, ilacın adı, dozu, sıvının hacmi, uygulama yolu, uygulama süresi, hazırlama saati, saklama koşulları, stabilite süresi bilgileri bulunmalıdır.</p> <p>SKT03.02 Kemoterapi ilaçlarının manuel hazırlanması durumunda; kemoterapi hazırlama eğitimi almış eczacı veya hemşire tarafından hazırlanmalı, ilacın kim tarafından hazırlandığı kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>SKT03.03 Tam ya da yarı otomatik kemoterapi hazırlama sistemleri kullanılması durumunda; protokol uygunluğu ilgili doktor, hemşire veya eczacı tarafından kontrol edilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.</p> <p>SKT03.04 İlaç hazırlama kabini dışında herhangi bir alanda kemoterapi ilaçları hazırlanmamalıdır.</p> <p>SKT03.05 Kemoterapi ilaçlarının taşınmasından sorumlu personel tanımlanmalıdır.</p> <p>o Kemoterapi ilaçları eğitim almış personel tarafından taşınmalı ve ilaçların teslim kayıtları tutulmalıdır.</p> <p>o Kemoterapi ilaçlarını taşımada görevli personele verilecek eğitim konuları asgari aşağıdaki başlıkları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Kemoterapi ilaçları ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar * Temas veya dökülme durumunda karşılaşılabilecek riskler * Temas veya dökülme durumunda yapılacak işlemler <p>SKT03.06 Tehlikeli ilaçların sulandırılması, hazırlanması ve uygulanması süreçlerinde tehlikeli ilaçlarla temas eden tüm materyaller tehlikeli atık olarak değerlendirilmelidir.</p>	<p>50</p>
<p>SKT04</p>	<p>Ayaktan kemoterapi uygulama alanlarına yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.</p>	<p>SKT04.01 İlaç hazırlama ve uygulama alanlarının yüzeyi kolay temizlenebilir malzemeden yapılmış olmalıdır.</p> <p>SKT04.02 Kemoterapi uygulama alanları için asgari aşağıdaki donanım ve malzeme bulunmalıdır:</p> <p>o Her hasta için kolaylıkla düz konuma getirilebilen kemoterapi koltuğu veya hasta yatağı</p> <p>o El hijyenini sağlamaya yönelik lavabo ve malzeme</p> <p>o Acil müdahale gerektiğinde kullanılmak üzere acil müdahale seti</p> <p>o Tıbbi gaz sistemini içeren hasta başı paneli</p> <p>o Antineoplastik ilaç dökülmelerine karşı dökülme kiti ve talimatı</p> <p>SKT04.03 Acil müdahale amacıyla kullanılmak üzere gerekli donanıma sahip bir oda bulunmalıdır.</p> <p>Hastalar için kolay ulaşılabilir tuvaletler bulunmalıdır.</p>	<p>30</p>

		SKT04.04	o Tuvaletler kadın ve erkek hastalar için ayrı ve engelli kişilerin yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır.	
		SKT04.05	Ünite alanlarında enfeksiyonların kontrolü açısından risk düzeyine göre temizlik ve dezenfeksiyona ilişkin kurallar belirlenmelidir.	
		SKT04.06	Hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilimli dolap bulunmalıdır.	
		SKT04.07	Hasta yakınları için bekleme alanları bulunmalıdır.	
		SKT04.08	Kemoterapi uygulama alanı sağlık çalışanının hastaları sürekli gözetim ve izlemesine imkan verecek şekilde düzenlenmeli ve hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	
SKT05	Kemoterapi uygulaması öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SKT05.01	Kemoterapi uygulamasına ilişkin hekim isteminde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hasta adı soyadı o Kimlik, protokol veya dosya numarası o Hastaya ait kemoterapi protokolü o İlaç isimleri o Doz ve tedavi gün sayısı o Uygulama süresi ve aralıkları o Uygulamaya ilişkin dikkat edilecek hususlar (uygulama sırasında hastaya verilecek pozisyon, mobilizasyon kısıtlaması, açlık veya tokluk durumu gibi) o Premedikasyon (gerekli ise) o İlaça başlama tarihi o İlaç vücut yüzey alanına göre verilecekse vücut yüzey alanı, kilo ve boy o Doktor imza ve kaşesi	40
		SKT05.02	Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik asgari aşağıdaki uygulamalar gerçekleştirilmelidir: o Hasta, uygulama öncesi ilgili hekim tarafından muayene edilmeli, laboratuvar tetkik sonuçları kontrol edilmelidir. o Doğru hastaya doğru işlemin gerçekleştirilmesi amacıyla, uygulama öncesi kemoterapi reçetesi ve tedavi planı kontrol edilmelidir. o Tedavi kapsamında kemoterapi öncesinde kullanılması gereken ilaçlar uygulanmalıdır.	
		SKT05.03	Uygulama öncesinde, ilaçların yan etkileri hakkında hasta ve yakını bilgilendirilmelidir. o Yan etkilerin yaşanması durumunda sağlık personeline haber verilmesinin gerekliliği hususunda hasta ve yakını bilgilendirilmelidir.	
SKT06 ÇEKİRDEK	Kemoterapi uygulamasına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SKT06.01	Kemoterapi uygulayan personel tanımlanmalı ve eğitim almış olmalıdır.	
		SKT06.02	Kullanılan ilaçların adı, dozu, formu, veriliş yolu ve süresi, kim tarafından uygulandığı ve uygulanma tarihi kayıt altına alınmalıdır.	
		SKT06.03	Uygulama sırasında hasta tıbbi yönden izlenmeli, yan etki ve komplikasyonlar ile yapılan girişimler kayıt altına alınmalıdır.	
			Kemoterapi uygulamasına yönelik riskler (ilacın dökülmesi, ilaç maruziyeti, alerjik reaksiyon, ektravazasyon vb.) ve bu risklere yönelik alınması gereken önlemler belirlenmelidir.	50

		SKT06.04	<ul style="list-style-type: none"> o Ekstravazasyonla ilgili asgari aşağıdaki hususlara yönelik düzenleme yapılmalıdır: * İlaç türüne göre ekstravazasyon durumunda yapılacak işlemler * Vezikan ve irritan ilaçların listesi * Hazırlanan ilaç üzerindeki etikette vezikan ilaç uyarısının bulunması * Ekstravazasyonun kayıt altına alınması 	
SKT07	Kemoterapi alan hastanın klinik durumu izlenmelidir.	SKT07.01	Kemoterapi sürecindeki hastaya ait tüm tıbbi işlemler hasta dosyasına kaydedilmelidir.	40
		SKT07.02	<p>Kemoterapi sürecindeki hastalar, genel tıbbi durum açısından uzman hekim tarafından değerlendirilmelidir. Değerlendirme asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hastanın genel sağlığına ilişkin öykü ve fizik muayenesi o Doktor tarafından yapılmış hasta performans değerlendirmesi o Laboratuvar sonuçları o Nutrisyon değerlendirme sonuçları o Kemoterapi tedavisine ilişkin kısa ve uzun vadeli yan etki ve komplikasyonlar o Vezikant kontrolü o İlaç uygulama yolu kontrol ve bakımı 	
SKT08	Kemoterapi alan hasta ve yakınına tedavi süreci hakkında eğitim verilmelidir.	SKT08.01	<p>Hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim bilgilerinin yer aldığı rehber hazırlanmalı, kemoterapiye başlamadan önce hasta ve hasta yakınlarına rehberle ilişkin birebir eğitim verilmelidir. Eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Personel ve rollerinin tanıtılması o Tedavinin amaçları, planlanan tedavi süresi ve uygulanacak tedaviler o Tedavi sırasında gelişebilecek acil durumlar (ekstravazasyon, anafaksi vb) o İlaç-ilaç ve ilaç besin etkileşimleri o Beslenmeye ilişkin öneriler o Tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkiler (ağrı, yorgunluk, nötropeni, trombositopeni, bulantı-kusma, konstipasyon, hipersensivite, allerjik reaksiyon gibi) ve yan etkilerin yönetimi o Sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumlar, ulaşabileceği telefon numaraları 	30

