



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti

Hastane Seti – v3.0/2021



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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları

Hastane Seti – v3.0/2021

ISBN: 978-975-590-479-5

Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve alışan Hakları Dairesi Başkanlığı

© Bu kitabın her t¼rl¼ yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼ Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'na aittir. Genel M¼d¼rl¼đ¼n yazılı izni olmadan, hiçbir Şekilde kitabın t¼m¼ veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T.C.Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve alışan Hakları Dairesi Başkanlığı

E-posta: shgm.kalite@saglik.gov.tr

Web: shgmkalitedb.saglik.gov.tr

Kapak ve Sayfa Tasarımı

Zeynep ASLAN-m.zeynepaslan@gmail.com



Editörler

Ahmet TEKİN, Prof. Dr
Mehmet GÜNDÜZ, Doç. Dr.



Hazırlayanlar

Abdullah ÖZTÜRK, Dr.

Ayşe Sibel ÖKSÜZ

Bayram DEMİR

Çağlayan SARIOĞLAN

Demet GÖKMEN KAVAK, Dr.

Dilek TARHAN, Uzm. Dr.

Doğan ÜNAL, Prof. Dr.

Elif KESEN

Emine YILDIZ

Ercan KOCA

Erol YALÇIN

Figen ÇİZMECİ ŞENEL, Prof. Dr.

Gül HAKBİLEN

Hasan GÜLER, Dr.

İbrahim DOLUKÜP

İbrahim H. HAYRAL, Doç. Dr.

İrfan Şencan, Prof. Dr.

Nesrin DEMİR EREN

Nurcan AZARKAN

Öznur ÖZEN

Süleyman Hafız KAPAN

Şükriye YÜKSEL BAĞIRSAKÇI

Umut BEYLİK, Doç. Dr.

* İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.



Katkıda Bulunanlar

- Abdulvahit SÖZÜER, Dr.
- Abdurrahman ATLI
- Abdurrahman KARA, Uzm. Dr.
- Abdülkadir KURŞUN
- Ahmet ASLANCAN
- Ahmet Uğur KEVENK, Yrd. Doç. Dr.
- Ali ÇAKIR
- Ali ÇINAR, Dr.
- Ali Süha BİNGÖL, Dr.
- Aliye BAŞTUĞ, Prof. MD.
- Atakan ALTAN
- Ayfer BAHTİYAR
- Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN
- Aynur Acil YILMAZ
- Aysun KARABULUT, Prof. Dr.
- Ayşe ERTÜRK, Doç. Dr.
- Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK, Doç. Dr.
- Berrin KOÇAK
- Bilçin TAK MEYDAN, Prof. Dr.
- Burcu ELİTEZ
- Burcu KORKMAZ
- Canan CENGİZ
- Cenker ATEŞ, Dr.
- Ceyhun BOZKURT, Prof. Dr.
- Cihat ERDİL
- Çağlayan SARAL

- Çiğdem GÜNAY
- Doğan YÜCEL, Prof. Dr.
- Dudu Dede UÇAR, Dr.
- Duygu PERÇİN RENDES, Prof. Dr.
- Ebru ÇAKIR
- Elif TUNA, Dr.
- Emine Elvan ÇİFTLİK, Dr.
- Emine Türkmen ŞAMDANCI, Doç. Dr.
- Emine YAVUZ
- Erdinç ÖZKURT, Dr.
- Ergun KARAHALLI, Uzm. Dr.
- Esengül PURKULOĞLU
- Fatoş KORKMAZ, Doç. Dr.
- Ferzane MERCAN, Uzm. Dr.
- Filiz SALIŞ
- Gökhan DARILMAZ, Op. Dr.
- Gül KURTULUŞ, Dr.
- Gülay DİNÇ
- Gülfidan DÜZGÜN
- Gülşen KORALAY, Dr.
- Gülşen YILMAZ, Prof. Dr.
- Hacer ÇİL
- Hakan BORAND, Uzm. Dr.
- Hamza DİNÇ
- Hasan KARAMAN, Op. Dr.
- Hüseyin DEMİREL, Dr.
- İlyas BOZKURT, Dr.
- İsmayil YILMAZ, Prof. Dr.

- Kemal OKTAY, Dr.
- Keziban AVCI, Doç. Dr.
- Levent SONGUR
- Mana SEZDİ, Doç. Dr.
- Mesut SODAN
- Murat BİÇİMLİ
- Murat YILMAZ
- Mücahit AVCİL, Doç. Dr.
- Mücahit KAPÇI, Doç. Dr.
- Naime KALAYCI
- Nebahat ERTİLAV, Uzm. Dr.
- Neslihan DERİN, Doç. Dr.
- Neşe Özgür
- Nuri ŞAŞMAZ
- Osman Özcan AYDIN, Uzm. Dr.
- Özlem ECEMİŞ, Dr.
- Sabahat ERDİN, Uzm. Dr.
- Selami TAVUKÇUOğLU,
- Selcen DURMAZ
- Sema KARADUMAN
- Seval ÇİFTÇİ
- Sibel BAYRAKTAR
- Songül KAYNAR
- Songül YORGUN
- Şakire ŞAHİNBAŞ
- Şerife ENGELÖğLU
- Şuule GÜNDÜZ
- Tuncay KOYUNCU, Dt.
- Ü. Gül ERDEM, Doç. Dr.

- Yeşim UYUTAN, Dr.
- Zeynep ASLAN KESMÜK
- Zöhre ALTUN
- Zöhre ÜNLÜCE

*İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.

Teşekkür

SAS Çalışma Grubu ve Standartların hazırlanması sürecine katkı sağlayan isimler ile birlikte Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının geliştirilmesi amacıyla farklı **kamu kurumları, hastaneler (kamu, özel, üniversite), uzmanlık dernekleri ve meslek örgütlerinin yanı sıra sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, akademisyenler, hasta hakları çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının** görüşlerine başvurulmuştur. Bu amaca yönelik olarak hazırlanan Görüş ve Öneri Platformları aracılığıyla elde edilen geri bildirim ve öneriler çalışmalar esnasında değerlendirilmiştir.

SAS Hastane Seti çalışmalarına bilimsel destek sağlayan TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsüne, standartların hazırlanma sürecine katkı veren tüm Kamu Kurumları, Özel Sağlık Kurumları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
Sunuş	3
Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Hastane.....	5
STANDART VE KILAVUZLAR.....	23
► Yönetim ve Organizasyon	45
Organizasyon Yapısı	49
Temel Politika ve Değerler.....	53
Kalite Yönetim Yapısı.....	58
Doküman Yönetimi.....	62
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	67
Risk Yönetimi	70
Eğitim Yönetimi.....	74
Kurumsal İletişim	79
► Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	83
Göstergelerin İzlenmesi	85
► Sağlıklı Çalışma Yaşamı	89
İnsan Kaynakları Yönetimi	93
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği.....	98
► Hasta Deneyimi	103
Temel Hasta Hakları	105
Hasta Güvenliği.....	111
Hasta Geri Bildirimleri.....	126
Hizmete Erişim.....	128
Yaşam Sonu Hizmetler	131

► Sağlık Hizmetleri.....	137
Enfeksiyonların Önlenmesi	139
Sterilizasyon Yönetimi	153
İlaç Yönetimi.....	159
Transfüzyon Yönetimi.....	166
Hasta Bakımı	174
Radyasyon Güvenliği	189
Laboratuvar Hizmetleri	194
Güvenli Cerrahi	211
Acil Sağlık Hizmetleri.....	219
► Destek Hizmetleri	227
Otelcilik Hizmetleri.....	229
Tesis Yönetimi	238
Atık Yönetimi	242
Bilgi Yönetimi.....	244
Malzeme ve Cihaz Yönetimi.....	247
Dış Kaynak Kullanımı	253
► Acil Durum Yönetimi.....	253
Acil Durum Yönetimi	257
TANIMLAR VE KISALTMALAR.....	273
KAYNAKLAR	289
EKLER: SAS Göstergeleri.....	301

GİRİŞ



Sunuş



Günümüzde tıp teknolojilerinde ve uygulamalarında meydana gelen hızlı ilerlemeler, sağlık hizmetlerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Teşhis ve tedavi uygulamalarında yükselen başarı oranları, hasta sayıları ve hasta yatağı devir hızlarında meydana gelen artışlar, insanların kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarına giderek daha önem vermeleri, fiziksel ve fonksiyonel değişimlerin sebebi olarak sıralanabilir. Bu değişimler hastanelerin yapısal, yönetsel ve tasarımlarına yönelik uygulamalarını etkilemekte ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalara en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yönelik faaliyetler, hastanelerin dış bir gözle farklı bir yapı içerisinde değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuş ve akreditasyon kavramını gündeme getirmiştir. Dünyada hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla bir dizi hasta ve organizasyonel yapı odaklı akreditasyon sistemi geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır.

Türkiye’de kalite ve akreditasyon çalışmalarının temelleri ilk kez 2005 yılında atılmış ve geliştirilen standartlar zaman içinde sayı ve yapısal anlamda gelişerek dört ayrı versiyon halinde uygulamaya geçirilmiştir. 2013 yılına gelindiğinde akreditasyona ilişkin temel ilkeler ve akreditasyon programı kapsamında belirlenen on hedef doğrultusunda standartlar yeniden yapılandırılmış “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” adını almış ve ISQua (The International Society for Quality in Health Care), tarafından uluslararası düzeyde akredite edilmiştir. Söz konusu set, ile ulusal akreditasyon çalışmalarından elde edilen geribildirimler ve uluslararası sağlık kuruluşları göz önüne alınarak belirli aralıklar ile revize edilmiş ve son şeklini almıştır.

“SAS Hastane Seti”; ulusal ve uluslararası kanıta dayalı bilimsel yayınlar ve mevzuat çerçevesinde hastaneler başta olmak üzere tüm paydaşlarca ortak bir dil ile anlaşılıp yorumlanması amaçlanarak hazırlanmıştır.

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

Akreditasyon sürecine ait temel bilgileri ve Akredite Hastane olma yolunda gereklilikleri içeren SAS- Hastane Seti, sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için ulusal ve uluslararası hastaneler ve tüm paydaşların yararına sunulmuştur.

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Hastane



Standartların Geliştirilmesi

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

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

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

Sağlıkta akreditasyon standart setleri, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmakta, ulusal ve uluslararası akreditasyon için gönüllü olan kuruluşların SAS esas alınarak denetlenmesi ve belgelendirilmesi faaliyetleri ise Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde

kurulmuş olan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, sağlık alanında hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yapılan kalite çalışmaları ile Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua ilkeleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Hazırlanan bu set uluslararası gelişmeleri dikkate alan, sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, kurumda tüm hizmet alanlarını kapsayan ve amaçsal yorumlamaya uygun bir yapıda oluşturulmuştur. Ayrıca hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, kurumlarda inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay ve kapsayıcı olmasına özen gösterilmiştir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın Amacı ve Kapsamı

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane, öncelikli olarak hastanelerde standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmayı oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda ulusal ve uluslararası alanda kamu, özel ve üniversite bünyesinde hizmet veren tüm hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın Hedefleri

Sağlıkta Akreditasyon Standartları, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri, ISQua ilkeleri, dünya genelinde gerçekleştirilen akreditasyon programları ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla şekilde yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirme-yeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



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

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

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

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

SAS hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

- » **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- » **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.

- » **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- » **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır.
- » **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.
- » **Hakkaniyet:** Hizmet alanların, tedavi ve bakım ihtiyaçları çerçevesinde hiç bir fark gözetmeksizin eşit haklardan yararlanmasının güvence altına alınmasıdır.
- » **Hasta Odaklılık:** Kanıta dayalı tıp uygulamalarına bağlı kalmak koşulu ile sağlık hizmetinin, hastanın güvenliği, memnuniyeti ve tercihleri dikkate alınarak planlanması ve uygulanmasıdır.
- » **Uygunluk:** Sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın sağlığına daha çok fayda sağlayacak tercihlerin yapılması ve uygulanmasıdır.
- » **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- » **Süreklilik:** Hastanın ihtiyacı olan teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin disiplinler arası geçişi veya tedavinin tamamlanması sonrasında da kapsayacak şekilde sağlanmasıdır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Setinin Yapısı

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında, 7 Boyut, 32 Bölüm, 58 Standart, 244 değerlendirme ölçütü yer almaktadır.

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

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Boyutlandırılması

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında yer alan 7 boyut aşağıda yer almaktadır:

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

Boyutların Genel Amaçları ve Kapsamı

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

» Yönetim ve Organizasyon

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

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

» Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme

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

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

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

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

» **Hasta Deneyimi**

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

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

» **Sağlık Hizmetleri**

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

» **Destek Hizmetleri**

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

» **Acil Durum Yönetimi**

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Kodlaması

Standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiştir.

Kodlama Sistemi

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

Boyutlara ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

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

Her bir bölüme ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.OY	Organizasyon Yapısı
YO.PD	Temel Politika ve Değerler
YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı
YO.DY	Doküman Yönetimi
YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
YO.RY	Risk Yönetimi
YO.EY	Eğitim Yönetimi
YO.Kİ	Kurumsal İletişim
PÖ.Gİ	Göstergelerin İzlenmesi
SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi
SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği
HD.HH	Temel Hasta Hakları
HD.HG	Hasta Güvenliği
HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri
HD.HE	Hizmete Erişim
HD.YS	Yaşam Sonu Hizmetler
SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi
SH.İY	İlaç Yönetimi
SH.TY	Transfüzyon Yönetimi
SH.HB	Hasta Bakımı
SH.RG	Radyasyon Güvenliği
SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri
SH.GC	Güvenli Cerrahi
SH.AS	Acil Sağlık Hizmetleri
DH.OH	Otelcilik Hizmetleri
DH.TY	Tesis Yönetimi

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
DH.AY	Atık Yönetimi
DH.BY	Bilgi Yönetimi
DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı
AD.AD	Acil Durum Yönetimi

Bir standarda ilişkin kodlama örneği aşağıda yer almaktadır:

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

Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi

Standartların bütüncül bir bakış açısı kullanılarak ve kalite kültürünü geliştiren ve teşvik eden bir nosyon ile uygulanmasına yönelik süreçler, aşağıda belirtilen standart uygulama kriterleri doğrultusunda yürütülür.

- 1. Kapsam ve Uygulama:** Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili plan, politika ve süreçlerin tanımlanarak, standardın amacını gerçekleştirmeye yönelik iş ve işlemlerin kurumun ilgili tüm bölümlerinde yerine getirilmesidir.
- 2. İzlenebilirlik ve Devamlılık:** Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili süreçlerde yer alan iş ve işlemlerin ve işlem sırasında oluşan bilgilerin geriye dönük ve eşzamanlı olarak takip edilebilmesi ve Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili uygulamaların sadece belli dönemlerde ya da zaman dilimlerinde değil, sürekli olmasıdır.
- 3. Liderlik ve Katılım:** Standardın/Değerlendirme Ölçütünün amacını gerçekleştirmeye yönelik olarak, kurumun her düzey yönetim kademesinde çalışanların yönlendirilmesi ve kurum çalışanlarının katılımıyla ilgili uygulamaları bilme, benimseme ve gerçekleştirme düzeyidir.

Çıktılar/Kanıtlar

Belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda standarda ilişkin çıktılar elde edilir. Bu çıktılar denetim sürecinde standardın karşılama düzeyinin belirlenmesini sağlayacak her türlü bilgi ve belge niteliğindeki kanıtlardır.

Karşılama Düzeyi Kararının Belirlenmesi

Standartların karşılama düzeyi aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirlenir;

- Karşılama düzeyi kararı standardın kendisi için verilir.
- Karşılama düzeyine karar verilirken standart, değerlendirme ölçütleri, standart amaç ve hedefleri ile gereklilikleri birlikte bir bütün olarak ele alınır.
- Standardın karşılama düzeyi kararı, standarda ilişkin uygulamaların uygunluk/uygunsuzluk durumuna göre belirlenir.
- Bir standarda ilişkin uygunluk/uygunsuzluk kararı,
 - Standart uygulama kriterleri doğrultusunda,
 - Kanıt toplama ilkeleri ve kanıt toplama teknikleri ile hazırlanan kanıtlara odaklanılarak,

➤ Karşılama düzeyi kriterlerine göre belirlenir.

- Her bir standardın karşılama düzeyi kararı “karşılıyor,” “kısmen karşılıyor,” “karşılanmıyor” olarak üç kategoride belirlenir.

Standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılama düzeyi kategorileri aşağıda tanımlandığı şekildedir;

- **Karşılıyor (K):** Uygunsuzluk yok ise ya da var olsa bile Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu karşılıyor kararı verilebilir. Uygunsuzluk var olduğunda var olan uygunsuzluğun Matriste belirtilen tanımlara göre sıklığı az, etki alanı bireysel ve risk düzeyi az durumlarda Karşılıyor kararı verilebilir.
- **Kısmen Karşılıyor(KK):** Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu Kısmen Karşılıyor kararı verilebilir. Uygunsuzluk var olduğunda var olan uygunsuzluğun Matriste belirtilen tanımlara göre sıklığı orta veya yüksek, etki alanı bazen bireysel bazen sistemsel, risk düzeyi ise az veya orta olduğu durumlarda Kısmen Karşılıyor kararı verilebilir.
- **Karşılanmıyor(KM):** Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu Karşılanmıyor kararı verilebilir. Uygunsuzluk var olduğunda var olan uygunsuzluğun Matriste belirtilen tanımlara göre sıklığı orta veya yüksek, etki alanı genellikle sistemsel, risk düzeyi ise orta veya yüksek olduğu durumlarda Karşılanmıyor kararı verilebilir

Karşılama düzeyi belirlenirken yeterli nitelik ve nicelikte toplanan kanıtlarla standardın amacı ve hedefleri esas alınır. Bu noktada; standart, değerlendirme ölçütleri, standart amaç ve hedefleri ile gereklilikleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Sunulan/elde edilen kanıtların, standart ve değerlendirme ölçütünü “Standart Uygulama Kriterleri” bakımından değerlendirilerek karşılama düzeyi kararına esas olacak şekilde temsil etmesi sağlandıktan sonra Standart, Değerlendirme Ölçütü, Amaç ve Hedefler ile Standart Gerekliliklerinin mahiyeti dikkate alınarak ;

- Standart ve değerlendirme ölçütünün kapsam ve uygulanma düzeyi
- Standart ve değerlendirme ölçütünün uygulamada izlenebilirlik ve devamlılık düzeyi

- Standart ve değerlendirme ölçütü ile ilgili hususlara yöneticilerin liderliği ve çalışanların katılım düzeyi

kriterleri arasından uygun ve ilişkili olanlara göre değerlendirme yapılır.

Elde edilen kanıtlar vasıtasıyla standart veya değerlendirme ölçütü ile ilgili bir uygunsuzluk (eksiklik&yanlılık) tespit edilmesi durumunda, bu uygunsuzluk “**Karşılanma Düzeyi Kriterleri**”ne göre ele alınmalıdır.

Unutulmaması gereken en önemli husus; “Karşılanma Düzeyi Kriterleri”, standarda ilişkin uygunsuzluk tespit edilmesi halinde, standardın karşılanma düzeyine ilişkin doğru karar vermek için kullanılacak temel parametreler olarak düşünölmelidir.

Karşılanma düzeyi kriterleri şunlardır;

- Sıklık Düzeyi
- Etki Alanı
- Risk Boyutu

Sıklık Düzeyi

Değerlendirilen örneklem bağlamında incelendiğinde, standarda/değerlendirme ölçütüne ilişkin uygunsuzluğun örneklem içindeki sıklığıdır.

Uygunsuzluğun değerlendirilen örneklem içindeki sıklığı;

- Uygunsuzluk yok ya da nadir ise (Seçilen örneklemde % 5 ve altında): **AZ**
- Az sıklıkta ise (Seçilen örneklemde % 6-15 arasında ise): **ORTA**
- Çok sık ise (Seçilen örneklemde % 16 ve üzerinde ise): **YÜKSEK**

Etki Alanı

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da kısıtlı bir alanda mı sınırlı olduğu, yoksa kurumsal ve sistemsel düzeyde mi etkili olduğunun belirlenmesini ifade eder.

- Uygunsuzluk bireysel veya oldukça sınırlı alanda ise: **BİREYSEL** olarak belirlenir. Bireysel uygunsuzluklar genellikle çalışanların dikkatsizliği, ihmalkârlığı, mesleklerinin gereklerini yerine getirmemeleri veya başka bir dış faktörden kaynaklanan nedenlerle oluşur. Kurum ya da kuruluşun tasarladığı ve uyguladığı sistem dâhilinde yer almayan ve ayrıca kurum ya da kuruluşun sorumlu tutulamayacağı çalışan veya başka bir dış faktör kaynaklı konuları genellikle içerir.

- Uygunsuzluk kurumsal veya sistemsel düzeyde etkili ise: **SİSTEMSEL** olarak belirlenir. Kurum ya da kuruluş tarafından tasarlanan sistemin organizasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ile ilgili uygunsuzluklar bu kapsamda değerlendirilir.

Risk Boyutu

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların hasta ve çalışan güvenliği ile ilişkisini ifade etmektedir. Burada güvenlikle ilgili doğrudan olan uygunsuzluklar dikkate alınır ancak olumsuzluğun en yüksek potansiyeli göz önünde bulundurulur.

- Hasta ve çalışan güvenliği açısından olumsuzluk yok/çok az (en çok ayakta tedavi edilebilecek olumsuzluklar) ise: **AZ**
- Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından kısmen olumsuz (ölümcül ya da ciddi olmayan, kronik olumsuzluklara yol açmayacak olumsuzluklar) ise: **ORTA**
- Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından çok olumsuz (kronik, sekel bırakan, ciddi, ölümcül nitelikte olabilecek olumsuzluklar) ise: **YÜKSEK**

Her bir uygunsuzluk için bahsedilen Karşılama Düzeyi Kriterlerine göre tanımlama yapılarak aşağıda yer alan değerlendirme ölçütü karşılama düzeyi matrisinde bu kararların kesişim bölgeleri bulunur. Bulunan bölgeler öz değerlendirme ekibinin kanaati için yönlendirici olup, bu kapsamda, (matristeki tekli ve ikili kararlar) standardın, standart setinin ilgili bölümünün ve hatta diğer bölümlerin ilişkili olanlarının karşılama düzeylerini de dikkate alarak yani bütüncül bir bakış açısıyla karşılama düzeyi kararı verilir.

Değerlendirme Ölçütü Karşılama Düzeyi Kriterleri Matrisi

FAKTÖR	ŞİDDET	KARŞILANMA DÜZEYİ KARARI*		ŞİDDET	FAKTÖR
RİSK BOYUTU	YÜKSEK	KM	KM	Yüksek	SIKLIK DÜZEYİ
	ORTA	KM/KK	KM	Yüksek	
	AZ	K/KK	KM/KK	Yüksek	
	YÜKSEK	KK/KM	KM	Orta	
	ORTA	K/KK	KM/KK	Orta	
	AZ	K	KK/KM	Orta	
	YÜKSEK	K/KK	KK	Az	
	ORTA	K	KM/KK	Az	
	AZ	K	K/KK	Az	
FAKTÖR	ŞİDDET	BİREYSEL	SİSTEMSEL	ŞİDDET	FAKTÖR
ETKİ ALANI					

* Karşılama Düzeyi Kararında renksiz bölmeler öz değerlendirme ekibinin kanaati sonucu belirlenir. Matris değerlendiricilere ilk kararı vermesini önceler.

Her bir değerlendirme ölçütünün karşılama düzeyleri belirlendikten sonra standarda ilişkin karşılama düzeyi kararı aşağıdaki hususlar kapsamında verilir.