**ANA
SAYFA**

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ

Amaç

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesini sağlamaya yönelik uygun fiziki koşulların ve teknik alt yapının oluşturulması, bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonun sağlanması ve her hastaya etkin rehabilitasyon hizmeti verilerek hastaya özgü sağlık sorunları ve komplikasyonlarının azaltılması, öz bakım ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılması ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

Kod

Standart

Kod

Değerlendirme Ölçütü

Puan

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) kapsamında sunulan hizmetler tanımlanmalıdır.

SFR01

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik

SFR01.01

Rehberlik:

FTR kapsamında sunulabilecek bazı hizmetler aşağıda belirtilmiştir: o Fizik tedavi, girişimsel ağrı ünitesi, günlük yaşam aktiviteleri tedavisi, kas iskelet sistemi ultrasonografisi, elektronöromiyografi ve invaziv olmayan beyin stimülasyonu, hidroterapi, iş uğraşı tedavisi (ergoterapi), kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon, kognitif rehabilitasyon, dil ve konuşma bozuklukları rehabilitasyonu, onkolojik rehabilitasyon, lenfödem-lipödem rehabilitasyonu, mekanoterapi, mesleki ve rekreasyonel rehabilitasyon, sarkopeni ve osteoporoz rehabilitasyonu, romatolojik rehabilitasyon, ortopedik rehabilitasyon, robotik rehabilitasyon, nörolojik rehabilitasyon, sporcu rehabilitasyonu, izokinetik test ve egzersiz tedavisi, geriyatrik rehabilitasyon, pediatrik rehabilitasyon, postür ve yürüme bozuklukları analizi ve rehabilitasyonu, nöromusküler hastalık rehabilitasyonu, yutkunma bozuklukları rehabilitasyonu, ürodinamik incelemeler ve işeme fonksiyon bozuklukları rehabilitasyonu, ürojinekolojik rehabilitasyon, vertigo rehabilitasyonu, görme rehabilitasyonu vb.

30

kurallar tanımlanmalıdır.

SFR01.02

FTR hizmetleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- o Hasta kabul kriterleri
 - * Hizmet verilecek hasta grubu
 - *Hastanın değerlendirilmesi
 - *Hastanın bilgilendirilmesi
- o Hasta bakım ihtiyaçlarının tespiti
- o Hasta bakım planının oluşturulması ve uygulanması
- o Hasta bakım süreçleri
 - * Semptomatik tedavi protokolleri
 - * Ağrı takibi
 - * Rehabilitasyon süreci
 - * Özel bakım uygulamaları ve işlemler
- o Hasta mahremiyetinin sağlanması
- o Tıbbi malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonu
- o Tıbbi cihazların güvenli kullanımı
- o Hizmet sunumunda yer alan personelin nitelikleri
- o Multidisipliner ekip yaklaşımı ve rolleri
- o Konsültasyon süreci
- o Hasta taburculuk kriterleri
- o Bakımın sonlandırılması
- o Bakımın sürekliliği

SFR02.01

Sunulan hizmetlerin özelliğine göre gerekli fiziki ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.

SFR02	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunumu için gerekli fiziksel koşullar ve tıbbi donanım sağlamalıdır.	SFR02.02	Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyon süreçleri kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalı ve izlenmelidir.	
		SFR02.03	Fiziksel koşullar hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
		SFR02.04	Hizmet sunum alanında hastanın personele erişimini sağlamaya yönelik çağrı sistemi bulunmalıdır.	
		SFR02.05	Hastaların özel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.	
		SFR02.06	Acil durumlar için hasta nakline uygun fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	
		SFR02.07	Hastaların özelliklerine göre biçimlendirilmiş iş ve uğraşı alanları, spor alanları ve sosyal alanlar bulunmalıdır.	
			Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunum süreçlerinde hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik asgari aşağıdaki personel tanımlanmış olmalıdır:	
				30

<p>SFR03</p> <p><u>ÇEKİRDEK</u></p>	<p>Hasta bakım süreçleri disiplinler arası koordineli bir yaklaşımla yürütülmelidir.</p>	<p>SFR03.01</p> <ul style="list-style-type: none"> o FTR uzman hekimi o Uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon programlarına yönelik eğitim almış veya deneyimli terapist (fizyoterapist, fizik tedavi teknikeri, iş uğraşı terapisti, dil ve konuşma terapisti, ortez protez teknikeri/uzmanı gibi) o Hemşire o Sosyal hizmet uzmanı o Psikolog o Diyetisyen 	<p>50</p>
		<p>SFR03.02</p> <p>Klinik hizmet sunum sürecinde yer alan sağlık personeli düzenli aralıklarla toplantı yapmalı, toplantılarda asgari aşağıdaki konular yatan hasta bazında ele alınmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Bakım hedeflerine yönelik ilerlemenin değerlendirilmesi o Hedeflere ilerlemeyi engelleyebilecek sorunlara yönelik çözüm yolları o Daha önce belirlenmiş olan bakım hedeflerinin yeniden değerlendirilmesi, gerekiyorsa güncellenmesi o Bakım planının izlenmesi ve güncellenmesi 	
		<p>SFR03.03</p> <p>Toplantılar sırasında verilen kararlar kayıt altına alınmalıdır.</p>	
		<p>Hastanın bakım ihtiyaçları ilgili disiplinler tarafından değerlendirilmeli ve hastaya özgü bakım planı hazırlanmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u></p> <p>Her bir disiplin kendi bakım planını oluşturabileceği gibi, ekip tarafından tek bir bakım planı da hazırlanabilir. Disiplinler tarafından ayrı ayrı bakım planı oluşturulması durumunda, ekip üyelerinin ilgili bilgilere erişimi sağlanmalıdır.</p>	

SFR04	Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	SFR04.01	Bakım planı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hastanın spesifik bakım ihtiyacı alanı/konusu o Bakıma katılan sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi) isim ve imzaları o Hasta için kısa ve uzun vadeli hedefler (beklenen iyileşme derecesi ve iyileşme süresini içerecek şekilde) o Hastanın kısa ve uzun vadeli hedeflere ulaşmasına yardımcı olacak stratejiler ve faaliyetler o FTR uygulamasına yönelik detaylar (haftada kaç gün, günde kaç saat, öngörülen toplam yatış gün sayısı gibi)	40
		SFR04.02	Hasta, bakım planı kapsamında uygulanan tedavilere (egzersizler, fizik tedavi modaliteleri, özel programlar, girişimsel işlemler gibi) yönelik bilgilendirilmeli ve hastanın rızası alınmalıdır. (Bkz: Hasta Deneyimi Bölümü)	
		SFR04.03	Planlanan bakım uygulamaları, hastanın fonksiyonel durumuna göre belirlenmiş süre içinde gerçekleştirilmelidir.	
		SFR04.04	Hastanın kabulünden hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süre içerisindeki hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	
			Kurumun hizmet kapsamına giren alanlar dikkate alınarak özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.	

SFR05	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.	SFR05.01	<p>Kurumun hizmet kapsamına göre oluşturulacak bakım algoritmaları asgari aşağıdaki hasta gruplarını içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none">o Ekstremitte kaybına uğramış hastao Bası yaralı hastao Nörolojik hastalıklar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta (Örn: İnme, travmatik beyin hasarı, omurilik hasarı, multiple skleroz, parkinson, v.b)o Pediatrik rehabilitasyon (serebral palsi, gelişim bozuklukları brakial pleksus hasarı, beyin ve omurilik hasarı, meningomyelose, kas hastalıkları gibi)o Kardiyak ve pulmoner hastalıklar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta (koroner arter hastalığı, opere by pass greftleme, kardiyak transplantasyon öncesi ve sonrası, kronik obstrüktif akciğer hastalığı rehabilitasyonu, periferik damar hastalıkları rehabilitasyonu gibi)o Muskuloskeletal ve romatolojik hastalıklar (osteoartrit, romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi) ve sportif sorunlar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hastao Görme ve işitme rehabilitasyonu gereken hastao Subakut rehabilitasyon - Mekanik ventilasyon gerekliliği ile akut rehabilitasyon sürecinde olan ve FTR kliniğine kabul edilen hasta (trakeostomisi bulunan tetrapleji veya hemipleji hastası, trakeostomisi bulunan Guillain-Barre Sendromlu hasta gibi)o Diğer kliniklerce (yoğun bakım, ortopedi ve travmatoloji gibi) danışılan ve FTR tedavi süreci başlayan hasta	40
		SFR06.01	Taburculuk sonrasına yönelik hastanın fonksiyonel durumuna göre bakım hedefleri ve kontrol aralıkları belirlenmelidir. Bu hedefler ve kontrol aralıkları hasta ve aile ile paylaşılmalı, kayıt altına alınmalıdır.	

SFR06

ÇEKİRDEK

Hizmetin sonlandırılması ya da geçici süreyle ara verilmesi durumunda, bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SFR06.02

Hastanın kalacağı ev veya diğer bakım ortamlarına güvenli ve uygun bir şekilde yerleşebilmesi için yaşam alanlarında gerekli düzenlemeler hakkında bilgi ve eğitim verilmeli, özellikle alanlarda yapılması gereken asgari düzenlemelerle ilgili bilgilendirme ve yönlendirme desteği yapılmalıdır.

SFR06.03

Ev programı olarak tanımlanan, hasta ve bakım verenlerin uygulayabileceği programlar hakkında (yardımcı cihazların kullanması, günlük egzersizlerin uygulanması gibi) hastaya ve aileye gerekli bilgilendirmeler (broşür, bilgi notu vb.) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SFR06.04

Taburculuk sonrası takip gerektiren hastalara yönelik bilgi akışını sağlamak üzere; hasta, hastaya bakım verenler ve hizmet sunan sağlık kuruluşları ile iletişim ve işbirliği süreci tanımlanmalıdır.

o Hasta, hastaya bakım verenler ve hizmet sunan sağlık kuruluşundan bakım hedefleri dikkate alınarak geri bildirim (telefon, elektronik posta, telefonla, yüzyüze görüşme gibi) alınması sağlanmalıdır.
o Taburculuk sonrası bakım hedeflerine yönelik görüşmelerin kim tarafından yapılacağı tanımlanmalıdır.

SFR06.05

Yaşam boyu takip gerektiren hastalar ve bu hastalar için uygulanacak program tanımlanmalıdır.

Kurumun hizmet çeşitliliği ve personel nitelikleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları uygulanmalıdır.

50

SFR07 <i>OPSİYONEL</i>	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları oluşturulmalıdır.	SFR07.01	<u>Rehberlik:</u> Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında hastanede sunulabilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerine örnekler aşağıda verilmiştir: o Destekleyici Teknoloji ve Yardımcı Araç Gereçlerin Kullanımı Eğitimi (Koltuk Değneği, Tekerlekli Sandalye, Protez, Ortez vb.) o Yaşlı ve Engelli Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Danışmanlık o Okul Çağı Çocuk /Gençlerin Postür Düzgünlüğü ve Yaşam Kalitesine Yönelik Danışmanlık o Dolaşım Problemlerinde Koruyucu Yaklaşımlar Eğitimi o Aktif Solunum Döngüsü Eğitimi
		SFR07.02	Program sonuçları hastane tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşılma derecesi belirlenmelidir.
		SFR07.03	Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
Amaç	Evde sağlık hizmetlerinin, kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetini esas alacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde sunulmasını sağlamaktır.			
Kapsam	Bu bölüm hastane bünyesinde yer alan evde sağlık birimlerince yürütülen hizmetleri kapsamaktadır.			
SES01	Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	SES01.01	Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Birime yönlendirilen veya doğrudan gelen hasta başvuruları ile başvuru ve onay sürecine yönelik kurallar o Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve kontrol muayeneleri ile takip ziyaretlerinin planlanmasına yönelik süreçler o Hastaların kabul kriterleri o Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği o Değerlendirme sonrasında tıbbi bakımın nasıl planlanacağı o Planlanan tıbbi bakımın hastaya nasıl uygulanacağı o Tıbbi bakımın sonuçlarının nasıl izleneceği ve değerlendirileceği o Tıbbi bakım planında gerekli değişikliklerin nasıl yapılacağı o Hastaların hastaneye transferi ile ilgili süreçler o Hasta yakını eğitimleri o Evde sağlık hizmetinin sonlandırılması	30
SES02	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.	SES02.01	Kayıtlı hastaların ziyaretleri planlanmalıdır.	40
		SES02.02	Hasta, ziyaret aralıkları ve sonraki ziyaret tarihi hakkında bilgilendirilmelidir.	
		SES02.03	Planlanan ziyaret süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir. o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
SES03	Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	SES03.01	Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan bakım kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.	40
		SES03.02	Hastaların klinik durumları ve tıbbi bakım ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.	
		SES03.03	Hasta ve yakınının öz bakım kapasitesi, bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerisi değerlendirilmelidir.	
			Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için hastalar ziyaret programı dahilinde izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	

		SES03.04	<p><u>Rehberlik:</u> Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarının önlenmesine yönelik izlem örnekleri:</p> <ul style="list-style-type: none"> o İlaç uygulamalarının takibi o Bası ülseri risk değerlendirmesi o Ağrı şiddeti değerlendirmesi o Düşme riskinin değerlendirilmesi o Beslenme durumunun değerlendirilmesi o Kateter bakımı ve takibi o Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi o Ağız bakımı ve takibi o Hasta ve yakını tarafından gerçekleştirilen bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi 	
SES04	Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)			40
SES05	Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SES05.01	Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	40
		SES05.02	Hastaların, nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
		SES05.03	Malnütrisyonu olan veya malnütrisyon riski saptanan hastalar için nütrisyon desteğinin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.	
		SES05.04	Nütrisyonel destek verilen hasta ve hasta yakınına konuyla ilgili eğitim verilmelidir.	
		SES05.05	Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	
SES06	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SES06.01	Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.	40
			<p><u>Rehberlik:</u> Hastaların ağrı şiddeti, VAS (visuel analog skala), Numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile değerlendirilebilir.</p>	
		SES06.02	Hastalarda ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
			<p><u>Rehberlik:</u> Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.</p>	
		SES06.03	Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) hakkında hasta ve yakınına eğitim verilmeli, bakım planına kaydedilmeli ve ziyaret programı dahilinde izlenmelidir.	
			Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	
			<ul style="list-style-type: none"> o Hastalara yönelik kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hasta ve hasta yakınının kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği 	