- Tüm Değerlendirme Ölçütleri Karşılıyor almış ise Standart Karşılıyor (K) denilir.
- Standardın en az 1 Değerlendirme Ölçütü Karşılanmıyor almışsa Standart Karşılanmıyor (KM) denilir.
- Tüm Değerlendirme Ölçütleri Kısmen Karşılıyor almış ise Standart Kısmen Karşılıyor (KK) denilir.
- Değerlendirme Ölçütlerinin en az yarısı (tek sayı ise öz değerlendirme ekibi kanaatiyle 1 eksiği ya da 1 fazlası olabilir) Karşılıyor (K) olmak kaydıyla ve diğerleri Kısmen Karşılıyor (KK) olarak karar verilmişse Öz Değerlendirme Ekibi; Standart Karşılıyor (K) veya Kısmen Karşılıyor (KK) kararlarından birini verir.
- Değerlendirme Ölçütlerinin tüm kararları Karşılıyor ve Kısmen Karşılıyor olmak kaydıyla Kısmen Karşılanan Değerlendirme Ölçütü sayısı Karşılıyor olarak uygun görülen değerlendirme ölçütü sayısından 2 veya 2'den fazla ise Standart Kısmen Karşılıyor denilir.

Yukarıdaki açıklamalara göre aşağıda örnek olarak tek (5) ve çift (4) sayıda değerlendirme ölçütüne sahip bir standardın karşılanma düzeyi kararı olasılıkları gösterilmiştir.

5 Değerlendirme Ölçütüne Sahip Bir Standardın Karşılanma Düzeyi Kararı Olasılıkları					
Değerlendirme Ölçütleri Karşılanma Düzeyi Kararı					Standart Karşılama Düzeyi Kararı
1	2	3	4	5	
K	K	K	K	K	K
K	K	K	K	KK	K
K	K	K	KK	KK	K/KK
K	K	KK	KK	KK	KK/K
K	KK	KK	KK	KK	KK
KK	KK	KK	KK	KK	KK
K	K	K	K	KM	KM
KK	KK	KK	KK	KM	KM
K	KK	K	KK	KM	KM

4 Değerlendirme Ölçütüne Sahip Bir Standardın Karşılanma Düzeyi Kararı Olasılıkları				
Değerlendirme Ölçütleri Karşılanma Düzeyi Kararı				Standart Karşılama Düzeyi Kararı
1	2	3	4	
K	K	K	K	K
K	K	K	KK	K/KK
K	K	KK	KK	K/KK veya tersi
K	KK	KK	KK	KK
KK	KK	KK	KK	KK
K	K	K	KM	KM
KK	KK	KK	KK	KM
K	KK	K	KK	KM

Akreditasyon Kararı

* Standartlara yönelik akreditasyon kararı, başvuru ve öz değerlendirmeyi de içeren denetim sürecine ilişkin diğer tüm hususlar TÜSKA Hastane Akreditasyon Program Rehberi doğrultusunda yürütülmektedir.





STANDART VE KILAVUZLAR



Boyutlar ve Bölümler		SAS Hastane Seti	
<p>Yönetim ve Organizasyon</p> <ul style="list-style-type: none"> Organizasyon Yapısı Temel Politika ve Değerler Kalite Yönetim Yapısı Döküman Yönetimi İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Risk Yönetimi Eğitim Yönetimi Kurumsal İletişim 	<p>Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme</p> <ul style="list-style-type: none"> Göstergelein İzlenmesi 	<p>Sağlıklı Çalışma Yaşamı</p> <ul style="list-style-type: none"> İnsan Kaynakları Yönetimi Çalışan Sağlığı ve Güvenliği 	<p>HEDEFLER</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta Güvenliği Hasta Odaklılık Sağlıklı Çalışma Yaşamı Etkinlik Etkililik Verimlilik Hakkaniyet Uygunluk Zamanlılık Süreklilik
<p>Hasta Deneyimi</p> <ul style="list-style-type: none"> Temel Hasta Hakları Hasta Güvenliği Hasta Geri Bildirimleri Hizmete Erişim Yaşam Sonu Hizmetler 	<p>Sağlık Hizmetleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü Sterilizasyon Yönetimi İlaç Yönetimi Transfüzyon Yönetimi Hasta Bakımı Radyasyon Güvenliği Laboratuvar Hizmetleri Güvenli Cerrahi Acil Sağlık Hizmetleri 	<p>Destek Hizmetleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Otelcilik Hizmetleri Tesis Yönetimi Atık Yönetimi Bilgi Yönetimi Malzeme ve Cihaz Yönetimi Dış Kaynak Kullanımı 	<p>Acil Durum Yönetimi</p> <ul style="list-style-type: none"> Acil Durum Yönetimi

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.OY	Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal, mali ve klinik yönetsim ile ilgili sorunların çözüme kavuşturulması için en üst yönetimin kademesinden en alt birime kadar doğru ve yaygın tüm işlevlerle tanımlanmalıdır.
						YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birimlerin görev alanları tanımlanmalıdır.
						YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
						YO.OY.01.04	Organizasyonun amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.
						YO.OY.01.05	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde hastane politikası, prosedürü, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.
						YO.OY.02.01	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
		YO.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.				
		YO.PD.01.01	Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.				
		YO.PD.01.02	Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.				
		YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve ıktarı - bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.				
		YO.PD.01.04	Hastanede kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.				
		YO.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.				
YO.PD.01.06	Hastane, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını yılda bir kez olarak gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.						
YO.PD.02.01	Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlıklı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlenmelidir.						
YO.PD.02.02	Sağlığın teşvik ve geliştirilmesi ile ilgili uygulanan program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	YO.KY01.01
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
						YO.KY01.02
						YO.KY01.03
		YO.KY01.04	<ul style="list-style-type: none"> • Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır. • Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> • Çalışan güvenliği • Hasta güvenliği • Eğitim • Tesis yönetimi • Entegrasyon önlenmesi ve kontrolü • Radyasyon güvenliği 			
		YO.DY01.01	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanenin tüm temel fonksiyonlara ilişkin politika, prosedür, süreç ve planlar dokümanite edilmelidir. 			
		YO.DY01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.			
		YO.DY01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhatazası sağlanmalıdır.			
		YO.DY01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.			
		YO.DY01.05	Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesini yönelik süreç tanımlanmalıdır.			
		YO.OB.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyecek (ramak kaza) istenmeyen olayların bildirilmesi amacıyla istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.			
		YO.OB.01.02	Olay bazında analiz ve gereğiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
		YO.OB.01.03	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.			

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
						Hastanede gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.
						Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır
						Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi süreçler • İdari süreçler • Teknik süreçler • Hasta • Hasta yakını • Ziyaretçi • Çalışan • Tesis güvenliği • Çevre güvenliği • Finansal süreçler • Stratejik riskler • Paydaşlarla iletişim süreçleri
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.RY	Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	YO.RY.01.03
						Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.
						Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
						Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
						Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
						YO.RY.01.04
						YO.RY.01.05
						YO.RY.01.06
						YO.RY.01.07

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.EY	Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakın ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	YO.EY.01.01
						YO.EY.01.02
						YO.EY.01.03
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.Kİ	Kurumsal İletişim	YO.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	YO.Kİ.01.01
						YO.Kİ.01.02
						YO.Kİ.01.03
PÖ	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	PÖ.Gİ	Göstergelerin İzlenmesi	PÖ.KG.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	PÖ.Gİ.01.01
						PÖ.Gİ.01.02
						PÖ.Gİ.01.03

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
PÖ	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	PÖ.Gİ	Göstergelerin İzlenmesi	PÖ.KG.01.00	İdari, finansal, tıbbi admılar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	PÖ.Gİ.01.04 PÖ.Gİ.01.05 PÖ.Gİ.01.06	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.02.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlere çalışacakları hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
						SÇ.İK.01.04	Çalışanların çalışma yaşamı ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.02.01	Hastanenin insan kaynakları ihtivaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.
						SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır
SÇ.İK.02.03	İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.						
SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.						
SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performansı artırılmasına yönelik eğitim ihtivaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.						
SÇ.İK.02.06	Hastane tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanılmaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE					DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SÇ.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır	SÇ.ÇG.01.01
						SÇ.ÇG.01.02
						SÇ.ÇG.01.03
						SÇ.ÇG.01.04
						SÇ.ÇG.01.05
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir	HD.HH.01.01
						HD.HH.01.02
						HD.HH.01.03
						HD.HH.01.04
						HD.HH.01.05
						HD.HH.01.06
						HD.HH.01.07
						HD.HH.01.08
						HD.HH.01.09

BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE		DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ		
				STANDART KODU	STANDART				
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir	HD.HH.01.10	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözümlenmesine yönelik düzenleme yapılmaktadır.		
						HD.HH.01.11	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanılma durumunda hasta rızası alınmalıdır.		
						HD.HH.01.12	Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözümlenmelidir.		
						HD.HH.01.13	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.		
		HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HG.01.01	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.
								HD.HG.01.02	Hasta güvenliğinin tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizi yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskler ortadan kaldırılmaya ya da azaltılmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
								HD.HG.01.03	Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
								HD.HG.02.01	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
								HD.HG.02.02	Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.
								HD.HG.02.03	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.
								HD.HG.03.01	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
								HD.HG.03.02	Hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.
								HD.HG.03.03	Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.
								HD.HG.03.04	Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
HD	Hasta Deneyimi	HD.GB	Hasta Güvenliği	HD.HG.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	HD.HG.04.01	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
				HD.HG.04.02	Tanı amaçlı yapılan tıbbi işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.	HD.HG.04.02	Tanı amaçlı yapılan tıbbi işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.
				HD.HG.04.03	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	HD.HG.04.03	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
				HD.HG.04.04	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	HD.HG.04.04	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
				HD.HG.04.05	Bölmeler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.	HD.HG.04.05	Bölmeler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.
		HD.HG.04.06	Hastane içi ve hastane dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.	HD.HG.04.06	Hastane içi ve hastane dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.		
		HD.HG.05.01	Hastanın güvenli transferine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	HD.HG.05.01	Hastanın güvenli transferine yönelik süreç tanımlanmalıdır.		
		HD.HG.05.02	Hastanın güvenli transferine yönelik önlemler alınmalıdır.	HD.HG.05.02	Hastanın güvenli transferine yönelik önlemler alınmalıdır.		
		HD.GB.01.01	Sistemde, geri bildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesi için yapılacak şekilde kapsamı, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.	HD.GB.01.01	Sistemde, geri bildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesi için yapılacak şekilde kapsamı, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.		
		HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.	HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.		
HD.GB.01.03	Geribildirimler değerlendirilmelidir.	HD.GB.01.03	Geribildirimler değerlendirilmelidir.				
HD.GB.01.04	Geribildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	HD.GB.01.04	Geribildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.				
HD.HE.01.01	Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.	HD.HE.01.01	Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.				
HD.HE.01.02	Hastaların politiklik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman ruhayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.	HD.HE.01.02	Hastaların politiklik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman ruhayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.				

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE												
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU						
HD	Hasta Deneyimi	HD.HE	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.03						
						HD.HE.01.04						
						HD.YS.01.01						
						HD.YS.01.02						
						HD.YS.01.03						
						HD.YS.01.04						
						HD.YS.01.05						
						HD.YS.01.06						
						SH	Sağlık Hizmetleri	SH.EÖ	Erişimlerin Ölçülmesi ve Kontrolü	SH.EÖ.01.00	Erişimlerin ölçülmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EÖ.01.01
												SH.EÖ.01.02
SH.EÖ.01.03												

Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşmada ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.

Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Hastanede yaşam sonu hizmetlerine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmelidir.

Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçlerde mahremiyet ve güvenliği sağlanmalıdır.

Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalı, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları oluşturulmalıdır.

Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulmalıdır.

Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalı ve uygun şekilde teslim edilmelidir.

Erişimlerin ölçülmesi ve kontrolüne yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.

Erişimlerin ölçülmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.

Erişimlerin ölçülmesi ve kontrolüne yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY01.01	Sterilizasyon ünitesinde, işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.
						SH.SY01.02	Yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması, sterili edilmesi, depolanması ve, transferi ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.
						SH.SY01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.
		SH.IY01.01				SH.IY01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
		SH.IY01.02				SH.IY01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
		SH.IY01.03				SH.IY01.03	Hastane formülleri oluşturulmalıdır.
		SH.IY01.04				SH.IY01.04	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.IY01.05				SH.IY01.05	İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
SH.IY01.06				SH.IY01.06	İlaçların hazırlama ve transferi aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.		
SH.IY01.07				SH.IY01.07	İlaçların uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.		
SH.IY01.08				SH.IY01.08	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.TY	Transfüzyon Yönetimi	SH.TY01.00	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	SH.TY01.01	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.
						SH.TY01.02	Süreçlere yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
						SH.TY01.03	Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.
				SH.TY02.00	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi sürecinde hasta, başışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.TY02.01	Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
						SH.TY02.02	Güvenli kan ve kan ürünleri teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
						SH.TY02.03	Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
						SH.TY02.04	Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması sağlanmalıdır.
				SH.TY02.05	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.		
				SH.TY02.06	İmhası gereken kan ve kan ürünlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.		
				SH.TY03.01	Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.		
				SH.TY03.02	Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.		
				SH.TY03.03	Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.		
				SH.TY03.04	Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmelidir.		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakım	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	
						Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç multidisipliner yaklaşımla bakım sürecindeki tüm sağlık profesyonellerinin katılımı sağlayacak şekilde planlanmalıdır.	
						SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
						SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
						SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek güncellenmelidir.
						SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
						SH.HB.01.06	Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
						SH.HB.01.07	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar, eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarılar içermelidir.
						SH.HB.02.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
						SH.HB.02.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik önlemler alınmalıdır.
						SH.HB.02.03	Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
						SH.HB.03.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.
						SH.HB.03.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE								
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU		
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ		
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.RG	Radyasyon Güvenliği	SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.RG.01.01	Radyasyon güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.	
					SH.RG.01.02	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.		
					SH.RG.01.03	Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.		
	SH	Sağlık Hizmetleri	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.LH.01.01	Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
						SH.LH.02.01	Laboratuvarda çalışan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmalıdır.	
						SH.LH.02.02	Rehber ilgili sağlık çalışanları tarafından ulaştırılabilir olmalıdır.	
						SH.LH.02.03	İlgili sağlık çalışanları rehberin kullanımını hakkında bilgilendirilmelidir.	
						SH.LH.03.01	Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	
						SH.LH.03.02	Test istemine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.	
SH.LH.03.03	İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmelidir.							

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	
				SH.LH.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.04.01	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
						SH.LH.04.02	Laboratuvarlarda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
						SH.LH.04.03	Test sonuçlarının güvenilirliğine yönelik kalite kontrol işlemleri yapılmalıdır.
						SH.LH.05.01	Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
						SH.LH.05.02	Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.05.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.05.03	Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.
						SH.LH.05.04	Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
						SH.LH.05.05	Test numunelerinden artan biyolojik materyalin, işlemleri tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
				SH.LH.06.00	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SH.LH.06.01	Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.
				SH.LH.07.00	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	SH.LH.07.01	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.
						SH.LH.07.02	Gösterge sonuçları değerlendirilmedi, izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.GC	Güvenli Cerrahi	SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
						Güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamakları ve kuralları tanımlanmalıdır.
						SH.GC.01.02
						Cerrahi uygulama öncesinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
						SH.GC.01.03
						Cerrahi uygulama esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
						SH.GC.01.04
						Cerrahi uygulama ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
						SH.GC.02.01
						Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.
						SH.GC.02.02
						Ameliyat alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
						SH.AS.01.01
Acil sağlık hizmeti süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.						
SH.AS.01.02						
Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.						
SH.AS.01.03						
Acil servis ünitesinin fiziki alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.						
SH.AS.01.04						
Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.						
SH.AS.02.01						
Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulü sağlanmalı, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin bir şekilde verilmelidir.						
SH.AS.02.02						
Acil servis içi transferlerde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.						
SH.AS.02.03						
Acil servise başvuru yapan hastaların müdahale ve tedavilerine yönelik öncelikler belirlenmelidir.						
SH.AS.02.04						
Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır.						
SH.AS.02.05						
Hastanın sevgi, yatağı veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmalıdır.						
SH.AS.02.06						
Acil servis süreçlerinde doğru bilgi akışı sağlanmalıdır.						
SH.AS.02.07						
Zehirlenme vakaları ve acil vakalara yönelik prosedürler belirlenmelidir.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
				STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
				DH.OH.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.01.01
						DH.OH.01.02
						DH.OH.01.03
						DH.OH.01.04
						DH.OH.02.01
						DH.OH.02.02
						DH.OH.02.03
DH	Destek Hizmetleri	DH.OH	Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.02.00	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.02.01
				DH.OH.03.00	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	DH.OH.03.01
						DH.OH.03.02
				DH.OH.04.00	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	DH.OH.04.01
						DH.OH.04.02

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE								
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	
DH	Destek Hizmetleri	DH.TY	Tesis Yönetimi	DH.TY01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	DH.TY01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	
						DH.TY01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.	
						DH.TY01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.	
						DH.TY01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.	
						DH.TY01.05	Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.	
						DH.TY01.06	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır	
	DH.AY01.01	Atık Yönetimi	DH.AY	Atık Yönetimi	DH.AY01.00	Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	DH.AY01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.
							DH.AY01.02	Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.
							DH.AY01.03	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolanması sağlanmalı ve bertaraf için gerekli işlemler yapılmalıdır.
							DH.AY01.04	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.
							DH.BY01.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.
							DH.BY01.02	Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek at yapıları oluşturulmalıdır.
DH.BY	Bilgi Yönetimi	DH.BY	Bilgi Yönetimi	DH.BY01.00	Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	DH.BY01.03	Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
						DH.BY01.04	Bilgi güvenliği ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
						DH.BY01.05	Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.	
						DH.BY01.06	Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	
DH	Destek Hizmetleri	DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımını sağlamaktır.	DH.MC.01.01	Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.
						DH.MC.01.02	Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.
						DH.MC.01.03	Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.
						DH.MC.01.04	Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar sağlanmalıdır.
						DH.MC.01.05	Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.
		DH.MC.01.06	İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yapılmalıdır.				
		DH.MC.01.07	Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımını için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaştırılmalıdır.				
		DH.MC.01.08	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.				
		DH.DK.01.01	Dış kaynak kullanımını yolu ile sağlanacak hizmetler hastanenin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.				
		DH.DK.01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreleri tanımlanmalıdır.				
DH.DK.01.03	Dış kaynak kullanımını yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	AD.AD.01.01	Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.
				AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirler ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.	AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirler ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.
				AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.	AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.
				AD.AD.02.01	Solumun arresti (durras) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	AD.AD.02.01	Solumun arresti (durras) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
				AD.AD.02.02	Acil uyan sisteminin yönetiminin sorumlu kişiler belirlenmelidir.	AD.AD.02.02	Acil uyan sisteminin yönetiminin sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
				AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.	AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.
				AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
				AD.AD.02.06	Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	AD.AD.02.06	Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.
				AD.AD.03.01	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	AD.AD.03.01	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
				AD.AD.03.02	Acil uyan sisteminin yönetiminin sorumlu kişiler belirlenmelidir.	AD.AD.03.02	Acil uyan sisteminin yönetiminin sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
AD.AD.03.04	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	AD.AD.03.04	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.				
AD.AD.03.05	Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	AD.AD.03.05	Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.				

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
						Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
				AD.AD.04.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.04.01
						Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
						Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
						Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır
						AD.AD.04.03
						AD.AD.04.04
						AD.AD.05.01
			Acil Durum Yönetimi			Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
		AD.AD				Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
AD	Acil Durum Yönetimi					AD.AD.05.02
						AD.AD.05.03
				AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
						AD.AD.05.04
						Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.
						AD.AD.05.05
						Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır

Yönetim ve Organizasyon





Organizasyon Yapısı



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

» Etkililik

» Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Organizasyon Yapısının Oluşturulması

Hastanenin organizasyon yapısı temel politika ve değerler çerçevesinde belirlenen amaç ve hedeflere en etkili biçimde ulaştıracak şekilde tasarlanmalıdır. Bu kapsamda kurumsal yapı tasarlanırken hastanenin büyüklüğü, hizmet çeşidi, hedef kitlesi, diğer ilgili kurumlar ve konuları, iç ve dış gereklilikler gibi temel unsurlar değerlendirilerek, işlevsel, Bölümsel veya Matriks gibi yapılandırma tarzlarından uygun görülen biri ya da birkaçı birlikte ele alınmalıdır.

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

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

Yönetişim

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

- » Şeffaflık
- » Hesap verebilirlik
- » Katılımcılık
- » Cevap verebilirlik
- » Hukukun üstünlüğü
- » Etkinlik

- » Eşitlik
- » Stratejik vizyon

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

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

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

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

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

Görev, Yetki ve Sorumlulukların Tanımlanması

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

Birim Sorumlularının Belirlenmesi

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

Kurumsal Planların Oluşturulması

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

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.OY.02.00	Hastane, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	YO.OY.02.01	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
		YO.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.

Amaç

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

Hedefler

- » Etkililik » Etkinlik » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

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

Bu kapsamda;

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

Temel Politika ve Değerler



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Misyon, Vizyon ve Değerlerin Belirlenmesi

- » İç ve dış çevresel koşulların analizi sonucunda elde edilen bilgiler ile hastanenin ulaşmayı hayal ettiği koşullar esas alınarak kurum misyon ve vizyonu belirlenmelidir.
- » Hastane, gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları içeren değerlerini belirlemelidir. Etik ilke ve davranış kuralları, hasta ve çalışan odaklılığını ön plana çıkaran ilkeler gibi konular hastane değerleri kapsamında ele alınabilir.
- » Hastane, temel politika ve değerlerinin çalışanlar ve hizmet alıcılarının asgari değerleri ile uyushmasına özen göstermelidir.
- » Stratejik plan yılda bir kez gözden geçirilmeli gerektiğinde revize edilmelidir.

Temel Politika ve Değerlerin Kamuoyu ile Paylaşılması

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

Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi

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

Hizmet Planlamasının Yapılması

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

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.PD.02.00	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	YO.PD.02.01	Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.
		YO.PD.02.02	Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili uygulanan program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

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

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

- » Sigara ile mücadele
- » Obezite ile mücadele
- » Toplumun dış sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
- » Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
- » Organ bağışının teşviki
- » Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme
- » Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi
- » Uzun dönem yatan hastaların psikolojik, sosyal ve kültürel gelişimlerinin teşviki
- » Anne sütü ile beslenmenin teşviki
- » Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri
- » Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği



Kalite Yönetim Yapısı

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Kaliteye ilişkin Yönetsel Yapı

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

Kalite İyileştirme Çalışmalarının Planlanması, Yürütülmesi ve Koordinasyonunu

- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları çerçevesinde, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamak üzere aşağıda yer alan asgari faaliyetler yürütülmelidir:
 - Ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması ve uygulanmasının sağlanması

- √ Öz değerlendirmeye ilişkin süreçlerin tanımlanması ve uygulanması (yılda en az 2 kez ve tüm süreç ve bölümleri kapsayacak şekilde)
- √ Hasta/çalışan memnuniyet anketlerine yönelik kapsam ve süreçlerin tanımlanması ve uygulanması [Yılda en az iki kez ve hastanenin hizmet türüne göre farklı hizmet alanlarını (ayaktan hasta, yatan hasta, acil hizmetler, günübirlik girişimsel işlem yapılan hastalar, kemoterapi hastaları vb.) kapsayacak ve bu hizmet alanlarına özgü beklenti ve algıyı yansıtabilecek şekilde]
- √ Hasta/çalışan görüş ve önerilerinin alınması ve değerlendirilmesine yönelik süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
- √ Göstergeler aracılığı ile kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik performansın izlenmesi, buradan elde edilen sonuçların iyileştirme amaçlı kullanılmasına yönelik çalışmaların planlanması ve takibi
- √ Performans ve kalite iyileştirme verilerinin üst yönetim ile periyodik olarak paylaşılması
- √ Hastanede gerçekleştirilen dış değerlendirmelere ilişkin sonuçların izlenmesi ve kurum yararına kullanılması ile ilgili süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
- Komite çalışmalarının izlenmesi ve ilgili komitelerin koordinasyonu
- Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve sistemin gerektirdiği kurallar çerçevesinde uygulanmasının sağlanması
- Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ile işbirliği içinde bölüm ve/veya süreç bazlı yapılan kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonu

Kalite Komitelerinin Oluşturulması

- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları kapsamında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır (hastane büyüklüğü ve koşullarına göre komiteler birleştirebilir):
 - Çalışan Güvenliği
 - Hasta Güvenliği
 - Eğitim

- Tesis Yönetimi
 - Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
 - Radyasyon Güvenliği
- » Komitelerin diğer komitelerle işbirliği ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.



Doküman Yönetimi

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.DY.01.00	Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.	YO.DY.01.01	Hastanenin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politika, prosedür, süreç ve planlar dokümante edilmelidir.
		YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.
		YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.
		YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.
		YO.DY.01.05	Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik

Standart Gereklilikleri

Doküman Yönetim Sisteminin Oluşturulması

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

Hazırlanması Gereken Dokümanların Belirlenmesi

- » Hastanenin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politika, prosedür, süreç ve planlar dokümante edilmelidir.
- » Hazırlanması gereken dokümanlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları, hastanenin büyüklüğü, hizmet sunum alanları ve süreçleri dikkate alınarak belirlenmelidir.
- » Hazırlanan dokümanlar belirli aralıklarla gözden geçirilmeli ve gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.

» SAS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türlerine örnekler aşağıda listelenmiştir:

- Prosedür
- Talimat
- Rehber
- Form
- Plan
- Rıza Belgesi
- Liste
- Yardımcı Doküman:
 - √ Politika
 - √ Protokol
 - √ Hedefler
 - √ Görev-Yetki-Sorumluluklar
 - √ Klinik Rehberler
 - √ İş Akışı
 - √ İlaç İmha Tutanağı
 - √ Toplantı Tutanaqları

Dokümanın Formatının Belirlenmesi

» Tüm dokümanlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Dokümanın
 - √ Adı
 - √ Kodu
 - √ Yayın Tarihi
 - √ Revizyon Tarihi
 - √ Revizyon Numarası
 - √ Sayfa No/Sayfa Sayısı
 - √ Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri

- » Dokümanların orijinal nüshalarında; Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgilerinde; kişi(ler)in, unvan ve imzaları yer almalıdır.

Dokümanların Hazırlanması

- » Dokümanlar, SAS Hastane kapsamında belirtilen formata uygun olarak hazırlanmalıdır.
- » Doküman ilgili bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından hazırlanmalıdır.
- » Dokümanlar anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli açık ve net olmalıdır.

Dokümanların Kontrolü ve Onaylanması

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

Dokümanların İlgililere Ulaştırılması

- » Dokümanların güncel versiyonlarının etkin şekilde ilgili çalışanlarla paylaşılması sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara, hazırlanan dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir. Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır.
- » Dokümanların takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmeli, asılan dokümanlar güncel olmalıdır.
- » Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, görsel olarak uygun şekilde düzenlenmelidir.
- » Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalara yönelik kurallar belirlenmelidir.

Dokümanların Muhafazası

- » Fiziki veya elektronik imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim birimince muhafaza edilmelidir. Orijinal fiziki dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır. Elektronik imzalı dokümanların elektronik ortamda muhafazası ile ilgili kurallar tanımlanmalı, dokümanların güvenliğine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

- » SAS doğrultusunda yapılan çalışmalarını gösterir kayıtların (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları, Özdeğerlendirmeler, bakım kalibrasyon kayıtları, ısı nem takipleri gibi) muhafazasına ilişkin süreçler, bu dokümanların ne kadar süre saklanacağını da içerecek şekilde tanımlanmalı ve bu doğrultuda muhafaza edilmelidir.

Dokümanların Revizyonu

- » Hastanenin herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.
- » Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Yönetimin onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılmalıdır.
- » Güncellenen dokümana revizyon numarası ve revizyon tarihi yazılmalıdır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenmelidir.
- » Hastanede kullanılan tüm dokümanların bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.
 - Doküman Adı
 - Doküman Kodu
 - Yayın Tarihi
 - Revizyon Tarihleri
 - Revizyon Numarası

Dış Kaynaklı Dokümanın Takibi

Dış kaynaklı dokümanların takibi ve güncelliği hastanece belirlenen bir metot ile sağlanmalıdır. Hastane dış kaynaklı doküman takibini sağlayacak sorumluları belirlemelidir.

Dokümanların Arşivlenmesi ve İmhası

Dokümanların arşivlenmesi ve imhası ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

- » Hastanede; hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile bildirim sistemi oluşturulmalıdır.
- » Sistem web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir olmalıdır.
- » Sistem gizlilik esaslı olmalıdır.
- » Sistem kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanmalı ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir.
- » Sistem iki modülde ele alınmalıdır:
 - Hasta Güvenliği Modülü (hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir)
 - Çalışan Güvenliği Modülü
- » Sistem; uygulamanın etkinliğini ve kullanımını artırmak, hastanede raporlama kültürü oluşturmak, olaylardan ders çıkarılmasını sağlamak, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmek ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmek amacı ile;
 - Çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde gizlilik esaslı tasarlanmalı, gerektiğinde isim, yer gibi bilgilerin bildirilebilmesine olanak sağlamalı
 - Gönüllülük esasına uygun olmalı
 - Ulaşılabilir olmalı
 - Kolay kullanılmalı
 - Basit ve anlaşılır olmalı

- » Modüller asgari aşağıdaki bilgileri elde edecek şekilde tasarlanmalıdır:
 - Olayın konusu
 - Olayın anlatılması
 - Olaya ilişkin varsa gürüş ve öneriler

Analiz ve İyileştirmeler

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



Risk Yönetimi

Standart 1

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

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.RY.01.00	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	YO.RY.01.05	Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		YO.RY.01.06	Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
		YO.RY.01.07	Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Risk Yönetiminin Kapsamı

Risk yönetimi; aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır.

- » Tıbbi süreçler
- » İdari süreçler
- » Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler
- » Hasta (Bkz. Hasta Güvenliği Bölümü)
- » Hasta yakını

- » Ziyaretçi
- » Çalışan (Bkz. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Bölümü)
- » Tesis yönetimi (Bkz. Tesis Yönetimi Bölümü)
- » Çevre Güvenliği
- » Finansal süreçler
- » Stratejik riskler
- » Paydaşlarla iletişim süreçleri

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

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

Risk yönetimi ile ilgili prosedürde asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

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

Risk Yönetimi Planı

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

Plan asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:

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

» Sorumlular

» Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi

Tanımlanmış tüm riskler risk yönetimi planı kapsamında kayıt altına alınmalı, risk analizleri en az iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.

Risklerin Belirlenmesi ve Analizi

- » Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler bölüm, kişi ve/veya süreç bazında belirlenmelidir.
- » Riskler kurum tarafından belirlenen yöntemle göre analiz edilmelidir.
- » Risk analiz yöntemi basit, anlaşılır ve uygulanabilir olmalıdır.
- » Risk düzeyleri, risklerin gerçekleşme olasılığı ve olası etkileri göz önünde bulundurularak en az 3 kategoride (Düşük, orta, yüksek) derecelendirilmelidir.

İyileştirme Çalışmaları

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

Risk Yönetimi Etkinliğinin İzlenmesi

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



Eğitim Yönetimi

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Eğitim Yönetimi

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

Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi

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

değerlendirilmelidir.

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

Çalışan Eğitimleri

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

Hasta ve Hasta Yakını Eğitimleri

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

Eğitimlerin Planlanması ve Uygulanması

- » Eğitim etkinliklerine yönelik içerik oluşturma, yöntem belirleme, uygulama ve değerlendirme süreçlerinin bir sistem dâhilinde düzenlenmesini sağlamak üzere eğitim planları oluşturulmalıdır.

- » Eğitim planları; eğitim ihtiyacının niteliği, ilgili konularda ulaşılmak istenen hedeflerin öncelik durumu, hedeflere erişilebilme süresi, hastane-nin kurumsal politikası ile değişim sürecine yönelik amaç ve hedefleri doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planlarında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
 - Eğitimin amaç ve hedefleri
 - Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği
 - Eğitim yöntemi
 - Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi)
 - Eğitimin yeri
 - Eğitimin süresi
 - Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar
 - Eğitim için gerekli materyaller
 - Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri
- » Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.
- » Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi gereken durumlarda eğitim planında yer alan konular dikkate alınarak süreç yönetilmelidir.
- » Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir.İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik rehberler oluşturulmalı, uyum eğitimlerinin göreve başlama sonrası en kısa sürede verilmesi sağlanmalıdır.

Eğitimin Değerlendirilmesi

- » Hazırlanan eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli, plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği, belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda değerlendirilmelidir.

- » Etkinlik değerlendirmeleri eğitimcinin performansını da kapsmalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılacak yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:
 - Ön test-son test
 - Öz değerlendirmeler
 - Gözlemler
 - Kişilerle yapılan görüşmeler
 - Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler
 - Anketler
 - Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)

Kurumsal İletişim



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Hedef Kitle ve İletişim Stratejilerinin Belirlenmesi

- » Kurumsal iletişim kapsamında; hastane türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
- » Hedef kitle, hastane içinde ve hastane dışındaki iletişim paydaşları esas alınarak belirlenmelidir.
- » İletişim stratejisi çerçevesinde hastane içinde yer alan hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Hastaneyi oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi ve karar akışı
 - Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı
 - Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim
 - Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim

Hedef Kitlenin Bilgilendirilmesi

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

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

Olumlu Kamuoyu Oluşturulması

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

Bu faaliyetler; bilgilendirme kanalları (afiş, broşür, web tabanlı vb.) ile yapılabileceği gibi, gerek hizmet sunum esnasında çalışanların hasta ve yakınlarına etkili iletişim kurarak kaliteli hizmet verilmesinin sağlanması, gerekse yönetim kademelerinin hastaneyi dış çevrede etkili temsili ve iyi ilişkiler kurması ile sağlanmalıdır.

Kurumsal İletişim ve Algının İzlenmesi

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



Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme



Göstergelerin İzlenmesi



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	PÖ.Gİ.01.01	Göstergelerin izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.02	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.
		PÖ.Gİ.01.03	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.04	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.05	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.06	Göstergelere ilişkin sonuçlar ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

		PÖ.Gİ.01.07	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar, SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.
--	--	-------------	---

Amaç

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

Hedefler

Göstergelerin özelliğine göre farklılık göstermektedir.

Standart Gereklilikleri

Gösterge İzlem Sürecinin Tanımlanması

- » Performansı ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmaları dokümanite edilmelidir.
- » Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim birimi tarafından koordine edilmelidir.
- » Göstergelerin takibi konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.

Göstergelerin Belirlenmesi

- » Hastanede, kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacı ile idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçlerin performansı ölçülmeli ve izlenmelidir.

- » Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile kurum hizmet türü ve hasta profiline göre izlenmesi gereken SAS göstergeleri belirlenmelidir.
- » Kurum hasta ve çalışan güvenliği kapsamında kritik öneme sahip herhangi bir sürece yönelik gerçekleştireceği kalite iyileştirme çalışmalarını, gerektiğinde SAS Hastane Setinde yer alan göstergeler dışında da yeni göstergeler belirleyerek yürütmelidir. Ölçüm sistematığına dahil edilen bu göstergelerin izlem süreci, uygulama ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını da kapsayacak şekilde yürütülmelidir. Kurum belirlediği göstergelerini iyileştirme çalışmalarına katkı sağlaması açısından değerlendirmeli, hangi sıklıkta izlemeye devam edeceğini, izlemin ne zaman sonlandırılacağını vb. yönelik kurallarını tanımlamalıdır.

Gösterge Kartları

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

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

Göstergelerin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla hastane bünyesinde ihtiyaç duyulan göstergeler

için bilgi yönetim sistemi altyapıları veya mevcut ulusal/uluslararası veri sistemleri kullanılmalıdır.

Verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik önlemler alınmalıdır.

Analiz ve İyileştirmeler

Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Sonuçlar üst yönetim ve ilgili çalışanlarla paylaşılmalıdır.

SAS Gösterge Veri Sistemi

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

Sağlıklı alışma Yaşamı





İnsan Kaynakları Yönetimi



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim Yapısı ve Üst Yönetim ile İlişkisi

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

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

- » Yönetim yapısında yer alan personelin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.
- » Görev ve sorumlulukların yerine getirilmesi için yönetim yapısında yer alacak personelin hangi niteliklere sahip olması gerektiği de tanımlanmalıdır.

Hedefler ve Planlama

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

Çalışanın Görüş ve Önerileri

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

Standart 2

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

Amaç

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

Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Personel Temini

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

İşe Alım Süreçleri

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

Personelin İşe Uyumu

Hastane, ihtiyaçları doğrultusunda tanımlanan pozisyon için istihdam ettiği personelin yeni çalışma ortamına hızlı ve doğru bir şekilde adapte olmasını sağlamaya yönelik süreçleri tanımlamalıdır. Çalışanın iş ortamında uyması gereken temel ve mesleki kurallar, hastanenin temel çalışma ilkeleri, çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilecek unsurlar ile hiyerarşik düzende çalışacağı kişiler ve hastane çatısı altında yararlanabileceği fiziksel, sosyal tüm imkanlara kadar her türlü bilginin personele işe başlarken ve belli bir zaman diliminde aktarılması gereklidir.

Görev Yetki , Sorumluluklar ve Performans Kriterleri

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



Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi

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

Risk Analizleri

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

- Tesis kaynaklı risklerin yönetilmesi
 - Ergonomik faktörler
 - Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
 - Psikiyatri kliniği, yoğun bakım ünitesi, acil servis gibi özellikli bölümlerde çalışan personele yönelik risklerin yönetimi
 - Çalışanlar arası mobbingin önlenmesi
 - Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
 - Bağışıklama
 - Gereksiz iş yükünün azaltılması
 - Stres yönetimi
- » Hastanede, çalışanların tıbbi, psikolojik danışmanlık ve destek hizmetlerini sürekli alabileceği şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden ramak kala yaşanan olaylar ve istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kişisel Koruyucu Ekipman

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

Kalite İyileştirme

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

Çalışma Ortamının Geliştirilmesi

- » Çalışanların fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi ko-

nularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır.

- » Yapılan işler ile çalışanların fiziksel kapasiteleri ve yetkinlikleri arasında uyum sağlanması
- » Yeterli sağlık ve güvenlik düzeyine ulaşılması amacı ile çalışanların mesleki gelişimini veya motivasyonunu teşvike yönelik eğitimler ve faaliyetler, birimler ve bölümler arasında çalışanların haberleşme, iletişim ve işbirliğinin etkin olarak sağlanmasına yönelik çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Hastane tarafından; Personelin yararlanabileceği dinlenme, okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimlerine yönelik faaliyetler yapılmalıdır.
- » Hastane çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik motivasyonunu artırıcı yönelik faaliyetler yapılmalıdır.
- » Hastanede engelli ve hasta personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışana sağlanan imkanların, kolay ulaşılabilir, pratik ve çalışan odaklı olmasına özen gösterilmelidir.



Hasta Deneyimi



Temel Hasta Hakları



Standart 1

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

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetsel Yapı

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

Hizmetler ve Hasta Hakları Hakkında Bilgilendirme

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

Hekim Seçimleri ve Tercihleri

Sağlık hizmeti sürecinde hekim seçimi, tedaviyi kabul veya reddetme gibi hastanın seçimleri ve tercihleri dikkate alınmalıdır.

- » Hasta tıbbi tedavi süresince bakım hakkında bilgilendirilmeli, tercihleri ve talepleri dikkate alınmalı, bakım sürecine katılması sağlanmalıdır.
- » Hastanın tıbbi tedaviyi reddetme veya tedavi gördüğü sürede tedaviye yönelik işlemleri reddetmesi durumunda varsa alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmeli, tercihleri değerlendirilmelidir. Tedaviyi reddetmekten ya da devam etmemekten doğacak riskler hakkında bilgilendirilmeli ve onamı alınmalıdır.

Hasta Rızası

- » Hastaya uygulanacak her türlü tıbbi işlem öncesinde, hasta bilgilendirilmelidir.
- » Yatarak tedavi edilmek üzere hastaneye kabul edilen veya ayaktan kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecinde gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.
- » Cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan ürünü kullanımı, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesinde hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır. Bu yazılı onay asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
 - İşlemi yapacak kişi
 - İşlemden beklenen faydalar
 - İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
 - Varsa işlemin alternatifleri
 - İşlemin riskleri, komplikasyonları
 - İşlemin tahmini süresi
 - Hastanın adı, soyadı ve imzası (Bilinci açık olmayan hastalar, çocuk hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetkinliğine sahip olmayan hastalar ile acil durumlara yönelik düzenleme kurum tarafından tanımlanmalıdır.
 - İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası

- Onayın alındığı tarih ve saat bilgileri

Tıbbi Dokümanlara Ulaşabilme

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

Şikayetler

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

Etik İkilimlerin Çözülmesi

Hekim tarafından kararı verilen tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemlerin varlığı durumunda sürecin nasıl yönetilmesi gerektiği önceden tanımlanmalıdır.

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

Hasta Güvenliği



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Güvenliği Komitesi

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

Hasta Güvenliğine Yönelik Risklerin Değerlendirilmesi

- » Hasta güvenliğine yönelik riskler (Klinik ve hasta bazında) analiz edilmeli, değerlendirilmeli, risk düzeyleri belirlenmeli ve analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Hastane, Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın çeşitli bölümlerinde yer alan Hasta Güvenliği ile ilgili aşağıdaki konuları ele almalıdır.
 - Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
 - İlaç güvenliği
 - Radyasyon güvenliği
 - Düşmelerin önlenmesi
 - Güvenli cerrahi
 - Kimlik doğrulama
 - Bilgi güvenliği
 - Acil durum yönetimi
 - Tesis güvenliği
 - Transfüzyon güvenliği
 - Tıbbi cihaz güvenliği
 - İstenmeyen olay bildirim sistemi
 - Atık yönetimi
 - Hasta güvenliğini tehdit eden diğer unsurlar

Standart 2

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

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliğı
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

Hasta Kimliğinin Doğrulanması

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

» Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, hasta transferi sırasında vb.) hasta kimliği kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanmalıdır. Kimlik tanımlama parametreleri aşağıdaki bilgilerden oluşabilir:

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

Kimlik tanımlayıcı üzerinde en fazla dört parametreye ait bilgi bulunmalıdır.

Aşağıda, kimlik doğrulama işlemi sırasında kullanılacak yöntemlere örnekler verilmiştir:

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

Kimlik Tanımlayıcı Kullanımı

Kimlik doğrulaması amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır. Bu amaçla Ayaktan hastalarda;

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

- » Kol bantları/bileklikler
- » Barkodlama Sistemleri
- » Biyometrik sistemler (Retinal tarama, parmak izi taraması, avuç içi kimlik doğrulama sistemi vb.)
- » Hastane tarafından belirlenen hasta kimliğini tanımlayabilecek diğer yöntemler

Kimlik tanımlayıcısı olarak kol bantları/bilekliklerin kullanımı durumunda aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir.

- » Yatışı yapılan hastalarda beyaz, alerjisi olan hastalarda kırmızı renkli kol bandı/bileklik kullanılmalıdır.
- » Kol bantları/bileklikler üzerinde en az hasta adı/soyadı, doğum tarihi, protokol numarası bilgileri bulunmalıdır.
- » Kol bandı/bileklik üzerindeki bilgiler okunaklı olmalı, silinebilir özellikte olmamalıdır.
- » Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli kol bandı/bileklik kullanılmalıdır.
 - Kol bandı/bileklik kullanılıyorsa aynı seri numaralı anne-bebek kol bandı/bileklik kullanılmalı,
 - Annedeki beyaz renkli kol bandı/bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kol bandı/bileklik ile değiştirilmeli,
 - Bebeğin kol bandında en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bilgileri bulunmalıdır.
- » Kol bandı/bileklikler, anne doğum yaptığında, hastanın alerjisi tespit edildiğinde, kol bandı/bileklik özelliğini kaybettiğinde değiştirilmelidir.
- » Kimliği belli olmayan, aynı serviste yatmakta olup benzer isimli olan, yaşamını yitiren, kol bandı/bileklik kullanımı için fiziksel veya tıbbi engeli olan, alerjisi olup doğum yapan, ikiz bebekler vb. hastalar için kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

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

Hastalar kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve kimlik doğrulamanın önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

Standart 3

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

Amaç

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

Hedefler

» Hasta Güvenliği » Etkinlik » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

Hastane yönetimi, hasta düşmelerini önlemeye yönelik tüm çalışanların katılımını sağlamalı, hastanenin tüm bölümlerinde düşme önleme strateji-

lerine yönelik kurulacak sistem bütüncül olarak planlanmalıdır. Bu planda aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir;

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

Düşme Riski Değerlendirmesi

- » Yatan hastalar ve kurum tarafından belirlenen ayaktan hasta gruplarının düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Hastane tarafından, bazı özellikli bölümlerde yatan hastalar (yoğun bakım hastaları, yeni doğan yoğun bakım hastaları, 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar) risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir.
- » Hastaların düşme riski değerlendirmesi hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekimi tarafından yapılmalıdır. Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.
- » Hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. Morse, Hendrich II, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) gibi ulusal ve uluslar arası ölçekler bu ölçeklere örnek olarak verilebilir. Belirlenen risk düzeylerine göre alınacak önlemler planlanmalıdır.

Düşme Riskine Göre Alınması Gereken Önlemler

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

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

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

Düşmelerin İzlenmesi

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

Standart 4

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Çalışanlar arası nöbet değişimleri, sözel-telefonla alınan istemler, tetkik sonuçlarında meydana gelen panik değerlerin iletilmesi, kullanılmaması gereken kısaltma, sembol ve simgelerin kullanılması, bölümler arası hasta transferi ve hastane içi ve hastane dışı konsültasyonlar sağlık çalışanları arasında bilgi akışını etkileyen önemli süreçler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışanların Nöbet Teslimleri

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

- » Nöbet teslimleri; nöbeti devreden ve devralan çalışanlar arasında olacak şekilde en az iki kişi ile yapılmalıdır.
- » Nöbet değişimlerinde hasta; hem bilgilerin kayıtlar üzerinden aktarılması ile hem de hasta başı ziyareti yapılarak teslim edilmelidir.
- » Nöbet teslimi sırasında hasta bakım sürecine ilişkin gerekli tüm bilgiler (kullanılan ilaçlar, klinik seyir, hasta bakımı ile ilgili özel durumlar vb.) aktarılmalıdır.

Panik Değerlerin Bildirilmesi

Panik değer; bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri tanılabilir, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.

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

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

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

Sözel İstem Uygulaması

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

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

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

Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar

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

Hasta Transferinde İletişim

- » Bölümler arası hasta transferi uygun nakil yönetimi ile yapılmalıdır (sedye, tekerlekli sandalye vb.).
- » Nakil sırasında hastaya bir sağlık çalışanı eşlik etmelidir.
- » Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler (Klinik seyir, kullanılan ilaçlar vb.) ilgili sağlık çalışanları tarafından anlaşılır ve pratik iletişim teknikleri ile (Elden Ele/Handover iletişim tekniği vb.) doğru ve tam olarak iletilmelidir.

Konsültasyon Sürecinde İletişim

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

Standart 5

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HG.05.00	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	HD.HG.05.01	Hastanın güvenli transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		HD.HG.05.02	Hastaların güvenli transferine yönelik önlemler alınmalıdır.

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması

Hastaların güvenli transferine yönelik hususlar tanımlanmalıdır. Tanımlama asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır.

- » Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferi
- » Özellikli hastaların (yenidoğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastaları gibi) transferi
- » Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
- » Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
- » Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması

Hastaların Güvenli Transferine Yönelik Önlemler

- Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye, transport küvöz, yenidoğan arabası gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.
- Kullanılan ekipman kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.
- Transfer esnasında hasta düşmelerini önlemek için gerekli önlemler alınmalı ve uygulanmalıdır.
- Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.
- Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.
- İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.