SES07	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	SES07.01	<u>Rehberlik:</u> Evde sağlık hizmetlerinde, ilk muayenede, hastanın resmi kimliği üzerinden kimlik doğrulaması yapılması esastır. Sonraki ziyaretlerde, sağlık personelinin değişmesi söz konusu olduğunda ya da personel gerekli gördüğü takdirde kimlik doğrulaması yapılabilir. Ayrıca numune almı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler sırasında da doğru işlemin doğru hastaya uygulandığından emin olunması büyük önem arz etmektedir.	30
		SES07.02	Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	
SES08	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	SES08.01	Hastanın hizmet alma nedeni ile hastaya tanı, tedavi, takip sürecinde gerçekleştirilen tüm hizmetler ve bu hizmetlerin kim tarafından, ne zaman verildiğine ilişkin bilgi hasta dosyasında izlenebilir olmalıdır.	40
		SES08.02	Hastanın evde sağlık hizmetleri kapsamında çıkarılması durumunda, çıkarılma nedeni, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
SES09	Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.		<u>Rehberlik:</u> Eğitimlerde, çağrının kabulü, hastayı ziyaret, hasta yakınlarıyla iletişim, güvenlik tedbirleri, numune alınması, saklanması ve taşınması, bilgi mahremiyeti gibi konular yer alabilir.	30
SES10	Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde hastaneye transferi sağlanmalıdır.			30

Amaç	Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DTY01	Bina turları yapılmalıdır. (Bkz: Tesis Güvenliği Rehberi)	DTY01.01	Bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulmalıdır. o Ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır. o Ekte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.	40
		DTY01.02	Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.	
		DTY01.03	Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalıdır.	
			o İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır. o Eylem planı kapsamında alınan kararlar hastane yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulmalıdır.	
DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY02.01	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	40
		DTY02.02	Tespit edilen risklere yönelik asgari aşağıdaki tedbirler alınmalıdır. o Tutunma barlarının bulunması o Merdivenlerde korkuluk bulunması o Alçak tavan uyarılarının kullanılması o Kaygan ve ıslak zemin uyarı levhalarının kullanılması o Zeminde bulunan engellere karşı önlem alınması o Ortamın yeteri kadar aydınlatılması o Yatak korkuluklarının kaldırılması ve yatak emniyet kilidinin kapalı olması	
			DTY02.03	
		DTY02.04	Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.	
DTY03	Hastane yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	DTY03.01	Hastane yerleşim alanına, giriş kapılarına yakın bir şekilde konumlandırılmış yerleşim planı bulunmalıdır.	30
		DTY03.02	Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır. o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında, bulunulan yeri, acil çıkış kapılarını ve yangın tüp/istasyonlarını da gösteren kat krokileri bulunmalıdır.	
			DTY03.03	
			Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.	

DTY04 CEKİRDEK	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	DTY04.01	<p>Rehberlik:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır. o Levhalar, hastanenin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir. o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir. o İşaret ve levhalar işlevsel kullanımı hakkında çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır. 	50
		DTY04.02	<p>Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hastane krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir. o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalıdır. o Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalıdır. o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır. o Acil çıkışlar sedye ile hasta nakline uygun olmalıdır. o Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye gibi araçlar bulunmalıdır. 	
DTY05	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	DTY05.01	Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler vb. hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik gibi) bulunmamalıdır.	20
DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	DTY06.01	Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.	30
		DTY06.02	Yaşlı ve engelli hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.	
		DTY06.03	<p>Hastane bünyesindeki bölümlere ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.</p> <p>Rehberlik:</p> <p>Yaşlı ve engelli kişilerin hastane içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için yapılan uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel vb. * Görme engelli hastaların yön bulmaları ve kurum içindeki ulaşımını sağlamaya yönelik işlevsel düzenlemeler * Muayenede öncelikli hasta tabelaları 	
		DTY06.04	Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		DTY06.05	Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin hastaneden tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.	
DTY07	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	DTY07.01	Hastane bahçesinde yeşil alan düzenlemesi yapılmalı ve bakımlı oturma alanları bulunmalıdır.	20
		DTY07.02	Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.	
		DTY07.03	<p>Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.</p> <p>Rehberlik:</p> <p>Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.</p>	
		DTY07.04	Hastane yerleşim alanı uygun şekilde ışıklandırılmalıdır.	

		DTY07.05	Hastane yerleşim alanında uygun konumda ve sayıda atık kutusu bulunmalıdır.	
DTY08 CEKİRDEK	Hastanede su, elektrik enerjisi, ısıtma-soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılacak alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.			50
DTY09	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY09.01	Asansörler yetkili kuruluşlarca tescil edilmiş olmalıdır.	40
		DTY09.02	Asansörlerin bakım süreçleri tanımlanmalı ve düzenli aralıklarla bakımları yapılmalıdır. o Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından yapılmalıdır. * Periyodik kontrol sonuçları kusursuz (yeşil renk), hafif kusurlu (mavi), kusurlu (sarı renk) ve güvensiz (kırmızı renk) olmak üzere dört grupta değerlendirilmiş olmalıdır. * Renkli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır. * Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörün kullanımına izin verilmemelidir. * Kontrol raporundaki asansör kimlik numarası, etiket rengi skalası ve muayene tarihi ile etiket üzerindeki bilgiler birbiri ile uyumlu olmalıdır. o Asansörlerin ara bakımları yapılmalıdır.	
		DTY09.03	Asansörlerde çalışır durumda yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.	
DTY10	Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY10.01	Hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.	40
		DTY10.02	Merkezi havalandırma sisteminin ve iklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrolü belirlenen aralıklarla yapılmalıdır. o Belirlenen sorunlara yönelik önlem alınmalıdır.	
		DTY10.03	Kapalı alanlarda bulunan sistemler için mekanın günlük sıcaklık takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
		DTY10.04	Tanımlanan özellikli alanlardaki (YBÜ, negatif basınçlı oda ve ameliyathane vb.) havalandırma sistemleri kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.	
		DTY10.05	Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır: o HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi) o Hava debisi ve hava hızı ölçümü o Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti o Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme) o Partikül ölçümü Bu sistemlerin performans ölçümünde kullanılan referans cihazlar ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır.	
		DTY11.01	Hastane trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Jeneratörlerin geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.	

DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY11.02	Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	30
		DTY11.03	Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) kontrol ve bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı ve kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.	
		DTY11.04	Elektrik prizleri sabitlenmiş olmalı, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak hareketli uzatma kablosu vb. kullanılmamalıdır.	
		DTY11.05	Ortak kullanım alanlarında alçakta yer alan prizler ile çocuk hastalara hizmet verilen birimlerde çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması olmalıdır.	
		DTY11.06	Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.	
DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY12.01	Depo, suyun özelliklerini değiştirmeyecek paslanmaz çelik, krom nikel, beton ve benzeri maddeler ile yapılmış olmalı, beton yapıdaki su depolarının iç yüzeyi uygun bir malzeme ile kaplanmalıdır.	40
		DTY12.02	o Depoya ait kapak kilitli ve sızdırmaz olmalıdır. o Depo kapağı sadece depo görevlileri ve yetkili personel tarafından açılıp kapanmalıdır.	
		DTY12.03	Depolar, ısı kaynaklarından uzak olmalı, direkt olarak gün ışığına maruz bırakılmamalıdır.	
		DTY12.04	Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmalıdır. o Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir. o Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.	
		DTY12.05	En az haftada bir kez su depolarında ve su şebekesinin uç noktalarında klor ölçümleri yapılmalıdır.	
DTY13	Sihhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY13.01	Şebeke suyunda herhangi bir nedenden dolayı oluşabilecek bir kesinti durumunda, mevcut yedek su kaynakları devreye alınarak su ihtiyacı sağlanmalıdır.	30
		DTY13.02	Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından hastane tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmeli, tespit edilen sorunlara yönelik iyileştirme faaliyetleri düzenlenmelidir.	
		DTY13.03	Yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik düzenli aralıklarla kontrol gerçekleştirilmelidir.	
		DTY13.04	Yağmur sularının kontrolü ve uygun drenajı sağlanmalıdır.	
DTY14	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY14.01	Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	30
		DTY14.02	Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.	
		DTY14.03	Medikal gaz sistemindeki basınç değişiklikleri işitsel ve görsel uyarı sistemi ile takip edilmelidir. o Basınç düşüklüğü durumunda kullanılmak üzere yedek sistemler bulunmalıdır.	

		DTY14.04	Gazlar cinsine göre depolanmalı ve gazların birbiri ile depolanabilir olup olmadığı kontrol edilmelidir.	
		DTY14.05	Medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.	
		DTY14.06	Medikal gaz sisteminin bulunduğu alanların kapalı havalandırma kanalları, başka bölüm veya binaların havalandırma kanallarına bağlanmamalıdır.	
DTY15	Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DTY15.01	Taşınabilir gaz silindirleri dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz silindirleri tek tek veya konteyner içinde sabitlenmiş olmalıdır.	30
		DTY15.02	Üretici firma tarafından hastaneye teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlerinin sertifikası bulunmalıdır.	
		DTY15.03	Sıkıştırılmış gaz silindirlerinin doluluk ve sızdırmazlık kontrolleri yapılmalıdır.	
		DTY15.04	Gaz silindirleri gaz tiplerine göre depolanmalı, yanıcı gazlar ve oksitleyici maddelerden ayrılmalıdır.	
DTY16	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	DTY16.01	Basınçlı kapların ilk defa kullanılmadan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılmalı, doğru kurulduğu ve güvenli şekilde çalıştığını gösteren belge düzenlenmiş olmalıdır.	40
		DTY16.02	Basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılmalıdır.	
		DTY16.03	Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanmalıdır.	
		DTY16.04	Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.	

OTELCİLİK HİZMETLERİ

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
Amaç	<p>o Hastanenin tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini arttırmak</p> <p>o Hasta, hasta yakını ve çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak etkin ve güvenli yemek hizmeti almalarını sağlamak</p> <p>o Hastanede sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamak</p> <p>o Hasta ve hasta yakınlarının hastanede buldukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlamak</p> <p>o Hastanede hasta ve hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaktır.</p>			
DOH01	Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	DOH01.01	Hasta odaları hastanın konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. o Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır. o Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır. o Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte olmalıdır. o Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.	40
		DOH01.02	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. o Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılarak kaydedilmelidir.	
		DOH01.03	Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.	
		DOH01.04	Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kanepe/yatak bulunmalıdır.	
DOH02	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	DOH02.01	Hastaların yatarak sağlık hizmeti aldığı alanlarda yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	30
		DOH02.02	Yatarak hizmet alan hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	
		DOH02.03	Hasta ve hasta yakınlarına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.	
DOH03	Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DOH03.01	Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.	30
		DOH03.02	Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
		DOH03.03	Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır. o Kişisel temizlik alanlarında, sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır. o Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun olması sağlanmalıdır.	
DOH04	Hastane bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	DOH04.01	Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.	20
		DOH04.02	Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	
		DOH05.01	Muayene odaları temiz olmalı, uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	
		DOH05.02	Muayene odası girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalıdır.	
	Muayene odalarında tıbbi hizmet		Muayene odasında, hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

DOH05	süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	DOH05.03	o Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır. o Muayene masa örtüsü tek kullanımlık olmalıdır. o Gerekli kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.	30
		DOH05.04	Muyene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
		DOH05.05	Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile muayene odasına çağrılmalıdır.	
DOH06	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	DOH06.01	Bebek bakım ve emzirme odasında fiziki ortamın uygun koşulları içermesi sağlanmalıdır. Bebek bakım ve emzirme odasında; o Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır. o Oyuncak bulundurulmamalıdır. o Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır. o Lavabo, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır. o İklimlendirme sağlanmalıdır.	30
		DOH06.02	Bebek bakım ve emzirme odalarında, emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.	
DOH07 <i>CEKİRDEK</i>	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	DOH07.01	Hastanenin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi) bulunmalıdır. o Hastanede 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir. o Hastane genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. o Kamera kayıtları, sadece üst yönetim tarafından tanımlanan kişilerin erişimine açık olmalıdır. o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.	50
		DOH07.02	Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.	
DOH08 <i>OPSİYONEL</i>	Ayaktan tedavisi süreklilik arz eden (kemoterapi, radyoterapi gibi) hasta ve hasta yakınları için gerektiğinde konaklama hizmeti sunulmalıdır.			40
DOH09	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	DOH09.01	Mutfak bölümleri (depolama, gıda hazırlama, bulaşık yıkama yerleri gibi) çapraz kontaminasyonu engelleyecek şekilde birbirinden ayrı alanlarda ve iş akışına uygun şekilde düzenlenmelidir.	40
		DOH09.02	Hastanede mutfak hizmeti verilen tüm alanların tavan, taban ve duvarları yıkama ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.	
			o Zemin kayma ve düşmeyi önleyici malzemeden yapılmış olmalıdır.	
		DOH09.03	Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.	
			o Depo koşullarının uygunluğu izlenebilir olmalıdır.	
		DOH09.04	Mutfakta iklimlendirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. o Mutfak kokularının hastane hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.	
		DOH09.05	Mutfak alanlarının hayvan ve haşerelerden korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		DOH09.06	Mutfak atıkları hijyenik ve çevreye zarar vermeyecek şekilde ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.	
o Yemek atıklarının geçici olarak muhafaza edilmesine yönelik uygun alan oluşturulmalıdır.				
DOH09.07	Bebek ve çocuk hastalar için ilgili kliniklerde mama hazırlama alanı tanımlanmalıdır.			
		DOH10.01	Gıda zinciri süreçlerinde diyetisyen kontrolü sağlanmalıdır.	
			Gıdaların güvenli tedarikine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde belirlenmelidir:	