Hasta Geri Bildirimleri

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

Hasta Odaklılık

Standart Gereklilikleri

Geri Bildirim Sistemi

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

Geri Bildirim Sistemi ile ilgili Bilgilendirme

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

Geri Bildirimlerin Değerlendirilmesi

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

Kalite İyileştirmeleri

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



Hizmete Erişim

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Karşılama, Yönlendirme, Danışma

- » Hastanın ve hasta yakınının başvuru sürecinin başından sonuna kadar hizmete erişimini kolaylaştırmaya yönelik tüm karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetlerinin nasıl ve ne şekilde sunulacağı önceden planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Hastanenin hizmet verdiği hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak hastaneden hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır. Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bile personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Hastane, başvuran hastaların sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik, ihtiyaç duyabileceği hizmetlerle ilgili (hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) detaylı bilgileri hastaya sağlamalıdır.

Hizmete Erişimde Kolaylaştırıcı Tedbirler

- » Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır. İlgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunmalı, hastaların muayene olacağı zaman aralığı, randevu ve sonuç verme süreleri hastane tarafından belirlenmelidir. Hasta veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Yaşlı, engelli ve öncelik ihtiyacı olan hastaalrın sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik hizmet verilen tüm alanlarda (öncelikli oturma alanları, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelik sağlanması, tekerlekli sandalye hizmetleri vb.) düzenlemeler bulunmalıdır.

Hizmetin Zamanında Sunulması

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

Yaşam Sonu Hizmetler



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.YS.01.00	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	HD.YS.01.01	Hastanede yaşam sonu hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		HD.YS.01.02	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmelidir.
		HD.YS.01.03	Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçlerde mahremiyet ve güvenliği sağlanmalıdır.
		HD.YS.01.04	Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalı, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları oluşturulmalıdır.
		HD.YS.01.05	Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulmalıdır.
		HD.YS.01.06	Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalı ve uygun şekilde teslim edilmelidir.

Amaç

Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda, hastanenin hasta ve hasta yakınına ne tür hizmetler sunması ve bu hizmetlerin niteliğinin nasıl olması gerektiğinin ortaya konulmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Hizmetlerin Tanımlanması

Hastanede sunulan yaşam sonu hizmetlerine ilişkin asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- » Cenazenin;
 - İlgili birimden çıkışının yapılması
 - Morga taşınması
 - Morga kabul ve bekleme süreci
 - Morgdan çıkışı
- » Adli süreçlerin işleyişi
- » Bulaşıcı hastalık süreçleri
- » Morg fiziki koşullarının sağlanması ve izlenmesi
- » Morg alanına giriş ve çıkış kuralları
- » Özel durumlarda sağlık personelinin cenazeye erişimi ile ilgili yetkilendirilmesi
- » Cenaze kimlik doğrulama süreçleri
- » Morg personelinin güvenliğinin sağlanması

- » Cenaze yakınlarının bilgilendirilmesi ve gerektiğinde desteklenmesi
- » Sahibi olmayan cenazelerle ilgili izlenmesi gereken süreç
- » Ölü doğan bebekler, düşük materyali, ampute edilmiş organlar gibi hususların varlığında izlenecek yol

Kültürel ve Manevi Değerler

Yaşam sonu hizmetlerde, hasta odaklı bir yaklaşım ile hastanın hayatta sahip iken sahip olduğu kültürel ve manevi beklentiler dikkate alınarak gerekli hizmetler sağlanmalıdır.

- » Yaşamını yitiren hastanın bölümler arası taşınması ve hasta yakınlarına teslim edilmesi esnasında cenazeye saygı gösterilmesine özen gösterilmelidir.

Cenazenin Taşınması ve Bekletilmesi

- » Hastanın yaşamını yitirdiği bölümden yakınlarına teslim edilinceye kadar geçen tüm süreçlerde cenazenin mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.
- » Cenazenin bekletileceği alan ya da alanlarda temizlik, sıcaklık, aydınlatma, sıcak su sistemi, vb. fiziksel koşullara dikkat edilmelidir.
- » Hastanede ihtiyaç duyulan sayıda soğuk hava düzenine sahip, cenaze muhafaza dolapları bulunmalı, dolapların ısı takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Bebek cenazesinde kullanılan taşıyıcılar cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğe sahip olmalıdır.

Hasta Yakınlarının Konforu ve Güvenliği

- » Yaşamını yitiren hastayı teslim almaya ya da son kez görmeye gelen hasta yakınlarının için uygun ve yeterli bekleme alanları oluşturulmalıdır.
- » Bekleme alanları, hasta yakınlarının hassa durumları özellikle dikkate alınarak yeterli oturma alanlarını barındıran, farklı hava koşullarından olumsuz etkilenmeyecekleri şekilde oluşturulmalıdır.
- » Yaşamını yitiren hastayı son kez görmek ya da teslim almak için gelen hasta yakınlarının taleplerini karşılamaya yönelik kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. Hasta yakınlarının hizmet aldıkları süre zarfında yaşayacakları fiziksel ve psikolojik ani olumsuzluklar göz önünde bulundurularak gerekli tedbirler alınmalıdır. Gerekliğinde eğitimli bir personelin zamanında hasta yakınına ulaşması için düzenleme yapılmalıdır.
- » Cenaze işlemlerinin en kısa sürede ve kolay bir şekilde tamamlanması sağlanmalıdır.

Cenazenin Tanımlanması ve Teslimi

- » Cenazenin hasta yakınlarına teslim edilmesi sürecinin son aşamasında doğru cenazenin, doğru hasta yakınına, uygun şekilde ve cenazenin mahremiyet ve güvenliğine özen gösterilerek teslim edilmesine yönelik kurallar belirlenmelidir
- » Cenaze kimlik bilgileri resmi belgeler aracılığı ile ve yakınlarının sözlü ve yazılı onayı alınarak doğrulanmalı ve hasta yakınlarına doğrulanarak teslim edilmelidir.



Sağlık Hizmetleri



Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EÖ.01.01	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.
		SH.EÖ.01.02	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.
		SH.EÖ.01.03	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Komitenin Oluşturulması

Hastanede enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü sürecinden sorumlu bir komite oluşturulmalıdır. Bu komitenin üyeleri; ilgili ülke mevzuatı, hastanenin personel kapasitesi, hasta profili ve hastane ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik oluşturulan komitenin sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

- » Bilimsel esaslar çerçevesinde, hastanenin özelliklerine ve koşullarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirlemek
- » Hastanede enfeksiyon kontrolüne yönelik olarak yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak
- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik programda belirlenen ve uygulamaya konulan faaliyetlerin etkinliğini izlemek, gerekli iyileştirme çalışmaları hakkında kararlar almak ve yönetime önerilerde bulunmak

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Program Oluşturulması

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmaların ve oluşturulacak olan programın kapsamı aynı zamanda komitenin görev alanını oluşturmakta olup asgari aşağıdaki başlıklarda incelenmelidir:

- » Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi
- » Sürveyans
- » El hijyeni
- » İzolasyon önlemleri
- » Enfeksiyon kontrol demetleri
- » Hastanede mevcut olan özellikli alanlarda enfeksiyon kontrolü (Ameliyathane, diyaliz ünitesi, yoğun bakım ünitesi, kemik iliği/solid organ nakil ünitesi, yanık ünitesi, immünsüpresif hasta odaları, izolasyon

- odaları, parenteral nütrisyon ünitesi, Invitro Fertilizasyon (IVF ünitesi)-vb)
- » Bildirimi zorunlu hastalıkların varsa ulusal bildirim sistemine kaydedilmesi
 - » Akılcı antibiyotik kullanımı
 - » Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
 - » Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık taramaları ile bağışıklama işlemlerinin tanımlanması
 - » Hava, su ve gıda kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri
 - » Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi
 - » Temas sonrası profilaksi
 - » Salgın veya nadir görülen enfeksiyonlar gibi olağanüstü durumlara yönelik acil durum planları ile buna uygun düzenlemelerin yapılması ve uygulanmanın etkinliğinin izlenmesi
 - » Çamaşırhane, yemek hizmetleri, morg, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi

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

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

Sürveyans

Etkin bir hastane enfeksiyonları sürveyans sistemi, hastane enfeksiyonlarının sıklığını, dağılımını ve etkenlerin direnç durumunu gösterebilmeli, etken veya enfeksiyon yoğunluğunu izleyebilmeli, önleyici çalışmaların etkinliğini değerlendirebilmeli, hastaneler veya hastane içinde farklı bölümler arasında karşılaştırma yapmaya imkân sağlamalıdır.

Sürveyans çalışmaları kapsamında asgari aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilmelidir:

- » İzlenecek sürveyans yöntemi belirlenmelidir (Prospektif hastaya ve laboratuvara dayalı).
- » Belirlenen enfeksiyon/mikroorganizma ile ilgili tanısal kriterler ve tanımlar netleştirilmeli ve hastane içinde standardizasyonu (bunun için uluslar arası ya da ulusal olarak kabul görmüş kriterlerin kullanılması gereklidir) sağlanmalıdır.
- » Veri kaynakları ve veri toplama metodolojisi belirlenmelidir.
- » Tanı kriterlerinin incelenmesi, veri toplanması, verilerin analizi aşamalarını yürütecek olan tüm personel eğitilmelidir.
- » Aktif, hasta bazlı, ileriye dönük sürveyans sistemi (tercihen prospektif hastaya ve laboratuvara dayalı) oluşturulmalıdır.
- » Oluşturulan sürveyans sisteminin mümkün olduğunca kolay, ulaşılabilir ve net olması sağlanmalıdır.
- » Enfeksiyon kontrolüne yönelik politikaların belirlenmesinde sürveyans sonuçları kullanılmalıdır.
- » Sürveyans verileri, enfeksiyonlara yönelik varsa ulusal sürveyans ağına girilmelidir. Bu konuda ulusal bir sistem yok ise uluslar arası olarak bu amaçla oluşturulmuş sistemlere üye olunmalı ve sürveyans verileri bu sistemler üzerinden paylaşılmalıdır.
- » Sürveyans sonuçlarına göre ilgili birimlere geri bildirim yapılmalı, gerektiğinde iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Enfeksiyon Kontrol Demetleri

- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amacıyla asgari aşağıdaki başlıklarda enfeksiyon kontrol demetleri oluşturulmalıdır.

Ventilatör ilişkili pnömoni (VIP)

Santral kateeter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE)

Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE)

- » Sağlık çalışanlarının enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetlerine uyum düzeyleri, ilgili yoğun bakım ve/veya ünite bazında her

bir kontrol demeti için ayrı ayrı izlenmelidir. Uyum düzeyleri analiz edilmeli ve gerekli görülen iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

El Hijyeni

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

- » El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi
- » El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi
- » El Hijyenine Uyumunu Arttırmaya Yönelik Çalışmalar

El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi

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

“5 Endikasyon Kuralı”na göre;

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

el hijyeni uygulanmalıdır.

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

El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi

El hijyeni uyumu; el hijyeninin doğru zamanda, uygun yöntemle, doğru şekilde ve doğru sürede uygulanmasını ifade eder. Sadece el yıkamak ve

el ovalamak değil, aynı zamanda bunları **doğru** şekilde yapmak el hijyeni uyumu anlamına gelmektedir.

El hijyeni uyumu; prospektif haberli gözlemlere ek olarak, bölümlere göre kullanılan el hijyeni malzemelerinin takibi, anketler (sağlık çalışanlarının farkındalığını, bilgi düzeyini, uyumunu ölçmeye yönelik) gibi yöntemler ile ölçülmelidir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilere göre gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır. El hijyeni gözlem sonuçları varsa ulusal bildirim sistemine kaydedilmelidir. El hijyeni uyum oranı ile ilgili geri bildirimler ilgili birimlere yapılmalıdır.

El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar

El hijyeni uyumunu geliştirmeye yönelik asgari aşağıdaki çalışmalar yapılmalıdır:

- » El hijyeni politikasının oluşturulması
- » El hijyeni sorumlularının belirlenmesi
- » Sağlık çalışanlarının cilt bütünlüğünün korunması
- » El hijyeni uyumunun teşvik edilmesi
- » Eğitimler
- » Hatırlatıcı, uyarıcı mesajlar
- » Malzemeye erişimin kolaylaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması

Aşağıda bu maddeler ile ilgili hususlara daha detaylı olarak değinilmiştir:

El hijyeni politikasının oluşturulması ve sorumluların belirlenmesi

- » Hastane el hijyeni politikası tanımlanmalıdır. Hastane el hijyeni politikası asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:
 - El hijyeninin tanımı ve kapsamı
 - El hijyeninin hastane için önemi
 - El hijyeninin ile ilgili genel hastane hedefleri
 - Yöneticiler ve çalışanların el hijyeni ile ilgili temel sorumlulukları
 - Sürekli iyileştirme stratejisi
 - El hijyeni ile ilgili prosedürlere atıflar

- » Hastane el hijyeni politikası, stratejik hedeflere ve hastane uygulamalarında izlenebilir olmalıdır.

Sağlık çalışanlarının cilt bütünlüğünün korunması

El hijyeni malzemelerinin (sıvı sabun, el antiseptiği, vb.) ve eldivenlerinin cilt irritasyonuna neden olmayacak özellikle olması sağlanmalıdır.

Eğitimler

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

- » El hijyeninin önemi
- » El hijyeni yöntemleri ve endikasyonları
- » El hijyeni için "5 Endikasyon" yaklaşımının simülasyonları
- » Eldiven kullanımı ve el antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler
- » Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

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

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

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

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

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

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

İzolasyon Önlemleri

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünden sorumlu komite; standart önlemler ile solunum, damlacık ve temas izolasyonu gibi izolasyon önlemlerinin uygulanması gereken durumları, uygulama kurallarını, gerekli fiziki koşulları (ayrı oda, yataklar arası yeterli mesafe, yeterli personel vb.) ve izolasyon türüne göre kullanılacak olan sembollerini içeren izolasyon kartları tanımlanmalıdır. Semboller, izolasyon önlemleri konusunda kurum içinde uygulama ve dil birliğini sağlamak, görsel şekillerin akılda kalıcılığından faydalanmak amacıyla belirlenmelidir. Sağlık çalışanlarına konu ile ilgili eğitim verilmeli, yeterli kişisel koruyucu ekipman temin edilmeli, ekipmanın sürekliliği sağlanmalı ve izolasyon önlemlerine uygun şekilde çalışılması sağlanmalıdır.

Akılcı Antibiyotik Kullanımı

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

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

- » Hastanede antibiyotik kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmeli, gerekli uygulamalar yapılmalı ve izlenmelidir.
- » Akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulması, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, ekibin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- » Akılcı antibiyotik kullanımı ilkeleri ve uygun antibiyotik profilaksisi ile ilgili rehber hazırlanmalıdır. Uygulamaların rehber doğrultusunda

yapılmasını sağlamaya yönelik eğitim, bilgilendirme faaliyetleri vb. düzenlenmeli ve uygulamaların klinik pratiğe yansımaları izlenmelidir (Örn. Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranları)

- » Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslar arası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmalı, lokal direnç verileri de göz önüne alınmalıdır.
- » Antibiyotik duyarlılık testi raporlarında kısıtlı bildirim kuralları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- » Antibiyotik kullanımı ve bakteriyel direnç hastane bazında izlenmelidir.

Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon, Asepsi, Antisepsi

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

Bu süreçlerde;

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

belirlenmelidir.

Temizlik

Hastane temizliğine yönelik politikalar belirlenmeli, planlar oluşturulmalı, enfeksiyon açısından özellikli alanlar belirlenmeli, sorumlular tanımlanmalı, hangi alanda, hangi temizlik malzemelerinin, kim tarafından, nasıl uygulanacağı ve uygulamaların etkinliğinin nasıl ve kim tarafından kontrol edileceği belirlenmelidir.

Hastane Temizlik Planının Oluşturulması

- » Hastanenin tüm alanlarını kapsayacak şekilde temizlik planı ve ilgili dokümanlar oluşturulmalıdır:
- » Dokümanlarda asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

- Bölüm ya da alan bazında belirlenen risk düzeyi
- İlgili alanda kullanılacak temizlik malzemeleri
- Malzeme ve ekipmanların temizliği ile etkin ve güvenli kullanımına yönelik kurallar
- Temizlik sıklığı
- Temizlik kuralları
- Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar
- Temizlik kontrolünün kim tarafından nasıl yapılacağı

Dezenfeksiyon

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

Sterilizasyon

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

Asepsi ve Antisepsi

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

Çalışanların Mesleki Enfeksiyonu

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

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

- » Taramalarda pozitif saptanan olgulara yönelik yapılması gereken işlemler belirlenmelidir.
- » Program çerçevesinde yapılan uygulamaların etkinliği izlenmelidir.
- » Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda yapılması gereken işlemler belirlenmeli, uygulanmanın sağlanması ve kontrolü amacı ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

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

Aşağıda belirtilen süreçlerde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü açısından izlenmeli, gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

- » Sağlık hizmet sunumunda kullanılan tekstil malzemelerinin temizlenmesi
- » Sağlık hizmeti sunucuları ve hizmet kullanıcılarına sunulan gıdaların temini, depolanması, hazırlanması ve dağıtılması
- » Sağlık hizmeti sunumunda üretilen tıbbi atıkların güvenli şekilde uzaklaştırılması ve bertarafının sağlanması
- » Yaşam sonu hizmetler, morg alanı ve işleyişi
- » Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri

İzleme ve Değerlendirme

- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik hastanede gerçekleştirilen uygulamalar süreç ve sonuç bazında izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir. İzleme ve değerlendirme çalışmalarında; rutin gözlem ve kontroller, sürveyans raporları, uygulamalara yönelik belirlenen süreç ve sonuç bazlı göstergeler kullanılmalıdır.
- » İzleme ve değerlendirmede elde edilen sonuçların analizi yapılmalı, belirlenen hedeflerle uyumu değerlendirilmeli ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Elde edilen sonuçlar yönetim ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.

- » Çalışanların enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili sorumluluklarına yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmalarını yapılmalıdır.

Sterilizasyon Yönetimi



Standart 1

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

Amaç

Hastanelerde, yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması sürecinde sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için önemli adımlardan biri olan sterilizasyon işlemlerinin hasta güvenliğinin sağlanması ve kontrol altına alınmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Sterilizasyon ünitelerinde kalitenin geliştirilmesi için ele alınması gereken unsurlar şunlardır:

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

Sterilizasyon Ünitesinde Fiziki Alan ve Koşulların Düzenlenmesi

Sterilizasyon ünitesinde fiziki mekân işlem basamaklarına göre düzenlenmelidir.

- Kirli alan (teslim alma, yıkama)
- Temiz alan, (muayene hazırlı ve paketleme alanı)
- Steril malzeme depolama ve dağıtım alanı
- Destek alanlar (su, hava, havalandırma gibi sterilizasyon ünitesinin alt yapısı ile ilgili alanlar, dinlenme odası, idari ofis odası, personel giyinme odası, WC vb.)
- » Sterilizasyon ünitesinde yüzeyler kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir olmalıdır.
- » Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.
- » Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril depolama alanından kirli alana doğru olmalıdır. Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır. Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır. Havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalıdır.
- » Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler sterilizasyon güvenliğini sağlayacak şekilde planlanmalı ve izlenmelidir.

- » Steril alanlarda depolama koşulları hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve steril malzemenin korunmasını sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.
- » Ünitelerde fiziki alanlara ve bu alanlarda uygulanan hizmetlere göre gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları belirlenmelidir.

Sterilizasyon Hizmetinde Süreç Kontrolü

Sterilizasyon hizmeti süreci döngüsel şekilde ilerleyen işlem basamaklarından oluşur:

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

Tüm sterilizasyon süreçlerine ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.

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

Hastane, varsa anlık sterilizasyon uygulamasına yönelik süreçlerini tanımlamalıdır.

Tanımlama aşağıdaki hususları içermelidir:

- Anlık sterilizasyon yönteminin hangi durumlarda kullanılacağı
- Sterilizasyon programının hangi tıbbi cihaz ve malzemeleri kapsayacağı
- Sterilizatörden çıktıktan sonra hastaya kullanılmadan önce dikkat edilmesi gereken noktalar
- Çalışanların bilgilendirilmesi

- Çevrimler anlık sterilizasyon programına uygun kimyasal ve biyolojik indikatörlerle izlenmesi
- Tüm sürecin kayıt altına alınması

Anlık sterilizasyon tıbbi cihaz ve malzemelerin standart basınçlı doymuş buhar yöntemiyle steril edilmesi için yeterli sürenin olmadığı durumlarda kullanılmalı, rutin sterilizasyon yöntemi olarak kullanılmamalıdır.

Yıkama, Dezenfeksiyon ve Paketleme Süreçleri

- » Kirli malzemeler, sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu olmalı, yıkama etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- » Malzemeler sayımı yapılarak temiz alana teslim edilmelidir.
- » Paket içeriği, temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılmalıdır.
- » Tıbbi cihaz ve malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
- » Tekstil malzemeler sterilizasyon ünitesi içerisinde paketlenmemelidir.
- » Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyon etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazası sağlanmalıdır.
- » Paketlemenin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
- » Sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkışık yükleme yapılmamalıdır.

Sterilizasyon İşlemine Yönelik Kalite Kontrol Çalışmaları

- » Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler (parametrik validasyon veya biyolojik validasyon ve seçilen validasyon yöntemine uygun rutin kontrol yöntemleri) tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

- » Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri uygulanmalıdır.
- » Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.
- » Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları takip edilmelidir.
- » İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.
- » Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü sağlanmalıdır.
- » Biyolojik validasyon yapılıyor ise ve biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, tanımlanan kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.
 - Ünitelerde teslim edilen ürünlerin geri çağırılması ile ilgili gereklilikler ve kurallar tanımlanmalıdır.
 - Sterilizasyon ünitesinde kullanılan tüm cihaz ve ekipmanın belirlenen sıklık ve yöntem ile temizlik, bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

Steril Malzemenin Muhafazası

- » Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.
- » Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla kirli alana doğru akışı sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır.
- » Steril malzeme depolarında gerekli fiziki koşullar (yer tavan yüksekliği, hava sirkülasyonu, ısı, nem, temizlik vb.) sağlanmalıdır.
- » Steril depodan çıkan malzemeler, paketli açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemelidir.
- » Steril malzemelerin üzerinde, sterilizasyon yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır.
- » Steril malzemenin 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.

Sterilizasyon İşlemlerinin İzlenebilirliği

- » Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.
- » Sterilizasyon işlemleri ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlara ulaşılabilmelidir.
 - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi cihazda ve hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi
 - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
 - Validasyon raporları
 - Cihaz döngü kayıtları
 - Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick test gibi)
 - Biyolojik indikatör sonucu
 - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi
 - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi
 - Her aşamada gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar
- » Kullanılan steril malzeme hasta ile ilişkilendirilmeli, gerektiğinde geriye dönük olarak hastada kullanılan tıbbi cihaz ve malzemenin sterilizasyon ünitesindeki kayıtlara ulaşılabilmelidir.