DOH10	Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	DOH10.02	<ul style="list-style-type: none"> o Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler o Kalite kontrol kriterleri o Tedarikçi kabul ve değerlendirme kriterleri o Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler 	40
		DOH10.03	<p>Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gıda depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir. o Üretilmiş ve satın alınmış gıdaların stoklanmasında tavsiye edilen tüketim tarihlerinin etkin şekilde takibi yapılmalıdır. o Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin üretim ve son tüketim tarihleri kayıt edilmelidir. o Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin depolanması ayrı alanlarda yapılmalıdır. 	
DOH11 <u>CEKİRDEK</u>	Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DOH11.01	Gıdalar hastaların bakım gereksinimleri ve beslenme tedavileri doğrultusunda hazırlanmalıdır.	50
		DOH11.02	Tedavi amaçlı özel diyet gereksinimi olan çalışanlar belirlenmeli, diyetine uygun yemek hizmeti alması sağlanmalıdır.	
		DOH11.03	Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.	
			<ul style="list-style-type: none"> o Gıdaların hazırlanmasında kullanılan sarf malzeme, araç gereç ve ekipman uygun şekilde temizlenmeli ya da dezenfekte edilmelidir. o Gıda ile temas eden malzemeler sağlığa uygun özellikte olmalıdır. o Tüm çalışanlar; yapılan işin özelliğine göre maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır. 	
		DOH11.04	Mutfak ve servis personeline asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi o Diyet yemeklerinin içeriği o Yemeklerin porsiyonlanması 	
		DOH11.05	Hizmet kapsamındaki kişilere servis edilen her son üründen şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.	
DOH11.06	Hazırlanan menüler, standart yemek tarifeleri ve gramaj listelerinin Bakanlıkça yayınlanan rehberlere uygunluğu kontrol edilmelidir.			
DOH12	Hastane dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	DOH12.01	Gıdalar, servis edilecekleri sıcaklıklara uygun bir taşıma aracında birbirlerine karışmayacak ve araç içine bulaşmayacak şekilde uygun kaplarda taşınmalıdır.	20
		DOH12.02	Taşıma araçları ve içindeki kaplar başka herhangi bir maddenin taşınmasında kullanılmamalıdır.	
		DOH12.03	Taşıma aracı ve kapların, temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik işlemler kayıt altına alınmalıdır.	
DOH13	Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	DOH13.01	Gıdalar servis sıcaklıklarına uygun olarak sunulmalıdır.	30
		DOH13.02	Taşıma sırasında yemeklerin üzeri kapalı olmalıdır.	
		DOH13.03	Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek taşıma araçları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.	
		DOH13.04	Yemek dağıtımını yapan personel; uygun iş kıyafeti ile bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.	
DOH14	Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	DOH14.01	Türlerine göre gıda atıklarının nasıl kullanılacağı (kompoze gübre, hayvan barınakları vb.) tanımlanmalıdır.	30
		DOH14.02	<p>Evsel atık olarak atılan gıdaların miktarları izlenmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Atılan gıda miktarının azaltılmasına yönelik iyileştirme çalışması yapılmalıdır. 	
		DOH15.01	Hastanede kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	
			Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.	

DOH15	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	DOH15.02	<p>o Konteynerler ile taşıma yapan hastanelerde;</p> <p>* Konteynerlerin temizliği günlük olarak yapılmalıdır.</p> <p>* Çamaşırın taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.</p> <p>o Otomatik sistem ile taşıma yapan hastanelerde, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.</p>	30
		DOH15.03	Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.	
		DOH15.04	İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.	
DOH16	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	DOH16.01	<p>Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.</p> <p>o Çamaşırhane hizmetlerinin hastane dışından sağlanması durumunda da, kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.</p>	30
		DOH16.02	Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.	
		DOH16.03	Çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	
		DOH16.04	Çamaşırın muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.	

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DBY01	Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin hastane politikası oluşturulmalıdır.	DBY01.01	Bilgi yönetim sistemi (BYS) politikasında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o BYS'nin amaç ve kapsamı o Bilgi güvenliği o BYS'yi oluşturan alt sistemler (SBYS, LBYS, PACS, Web, E-posta, Dosya Sunucu, varsa diğer bilgi yönetim alt sistemleri gibi) o SBYS işletimi ve değişiklik yönetim süreçleri o Bilgi sistem donanım ve altyapı, yönetim ve talep süreçleri o Varlık yönetimi o İş sürekliliği yönetimi o Yedekleme o Bilgi teknolojileri imha yönetimi (Bilgisayar, disk, sunucu vb)	30
DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	DBY02.01	BYS ile ilgili politikaların oluşturulması, BYS'ye ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması, bilgi güvenliği ile ilgili hususlarda gerekli çalışmaların yapılması amacıyla sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
DBY02.02			Bilgi yönetim sistemine ilişkin rol grupları (hekimler, hemşireler, sekreterler gibi) ve yetkileri belirlenmelidir. o Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır. o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır. o İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme süreçleri tanımlanmalıdır.	
DBY02.03			Rol grupları ve kullanıcılar için tanımlanan yetkiler periyodik olarak ve gerektiğinde (görev değişikliği, işten ayrılma vb) gözden geçirilmeli, gerekli güncellemeler yapılmalıdır.	
DBY03	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	DBY03.01	Bilgi yönetim sistemine yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır.	30
DBY03.02			Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.	
DBY03.03			Risk analizleri en geç altı ayda bir olacak şekilde düzenli aralıklarla ve gerektiğinde güncellenmelidir.	
		DBY04.01	Bilgi yönetim sistemine ilişkin yazılımsal ve donanımsal hataların nasıl bildirileceği ve hatalara nasıl müdahale edileceği tanımlanmalıdır. Bildirilen hatalar ile ilgili asgari aşağıdaki bilgiler kayıt altına alınmalıdır:	

DBY04	Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DBY04.02	o Hatanın oluştuğu tarih ve saat o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat o Hatanın içeriği o Hatanın giderildiği tarih ve saat	40
		DBY04.03	Karşılaşılan hatalar, çözüm süreçleri, ne kadar sürede hatanın çözüldüğü gibi bilgiler kayıt altına alınmalı, benzer hatalar gerçekleşmesi durumunda bu kayıtlar izlenebilir olmalıdır.	
		DBY04.04	Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında belirlenmelidir.	
DBY05 ÇEKİRDEK	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	DBY05.01	Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması ile ilgili asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Erişim ve yetki kontrolü o Fiziksel ve çevresel güvenlik yönetimi o İletişim güvenliği o Bilgi güvenliği ihlal olayı yönetimi o Kişisel verilerin korunması	50
		DBY05.02	Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.	
		DBY05.03	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan parolalar, Bakanlık parola politikaları ile uyumlu olmalıdır.	
		DBY05.04	Bilgi yönetim sistemi sorumluları ve kullanıcılara yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.	
DBY06	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	DBY06.01	SBYS' nin muayene ekranlarından ulusal sağlık veri tabanına (e-nabız) entegrasyon sağlanmalıdır.	30
		DBY06.02	Hastaların aynı hastanedeki geçmiş tıbbi kayıtlarına SBYS üzerinden erişim sağlanmalıdır.	
DBY07	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.	DBY07.01	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim verilmelidir. o Eğitimler, çalışanların ihtiyacına göre planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30
		DBY07.02	Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.	
		DBY07.03	Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncelleme geçmişleri kullanıcılar tarafından izlenebilir olmalıdır.	
	Sağlık bilgi yönetim sistemi (SBYS)'nde	DBY08.01	SBYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik asgari aşağıda belirtilen modüller oluşturulmalıdır: o Hasta kayıt o Hasta yatışı o Poliklinik o Klinik o Merkezi sterilizasyon ünitesi o TRSM o Eczane o Depo o Satın alma o Ayniyat o Laboratuvar o Vezne o Faturalandırma o Radyoloji o Personel modülü	