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
		SH.IY01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
		SH.IY01.03	Hastane formülleri oluşturulmalıdır.
		SH.IY01.04	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.IY01.05	İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
		SH.IY01.06	İlaçların hazırlama ve transferi aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.IY01.07	İlaçların uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.IY01.08	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Hastanede etkin bir ilaç yönetim sistemi oluşturmak için öncelikle, yeterli düzeyde dokümantasyon içeren aktif bir yönetim tasarımı oluşturulmalıdır. Bu yönetim tasarımında yer alan kişilerin ilaç güvenliğine ilişkin görev ve sorumlulukları tanımlanmalı, yetkinliklerini iyileştirmek amacıyla gerekli eğitim imkânları sağlanmalıdır.
- » İlaç yönetimine dair dokümanlar hastanenin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Dokümanlar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - İlaçların temini
 - İlaç yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumlulukları
 - İlaçların muhafazası
 - İlaç istemleri
 - İlaçların transferi
 - İlaçların hazırlanması
 - İlaç uygulamaları

- Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü
 - Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
 - İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü
 - Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü
 - Advers etki bildirimleri
 - İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
 - Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci
 - TPN solüsyonlarının temin, hazırlama, saklama ve uygulama süreçleri
 - Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri
 - Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçleri
 - İlaç atıklarının yönetimi
 - İlaç güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan **özel nitelikli ilaçlara** ait tablolar
- » Özel niteliğe sahip ilaç grupları, ilgili ülke mevzuatına uygun olarak hastane tarafından belirlenmeli, bu tür ilaçların etkin ve güvenli kullanımına yönelik uyarıcı mekanizmalar (renkli veya sesli uyarılar gibi) kullanılarak etkin kullanımı sağlanmalıdır.
- » Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmiştir:
- Acil Pediyatrik İlaçlar
 - Görünüşü Benzer İlaçlar
 - Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
 - Psikotrop İlaçlar
 - Narkotik İlaçlar
 - Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
 - Yüksek Riskli İlaçlar
 - Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar
 - Konsantre elektrolitler

- Gebelik ve emzirmede kullanılmaması gereken ilaçlar
- Sitotoksik ilaçlar
- İkincil takip gerektiren ilaçlar

Hastane Formülleri

- » Hastane formülleri, 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.
- » Formüllerde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Her ilacın akılcı kullanımına ait özet farmakolojik ve terapötik bilgiler
 - Eczane çalışma saatleri, çalışma saati dışındaki zamanlarda yapılan hizmet sunum şekli (ilac 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 acıdan önem taşıyan ilaç etkileşimleri, ilaç zehirlenmelerinde acil tedavi ilkeleri gibi)
 - İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhası ve uygun şartlarda bertaraf edilmesi

İlaç Yönetiminde İletişim

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

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

İlaçların Temini

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

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

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

İlaçların Muhafazası

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

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

İlaç İstemleri

Hastane, tüm istem aşamaları için yetki, yöntem ve kuralları ülke mevzuatına uygun olarak belirlemelidir. Yapılan istemlerde ilaç adında kısaltma kesinlikle yapılmamalıdır. İlaç istemleri temelde üç kısma ayrılır.

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

Tedavi planına aktarılan uygulama istemleri asgari şu bilgileri içermelidir:

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

İlaçların Hazırlanması

- » Eczanede ilaç hazırlayan, kişiler ilaç konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.
- » Bölünmüş ambalajların (kesilmiş blister tabletler vb.) tanımlanması için tedbirler alınmalı, hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilmeli ve istemleri teyit edilmelidir.
- » Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren (kemoterapi ilaçları gibi) ilaçlar, uzmanı tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir. Hazırlama esnasında renkli etiketle işaretli ilaçlar için renge ait yönergelere uyulmalıdır.

İlaçların Transferi

- » Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.
- » İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları, forklift benzeri araçlar vb.) temin edilmelidir. Bu donanım, transferi sağlanacak ilacın miktarına göre değişiklik gösterebilir

- » Transferi gerçekleştirecek sağlık personeline ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.

İlaç Uygulamaları

- » İlaçlar, uygulama öncesi ilaç hazırlama ortamında her hasta için özel olarak hazırlanmalı, belirlenen kurallar çerçevesinde dikkatle uygulanmalı ve uygulama işlemi kayıt altına alınmalıdır.
- » İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (hekim, hemşire, hemşire gözetiminde stajyer vb.) gerçekleştirilmelidir. Uygulama öncesinde hasta kimliği doğrulanmalı ve tedavi bilgileri teyit edilmelidir. Özellikle riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar takip edilmeli, oluşabilecek reaksiyonlara karşı hazırlıklı olunmalıdır.

Hasta Beraberinde Gelen İlaçların Kontrolü

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

İzlenebilirlik

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



Transfüzyon Yönetimi

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.TY.01.00	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	SH.TY.01.01	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.
		SH.TY.01.02	Süreçlere yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
		SH.TY.01.03	Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.

Amaç

Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamaktır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

- » Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar ilgili ulusal ve uluslararası rehberler çerçevesinde tanımlanmalıdır.
- » Kan ve kan ürünlerinin temini, kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve kullanım güvenliği konularında politika ilgili ulusal ve uluslararası rehberler çerçevesinde oluşturulmalıdır
- » Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması ve kullanılması süreçlerine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı ve belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.TY.02.00	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, başışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.TY.02.01	Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		SH.TY.02.02	Güvenli kan ve kan ürünleri teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
		SH.TY.02.03	Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
		SH.TY.02.04	Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması sağlanmalıdır.
		SH.TY.02.05	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.
		SH.TY.02.06	İmhası gereken kan ve kan ürünlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.

Amaç

Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin alınmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması ve Dokümantasyon

- » Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler bu süreçlere ilişkin işleyiş kuralları tanımlanmalı ve dokümante edilmelidir.
- » Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi için kullanılan alanlar, etkin çalışmayı kolaylaştıracak, hizmet sürecine uygun ve hata riskini en aza indirecek şekilde planlanmalıdır.

Güvenli Kan Temini ve Bağış Süreci

Hastane, kan teminine ilişkin süreçleri ve işleyiş ile ilgili kurallarını belirlemelidir. Bağış sürecinin tüm aşamalarına ilişkin kurallar belirlenmeli, asgari aşağıda yer alan hususlara dikkat edilmelidir:

- » Tam kan ve aferez bağışı için bağışçının kimlik tespiti, tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Tam kan ve aferez kan ürünü için bağış kriterleri belirlenmelidir.
- » Bağışçıya bağış sürecinin her aşaması ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalı ve kendi rızası ile kan ve kan ürünü bağışında bulunduğu dair imzası alınmalıdır.
- » Bağışçının değerlendirmesi hekim tarafından yapılmalı ve imza altına alınmalıdır.

- » Kabul edilen veya reddedilen bağışçılara yönelik kayıtlar tutulmalıdır. Bağışın reddedildiği durumlarda kişiler bu konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.
- » Kan alma işlemine ait kurallar belirlenmelidir.
- » Tam kan ve aferez işlemi belirlenen klinik rehberler doğrultusunda gerçekleştirilmeli, bağışçı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir.
- » Bağış esnasında laboratuvar örneklerinin alınması süreci, kanın mikrobiyal kontaminasyonu riskini en aza indirecek ve örneklerin karışmasını önleyecek şekilde tasarlanmalıdır.
- » Aferez yöntemi ile bağış durumlarında; aferez cihazları bu konuda eğitim almış personel tarafından kullanılmalıdır.

Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenliği

- » Kan ve kan ürünleri, ilgili ülke mevzuatı kapsamında zorunlu testler yapılmadan kullanılmamalıdır:
 - Bağışçıdan alınan her ünite kan için ABO-Rh tayini yapılmalıdır.
 - HBs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV ve Sifilis (VDRL) testleri çalışılmalıdır.
 - Çelişkili sonuçlar söz konusu ise; durumu çözmek, tarama testinde tekrarlayan reaktif sonuç saptanan kan ve kan bileşenlerinin tedavide kullanılmasını engellemek, bu bileşenleri ayrı bir ortamda saklamak ya da imha etmek için tanımlanmış prosedürler olmalıdır.
 - Doğrulama testlerinde pozitif sonuçların varlığı halinde bağışçı bilgilendirilmeli ve yapılması gereken işlemler hususunda yönlendirilmelidir.
 - Çapraz karşılaştırma testleri çalışılmalıdır.
 - Alıcıya ait diğer immünohematolojik testler çalışılmalıdır.
- » Kan ürünlerinin hazırlanması ile ilgili prosedürler tanımlanmalıdır. Kan ürünleri hazırlanması, filtre edilmesi, ışınlanması, yıkanması gibi ek işlemler ile ilgili aşamalar kayıt altına alınmalı ve belirlenen aşamalar izlenmelidir.
- » Kan ürünlerinin etiketlenmesi, ilgili ülke mevzuatı ve uluslararası düzenlemelere uygun olarak yapılmalıdır. Etiketle asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:
 - Kan ürününün adı
 - Kalite gereklerine uygun şekilde ürünün ölçüm (hacim, ağırlık, sayı vb.) bilgisi

- Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı
 - Hizmet biriminin adı
 - ABO kan grubu, Rh D Grubu
 - Alınma ve son kullanma tarihi
 - Mikrobiyoloji test sonuçları
 - Depolama sıcaklığı
- » Saklama koşulları, tüm saklama süresince kan ürünlerinin optimal canlılık ve işlevlerini korumak üzere tasarlanmalıdır. Transfüzyon merkezinde, transfer sırasında ve hastaya verilmeden önceki süreçlerde muhafaza koşullarına dikkat edilmelidir.
 - » Kan dolapları, dondurucu ve çalkalayıcıların sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu cihazlarda, uygun sıcaklık koşullarının sağlanmadığı durumlara yönelik uyarı sisitemleri bulunmalıdır.
 - » Transfüzyon merkezinde bulunan cihazların envanteri tutulmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
 - » Kan ve kan ürünlerinin kullanıma hazır hale getirilmesi ile ilgili prosedürler belirlenmeli ve her aşaması kontrol edilerek kayıt altına alınması sağlanmalıdır.
 - » Bağışçı ve hastadan alınan kan örneklerinin uygun koşullarda ve sürede saklanması sağlanmalıdır.

Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenli Transferi

- » Kan ve kan ürünleri öngörülen maksimum sürede ortam sıcaklığını muhafaza edebileceği doğrulanmış sistemlere taşınmalıdır.
- » Kan ve kan ürünlerinin transferi, yetkilendirilmiş personel tarafından yapılmalıdır.
- » Taşımada kullanılan kapların temizlenmesi ve kullanımı kolay olmalıdır.

Kan ve Kan Ürünlerinin İmhası

- » Kan ve kan ürünleri ile bağışçılar ve hastalara ait numunelerin imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir. İmha edilen kan ve kan ürünlerine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.TY.03.00	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	SH.TY.03.01	Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.
		SH.TY.03.02	Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.TY.03.03	Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.
		SH.TY.03.04	Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmelidir.

Amaç

Transfüzyon sürecinin tüm aşamalarında hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

» Hasta güvenliği » Hasta odaklılık » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Kan İstem Süreci

- » Elektif/planlı işlemler öncesinde ve acil durumlarda kan ve kan ürünü temini için istek yapılması ve kan istek formunun doldurulmasına yönelik uygulama kuralları tanımlanmalıdır.

- » Transfüzyon kararı verilen kan veya kan ürününün hazırlanması amacı ile hastanın hekimi tarafından transfüzyon merkezine istem yapılmalıdır. İstem formunda asgari şu bilgilere yer verilmelidir:
 - Hastanın;
 - ✓ Adı ve soyadı
 - ✓ Protokol numarası
 - ✓ Tedavi gördüğü bölüm
 - ✓ Kan grubu
 - ✓ Ön tanısı
 - ✓ Transfüzyon endikasyonu
 - Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı ve reaksiyon durumu
 - Hazırlanacak olan kan veya kan ürününün kan grubu
 - Hazırlanacak kan veya kan ürününün türü ve miktarı
 - Planlanan transfüzyon zamanı
 - Planlanan veriliş süresi
 - Ek işlem istemi
 - Hekim imzası
- » Kan istem formu üzerindeki tüm ayrıntılar kurallara uygun ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır.
- » Çapraz karşılaştırma testi (cross-match) yapılması gereken durumlarda; kan istem formu ile birlikte hastadan alınan kan örneği etiketlenerek transfüzyon merkezine gönderilmelidir.

Transfüzyon Güvenliği

- » Transfüzyon öncesi kontroller, transfüzyon esnasında yapılacak takipler ve transfüzyon sonrası izlemler ve bildirimlere yönelik prosedürler tanımlanmalıdır.
- » Transfüzyona başlamadan önce, hekim tarafından hasta veya yakınları transfüzyon hakkında bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.
- » Kan ve kan ürünleri tedavi planına yazılmalıdır.

- » Transfüzyon öncesi hastaya uygulanacak olan kan ya da kan ürününe ait bilgiler iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmelidir. Yapılacak kontrollerde asgari aşağıdaki bilgiler gözden geçirilmelidir:
 - Hastanın kan grubu
 - Bölüme gelen kanın kan grubu
 - Mikrobiyoloji testlerinin çalışılmış ve sonuçlarının negatif olduğunu gösterir etiketin varlığı
 - Alınma ve son kullanma tarihleri
 - Tedavi planına yazılan ürün ile servise gelen ürünün aynı olup olmadığı
 - Torbadan sızma olup olmadığı
 - Ürün renginde değişiklik, içerisinde pıhtı/partikül varlığı
 - Cross-match testinin yapılıp yapılmadığı
 - Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı
 - Depolama sıcaklığı
 - Ürünün ölçüm (hacim, ağırlık, sayı vb.) bilgisi
- » Transfüzyona başlamadan önce hastanın kimlik bilgileri kontrol edilmelidir.
- » Transfüzyonun ilk 15 dakikası yavaş yapılmalı ve transfüzyon süresince tüm hastalar vital bulgular ve alerjik reaksiyonlar yönünden dikkatle izlenmelidir.
- » Transfüzyon sürecine dair tüm kayıtlar tutulmalı ve izlenebilir olmalıdır.
- » Transfüzyona bağlı olarak reaksiyon gelişmiş ise; gerekli tıbbi müdahale yapılmalı ve kayıtları tutularak transfüzyon merkezi ile iletişime geçilmelidir.

İzlenebilirlik, Beklenmeyen ve İstenmeyen Etkilerin Takibi

Bağış sürecinden başlayarak; kan ve kan ürünlerinin kullanımını da kapsayan tüm süreçlerde beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin izlenebilirliği sağlanmalı ve varsa ulusal bildirim sistemine bildirim yapılmalıdır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda reaksiyon tipine karar verilerek, tekrarını önlemeye yönelik prosedürler yerine getirilmelidir.



Hasta Bakımı

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç multidisipliner yaklaşımla bakım sürecindeki tüm sağlık profesyonellerinin katılımını sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
		SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
		SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek güncellenmelidir.
		SH.HB.01.05	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek güncellenmelidir.

		SH.HB.01.06	Hastanın sevki ve taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
		SH.HB.01.07	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Açıklama

Hasta bakımı, hastaların hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini kapsamaktadır.

Hasta Bakım Süreçlerinin Tanımlanması

- » Hasta bakımına yönelik sunulacak hizmetlerin etkinliğini sağlamak amacı ile bakım süreçleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Ayaktan/Yatan hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
 - Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması

- Planlanan bakımın hastaya sunulması
- Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
- Gerekğinde bakımda değişiklikler yapılması
- » Hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması, uygulanması ve izlenmesi ile ilgili tüm aşamalar, multidisipliner bir anlayış ile bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından koordineli bir biçimde gerçekleştirilmelidir. Söz konusu işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınının bakım süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.
- » Yatan hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının tüm çalışanlarca izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Hazırlanan bakım planında hasta ile tespit edilen sorunlar, sorunlara yönelik hedefler, alınan önlemler ve yapılan girişimler ile değerlendirmeler izlenilmelidir.

Hasta Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi

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

Bakım Planlanmasında Hastanın Sahip Olduğu Klinik Risklerin Göz Önünde Bulundurulması

- » Klinik risk değerlendirmesi kapasamında hastanın kliniğe göre asgari aşağıdaki başlıkları kapsamalıdır.
 - Alerjik risk değerlendirmesi

- Bası ülseri risk değerlendirmesi
 - Hastaların güvenli transferi
 - Yatan ve belirlenen ayaktan hasta gruplarına yönelik ağrı değerlendirilmesi
 - Bilinç düzeyi takibi
 - Beslenme durumunun değerlendirilmesi
 - Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi
 - Kateter bakımı ve takibi
 - Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
 - Ağız bakımı ve takibi
 - Cihaz kaynaklı risklerin değerlendirilmesi
- » Fizyolojik bulguları riskli olduğu düşünülen sepsis, kardiyak arrest, vb. riski yüksek olan hastalar için erken uyarı sistemi (EUS) skorları ya da çağrı kriterleri kullanılmalıdır. Riskli görülen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

Hasta Bakım Planları

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

Hasta/Hasta Yakınının Bakım Sürecine Katılımı

- » Hasta/hasta yakınının hastaneye/bölüme uyumu sağlanmalıdır. Hasta/hasta yakınları; hastanede uymaları gereken kurallar, kahvaltı ve yemek saatleri, telefon kullanımı, sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri vb. konularda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta bakım sürecinde hastanın bağımsız fonksiyonlarını yerine getirmesine izin verilmeli ve hastalar kendi bakımlarına katılmaları konusunda teşvik edilmelidir.
- » Hastaya hizmet veren tüm bakım ekibi, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç ve değerlerini gözetecek şekilde iletişim kurmalıdır. Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde pozitif bir diyalog içinde bulunulmalıdır.
- » Bakım uygulamaları kapsamında hastaya uygulanacak tüm işlemlerde hasta/hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınları bakım uygulamalarının seyri konusunda hastaneye belirlenen sıklıkta ve zamanda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. Eğitim içeriği; hasta hakları, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, taburculuk eğitimi vb. konuları kapsamalıdır.
- » Riskli işlem uygulanması durumunda, hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır.

Hasta Eğitimleri

- » Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. Eğitim içeriği; hasta hakları, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, taburculuk eğitimi vb. konuları kapsamalıdır.
- » Sağlık kuruluşu hizmet verdiği hasta gruplarını değerlendirerek hastaların mevcut sağlık sorunlarına yönelik (diyabet, hipertansiyon, osteoporoz, beslenme bozuklukları, vb.) olarak destekleyici eğitim programları oluşturmalıdır.

- » Bu eğitimlere tedavi sırasında başlanmalı, taburculuk ve sonrasında da periyodik olarak devam ettirilmelidir.
- » Eğitimlere hastaların katılımı teşvik edilmeli ve devamlılığı sağlanmalıdır.

Hastanın Sevk Edilmesi

Belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda başka bir hastaneye sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri hastanenin oluşturduğu mevcut plan dâhilinde gerçekleştirilmelidir.

- » Sevk işlemlerinde hasta ve hasta yakınının katılımı sağlanmalı, gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- » Sevk öncesinde sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Sevk sırasında, hastanın klinik durumu, (varsa) yapılan müdahale, tanı/ tedavi işlemleri gibi hasta bakım sürecine yönelik bilgiler doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

Hastanın Taburcu Edilmesi

Hastanın hastaneden taburcu edilmesine yönelik işlemler planlanmalıdır.

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

Hastaya Ait Kayıtlar

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

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

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.02.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	SH.HB.02.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.02.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
		SH.HB.02.03	Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Hastaların Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme Riskinin Değerlendirilmesi

Yatarak hizmet alan kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.

Alınacak Önlemler

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

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

- » Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar bakım ihtiyaçlarına göre belirlenen sıklıkla gözlenmelidir.
- » Gerekğinde sağlık çalışanlarının hastaya kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir (uygun aydınlatma, riskli mobilya, aksesuar vb. materyalin kullanılmaması, penceyelerin güvenli hale getirilmesi gibi).
- » Gerekli görülen hastalarda hasta bakımına yönelik uygulamalar psikiyatri konsültanı ile birlikte belirlenmelidir.
- » Belirlenen asgari tedbirler ile kontrol edilemeyen hastalara hekim kararına göre hareket kısıtlaması ya da tecrit uygulaması yapılabilir. Tecrit uygulaması durumunda;
 - Tecrit odasına alınan hastalar ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
 - Tecrit odası hastanın gözlemlenmesine imkân tanımalı, odada hastanın kendisine zarar verebileceği risklere karşı önlem alınmalıdır.

Hareket Kısıtlaması

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

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

Hasta kısıtlaması kimyasal ve fiziksel olarak iki şekilde uygulanabilmektedir.

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

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

- » Hastanede hasta kısıtlamasına yönelik süreç tanımlanmalıdır. Tanımlama asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:
 - Kısıtlama türleri ve hangi durumlarda uygulanabileceği
 - Kısıtlamanın hekim istemiyle yapılması, türü ve süresine ilişkin kararın hekim tarafından verilmesi
 - Uzun süreli kısıtlamalarda hekimin belirleyeceği aralıklarla hastanın mobilize edilmesi
 - Kısıtlama uygulamasının kontrol aralığı
- » Kısıtlama kararı tedavi planında yer almalıdır.
 - Tedavi planında; uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.
- » Kısıtlılığın devamı ile ilgili kararın ne kadar sürede gözden geçirileceği belirlenmelidir.
- » Kısıtlama için kullanılan malzemeler hastanın hareket etmesini sağlayacak, dolaşımını bozmayacak nitelikte olmalıdır.
- » Kısıtlama yapılamayacak hastalar tanımlanmalıdır. (Perfüzyon yetersizliği tanısı konulmuş, amputasyon yapılmış hastalar, fistülü olan hastalar vb.)
- » Kısıtlama uygulanacak hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

- » Mümkünse hastaya kendisine kısıtlama uygulanacağı, bu işlemin neden yapıldığı, ne zaman biteceği, önemi vb. hakkında bilgi verilmelidir.
- » Hastaya hareket kısıtlaması uygulanacaksa;
 - Hareket kısıtlamasına yönelik kullanılacak ekipman hazır bulundurulmalıdır.
 - Uygulama sırasında ilgili sağlık çalışanı tarafından kısıtlama uygulanan bölgenin durumu deri bütünlüğü ve dolaşım açısından değerlendirilmelidir.
 - Beslenme, boşaltım, oksijen ihtiyacı, mobilizasyon ve hijyen yönünden hastanın bakım ihtiyaçları değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
 - Hastanın bakım ihtiyaçlarına yönelik plan hazırlanarak gerekli bakım verilmelidir.

Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.03.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	SH.HB.03.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.
		SH.HB.03.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

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

- » Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir. Hastane bu örneklerden yola çıkarak kurumdaki özellikli hasta gruplarını belirlemelidir:
 - Yaşam desteği alan ve komadaki hastalar
 - Yeni doğanlar
 - Yoğun bakımda yatmakta olan hastalar
 - Diyaliz tedavisi alanlar
 - Yanık tedavisi alan hastalar
 - Psikiyatri hastaları
 - Nükleer tıp hizmeti alan hastalar
 - Işın tedavisi/kemoterapi tedavisi alan hastalar
 - Fiziksel rehabilitasyon hastaları
 - Terminal dönem hastalar
 - Geriatri hastaları
 - Bağımsızlık sistemi baskılanmış hastalar
 - Alerjik hastalar
 - Total Parantral Nutrisyon (TPN) tedavisi alan hastalar
 - İhmal/İstismara uğramış hastalar
- » Özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Hizmet sunum süreçleri

- Hizmet verilecek ortam şartları
- Gerekli ekipmanlar
- Özel bakım uygulamaları ve işlemler

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Özel Uygulama ve İşlemlerin Belirlenmesi

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

Bu özel uygulama ve işlemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- » Yetişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım hastaları hastalık şiddetini belirleyen uluslararası kabul görmüş skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir. Skorlama sistemleri ile elde edilen sonuçlara göre belirlenen tahmini mortalite oranı ile yoğun bakımda gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak ünitenin hizmet kalitesi izlenmelidir.
- » Yoğun bakım hastalarında bası ülserine yönelik hasta bazlı risk değerlendirmesi yapılmalı, riske göre gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.
- » Yoğun bakım ünitelerine kabul ve taburculuk/sevk kriterleri belirlenmelidir.
- » Fototerapi alan yeni doğan bebeklerde ısı monitorizasyonu yapılmalı, gözlerin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Yeni doğan ünitesinde oksijen tedavisi alan hastalar için kuvöz içi oksijen konsantrasyonu takibi yapılmalıdır.
- » Diyaliz ünitelerinde enfekte hastalar için kullanılan diyaliz makineleri ayrılmalı ve tanımlanmalıdır.
- » Diyaliz hastalarının kt/v veya URR değerleri periyodik olarak hesaplanmalı ve izlenmelidir.
- » Diyaliz hastalarına, uygun nitelikte araç ve görevli temin edilerek, nakil hizmeti verilmelidir.
- » Doğum hastaları için “Doğum Eylemi Yönetim Rehberi” kullanılmalı, acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf veya benzeri izlem araçları ile izlenmelidir.