DBY08	yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	DBY08.02	Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler SBYS üzerinden gerçekleştirilmelidir.	40
		DBY08.03	SBYS üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunmalıdır.	
		DBY08.04	Personel modülünde, çalışanlara ilişkin asgari aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler bulunmalıdır: o Çalışana ait fotoğraf o Aktif olarak çalıştığı bölüm o Kadrosunun kayıtlı olduğu bölüm veya kurum o Kan grubu o İletişim bilgileri o İzin ve rapor bilgileri o Eğitim durumu o Sertifikaları o Hizmet içi eğitimleri o Yabancı dil bilgisi	
DBY09	SBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	DBY09.01	İz kayıtlarının geçmişe yönelik izlenebilirliği sağlanmalıdır. o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.	30
DBY10 ÇEKİRDEK	SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	DBY10.01	Yedekleme ile ilgili süreçler, verinin depolanması ve korunmasına yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar ve veri kurtarma testi planlarını kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	50
		DBY10.02	Yedekleme, biri tam ve ikisi fark olmak üzere günde en az 3 defa yapılmalıdır.	
		DBY10.03	Yedekleme dosyaları SBYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.	
			o Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.	
		DBY10.04	Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak SBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.	
		DBY10.05	Veriler, yedekleme politikasında belirtilen sorumlu kurum (hastane yönetimi, il sağlık müdürlüğü, özel hastane grubu vb.) tarafından offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.	
DBY10.06	Veri kurtarma testleri altı aylık dönemlerde yapılmalı ve hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.			
	o Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir. o Test kayıt altına alınmalıdır. o Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.			
		DBY11.01	Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.	
		DBY11.02	Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.	

DBY11	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DBY11.03	Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalı, envantere asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Bulunduğu bölüm o Marka o Model o Seri no o Demirbaş numarası o Donanım ve yazılım adı o İşletim sistemi o Ek aksesuarlar o Alınma tarihi o Varsa garanti süresi	30
		DBY11.04	Kullanıcı bilgisayarlarındaki virüs yazılımları ve virüs tarama dosyaları ile işletim sistemi ve güvenlik yamalarının güncellenmeleri merkezi bir sunucu vasıtası ile otomatik olarak yapılmalıdır.	
		DBY11.05	Misafir kullanıcıların bağlandığı kablosuz ağ bağlantıları için farklı vlan oluşturulmalıdır.	
DBY12	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.	DBY12.01	Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır. o Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır. o Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.	40
		DBY12.02	Bilgi yönetim sistemdeki arızalar ve devre dışı kaldığı durumlar nedenleri ile birlikte kayıt altına alınmalıdır.	
		DBY12.03	Sistemde tespit edilen kesinti ve arızalara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
DBY13 ÇEKİRDEK	Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	DBY13.01	Sunucu ve ağ cihazlarına tahsis edilmiş bağımsız bir sistem odası bulunmalıdır.	50
		DBY13.02	Sistem odasına girişler kontrol altına alınmalıdır.	
			o Kamera sistemi bulunmalıdır. o Sistem odasının kapısı geçiş kontrollü olmalıdır. o Odaya giriş çıkış yapan personelin kayıtları tutulmalıdır. o Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.	
		DBY13.03	Su kaynaklı tehlikelere karşı gerekli önlemler alınmalıdır.	
o Sistem odası suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır. o Odada su basmasına neden olabilecek musluk, kalorifer peteği, atık su gibi tesisat bulunmamalıdır.				
DBY13.04	Yangın tehlikesine karşı gerekli önlemler alınmalıdır.			
	o Gaz temelli yangın söndürme sistemi (Halon, FM 200, CO ₂ gibi) bulunmalıdır. o Elektrik sisteminin güvenliği sağlanmalıdır. o Yangın dağılımını kolaylaştıracak tefrişat ve malzeme bulunmamalıdır. o Gaz temelli yangın söndürme tüplerinin aktif olması durumunda ortamda kişisel koruyucu ekipman hazır bulundurulmalıdır. o Yangın söndürme sürecinde çalışanların güvenliği hakkında gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik eğitim verilmelidir.			

		DBY13.05	Sistem odasına özel, hastanedeki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır. Fiziksel sunucuların güvenli bir şekilde kapatılabilmesi için gerekli süre en az : 30 dk olmalıdır.	
		DBY13.06	İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. o İdeal sıcaklık; 18-22 °C, o Nem oranı; %45 - %70 aralığında olmalıdır. o Yedekli olarak çalışan ve nem tutma özelliği olan klimalar bulunmalıdır.	
		DBY13.07	Alev, duman, ortam sıcaklığı ve su basması ile ilgili olağan dışı durumlarda sistem yöneticilerini uyarmak üzere uyarı sistemi bulunmalıdır.	
DBY14	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.	DBY14.01	Hastanede bulunan bütün sunucuların kayıtları asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tutulmalıdır. o Sunucunun adı o Yeri o IP adresi o Türü (Fiziki/Sanal) o Ana işlevi (Web, Veri Tabanı, E-posta vb.) o Üzerinde çalışan uygulama ve servisler o İşletim sistemi ve sürümü o Sorumlu kişi ve iletişim bilgileri o Donanım bilgileri (markası, modeli) o Garanti durumu (Var/Yok), (var ise) ilgili firma ve kişi bilgileri	20
DBY15 <i>CEKİRDEK</i>	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	DBY15.01	Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.	50
DBY15.02	Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.			
DBY15.03	Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır. o Mevcut Sağlık Bilişim Ağı (SBA) mimarisi uyarınca güvenlik duvarı olmayan hastanelerde, sunucular son kullanıcı ve tıbbi cihazlardan farklı bir VLAN'a konumlandırılmış olmalıdır.			
DBY16	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	DBY16.01	Veritabanı sistem iz kayıtları tutulmalı ve gerektiğinde hastane yönetimi tarafından izlenebilmelidir. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalara ilişkin iz kayıtları yazılım tarafından kayıt altına alınmalıdır.	30
DBY16.02	Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.			
DBY16.03	Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları parolalar şifreli bir şekilde saklanmalıdır.			
DBY16.04	Veritabanı üzerinde iz kaydı alınması gereken işlemler belirlenmelidir.			
DBY16.05	Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.			

DBY17 <u>ÇEKİRDEK</u>	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	DBY17.01	Dış ortamdan iç ortama erişebilme koşulları ve erişim sağlayabilecek kişiler belirlenmelidir.	50
		DBY17.02	Hizmet alımı kapsamında hastane verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm kişilere kişisel gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.	
		DBY17.03	Hastane verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm firmalar ile kurumsal gizlilik sözleşmesi yapılmalıdır.	
		DBY17.04	Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.	