- » Doğum süreci DSÖ “Güvenli Doğum Kontrol Listesi” kullanılarak kontrol altına alınmalıdır.
- » Yeni doğan bebek, “Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü” doğrultusunda izlenmeli, bebeğe ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalıdır.
- » Doğum yapmış hastanın takibi “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre yapılmalı, hastaya ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalı, normal vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryan ile doğumdan sonra en az 48 saat anne ve yeni doğan hastanede izlenmelidir.
- » Elektrokonvülsif tedavi planlanan hasta işlem prosedürü belirlenmelidir.
- » Psikiyatri hastalarına yönelik Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) uygulamalarının gerçekleştirildiği ünite içinde; hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalı, ünitenin havalandırma ve ışıklandırması uygun şekilde düzenlenmelidir.
- » Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır.
 - Bu hastaların kullandıkları odalar zırlı, lavabo ve tuvaletleri bağımsız olmalıdır.
 - Hastalara ait kan, dışkı ve idrar gibi çıktılarını, radyasyon değeri kabul edilebilir sınırlara düştükten sonra kanalizasyona verilmesi sağlanmalıdır.
- » Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastalar ve çevrelerine yönelik aşağıdaki koruyucu önemler alınmalıdır:
 - Hastalara verilen aktivite miktarı, taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı, hastadan bir metre mesafedeki doz hızı kayıt edilmelidir.
 - Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.
 - Hasta taburculuğu sonrası uyması gereken kurallar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir
- » Yanık tedavisinde sıvı replasman tedavileri hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda belirlenen sıklıkta takip edilmelidir.

- » Onkoloji hastalarında gerçekleştirilecek tedavi yöntemleri ve tedavi tarihlerine yönelik hasta bazlı programlar yapılmalı, konkomitant tedavi alacak onkoloji hastalarında belirlenen protokole göre tedavi tarihlerinin (kemoterapi ve radyoterapi) birbiri ile uyumlu olması sağlanmalıdır.
- » Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar belirlenmelidir. Bu kurallar asgari aşağıdaki hususları içermelidir:
 - Klinik dışı personel, hastalar ve ailelerin söz konusu cihazlarla ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmesi
 - Sağlık çalışanlarının, kateter ve tüplerin doğru kullanımı ve hasta devri sırasında dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmesi
 - Yüksek riskli kateterlerin etiketlenmesi (arteriyel, epidural, intratekal gibi)
- » Hastaların tıbbi beslenmelerine yönelik süreçler ve buna yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Radyasyon Güvenliği



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Radyasyon Güvenliğine Yönelik Komite

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

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

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

Radyasyon Alanları

Hastanelerde radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

- » Radyoterapi üniteleri
- » Nükleer tıp üniteleri
- » Radyoloji üniteleri
- » Anjiyo ünitesi
- » Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler
- » Diş röntgen üniteleri
- » ESWL (taş kırma) üniteleri

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

Koruyucu Önlemler ve Uygulama Kuralları

Tanımlanan radyasyon alanlarının özellikleri ve yapılan tıbbi ışınlama veya radyoaktif ilaç uygulamaları süreçleri göz önünde bulundurularak hasta, hasta yakını ve çalışan güvenliği odaklı uygulama kuralları belirlenmelidir. Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Fiziksel Düzenlemeler

- » Ülke mevzuatı gereği yetkili kurum ya da kuruluşlara lisanslama işlemi yaptırılmalıdır.
- » Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda zırlama yapılmalıdır.
- » Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.
- » Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- » Fiziksel düzenlemeler, tıbbi ışınlama uygulamalarında hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyon kaynağına mümkün olan en uzak mesafede bulunmalarını sağlayacak şekilde planlanmalı, bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında olmalıdır.
- » Skopi kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemleri belirlenmelidir. Nükleer tıp uygulamalarında rutin olarak çevresel radyasyon ve kontaminasyon ölçümleri yapıp, kayıt altına alınmalıdır.
- » Radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.
- » Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastalar ve çevrelerine yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.

Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Düzenlemeler

- » Hastanın gerekli koruyucu donanımı kullanması sağlanmalıdır.
- » Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalıdır.
- » Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler çerçevesinde hastaların çekim odalarında mümkün olduğu kadar kısa süre ile kalmaları sağlanmalıdır.
- » Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde ayrı ayrı yapılmalıdır.

- » Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.
- » Hastalar, özellik arz eden uygulamalar (anjio, radyoterapi vb.) öncesinde işleme yönelik dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmeli ve sağlık çalışanı tarafından bu hususların yerine getirilmesine yönelik kontroller yapılmalıdır.
- » Tıbbi ışınlama ve tedavi sürecinin her aşamasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Hastalara ait hazırlanma odası/kabini bulunması, çekim süresince hastaların kullanımına uygun örtü bulundurulması vb. gibi.)
- » Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.
- » Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.
- » Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.
- » Radyasyon alanları dışında gerçekleştirilecek tıbbi ışınlamalarda (klinik, yoğun bakım vb.) koruyucu önlemler alınmalıdır.
- » Girişimsel işlemler sonrası hastaların istirahat etmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Radyoaktif ilaç kullanan hastalar için ilgili ülke mevzuatı kapsamında gerekli düzenlemeler yapılmalı, hasta ve hasta yakınları dikkat etmeleri gereken hususlar konusunda bilgilendirilmelidir.
- » Radyasyon yayan cihazların kullanım sıklığına göre kalibrasyon ve kalite kontrol testleri periyodik olarak yapılmalıdır.
- » Radyoaktif madde kullanılan tanı ve tedavi işlemlerine yönelik süreçler belirlenmelidir.

Çalışanlara Yönelik Düzenlemeler

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



Laboratuvar Hizmetleri

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının bu bölümü, hastanede yer alan Mikrobiyoloji, Biyokimya, Patoloji, Doku Tiplendirme, Genetik gibi Tıbbi Laboratuvarları kapsamaktadır.

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvarda; numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası saklanması, arşivlenmesi, sonuçların raporlanması gibi süreçler için gerekli alanlar, bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar (alan büyüklüğü, alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama, ortam sıcaklığı, ortam nem oranı, havalandırma koşulları, giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler, acil durumlara yönelik düzenlemeler vb.) belirlenmelidir.
- » Alanlara yönelik belirlenen koşulların sağlanması için gerekli kontroller yapılmalı ve izlenmelidir.
- » Laboratuvarda test güvenliği ve çalışan güvenliği için gerekli ekipmanın temini ve uygun koşullarda kullanımı sağlanmalıdır.

Standart 2

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

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

Laboratuvar Test Rehberinin Hazırlanması

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

Laboratuvar Test Rehberinin Ulaşılabilirliği ve Bilgilendirme

- » Laboratuvar test rehberinin güncel versiyonu; test isteminin yapılmasından sonucun hasta yararına kullanıldığı alana kadar her noktada ulaşılabilir olmalıdır.

- » İlgili çalışanlar, rehber nasıl ulaşacakları ve rehberi nasıl kullanacakları konusunda bilgilendirilmelidir.

Standart 3

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Bu standarda ilişkin gereklilikler prepreanalitik süreç ile preanalitik süreci kapsamaktadır.

Test İstemi

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

Numune Alımı

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

Numune Transferi

- » Numunelerin transfer süreci (kurum içi transfer, başka merkezden transfer vb.) kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem vb), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı vb. hususlar belirlenmelidir.
- » Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.
- » Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.
- » Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim ve diğer sağlık personeli tarafından, numune alımı ve transferi ile ilgili kurallara uyulmalıdır.

Numunelerin Laboratuvara Kabulü ve Analize Hazırlanması

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

Standart 4

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Laboratuvar analitik süreci aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

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

Testlerin Çalışılması

- » Test çalışma sürecinin standardizasyonunun sağlanması ve çalışma sürecinin kontrol altına alınması amacı ile bu süreçle ilişkin bilgilendirici ve test çalışma sürecinin tüm aşamalarını kapsayacak şekilde kapsamlı dokümanlar oluşturulmalıdır.
- » Bu dokümanlar asgari aşağıdaki alt süreçleri içermelidir:
 - Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması
 - Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü
 - Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları
 - Test süreci
 - Sonucun onaylanması

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

Cihaz Yönetimi

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

Kalite Kontrol Çalışmaları

Kalite kontrol çalışmaları laboratuvar uzmanı sorumluluğunda laboratuvar test sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte so-

nuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.

İç Kalite Kontrol Çalışmaları

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

Dış Kalite Değerlendirme Çalışmaları

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

Dış kalite değerlendirme çalışmalarında aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- » Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
- » Dış kalite değerlendirmesi için çalışılan test numunesinin artması durumunda kalan numune, test sonuçlanıncaya kadar uygun koşullarda saklanmalıdır.

- » Dış kalite değerlendirme programı tarafından gönderilen değerlendirme sonuçları laboratuvar uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.
- » Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, sorun var ise kaynağı ve varsa yapılan düzeltici önleyici faaliyetler kayıt altına alınmalıdır.

Standart 5

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

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

Hasta Sonuç Raporları

- » Laboratuvar tarafından sonuç raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
- » Sonuç raporlarında asgari bulunması gereken **zaman parametreleri** şunlardır:
 - Numunenin alındığı tarih ve saat
 - Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
 - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- » Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınmalıdır. Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.
- » Test sonuçlanma süreleri ve bu süreler ile ilgili bilgilendirme yapılması konusundaki asgari gereklilikler şunlardır:
 - Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.
 - Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi esas alınmalıdır.

- Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa sonuç verme süresi esas alınmalıdır.
- Belirlenen süreler konusunda ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.
 - Hastalar sonuç alma süreleri konusunda bilgilendirilmelidir.
 - Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları vb.) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.
- » Laboratuvar tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde ve gerekli görülen durumlarda klinisyene yönelik sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır. Sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği kapsamında ele alınabilecek bazı uygulamalar şunlardır:
- Referans aralıklar
 - Panik ya da kritik değerde bulunan test sonuçlarının zamanında bildirilmesi
 - Çalışma yöntemi ile ilgili bilginin test rehberinde bulunması
 - Ölçüm belirsizliğine ilişkin bilgilere gerektiğinde klinisyen tarafından ulaşılabilesinin sağlanması
 - Laboratuvar uzmanının yorum ve önerilerinin eklenmesi
 - Ek test uygulamaları
 - ✓ Belli bir test için sonuç belirli bir aralıkta veya değerde çıktığında önceden klinisyen ve laboratuvar uzmanı tarafından belirlenmiş ve sisteme tanımlanmış olan testin çalışılması (refleks testler)
 - ✓ Laboratuvar uzmanı tarafından hastanın klinik durumu ve test sonuçları ile ilişkili hastaya özgü değerlendirme sonucunda eklenmesi önerilen testler (yansıma testler)
 - Sonuç raporunda numune ve testle ilgili laboratuvar süreçlerinin izlenebilirliğinin gösterilmesi (asgari bulunması gereken zaman parametreleri)
 - Düzenli yapılan toplantılarda (klinik ve laboratuvar branşlarının katılımı ile) özellikli olguların test sonuçları ile tanı ve tedavi süreçlerinin tartışılması

- » Sonuçların yorumlanması ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:
 - Açıklayıcı metin/yorum ekleme yetkisi sadece ilgili laboratuvar uzmanının sorumluluğunda olmalıdır.
 - Laboratuvar uzmanları, bu alanda kullandıkları bilginin, kanıta dayalı, yeterli ve güncel olmasına dikkat etmelidirler.
 - Sonuç raporlarının gereksiz bilgi ile karmaşık hale gelmesi engellenmelidir.

Panik/Kritik Değer Bildirimi

- » Çalışılan testlere ilişkin panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. Bu noktada;
 - Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı
 - İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği
 - Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı
 - Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği
 - Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.
- » Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Belirlenen panik değerler “Bilgi Yönetim Sistemi”nde tanımlanmalıdır.
- » Panik değerler ortaya çıkması durumunda, **laboratuvar çalışanlarının söz konusu değeri diğer test sonuçlarından ayırt edebilmesine yönelik**, bilgi yönetim sistemleri üzerinde bir uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
 - Manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerler de bilgi yönetim sistemi üzerinde tanımlanmalıdır.
 - Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.

- » Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.
- » Panik değer bildirimine ilişkin kayıt tutulmalıdır. Bu kayıta asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Hastanın adı soyadı
 - Protokol numarası
 - Servisi
 - Testin adı
 - Panik değer sonucu
 - Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
 - Bildirimi yapan kişi
 - Bildirim yapılan kişi
 - Bildirimin yapıldığı tarih ve saat

Arşivleme

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

Standart 6

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvar kayıtlarında preanalitik süreçten başlayarak postanalitik sürecin sonuna kadar, alınan numunenin ve testin her aşamada izlenebilir olması sağlanmalıdır.
- » **Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde** test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:
 - Hastanın adı-soyadı
 - Protokol numarası
 - İstem tarih ve saati
 - İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü
 - Numune türü
 - Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi
 - Numunenin;
 - ✓ Alındığı tarih ve saat
 - ✓ Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
 - Varsa test tekrarı ve sonuçları
 - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
 - Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı

Standart 7

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.07.00	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	SH.LH.07.01	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.
		SH.LH.07.02	Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Amaç

Laboratuvarda yürütülen kalite çalışmalarını ölçülebilir bir formata dönüştürerek iyileştirmeye açık alanların belirlenmesi, izlenmesi ve sürekli gelişimin sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvar süreçlerinde her sürece yönelik performansın niteliksel ve/veya niceliksel olarak ölçülebilmesini sağlayacak göstergeler belirlenmelidir.

- » Göstergeler aracılığı ile performansın izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetlerde aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Göstergelere yönelik;
 - ✓ Gösterge kartları oluşturulmalıdır (Bkz. Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme Bölümü)
 - ✓ Sorumlular belirlenmelidir.
 - ✓ Hesaplama yöntemi belirlenmelidir.
 - ✓ Hedefler belirlenmelidir.
 - ✓ Veri toplama ve analiz yöntemleri belirlenmelidir.
 - ✓ Analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01	Güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamakları ve kuralları tanımlanmalıdır.
		SH.GC.01.02	Cerrahi uygulama öncesinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.GC.01.03	Cerrahi uygulama esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.GC.01.04	Cerrahi uygulama sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Dokümantasyon

Hastane, güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamaklarını ve kuralları dokümanla etmelidir. Dokümanlarda asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- » Cerrahi süreçlere ilişkin kurallar
- » Ameliyathane ortamına ilişkin parametreler
- » Ameliyathaneye giriş ve çıkış kuralları
- » Ameliyathanelerde ilaç, malzeme ve cihaz yönetimi
- » Ameliyathane dışında yapılan cerrahi uygulamalara yönelik süreçler ve bunlara yönelik ilişkin kurallar

Hastanın Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması

- » Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme

ile hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması, önerilen işlemi ve risklerini, müdahalenin kim tarafından, nerede ve ne zaman yapılacağını öğrenmiş olması sağlanmalıdır.

- » Hastaya tamamen kendi serbest iradesiyle karar verme hakkı tanındıktan sonra, önerilen cerrahi uygulamayı ve uygulanacak anestezi yöntemini kendi rızası ile kabul ettiğini beyan eden rıza formu imzalanmalıdır.

Cerrahi Bölge İşaretlemesi

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

- » İşaretlemeyi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim yapmalıdır. İşaretleme, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.
- » Cerrahi bölge işaretlemesi bilinci açık hastalarda mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrulatılmalıdır.
- » İşaretleme daha önceden belirlenen, açık ve anlaşılır bir yöntem ile yapılmalıdır.
- » İşlem yapılacak bölge işaretlenmelidir. Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
- » İşaretleme, kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.
- » İşaretleme, cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.
- » Hastane tarafından cerrahi bölge işaretlemesine ilişkin kontrendikasyonlar belirlenmelidir. Kontrendikasyon bulunması durumunda cerrahi bölge ile ilgili doğrulama süreçlerinin nasıl uygulanacağı tanımlanmalıdır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Cerrahi bakım güvenliğini sağlamak amacıyla anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyattan çıkmadan önceki süreçlere yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2009) tarafından uygulamaya konulan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" uygulanmalıdır. Kurumsal gereksinimler çerçevesinde DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol listesindeki asgari şartlar sağlanmak koşulu ile liste üzerinde düzenlemeler yapılabilir.

Hastanın klinikten ayrılmadan önceki süreçlerini değerlendirmeye yönelik olarak aşağıdaki konuları içerecek şekilde gerekli kontroller yapılmalıdır.

- » Hasta kimliğinin doğrulanması
- » Hasta rızasının alınması
- » Ameliyat öncesi hastaya ait fiziksel hazırlıkların tamamlanması (açlık durumu, traş ihtiyacı, makyaj, oje, protez kontrolü gibi)
- » Ameliyat öncesi gerekli özel işlemler (lavman, mesane kateterizasyonu, varis çorabı vb.)
- » Ameliyat için gerekli olabilecek özel malzeme, implant, kan ve kan ürünleri hazırlığının teyit edilmesi
- » Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinin kontrolü
- » Kontrol listesini uygulamaya yönelik sorumluluklar her aşama için belirlenmeli ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
- » Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir. Kontrol listesini uygulayan kişi her evrede listede belirtilen görevlerin tamamlanıp tamamlanmadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.
- » Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında arşivlenmelidir.

Hasta Transferi

- » Hasta ilgili bölümden ameliyathaneye, ameliyathane içi ve ameliyathaneden ilgili bölüme güvenli transferi sağlanmalıdır. (Bkz. Hastanın Güvenli Transferi)

Kişisel Eşyalar ve Protezlerin Kontrolü ve Güvenliği

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

Cerrahi Öncesi Hazırlıklar

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

Güvenli Anestezi Uygulamaları

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

Cerrahi Profilaksi

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

Cerrahi Sonrası Bakım

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

Tanı Amaçlı Alınan Dokuların Güvenliği

- » Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örneklerinin transfer öncesi ve transfer sırasındaki muhafaza koşulları tanımlanmalıdır.
- » Alınan doku örneklerinin uygun örnek kabına alınması, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmesi ve uygun şekilde transfer edilmesi sağlanmalıdır.
- » Doku örneğinin güvenliğini sağlamaya yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kayıtlar

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

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.01	Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.
		SH.GC.02.02	Ameliyat alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Amaç

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarının düzenlenmesidir.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Ameliyathane ile ilgili Alanlar

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

Ameliyat Odaları

- » Ameliyat odaları, cerrahi ekibin steril olarak giyinebilmelerine, hastanın steril olarak örtülmesine ve anestezi ekibinin çalışmasına engel olmayacak boyutta ve yeterlilikte olmalıdır.
- » Ameliyat odasında; döşeme, tavan, duvar yüzeylerinin pürüzsüz olması, yüzeylerde çatlakların oluşmaması, kapı, pencere, duvar

birleşim noktalarının düzgün ve çıkıntısız olması gerekmektedir. Ameliyathanenin duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel özellikte olmalıdır.

Havalandırma Koşulları

- » Ameliyat alanlarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.
- » Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır
- » Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).
- » Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan ortopedi protez ameliyatlari, açık kalp cerrahisi gibi operasyonlar laminer hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.
- » Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.
- » Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalı ve sorumlular tarafından sonuçlar değerlendirilmelidir. Ölçümlere dair kayıtlar tutulmalıdır.
- » Düzenli olarak havalandırma sisteminin bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.

Tıbbi Gaz Sistemleri

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

Acil Sağlık Hizmetleri



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.01.01	Acil sağlık hizmeti süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.AS.01.02	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.AS.01.03	Acil servis ünitesinin fiziki alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.AS.01.04	Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Dokümantasyon

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

- » Acil servisin yapısal düzenlemesi
- » İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi
- » Acil servise hasta kabul süreci
- » Hasta müdahale ve tedavi önceliğinin belirlenmesi
- » Muayene, müdahale, tanı ve konsültasyon süreçleri
- » Sevk, yatış ve taburcu süreçleri
- » Zehirlenme vakaları
- » Adli vakalar
- » Acil serviste risk yönetimi

Acil Servise Ulaşım

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

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

Mimari Yapı ve Acil Servis ile İlgili Fiziki Alanlar

- » Acil servislerin mimarisinde güvenlik, gözlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Mimari yapı düzenlenirken asgari aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmalıdır:
 - Acil servisler de hasta girişlerine yönelik (ambulans ve ayakta) gerekli düzenleme yapılmalıdır.

- Diğer servisler/bölmeler ile hızlı ve rahat bağlantı olanağı olmalıdır.
 - Tanısal destek birimlerine kolay ulaşılabilir mümkünse aynı katta olması sağlanmalıdır.
 - İhtiyaç halinde (afet vb. durumlar da) genişleyebilen bir yapıda olmalıdır.
 - Engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.
 - Acil servis alanları hasta ve personel açısından uygun sıcaklık, nem, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşınmalıdır.
 - Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun genişlikte bekleme salonu bulunmalı, bu alanlar konforlu ve ergonomik olmalıdır.
- » Acil servislerde hastanenin rolü, acil servisin seviyesi ve hizmet sunduğu hasta profiline göre müdahale ve tedavi işlemlerinin yapılabileceği alanlar belirlenmelidir.
- » Ayrıca hastanenin rolü, acil servisin seviyesi ve hizmet sunduğu hasta profiline göre özellikli branşlara yönelik acil müdahale durumları için gerekli olabilecek ek alanlar (KBB, göz, kadın doğum, psikiyatri, ortopedi, vb.) tanımlanmalıdır.
- » Çalışanlar için içinde kişisel temizlik alanları bulunan giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.AS.02.00	Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.02.01	Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulü sağlanmalı, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin bir şekilde verilmelidir.
		SH.AS.02.02	Acil servis içi transferlerde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.AS.02.03	Acil servise başvuru yapan hastaların müdahale ve tedavilerine yönelik öncelikler belirlenmelidir.
		SH.AS.02.04	Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır.
		SH.AS.02.05	Hastanın sevki, yatışı veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmalıdır.
		SH.AS.02.06	Acil servis süreçlerinde doğru bilgi akışı sağlanmalıdır.
		SH.AS.02.07	Zehirlenme vakaları ve adli vakalara yönelik prosedürler belirlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Hasta Odaklılık
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Karşılama, Danışma, Yönlendirme ve Kayıt Hizmetleri

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

- » Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır. Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmeti verecek personel planlamasında; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu ve özelliği göz önünde bulundurulmalıdır. Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Acil servise kabulü yapılan hastaların hastane bilgi sistemine kayıtları ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenleme; kimlik bilgilerine ulaşılamayan hastaların kabulüne yönelik işleyişi de içermelidir.

Hasta Transferi

- » Hastanın acil servise girişi, müdahale, tanı ve tedavi işlemleri, kliniğe yatış gibi. Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. Bkz. Hastanın Güvenli Transferi
- » Hastalar, acil servis girişinde, genel durumuna uygun olarak gerekiyorsa sedye, vertebral tahta, tekerlekli sandalye gibi transfer araçları ile servise alınmalıdır.

Müdahale ve Tedavi Önceliğinin Belirlenmesi

- » Müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik süreçler ve sorumlular tanımlanmalıdır.
- » Belirlenen kuralları çerçevesinde hastaların müdahale ve tedavi öncelikleri tanımlanmalı, bulaşıcı hastalıkların erken dönemde tespit edilmeli ve bu sürece dahil edilmeli, hastaların aciliyet durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda ilgili alana transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

Muayene, Müdahale, Konsültasyon ve Gözlem Süreçleri

- » Kabulü yapılan hastaların, hekim tarafından anamnezleri alınıp fizik muayenesi yapılarak tetkik ve tedavi ihtiyaçları belirlenmelidir.

- » Muayenenin tamamlanmasının ardından ihtiyaç halinde hastanın tıbbi durumu göz önünde bulundurularak tıbbi ve/veya cerrahi müdahale ile tanı işlemleri süreci başlatılmalıdır. (Müdahale süreci; resusitasyon, küçük cerrahi tedavi, alçı, atel, vb süreçlerini kapsamalıdır).
- » Hasta profili ve kurum öncelikleri dikkate alınarak acil serviste hizmet verilen kritik hasta grupları (akut miyokard enfarktüsü, solunum arresti, kardiyak arrest, inme, travma, zehirlenme, vb.) belirlenmeli, belirlenen hasta grupları için uygulanması gereken tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.
- » Acil servislerde konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalıdır. Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
- » Kritik hastalara yönelik konsültasyonların en kısa sürede tamamlanması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Müdahale, tedavi ya da tanı işlemleri esnasında gözlem altına alınan hastalar sağlık çalışanı kontrolünde olmalıdır. Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır. Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır. Hastaların acil serviste gözlem altında tutulma süreleri belirlenmiş olmalıdır.
- » Acil servise girişinden ayrılışına kadar geçen bütün süreçlerde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

Acil Servisten Ayrılış

- » Yatış yapılmasına karar verilen hastaların kliniklere yatış işlemi koordineli bir şekilde gerçekleştirilmeli, acil servisten hastanın yatışının yapıldığı klinik ile irtibata geçilerek gerekli hazırlıklar yapılmalıdır.
- » İlk müdahalesi yapılan, stabilizasyonu sağlanan ve başka bir hastaneye sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri hastanenin oluşturduğu mevcut plan dahilinde gerçekleştirilmelidir. Sevk öncesinde mutlaka sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır. Hasta sevk ambulans ile yapılmalı ve hastanın durumu, yapılan müdahale, tanı/ tedavi işlemlerine ait bilgiler hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

- » Acil servisten taburcu edilecek hastaların işlemlerine yönelik hastanenin bir planı olmalıdır. Hekim tarafından taburculuğuna karar verilen hastalar; bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti ve yapılmaması gereken aktiviteleri, kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvuracağı gibi konular hakkında bilgilendirilmelidir. Taburculuk özeti kayıt altına alınmalıdır. Hazırlanan planda; hekim izni olmadan acil servisten ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler belirlenmiş olmalıdır.

Bilgilendirme

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



Destek Hizmetleri



Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.01.01	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.
		DH.OH.01.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.01.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.
		DH.OH.01.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yiyeceklerin Tedariki ve Depolanması

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

Yemeklerin Hazırlanma Süreçleri

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

Yemeklerin Dağıtılması

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

Çalışanların Sağlık Taramalarının Yapılması

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

Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.02.00	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.02.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.02.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.OH.02.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması

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

Çamaşırhane Ortamı

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

Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.03.00	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	DH.OH.03.01	Hastanede hizmet sunulan tüm alanlar hasta/hasta yakınının konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.OH.03.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.

Amaç

Hasta/hasta yakınlarının hastanede buldukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak, moral ve motivasyonlarını yüksek tutmaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Konforu

- » Hastanede hizmet sunulan alanlarla ilgili olarak aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:
 - Hizmet sunulan alanların havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşullarının sağlanması
 - İhtiyaç duyduğunda hastanın oturabileceği, dinlenebileceği bekleme alanlarının bulunması
 - Merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarının hastanın ihtiyaçlarını (yaşlı hasta, çocuk hasta, engelli hasta gibi) gözetecek şekilde düzenlenmesi
 - Hizmet sunulan alanlarda hasta güvenliğini tehdit eden unsurların yer almaması
 - Muayene odalarının tıbbi hizmet süreçlerine ilişkin gereklilikleri içermesi (muayene masası, lavabo, el antiseptiği, ilgili branşa göre gerekli muayene gereçleri gibi)
 - Poliklinik alanlarında bebek bakımı ve emzirmeye yönelik düzenleme bulunması
 - Kolonoskopi, ultrasonografi, endoskopi, kemoterapi, radyoterapi, vb. özellikli işlemler öncesinde ve sonrasında hastanın beklemesi,

dinlenmesi ya da tuvalet, banyo vb. ihtiyaçlarını giderebilmesini dikkate alan düzenlemeler yapılması

Hasta Odaları

- » Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.
- » Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.
- » Hasta odalarında hastanın tanı ve tedavisine yönelik gerekli ekipman ve malzeme bulunmalıdır. Bu ekipman ve malzemenin temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
- » Hasta ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar belirlenmelidir. Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.
- » Hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.

Sağlık Personeline Kolay Ulaşımın Sağlanması

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

Standart 4

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.04.00	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	DH.OH.04.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.04.02	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Güvenlik/Emniyet Hizmetlerinin Planlanması

- » Hastaneyi ve hastane içinde bulunan şahısları; her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribata karşı koruma, gözetim, denetim ve kontrol hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürebilmesi için tanımlanmış bir plan olmalıdır.

- » Hastanenin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi vb.) bulunmalıdır. Güvenlik kamerası kayıtlarının saklama süreleri belirlenmelidir.
- » Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.

Hasta/Hasta Yakını ve Çalışanların Güvenlik/Emniyetinin Sağlanması

- » Can ve mal güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Risk analizleri hastanenin tüm alanlarını ve bölümlerini kapsamalıdır.
- » Teslim alınan hasta emanetleri ve bulunan eşyalara yönelik süreç tanımlanmalıdır.
- » Can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili bildirim süreci tanımlanmalıdır.
- » Yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



Tesis Yönetimi

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

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

Durum Tespiti ve İyileştirmeler

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

Bkz. Risk Yönetimi bölümü

Temel Tesis Kaynaklarının Güvenliği ve Sürekliliği

- » Sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi açısından tüm sistemlerde yer alan temel tesis kaynaklarının (elektrik, su doğalgaz, ısıtma, soğutma medikal gaz vb.) sürekliliği sağlanmalı, ülke mevzuatı uyarınca güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Bu düzenlemeler tesis yönetimi komitesi tarafından tanımlanmış planlar dahilinde yapılmalıdır.

Bu kapsamda;

- Elektrik sistemlerinin, hastane trafolarının, jeneratörlerin, kesintisiz güç kaynaklarının bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- Elektrik prizleri ve prizlerin kullanımına yönelik hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
- Binanın dış ortamdan gelebilecek tehlikeli unsurlara karşı güvenliği (paratöner vb. gibi) önlemler ile sağlanmalıdır.
- Doğal ve yapay aydınlatmalar, yapılan faaliyetin ve ilgili hizmet alanının amacına uygun şekilde düzenlenmelidir.
- Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler (deponun fiziki özellikleri, güvenliği, temizliği, analizleri, ölçümleri, bakımları, vb) yapılmalıdır.
- Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme (alternatif su kaynağı ve bu kaynağın kontrolü, atık su kontrolü, yağmur sularının kontrolü ve drenajı, yangın sularının kontrolü vb.) yapılmalıdır.
- Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenlemeler, bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.
- Medikal gazların (oksijen, azot, vakum ve hava)basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, kayıt altına alınmalıdır.
- Gazlar cinsine göre depolanmalı ve medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.
- Sıkıştırılmış gaz silindirlere yönelik düzenlemeler (sabitlenmesi, doluluk ve sızdırmazlık testleri, uygun depolanması vb.) yapılmalıdır.

- Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik periyodik kontrolleri ve ara bakımları yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmalı, bakım ve kontrolleri kayıt altına alınmalıdır.
 - Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
 - Basınçlı kapların (buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalori-fer kazanı, vb.) bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.
- » Bina dış yapısının görselliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
- » Oluşabilecek kritik arıza durumlarına karşı yedek sistemler kurulmalıdır. Bu sistemlerin kapsayacağı riskli alanlar tesis yönetimi komitesi tarafından belirlenmelidir.
- » Temel tesis kaynaklarında bulunan ekipmanları kullanan personele bu ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.

Tesis Hizmetlerine Erişim

Hastane içindeki bölümlere kolay ulaşım sağlanmasına yönelik gerekli fiziki ve işlevsel düzenlemeler yapılmalıdır.

Bu düzenlemeler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- » Yönlendirme işaretleri ve hizmetleri
- » Hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları bekleme alanları
- » Hasta odalarının konforu ve güvenliği
- » Ortak kullanım alanlarının (poliklinik, klinik, bekleme alanları vb.) iklimlendirilmesi
- » Engelli, yaşlı ve hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan kişilere yönelik hastane genelinde çıkış rampaları, merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları vb.
- » Çevre düzenlemeleri (Otopark, peyzaj düzenlemeleri vb.)



Atık Yönetimi

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Atık Yönetim Planı Hazırlanması

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

Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması

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



Bilgi Yönetimi

Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

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

Teknik Destek Altyapısı

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

Bilgi Güvenliği ve Mahremiyeti

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

Bilgi Zamanlılığı ve Sürekliliği

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

Malzeme ve Cihaz Yönetimi



Standart 1

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

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Etkin malzeme ve cihaz yönetimini sağlamak amacıyla, ilgili tüm süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Malzeme ve cihaz türlerinin temini, depolanması ve kullanımına ilişkin yöntem ve kurallar net bir şekilde belirlenmelidir. Malzeme ve Cihaz yönetimine dair dokümanlar hastanenin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:

- Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan personelin görev ve sorumlulukları
- Malzeme istemleri/talepleri
- Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi
- Malzeme ve cihazların temini
- Malzeme ve cihazların teslim alınması ve kabul süreçleri
- Malzeme ve cihazların güvenli kullanımına yönelik üretici firmalar tarafından verilen (garanti belgesi, kullanım klavuz vb.) belgelerin teslimi, muhafazası
- Malzemelerin muhafazası
- Malzeme istemli, hazırlanması, transferi
- Malzemelerin ve cihazların gerektiğinde değişimi ve güncellenmesine yönelik planın oluşturulması
- Malzeme ve cihazların kullanım ömrünün izlenmesi
- Malzeme ve cihaz yönetimine ilişkin göstergeler
- Malzeme ve cihazların güvenli kullanımı
- Malzeme ve cihazlara özgü temizlik ve dezenfeksiyon süreçleri
- Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri
- Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemeler ve cihazlar
- Cihazların bakımı, ayarlanması ve kalibrasyonu
- Malzeme ve cihazların arıza ve onarın süreçleri
- Malzeme ve cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili yönetim süreçleri

Malzeme ve Cihazların Temini

- » Hastanede sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla doğru malzemelerin ve cihazların, doğru zamanda teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Malzeme ve cihazların temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu düzenleme çerçevesinde hastane, kimlerin malze-

me ve cihaz temin talebinde bulunabileceğini, talep yöntemini, taleplerin kimler tarafından, nasıl değerlendirileceği ve tedarikçiden temin süreci tanımlamalıdır.

- » Rutin kullanılan, acil veya bulundurulması zorunlu malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- » Temini gerçekleştirilecek malzeme türlerinin, cihazların ve bunların miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler yapılırken, temin talepleri, tüketim analizleri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Malzemelerin Muhafazası ve Transferi

- » Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatte fazla tutulduğu tüm birim depolarına yetkili personel haricinde kişilerin erişimi hasta güvenliği ve emniyet açısından sınırlandırılmalıdır.
- » Malzemeler, depolama alanlarında malzeme niteliklerine uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır. Malzeme depolarının yer tavan yüksekliği uygun olmalı, güvenlik önlemleri alınmalı (deprem, su baskını, elektrik kaçağı vb.) ısı nem takibi yapılmalı, malzemenin cinsine ve özelliğine göre gerektiğinde anlık ölçülebilir ve izlenebilir ısı nem takibi sistemleri kullanılmalıdır. Bu amaçla gerekli önlemler alınmalı ve alınan tedbirlere dair takipler yapılmalıdır.
- » Personelin malzemelere kolay ulaşımını sağlamak, acil durumlarda zaman kaybını önlemek amacıyla depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.
- » Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabilmelidir.
- » Tıbbi cihaz ve malzemeler; ürün hataları ve istenmeyen etkiler yönünden izlenmeli, belirlenen sorunlar varsa konu ile ilgili ulusal bildirim sistemine iletilmelidir.
- » Uygunsuz malzemenin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.
- » Depolardan transfer esnasında kırılma, dökülmeye karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır. Transferi

gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.

Cihazların Güvenliği

- » Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır. Cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır. Envanterde aşağıdaki asgari bilgiler bulunmalıdır:
 - Cihazın adı
 - Cihazı tanımlayan kimlik numarası
 - Seri numarası
 - Markası ve modeli
 - Bulunduğu bölüm
- » Cihazların üzerinde cihazı tanımlayan kimlik numarası ve bulunduğu bölüm bilgilerinin yer aldığı cihaz kartı ve etiketi bulunmalıdır.
- » Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.
- » Cihazların bulunduğu alanlarda yapılan fiziki düzenlemeler, cihazların çalışma koşullarına uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.
- » Kalibrasyon, ayar, test ve/veya bakım işlemleri, cihazların güvenli çalışması, doğru sonuç vermesi, verebileceği zararın düşük seviyede tutulması gibi sebeplerle üretici firmaların teknik dokümanlarında belirtilen sıklık göz önünde bulundurularak eksiksiz, hastane ihtiyaçlarını karşılayan ve kullanım yoğunluğuna paralel, bir plan dahilinde yapılmalıdır.
- » Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazların (ventilatör, laboratuvar test cihazları, jeneratör gibi) eğitimli ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalıdır.
- » Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.

Tehlikeli Maddelerin Yönetimi

Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman da asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- » Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması
- » Tehlikeli maddelerin dökülmesi maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler
- » Güvenlik bilgi formu içinde bulunan maddeler

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

Tehlikeli maddenin;

- » İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vb.)
- » Kullanım şekli ve miadı
- » Saklama koşullarını
- » Etkileşime girdiği maddeleri
- » Yangın halinde müdahale yöntemleri
- » Temas halinde müdahale yöntemleri
- » Kullanıldığı ve depolandığı yerleri
- » Taşıma şeklini
- » İmha yöntemlerini
- » Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler
- » Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.
- » Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalı, etikette maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunmalıdır. Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.
- » Radyoaktif maddelerin radyoaktivite değeri ve ölçüm tarihi kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.

Dış Kaynak Kullanımı



Standart 1

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

Amaç

Hastane tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasının sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Dış Kaynak Kullanımı Yolu ile Sağlanacak Hizmetlerin Belirlenmesi

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

Dış Kaynak Kullanımının Kapsamı ile Süreçlerinin Tanımlanması

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

Dış Kaynak Kullanımı ile Sunulan Hizmetlerin Standartlara Uygunluğu

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

Acil Durum Yönetimi



Acil Durum Yönetimi



Standart 1

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

Amaç

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

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Risk Analizleri

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

Planlama

- » Hastane acil durumlara yönelik belirlediği önleyici tedbirleri uygulamaya ilişkin planlama yapmalıdır. Önleyici tedbirlere yönelik planlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Hangi önleyici çalışmaların yapılması gerektiğinin belirlenmesi
 - Gerekli önleyici yatırım ve faaliyetlerin planlanması
 - Yatırım ve faaliyetlerin bütçelenmesi

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

- » Hastanede yaşanılacak muhtemel acil durumlara yönelik gerekli önleyici tedbirler alınmasına rağmen (doğal afetler vb.) olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren durumların yaşanması halinde nelerin yapılması gerektiği de önceden planlanmalıdır.
 - Hastanede acil durum yönetim ekibi oluşturulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
 - Acil durumların yönetimini kolaylaştıracak yatırımlar (acil durum uyarı sistemleri, haberleşme sistemi vb.) belirlenerek planlanmalıdır.

Eğitim ve Tatbikatlar

Acil durum yönetiminin en önemli unsuru planlanan tedbirleri hayat geçirmeye yönelik önceden hazırlıklı olmaktır.

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

Standart 2

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

Amaç

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

Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Kod Sistemi

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

Sorumlular

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

Müdahale Ekipleri

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

İlaç ve Ekipmanlar

- » Acil müdahale için hangi ilaç ve ekipmanlara gereksinim duyulacağı önceden belirlenerek acil müdahale seti oluşturulmalıdır. Acil müdahale setinde asgari; laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için), balon-valf-maske sistemi, değişik boylarda maske, oksijen hortumu ve maskeleri, entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları), yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp vb.), enjektörler, kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır. Acil müdahale için kullanılan defibrilatör, aspiratör, oksijen tüpü vb. ekipmanın, hangi alanlarda bulunacağı ve olay yerine nasıl getirileceği tanımlanmalıdır.
- » Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Acil müdahale seti kullanılabilir durumda bulundurulmalıdır.

Kayıt Tutulması

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

Eğitim ve Tatbikatlar

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

Standart 3

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

Amaç

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

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Kod Sistemi

» Başta çocuk hastaneleri, kadın doğum hastaneleri, kadın doğum kliniği ya da pediatri kliniği bulunan hastaneler olmak üzere, hastaneden hiz-

met alan bebek veya çocuk hasta/hasta yakınına kaçırma girişimi veya kaçırma durumu halinde en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik olarak acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

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

Sorumlular

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

Müdahale Ekipleri

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

Kayıt Tutulması

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

- Olayın adli mercilere iletilmesi süreci ile ilgili bilgiler
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.

Eğitim ve Tatbikatlar

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

Standart 4

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

Amaç

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

Hedefler

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Kod Sistemi

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

Sorumlular

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

Müdahale Ekipleri

- » Kod uyarısı verildiğinde; güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve hastane bazı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.. Hastanede bulunan güvenlik

görevlileri kod sisteminde belirlenen şekilde sorumlu buldukları alanda meydana gelen olaylara müdahale etmekle sorumludur.

- » Hastane, kod sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapmalıdır.

Kayıt Tutulması

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

Eğitim ve Tatbikatlar

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

Standart 5

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

Amaç

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

Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yangın Algılama Sistemi

Hastanenin tüm alanlarını kapsayacak, elektrik kesintilerinden etkilenmeyecek ve adresleme yapabilecek şekilde çalışan bir yangın algılama sistemi bulunmalıdır. Sistem, elektrik kesintisinden etkilenmeyecek şekilde kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır. Sistemin kontrolleri düzenli olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Acil Uyarı Kod Sistemi

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

Sorumlular

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

Yangına Müdahale

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

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

Eğitim ve Tatbikatlar

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



TANIMLAR
VE
KISALTMALAR



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

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

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

Akılıcı Antibiyotik Kullanımı: Bir enfeksiyon hastalığının tedavi ya da profilaksisine yönelik olarak aşağıdaki 5 DOĞRU kuralına göre hareket edilmesidir.

Doğru ilaç

Doğru kişi

Doğru miktar

Doğru zaman

Doğru uygulama yolu (yutma, çiğneme, damar yolu gibi)

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

Analitik süreç: Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleridir.

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

Anlık sterilizasyon (Flash sterilizasyon): Tıbbi cihazların acil durumlarda kullanım alanında yıkanması, kurulanması ve paketlenmeden buhar otoklavlarında özel bir program kullanılarak kısa sürede steril edilmesi işlemidir.

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

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

Asepsi: Temiz bir yüzey, ortam ya da malzemeye mikrop bulaşmaması için alınan önlemlere denir.

Atık Yönetim Planı: Atıkların oluşumlarından bertarafına kadar geçecek süreçte, çevre ve insan sağlığına zarar vermeden yapılması gerekenlerin sağlanmasına yönelik genel esasların belirlenmesidir.

Ayaktan hasta; Yatış işlemleri yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

Bağışçı: Tam kan veya kan bileşenlerini veren kişi.

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

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

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

Biyolojik Validasyon: Biyolojik inaktivasyona dayalı validasyondur. Biyolojik indikatör içindeki sporların öldüğü ispatlandığında ürün teslimi yapılır. Parametrik validasyon yapılamayan sterilizasyon yöntemleri için (düşük sıcaklık sterilizasyon yöntemleri) biyolojik validasyon zorunludur. Biyolojik validasyon da parametrik validasyon gibi yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır. Sterilizatörün her bir rafına, sterilizasyon koşullarının en kötü olduğu noktalara biyolojik indikatör (ler) konularak yapılır. Biyolojik indikatör zorlaştırıcı paket içine konmalı ve bu paket referans pakette olduğu gibi paketlenmiş olmalıdır. Sterilizatör yanı döngü çalıştırılır ve biyolojik indikatörde varsa canlı kalan sporlar mikrobiyolojik olarak sayılarak spor sayısındaki logaritmik azalma tespit edilir. Bu işlem hem boş sterilizatörde hem de bir yük çeşidi ile tam yükte ardışık üç test şeklinde tekrarlanma-

lıdır. Tüm döngülerde canlı spor kalmadığı doğrulanırsa biyolojik validasyon tamamlanmış olur. Ürün teslimi de biyolojik kontrol sonuçlarına göre yapılacağından her yükte biyolojik indikatör kullanılması ve üreme yoksa malzeme teslimi yapılması gerekir.

Cerrahi Profilaksi: Cerrahi enfeksiyonların oluşumunu önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimler

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

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

Dekontaminasyon: Kelime olarak, mikroorganizmalar ya da organik kirlerin giderilmesi için yapılan uygulamaların (temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon) tümünü kapsamakla birlikte pratikte dezenfeksiyon ya da sterilizasyon öncesinde, fiziksel ve/veya kimyasal yöntemlerden oluşan ön temizlik işlemi ile bir yüzey veya malzemeden organik madde ve patojenlerin uzaklaştırılması ve malzeme ya da yüzeyin herhangi bir kişisel koruyucu kullanmadan elle tutulabilir hale getirilmesi anlamında kullanılır.

Dezenfeksiyon: Cansız yüzeyler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların (bakteri sporları hariç) büyük bir çoğunluğunun ya da tamamının yok edilmesi veya üremelerinin durdurulması işlemidir. Dezenfeksiyon işlemi, bakteri sporları ve mikobakterileri etkileme seviyelerine göre yüksek, orta ve düşük dezenfeksiyon olarak 3 sınıfta değerlendirilir.

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

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

Dış Kaynak Kullanımı: Sağlık hizmeti veren kuruluşun bazı sağlık kurumu dışındaki bir kurum ya da kuruluşla sözleşme, protokol ya da kamu-özel işbirliği usulü ile bazı hizmetlerini almasını ifade eder.

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

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

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

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

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

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

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

Enfeksiyon Kontrol Demetleri: Yarraı kanıtlanmış enfeksiyon önlemlerinin tek tek uygulanması yerine klinik duruma göre birlikte demet halinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmış kontrol listeleridir. 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 tanımlanmaktadır.

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

Erken Uyarı Skorları: Kötüleşen hastayı en erken dönemde farkedip gerekli müdahaleyi yapmaya zaman kazanmak için geliştirilmiş fizyolojik parametrelerden oluşan skorlardır.

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

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

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

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

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

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

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

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

Hemovijilans: Kanın alınmasından kan ürünlerinin alıcıya verilmesi ve sonrasını kapsayan zincir boyunca yan etkilerin, advers olayların ve kan ürünlerinin daha güvenli ve daha etkili kullanımına neden olabilecek diğer tüm aktivitelerin sistematik olarak izlendiği bir dizi takip işlemidir.

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

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

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

Çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, radyasyon güvenliği, mesleki enfeksiyonlar, kan ve vücut sıvıları ile temas, çalışana yönelik şiddet gibi konularda gelişebilir.

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

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

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

Kan Ürünü: İnsan kanı ya da plazmasından elde edilen tedavi edici ürün.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

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

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

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

Morbidite: Hastalık hali

Mortalite: Ölüm hali

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

Nihai Bertaraf: Atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde ilgili ülke mevzuatında öngörülen her türlü önlemin alındığı tesislerde

yakılması veya düzenli depolanması suretiyle yok edilmesi veya zararsız hale getirilmesidir.

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

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

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

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

Parametrik validasyon: Sterilizasyonun fiziksel parametrelerin ölçümüne dayalı süreç validasyonudur. Ürün teslimi kritik parametrelerin ölçüm sonuçlarına göre yapılır (parametrik ürün teslimi). Referans yükle elde edilen test grafikleri, her döngüde döngü grafiği ile karşılaştırılarak bir sapma olup olmadığı belirlenir ve günlük Bowie-Dick ve haftalık vakum kaçak sonuçları ile birlikte yorumlanarak ürün teslimi yapılır. Bu durumda rutin kontrollerde kimyasal ve biyolojik indikatör kullanım zorluğu (Bowie-Dick ve Maruziyet indikatörleri dışında) ortadan kalkar. Parametrik ürün teslimi yapılabilmesi için buhar sterilizatörde yeterlik testlerinin kurulumunda (kurulum validasyonu) v işleme başlayınca (işetim ve performans validasyonu) yapılması ve yılda bir kez tekrarlanması (performans rekalfikasyonu) zorunludur.