Amaç	Hastanede, malzeme gereksiniminin hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek tespitinden, malzemelerin temin edilmesi, kabulü, depolanması, stok kontrolü, çevreye dönüşümüne kadar geçen sürecin güvenli, verimli ve etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DMC01	Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.			20
DMC02	Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	DMC02.01	Malzeme ihtiyaç tespiti ve temini ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır: o Malzemelere ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci o Malzeme talep yetkisi bulunan kişiler o Talep yöntemi o Taleplerin yönetim tarafından değerlendirilmesi o Teknik şartname hazırlanması o Satın alma yönteminin belirlenmesi o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Malzemelerin kontrolü ve kabulü	30
		DMC02.02	Hastanede bulundurulması gereken malzemeler birim bazında belirlenmelidir. o İhtiyaç duyulan malzeme miktarı hastanenin önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.	
DMC03	Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	DMC03.01	Malzemelerin cinslerine göre depolanması ve muhafaza süreçlerine yönelik doküman hazırlanmalıdır.	40
		DMC03.02	Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerininin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.	
		DMC03.03	Malzemeler, depolama alanlarında özelliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
		DMC03.04	Depoların temizliği, düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.	
		DMC03.05	Malzemeler, cinslerine göre uygun sıcaklık ve nem koşullarında depolanmalıdır.	
		DMC03.06	Steril sarf malzemeler, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.	
		DMC03.07	Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabilmelidir.	
		DMC03.08	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi ve bildirimi yapılmalıdır.	
DMC04	Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	DMC04.01	Stok kontrol sürecinde uygulanacak olan stok takip yöntemi (FIFO, LIFO vb) belirlenmelidir.	40
		DMC04.02	Malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.	

DMC05	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	DMC05.01	Malzemelerin güvenli taşınması için gerekli donanım bulunmalıdır.	30
		DMC05.02	Malzemelerin depolardan birimlere transferi sırasında gerçekleşebilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalıdır.	
		DMC05.03	Taşınması açısından özel nitelikli ve tehlikeli malzemeler tanımlanmalı ve malzemelerin transferini gerçekleştirecek çalışanlara güvenli transfer ile ilgili eğitim verilmelidir.	
		DMC05.04	Malzemelerin birimlere teslimi kayıt altına alınmalıdır.	
DMC06	Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.			30
DMC07 CEKİRDEK	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DMC07.01	Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
		DMC07.02	Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve bu maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler belirlenmelidir.	
		DMC07.03	Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri asgari aşağıdaki bilgileri kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır:	
			o Tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vb.), 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	
			DMC07.04	
		DMC07.05	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalı, etikette maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunmalıdır.	
		DMC07.06	Radyoaktif maddelerin radyoaktivite değeri ve ölçüm tarihi kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.	
DMC07.07	Kullanıcılara, tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.			
DMC08	Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.			20
DMC09	Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	DMC09.01	Cihazlara yönelik ihtiyaç tespiti, cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:	30
			o Cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci o Cihaz talep yetkisi bulunan çalışanlar o Talep yöntemi o Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği o Teknik şartname hazırlanması o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Cihazların temini o Temin edilen cihazların kontrolü o Cihazların tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması	
			Cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	

DMC10	Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	DMC10.01	<ul style="list-style-type: none"> o Envanterde aşağıdaki asgari bilgiler bulunmalıdır: * Cihazın adı * Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası) * Seri numarası * Markası * Bulunduğu bölüm 	40
		DMC10.02	<p>Asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde cihaz kartı veya etiketi bulunmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cihaz kartı/etiketi üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: * Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası) * Bulunduğu bölüm 	
		DMC10.03	Tıbbi cihazların envanteri Bakanlıkça tanımlanan sistem üzerinden izlenebilir olmalıdır.	
DMC11	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DMC11.01	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
		DMC11.02	<ul style="list-style-type: none"> o Cihazların verimli kullanımı için kesintisiz teknik destek sağlanmalıdır. o Personele cihazın kullanımı için gerekli eğitimler verilmelidir. o Cihazın güvenli ve verimli kullanımı açısından fiziki ve teknik altyapı uygun şekilde oluşturulmalıdır. o Cihazların verimli ve güvenli çalışması için uygun malzeme ve ekipman kullanılmalıdır. o Cihazların bakım ve kalibrasyonları düzenli olarak yapılmalıdır. o Tıbbi cihazlarda maliyetler ile üretilen hizmet çıktıları izlenmeli ve cihazların verimliliği değerlendirilmelidir. 	
		DMC11.03	Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	
		DMC11.04	Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.	
DMC12	Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.		30	
		DMC13.01	<p>Tıbbi cihazların bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve bir plan dahilinde izlenmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tıbbi cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla, firma önerileri, hastane ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, onarım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır. 	
			Kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporu bulunmalı, raporda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:	

DMC13 CEKİRDEK	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	DMC13.02	<ul style="list-style-type: none"> o Kuruluşun adı ve iletişim bilgileri o Varsa yetki belgesine ait bilgi o Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın bulunduğu hastaneye ait tanımlayıcı bilgileri o Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın yeri, adı, markası, modeli, kimlik ve seri numarası o Tıbbi cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri, sonuçları ve ölçüm belirsizliği ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığı o Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan cihaz, donanım, yazılım ve aksesuarların adı markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yeri o Test, kontrol ve kalibrasyonu yapan ve onaylayan kişilerin adı, soyadı ve imzası o Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresi o Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgiler o Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası o Kalibrasyonu yapan personelin eğitim sertifikasyon bilgileri o Hizmet alımı yoluyla hastanede yapılan test, kontrol ve kalibrasyon çalışmaları sırasında tüm süreci gözetim altında tutan hastane personelinin imzası 	50
		DMC13.03	<p>Kalibrasyon testine tabi tutulan tıbbi cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalı, etiket üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Kalibrasyonu yapan firmaya ait tanımlayıcı bilgi o Cihaz kimlik numarası o Kalibrasyon tarihi o Kalibrasyon geçerlilik süresi o Kalibrasyon sertifika numarası 	
		DMC13.04	Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.	
DMC14	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	DMC14.01	<p>Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir. 	40
		DMC14.02	<p>Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda uygun olmadığı tespit edilen fonksiyonları kullanılmamalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Kullanılmaması gereken fonksiyonlar çalışanlar tarafından cihaz üzerinde izlenebilir olmalıdır. 	
DMC15	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	DMC15.01	Arıza ve onarım süreçleri ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	30
		DMC15.02	Cihazlarda meydana gelen arızaların bildirim en kısa sürede sağlanmalıdır.	
		DMC15.03	Cihaz arızaları ile arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.	
		DMC15.04	Arıza durumunda cihaz kullanım dışı bırakılmalı ve cihaz üzerinde arıza uyarısı bulunmalıdır.	
DMC16	Tıbbi cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	DMC16.01	Tıbbi cihazlar ile ilgili istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
		DMC16.02	Bildirimler, Bakanlıkça tanımlanan sisteme yapılmalıdır.	

DMC17	Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	DMC17.01	Cihazların kullanım dışı bırakılmasına (geçici veya sürekli kullanım dışı bırakma, hurdaya ayırma vb.) yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
		DMC17.02	Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması durumunda Bakanlıkça tanımlanan takip sistemine bildirim yapılmalıdır.	
DMC18 <i>CEKİRDEK</i>	<p>Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.</p> <p><i>Rehberlik:</i> 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.</p>	DMC18.01	Hastanede kullanılan HBTC'ler izlenebilir şekilde tanımlanmalıdır. o İzlenebilirliği sağlayabilmek amacıyla cihazların kullanıldığı birim, birim cihaz sorumlusu, cihaz numarası, cihaz türü, marka ve model bilgilerini içeren envanter oluşturulmalıdır.	50
		DMC18.02	HBTC'nin bakımı ve temizliği ile ilgili sorumlu laboratuvar birimi, sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
		DMC18.03	HBTC için kalite kontrol çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	
			o Kalite kontrol testleri kayıt altına alınmalıdır.	
		DMC18.04	Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
		DMC18.05	HBTC'yi kullanacak çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir.	
o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi o Cihazın temizliği ve bakımı				
DMC18.06	HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.			