Partikül: Maddenin veya enerjinin en küçük parçası

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

Patojen mikroorganizma: Enfeksiyöz hastalıklara neden olan mikroorganizmalar

Perioperatif: Cerrahi uygulama sırasında

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

Postanalitik Süreç: Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen analiz sonrası süreçlerdir.

Postoperatif: Cerrahi uygulama sonrası

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

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

Prepreanalitik Süreç: Hastaya test istemi yapılması sürecidir.

Preoperatif: Cerrahi uygulama öncesi

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

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

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

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

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

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

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

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

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

Bu kapsamda risk analizi;

Hastaların maruz kalabileceği tehlikelerin belirlenmesi

Tehlikelere maruziyet sıklığı ve etkilenme düzeyinin saptanması

Hangi hasta veya hasta gruplarını etkilediğinin değerlendirilmesi işlemlerini kapsamalıdır.

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

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

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

Sessiz Oda: Psikiyatri acil durumlarında kullanılmak üzere, hastaların kendine zarar vermesini engelleyecek şekilde tasarlanmış, oda.

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

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

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

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

Tam Kan: Bir bağışçıdan, antikoagülanlı koruyucu sıvı içeren steril bir torbaya alınmış, bileşenlerine ayrıştırılmamış kan

Tam Kandan Elde Edilen Ürünler: Tam kanın işlenmesi sonucu elde edilen kan ürünleridir.

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

Taze Tam Kan: 24 saatten daha kısa süre beklemiş tam kan

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

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

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

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

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

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

Transfüzyon: Sağlık sorunu sebebiyle ihtiyacı olan hastaya tam kan ya da kan bileşeni nakli.

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

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

Virülans: Bir patojenin(bakteri, virüs vb.) hastalığa neden olma yeteneğidir.

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

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

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

Yatan hasta; Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara acil serviste gözlem altına alınan hastalar, gününbirlik yatış işlemi yapılan hastalar (kemoterapi, radyoterapi, fizik tedavi, diyaliz hizmeti verilen hastalar vb) ve özel işlem sonucu takibi gereken hastalar (sedasyonla endoskopi yapılan hastanın bir süre izlenmesi vb.) dahildir.

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

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

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





KAYNAKLAR



- Accreditation Canada Standards, Qmentum International, 2010-2011.
- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013
- Akçabay, M., "Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon", med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Alp Meşe, E., "Ameliyathane Organizasyonu", <http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/Ameliyathanelerde%20Enfeksiyon%20Kontrol%C3%BC.pdf>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Arslan, Ö. "Hemovijilans", Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Cilt 3, Sayı 36, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-hemovijilans-49184.html>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Arslanoğlu, A., "Yönetimde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma", İstanbul Marmara Üniversitesi SBE Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Aştı T. Bakım Teknolojisinde Yenilikler, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 2003
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care, Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australia, 2012.
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care, National Safety and Quality Health Service Standards, 2012.
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care, Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia 2009.
- Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 28-30 Mart 1994.
- Avrupa Kan Transfüzyon Komitesi, Kan Bileşenlerinin Hazırlanma, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi, İstanbul, Şan Ofset, 2008.
- Aydın, G.D. ,Hastane acil servislerinin organizasyonu ve yönetimi Haydarpasha Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin bu açıdan değerlendirilmesi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Barth, J., "Selecting clinical quality indicators for laboratory medicine", Ann Clin Biochem, 49, s. 257, 2012
- Başkan, S. "Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Koşulları Nasıl Olmalı?", <http://www.hastaneenfeksiyonlaridergisi.org/>

managete/fu_folder/2003-04/html/2003-7-4-161-167.htm, Erişim tarihi: 10.07.2013.

- Baumann BM, Chansky ME, Boudreaux ED. Holding admitted patients in the emergency department is most highly correlated with longer patient throughput times, Acad Emerg Med., 2004;11:453.
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007
- Cander, B. ve arkadaşları, Acil Servis Hizmetlerinin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılanması JAEM, cilt 7, sayı 2, s.9-16, 2008.
- CDC, "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings", 2007.
- CDC, Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008
- CDC, HICPAC, Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2003.
- Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), Statistical quality control for quantitative measurement procedure: principles and definitions. Approved guidelines, 3rd ed. C24-A3. Wayne, PA, USA: CLSI, 2006.
- Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality. Proposed guideline. GP35-P. Wayne, PA, USA: CLSI, 2009.
- Çakmakçı, M., "Hastane Enfeksiyonları ve Hastane Tasarımı: Ameliyathanelerin Planlanması", http://www.hastaneenfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28648, 15 Mayıs 2013.
- Demir, H., Okan, T., "Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma", İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, sayı 10 (1), s.57-72, 2009.
- Doku Tiplerine Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011."
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayısı 28970, 12.04.2014
- Eren, E., Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2000.
- Erkoç, Y. ve diğerleri, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

- Eroğlu, F., Özmen, S., Noyaner, A., Aydın, C. “Yoğun Bakımda Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz?” Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi , syf : 9-11, 2001.
- Erol, S., “Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s. 43-51, 2008.
- Ertem,G., Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2003.
- European Charter of Patients' Rights Basis Document, Rome, November 2002.
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011.
- Glenn M. Rampton, Ian J. Turnbull, J. Allen Doran “Human Resource Management Systems: A Practical Approach”, 2nd edition. Ontario, Carswell Thomson Professional Publishing, s.25, 1999.
- Groene O., Barbero, M.G., Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi, Kanıt ve Kalite Yönetimi, çev. Zaralı, F. ve diğerleri, Dünya Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara, Mayıs 2005.
- Güler, H., Öztürk, A., Hastane Hizmet Kalite Standartları, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2011.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS Doküman Yönetim Sistemi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2013.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS ve İlaç Güvenliği, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2012.
- Güllülü U, Özer S, Candan B “Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması” 5.Ulusal Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi: 91-109, 2000.
- Handel DA, Ginde AA, Raja AS, Rogers J, Sullivan AF, Espinola JA, Camargo CA. Implementation of crowding solutions from the American College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding, Int J Emerg Med., 2010;3(4):279-86.
- Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, ,Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2011.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420
- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.

- Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015
- Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi, Sayı:6367, 16.03.2016.
- Inozu, B., Chauncey, D. ve diğerleri, "Performance Improvement for Healthcare-Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management", Novaces,LLC, ISBN 978-0-07-176162-8, 2012.
- Institute of Medicine, To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- ISO 9001, "Quality management systems – Requirements", 2008.
- ISO 31000, "Risk management -- Principles and guidelines", 2009.
- ISO 15189, "Medical laboratories-Requirements for quality and competence, International Organization for Standardization", 2012.
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No:6331, Kabul Tarihi 20.06.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013.
- İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme, International Labour Organization, internet erişimi: <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Sayı: 28602, 29.03.2013.
- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28710, 17.07.2013
- "İzolasyon Önlemleri Kılavuzu", Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Hastane İnfeksiyonları Dergisi, Cilt 10, Ek 2, 2006.
- Japan Council for Quality Health Care, <http://jcqhc.or.jp/pdf/top/english.pdf>, ulaşma tarihi: Şubat 2013.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011.
- Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey Process Guide, 4th Edition (for Academic Medical Centers), 2013.
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 5624 Sayılı, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02 Mayıs 2007.

- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı 270704, 04 Aralık 2008.
- Kaya, A., "Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu", İstanbul Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016
- Küçükler, N.D. ,Çelebi, G. "Hastane Enfeksiyonları Kontrolünde Çamaşırhane" Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel sunumu, 2009.
- Laboratory General Checklist, CAP Accreditation Program, 2012, available at: http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/new/microbiology_checklist.pdf
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981.
- Meral, Y., "Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- National Healthcare Disparities Report; 3. Bölüm, "Access to Healthcare". Agency For Healthcare Research And Quality, Washington Yayın no: 09-0002, 2008, Erişim tarihi: 28.05.2013 <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm>
- National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program, 2011-2012 Health Care Criteria for Performance Excellence, 2011.
- NIOSH Publication No. 88-119: "Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers", 1988.
- OECD Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009, Health Working Papers No. 47, 2009.
- OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011.
- Ovayolu, N., Bahar, A. "Hemşirelikte Kalite" Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 1, 2006.
- Öncü, S., "Cerrahide antibiyotik, profilaksisi", Ulusal Cerrahi Dergisi, Cilt 27, Sayı 3, Sayfa 176-181, <http://www.ulusalcerrahidergisi.org/text.php3?id=947>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004
- Özlü T. Kuramsal Metinler, "Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, çünkü hastasınız." TİMAŞ Yayınları, İstanbul, Şubat 2005.

- Phillips RL, Dovey SM, Hickner JS, Graham D, Johnson M. The AAFP patient safety reporting system; development and legal issues pertinent to medical error tracking and analysis. In: Advances in patient safety: from research to implementation. Vol. 3. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005:121–34. İnternet erişimi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?booksaps3&partsA4255>. Erişim tarihi: 24 August 2010.
- Plebani, M. ve diğerleri, “Towards harmonization of quality indicators in laboratory medicine”, Clin Chem Lab Med, 51(1), s. 187–195, 2013.
- Price, C., Christenson, R., Evidence-based laboratory medicine: From Principles to Outcomes, AACCC Press, Washington, DC, 2003.
- Pugh, D. S., ed. “Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.”, 1990.
- Pugh, D. S., ed. “Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.”, 1990.
- Quality Management in Anatomic Pathology: Promoting Patient Safety Through Systems, Improvement and Error Reduction, CAP, Raouf E. Nakhleh, MD, FCAP, and Patrick L. Fitzgibbons MD, FCAP, editors Item number: PUB118, ISBN number: 0-930304-86-1, 2012.
- Radyasyon Güvenliği Komiteleri Çalışma Usul ve Esasları, <http://www.taek.gov.tr/belgeler-formlar/rsgd-formlari/usul-esaslar/>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 23999, 05 Temmuz 2000.
- Raju PS, Lonial SC, “The Impact of Service Quality and Marketing on Financial Performance in the Hospital Industry: An Empirical Examination. Journal of Retailing and Consumer Services”, 9 (6): 335-348, 2002.
- Restuccia, D.J., Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, Çev. Sıdıka KAYA, 2003.
- Rootman, I. ve diğerleri, “Evaluation in health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series, 2001.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2011.
- Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi gazete, Sayı 28344, 05 Temmuz 2012.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmi Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987

- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.
- Samastı, M., "Hastanelerde Dezenfeksiyon Kullanım Esasları, Yapılan Hatalar", İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s. 143-168, 2008.
- Sciacovelli, L. ve diğerleri, "Quality Indicators in Laboratory Medicine: from theory to practice, Preliminary data from the IFCC Working Group Project Laboratory Errors and Patient Safety", Clin Chem Lab Med, 49(5), s. 835-844, 2011.
- Shahangian, S. ve Snyder, S., "Laboratory Medicine Quality Indicators, A Review of the Literature", Am J Clin Pathol, 131, s. 418-431, 2009.
- Srivastava R. ve diğerleri, "Reflex and reflective testing: efficiency and effectiveness of adding on laboratory tests", Ann Clin Biochem, 47, s. 223-227, 2010.
- Starfield B, Shi L., "The medical home, access to care, and insurance. Pediatrics.", 113(5 suppl):1493-8., 2004.
- Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, DAS Derneği, 2011.
- Sur, H., Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları, 2012.
- Sur, H., Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları, 2012.
- Süngü, A., "Ameliyathane Havalandırma Sistemleri IVF ve Genetik Laboratuvar Havalandırma", <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Şencan, İ., Demir, M., SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1-2-3 cilt Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, "Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği", Sayı: 28036, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi", Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2010.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Akılcı İlaç Kullanımı İnternet Sitesi, <http://www.akilciilac.gov.tr/>, 25 Haziran 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmî Gazete Sayı: 25903, 11 Ağustos 2005.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012.

- Tatar, M.(Editör), Sağlık Kurumları Yönetimi-I, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, 2012.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25755, 14/03/2005.
- Tengilimoğlu, D., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2011.
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25883, 22/07/2005.
- Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27957, 07/06/2011
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), Anestezi Uygulama Kılavuzları; Preoperatif Hazırlık, Kasım 2005.
- Türk Dil Kurumu, www.tdk.gov.tr
- Türkiye Kan Merkezleri Transfüzyon Derneği, Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi, İstanbul, Çesa Basım Hizmetleri, 2011.
- Uztuğ, F. (Editör), Kurumsal İletişim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No 1562, 2012.
- Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC, Mark C. Henry MC. The Association Between Transfer of Emergency Department Boarders to Inpatient Hallways and Mortality: A 4-Year Experience. Ann Emerg Med.; 54(4):487-91, 2009.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan oluru, 19.01.2010.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C.Resmi Gazete Sayı 28000, 20.07.2011.
- Wayne, PA, Using of proficiency testing to improve the clinical laboratory Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI).. Approved guidelines, 2nd ed. GP27-A2., USA: CLSI, 2008.
- WHO Draft Guidelines for Ad verse Event Reporting and Learning Systems: From information to action, 2005.
- WHO, Core components for infection prevention and control programmes, Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care, 2008.
- WHO, Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013.
- WHO, Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009.
- WHO, Health Promotion Glossary, 1998.
- WHO, Laboratory Assesment Tool, 2012.
- WHO, Laboratory biosafety manual, Third edition, 2000.

- WHO, Laboratory Quality Management System, Handbook, 2011.
- WHO, Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences, 2009.
- WHO, Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide 2nd edition, 2002.
- WHO, Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists, 2013.
- WHO, Safe Surgery Save Lives, safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists, 2009.
- WHO, World Alliance for Patient Safety, 2009.
- Williams SJ, Calnan M. "Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine". 33 (6) :707-716, 1991.
- World Health Organization, "Patient Care Check list, New Influenza (H1N1)", 2009.
- World Health Organization, Kanın Klinik Kullanımı, Çev. M. Cem Ar, Hülya Bilgen, Tuğhan Utku, İstanbul, Baskı: Türk Kızılayı, 2005.
- Yataklı Sağlık tesislerinde acil servis hizmetleri uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı 27378, 16 Ekim 2009.
- <http://www.ahrq.gov/>
- <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetHomepage&cid=1120143435363>
- <http://www.taek.gov.tr>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- <http://www.tard.org.tr/tr-tr/>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete, Sayı:28103, 02.11.2011





EKLER



EK 1

SAS Göstergeleri

SAS Göstergeleri Tablosu 1 - Yönetim ve Organizasyon Boyutu

Yönetim ve Organizasyon		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı	Z
Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Z
Y.3.Z	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi (Dönemler arasında karşılaştırma)	Z
Y.4.Z	Personelin Eğitime Katılma Oranı	Z
Y.5.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Z
Y.6.0	Emir Komuta Hattı Uzunluğu (En alt birim çalışanın en üst yönetici dâhil sorumlu olduğu sıralı hiyerarşik yönetici sayısı)	0
Y.7.0	Kontrol Alanı (Bir yöneticiye doğrudan bağlı çalışan sayısı)	0

SAS Göstergeleri Tablosu 2 – Sağlıklı Çalışma Yaşamı Boyutu

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

SAS Göstergeleri Tablosu 3 – Hasta Deneyimi Boyutu

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

SAS Göstergeleri Tablosu 4 – Sağlık Hizmetleri Boyutu

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Hasta Bakımı		
S.1.Z	Bası Ülseri Görülme Sıklığı	Z
S.2.Z	Düşen Hasta Oranı	Z
S.3.0	Taburculuk Özetlerinin Zamanında Aktarımı	0
S.4.0	Hasta Bakım Planının Hedefe Ulaşma Oranı	0
S.5.0	Hekimlerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hekimler için öykü, fizik inceleme, özgeçmiş, soygeçmiş, ön tanı ve tedavi planı izlenir)	0
S.6.0	Hemşirelerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hemşireler için psikolojik, fiziksel, ekonomik, sosyal değerlendirme, beslenme durumu ve taburculuk planı izlenir)	0
Enfeksiyonların Önlenmesi		
S.7.Z	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı	Z
S.8.Z	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyon Hızı	Z
S.9.Z	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı/Ventilatör İlişkili Olay	Z
S.10.Z	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	Z
S.11.Z	Cerrahi Profilakside Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Z
S.12.Z	El Hijyeni Uyum Oranı	Z
S.13.Z	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı	Z
S.14.Z	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı	Z
İlaç Yönetimi		
S.15.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı	Z
S.16.Z	Advers Etki Görülme Oranı	Z
S.17.0	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	0
S.18.0	İmha Edilen İlaç Oranı	0

Sağlık Hizmetleri			
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel	
Transfüzyon			
S.19.Z	İmha Edilen Kan ve Kan Ürünü Oranı	Z	
S.20.Z	Transfüzyona Bağlı Gelişen Reaksiyon Oranı	Z	
S.21.0	Transfüzyon Merkezi Tarafından Reddedilen İstem Oranı	0	
S.22.Z	Kan ve Kan Ürünleri Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı	Z	
Koroner Arter Hastalığı			
S.23.Z	Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI)	AMI'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi	Z
S.24.Z		Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı	Z
S.25.0		Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı	0
S.26.0		Taburcуда Statin Reçete Edilen Hasta Oranı	0
S.27.0		30 Gün İçinde Yeniden Başvuru Sayısı	0
S.28.0		AMI Vaka-Ölüm Oranı	0
S.29.0		Anjiyografi Sonrası Bypass İşlemi Yapılan Hasta Oranı	Z
S.30.0	Bypass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oranı	0	
Pnömoni			
S.31.Z	Pnömoni'de Antibiyotik Başlangıç Dozundan Önce Acil Serviste Kan Kültür Testi Yapılan Hasta Oranı	Z	
S.32.Z	Pnömonide Hastaneye Varış İtibariyle İlk 6 Saat İçinde Antibiyotik Başlanma Oranı	Z	
S.33.0	30 Gün İçinde Yeniden Başvuru Oranı (Pnömoni)	0	
Venöz Tromboembolizm (VTE)			
S.34.Z	Cerrahi Girişim Öncesi 24 Saat İçinde Düzenli VTE Profilaksisi Uygulanan Hastaların Oranı	Z	

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
S.35.Z	Postoperatif Pulmoner Embolizm veya Derin Ven Trombozu (DVT) Oranı	Z
S.36.0	Venöz Tromboembolizm Profilaksisi Tavsiye Edilen/ Reçete Edilen Cerrahi Hastası Oranı	0
S.37.0	Yoğun Bakımda VTE Profilaksisi Yapılan Hasta Oranı	0
S.38.0	VTE Hastalarında Protokol veya Nomogram ile izlenen UFH (Anfraksiyone Heparin) Doz/Trombosit Sayısı	0
Ortopedi		
S.39.Z	Elektif Birincil Total Kalça ve Diz Artroplasti İşlemi Sonrası 30 Gün İçinde Komplikasyon Nedeni ile Yeniden Başvuru Sayısı	Z
S.40.Z	Kalça Kırığı Mortalite Oranı	Z
S.41.Z	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan Kalça Kırığı Cerrahisi Oranı	Z
S.42.0	Diz Artroplastisi için Revizyon Ameliyatı Olan Hasta Oranı	0
Mortalite		
S.43.Z	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	Z
S.44.Z	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	Z
S.45.Z	Hastane Mortalite Oranı	Z
Yoğun Bakıma Yeniden Yatış		
S.46.0	Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı	0
S.47.0	Pediyatrik Yoğun Bakıma 48 saat İçinde Yeniden Yatış Oranı	0
S.48.0	Yenidoğan Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı	0
Nöroloji		
S.49.Z	Antikoagülan Tedavi Gören Atrial Fibrilasyonu/ Çarpıntısı Bulunan Hasta Oranı	Z

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
S.50.Z	İnme ile Gelen Hastaya Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi Verilme Oranı	Z
S.51.0	İnme Hastalarında Yatışın İkinci Günü Sonunda Uygulanan Antitrombotik Tedavi Oranı	0
S.52.0	Antitrombotik Tedavi Reçete Edilerek Taburcu Edilen İnme Hastası Oranı	0
S.53.0	Statin Reçete Edilerek Taburcu Edilen İnme Hastası Oranı	0
S.54.0	Rehabilitasyona Yönlendirilen İnme Hastası Oranı	0
S.55.0	İskemik İnmede Vaka-Ölüm Oranları	0
S.56.0	Hemorajik İnmede Vaka-Ölüm Oranları	0
S.57.0	Serebrovasküler Hastalık Sonrası Sekel Görülme Oranı	0
Doğum		
S.58.Z	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	Z
S.59.Z	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi Uygulanma Oranı	Z
S.60.Z	Sezaryen Oranı	Z
S.61.Z	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Z
S.62.Z	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Z
Psikiyatri		
S.63.Z	Kısıtlama Süresi	Z
S.64.Z	Tecrit Süresi	Z
S.65.0	Psikiyatri Servisine 48 Saat İçinde Tekrar Başvuru Oranı	0
Radyasyon Güvenliği		
S.66.Z	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	Z
S.67.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı	Z
S.68.0	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri	0
S.69.0	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı	0
Klinik Laboratuvarlar		
S.70.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı	Z

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
S.71.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı <ul style="list-style-type: none"> Hatalı Etiketlenen Numune Oranı Hatalı Numune Kabı Kullanılma Oranı Yetersiz Numune Oranı Hemolizli Numune Oranı Pıhtılı Numune Oranı Belirlenen Maksimum Transfer Süresini Aşan Numune Oranı 	Z
S.72.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı <ul style="list-style-type: none"> Numune Çalışılmadan Önce Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı Numune Çalışıldıktan Sonra Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı 	Z
S.73.Z	Kaybolan Numune Oranı	Z
S.74.Z	Tekrar Alınan Numune Oranı	Z
S.75.0	Laboratuvara Teslim Edilmeyen Numunelerin Oranı	0
S.76.0	Yatan Hastada Antibiyotik Verilmeden Önce İlk Kültür Numunesinin Alınma Oranı	0
S.77.Z	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Z
S.78.0	Kan Kültürlerinde Kabul Edilmiş Protokollere Uygun Örnek Alım Oranı	0
S.79.Z	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oran	Z
S.80.Z	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Z
S.81.Z	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Z
S.82.0	Sitolojik ve Patolojik Tanılar Arasında Uyumsuzluk Oranı <ul style="list-style-type: none"> Papanicolaou Smear Yanlış Negatif Sonuç Oranı 	0
S.83.Z	Cerrahi Patoloji ile Frozen Section Sonuçları Arasındaki Uyumsuzluk Oranı	Z
S.84.Z	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama Ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	Z
S.85.0	Kan Kültürlerinde Üreme Sinyalinden Sonra 1 Saat İçerisinde Gram Boyanın Değerlendirilip Sonucunun Bildirilmesi	0

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
S.86.Z	Panik Değer Bildirim Oranı	Z
S.87.Z	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı o Toplam Test Süresi (Test Bazında Ortalama Süre Alınır) İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre o Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre o Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre • Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı • Cihaz Bazında Arızalı Olduğu Gün Sayısı • Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı	Z
S.88.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı	Z
S.89.0	Klinik Laboratuvar Testlerinde Sonuç Raporları ile ilgili Klinisyen Memnuniyet Oranı	0
Cerrahi Operasyon		
S.90.Z	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Z
S.91.Z	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı	Z
S.92.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Z
S.93.0	Laparoskopik Başlayan Açığa Dönüşen Ameliyat Oranı	0
S.94.0	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	0
Acil Servis		
S.95.Z	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı	Z
S.96.Z	Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi	Z
S.97.Z	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Z
S.98.Z	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 5 – Destek Hizmetleri Boyutu

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

SAS Göstergeleri Tablosu 6 – Acil Durum Yönetimi Boyutu

Acil Durum Yönetimi		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
A.1.Z	Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı	Z
A.2.Z	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı	Z